

## Ex-post-Evaluierung

### Stärkung von PPP im Gesundheitsbereich, Malawi

<b>Titel</b>	Stärkung der Kooperation zwischen Staat und Privatsektor im Gesundheitsbereich in Malawi		
<b>Sektor und CRS-Schlüssel</b>	Basisgesundheitsversorgung, 12220		
<b>Projektnummer</b>	2009 67 190		
<b>Auftraggeber</b>	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ		
<b>Empfänger/ Projektträger</b>	Malawisches Gesundheitsministerium (MoH), Christian Health Association of Malawi (CHAM)		
<b>Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument</b>	6,83 Mio. EUR, FZ-Zuschuss		
<b>Projektlaufzeit</b>	11/2011 bis 3/2021		
<b>Berichtsjahr</b>	2023	<b>Stichprobenjahr</b>	2023

## Ziele und Umsetzung des Vorhabens

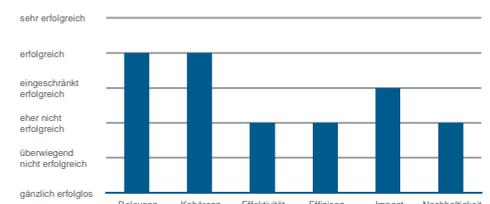
Das Ziel auf Outcome-Ebene war die Erhöhung der Verfügbarkeit, Nutzung und Qualität essenzieller Dienstleistungen der Mutter-Kind-Versorgung. So sollte auf Impact-Ebene ein Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der malawischen Bevölkerung, insbesondere von Frauen und Kindern im ländlichen Raum geleistet werden. Durch die Zusammenarbeit des Staates mit dem Dachverband privater Gesundheitseinrichtungen kirchlicher Träger (CHAM) sollten bestehende Einrichtungen ausgebaut und ausgestattet werden, damit diese mit Refinanzierung von Betriebskosten über den Staat im Rahmen von Service-Level-Agreements (SLAs) kostenfrei Mütter und Kinder mit Basisdienstleistungen versorgen.

## Wichtige Ergebnisse

Die Ergebnisse liegen aufgrund interner wie externer Faktoren deutlich unter den Erwartungen, das Vorhaben wird daher mit eher nicht erfolgreich bewertet:

- Der *Public Private Partnership*-Ansatz (PPP) war geeignet zur Verbesserung der Basisgesundheitsversorgung in abgelegenen, ländlichen Gebieten beizutragen und war an den Zielen der Partner ausgerichtet (Relevanz).
- Das Vorhaben war kohärent mit der deutschen EZ und dem Engagement anderer Geber, die auch die Finanzierung der SLAs unterstütz(t)en.
- Die geschaffenen Kapazitäten werden weniger als erwartet und z.T. nicht genutzt, u.a. aufgrund von Zugangsbarrieren (Gebühren aufgrund unzureichender Abdeckung mit SLAs), Personalmangel und fehlender Stromversorgung sowie mangelhafter Wartung (Effektivität).
- Aus allokativer Perspektive war die Zusammenarbeit mit bestehenden Einrichtungen effizient, die Auswahl der Ausstattung entsprach aber in Teilen nicht dem Bedarf und den Gegebenheiten. Es kam zu erheblichen Verzögerungen bei der Zusammenarbeit mit einem Bauunternehmen an 15 abgelegenen Orten.
- Die Mütter-, Säuglings- und Kindersterblichkeit ist in Malawi gesunken; ein – wenn auch geringer – Beitrag des Vorhabens dazu ist plausibel anzunehmen (Impact).
- Die Kapazitäten beim Staat, bei CHAM, den Gesundheitseinrichtung und den Eigentümerkirchen reichen nicht für einen nachhaltigen Betrieb, gerade auch vor dem Hintergrund drohender Geberkürzungen und der multiplen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung durch Extremwetter und Epidemien (Nachhaltigkeit).

## Gesamtbewertung: eher nicht erfolgreich



## Schlussfolgerungen

- Die Auswahl medizinischer Ausstattung muss an den lokalen Gegebenheiten und Bedarfen ausgerichtet werden unter Berücksichtigung der Kapazitäten für Wartung und Instandhaltung.
- Bei PPP-Ansätzen sind die Kapazitäten aller Beteiligten erfolgskritisch.
- Investitionsmaßnahmen müssen alle notwendigen Anschlüsse wie Strom- und Wasserversorgung von Beginn an beinhalten.
- Bei mehreren abgelegenen Projektstandorten kann ein Bauunternehmer nicht an allen Standorten parallel Geräte, Ausrüstung, Material und Arbeitskräfte mobilisieren, was die Umsetzung verzögert.

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

### Übersicht der Teilbewertungen:

Relevanz	2
Kohärenz	2
Effektivität	4
Effizienz	4
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	3
Nachhaltigkeit	4
<b>Gesamtbewertung:</b>	<b>4</b>

### Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Die Christliche Gesundheitsvereinigung Malawis (**Christian Health Association of Malawi, CHAM**) ist die Dachorganisation von 183 kirchlichen Gesundheitseinrichtungen und 11 Trainingsinstituten (2021) und der größte nicht-staatliche Gesundheitsdienstleister in Malawi insbesondere für abgelegene und unterversorgte Gegenden. CHAM-Gesundheitseinrichtungen (CHAM-GE) erbringen rund 30 % der Leistungen in der Gesundheitsversorgung. Zudem bildet CHAM rund 80 % des medizinischen Fachpersonals mit mittlerem Abschluss aus. Die Mission von CHAM ist: „to coordinate members by providing administrative, technical and financial support for better and effective delivery of health care services and training of human resources for health“. Der Großteil der CHAM-GE gehört der Katholischen Kirche (48 %), gefolgt von der Presbyterianischen Kirche (18 %), der Anglikanischen Kirche (11 %) und der Kirche der Siebenten-Tags-Adventisten (10 %), die anderen werden von unterschiedlichen Kirchen getragen. Die CHAM-GE erheben Gebühren für ihre Dienstleistungen, wobei diese indirekt subventioniert werden, da das Gesundheitsministerium (MoH) einen Großteil des Personals der CHAM-GE finanziert. So fallen die Gebühren bei CHAM-GE geringer aus als bei rein privaten Anbietern.

Seit 2002 arbeiten die malawische Regierung und CHAM zusammen im Rahmen von Service Level Agreements (SLAs), um den Zugang zu einem definierten Set kostenfreier Gesundheitsdienstleistungen durch CHAM-GE in Einzugsgebieten zu ermöglichen, wo keine öffentlichen GE existieren. Die SLAs zwischen dem MoH und CHAM bzw. den nachgelagerten District Health Offices (DHO) und den CHAM-GE ermöglichen den kostenfreien Zugang insbesondere von Frauen und Kindern zu bestimmten Dienstleistungen des Essential Health Package (EHP), durch Erstattung der Betriebskosten bei CHAM-GE. Bei staatlichen GE wird das EHP kostenfrei angeboten. Das SLA-Programm wurde über die Jahre ausgeweitet (vgl. Effektivität). Die SLAs können je nach Vereinbarung folgende Pakete umfassen:

#### Scope of Health Services covered by SLAs

*The scope of health services provision (Interventions) is based on a District health service mapping, the available capacity of the CHAM Unit and the available resources allocated as a budget ceiling.*

Maternal and Newborn Health (MNH) Services	OPD <input type="checkbox"/>	Inpatient <input type="checkbox"/>
Pediatric under 5 Yrs Services	OPD <input type="checkbox"/>	Inpatient <input type="checkbox"/> Nutrition Rehab. Unit (NRU) <input type="checkbox"/>
Pediatric 6-12 Yrs Services	OPD <input type="checkbox"/>	Inpatient <input type="checkbox"/>
Adult Conditions Services	OPD <input type="checkbox"/>	Inpatient <input type="checkbox"/> Non Communicable Diseases <input type="checkbox"/>
Surgical Services	<input type="checkbox"/>	
Full EHP	<input type="checkbox"/>	
Outreach Services	<input type="checkbox"/>	
Other Services	<input type="checkbox"/>	Specify

Quelle: Specimen SLA contract

## Kurzbeschreibung des Vorhabens

Durch Investitionen in Gesundheitseinrichtungen (GE) christlicher Träger unter dem Dach der CHAM sollte das Angebot an, der Zugang zu sowie die Qualität von essenziellen Dienstleistungen vor allem in der Mutter-Kind-Gesundheit verbessert werden. Insbesondere in – schwer erreichbaren – Gegenden mit fehlender Abdeckung durch staatliche GE im Umkreis von 8 km sollte so die Abdeckung mit Basisgesundheitsdiensten verbessert werden. MoH und CHAM haben dafür SLAs abgeschlossen oder sollten diese noch abschließen, die festlegen, welche Basisgesundheitsdienste für die Bevölkerung im Einzugsgebiet kostenfrei erbracht und vom MoH refinanziert werden.

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen des Vorhabens 15 CHAM-GE<sup>1</sup> – davon 2 Gemeindekrankenhäuser (community hospitals) und 13 Gesundheitszentren (Health Centres) – in der Zentralregion Malawis durch Maßnahmen im Bereich Infrastruktur und Ausrüstung (überwiegend Geburtsstationen) unterstützt, mit dem Ziel, dass sie ihr Angebot an Dienstleistungen im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit sowohl quantitativ als auch qualitativ ausweiten und die Funktionen der jeweiligen Versorgungsebene erfüllen: *Basic Emergency Obstetric and Newborn Care* (BEmONC) für die Health Center und *Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care* (CEmONC) für die Community Hospitals.

Die Zielgruppe des Vorhabens war die Bevölkerung im Einzugsgebiet der geförderten CHAM-GE im ländlichen Raum mit einem hohen Anteil Armer und besonderem Fokus auf Schwangere, Mütter und Kinder, deren Leistungen durch SLAs primär abgedeckt werden. Darüber hinaus sollte indirekt auch das Personal der CHAM-GE von besseren Arbeitsbedingungen und Personalwohnungen profitieren.

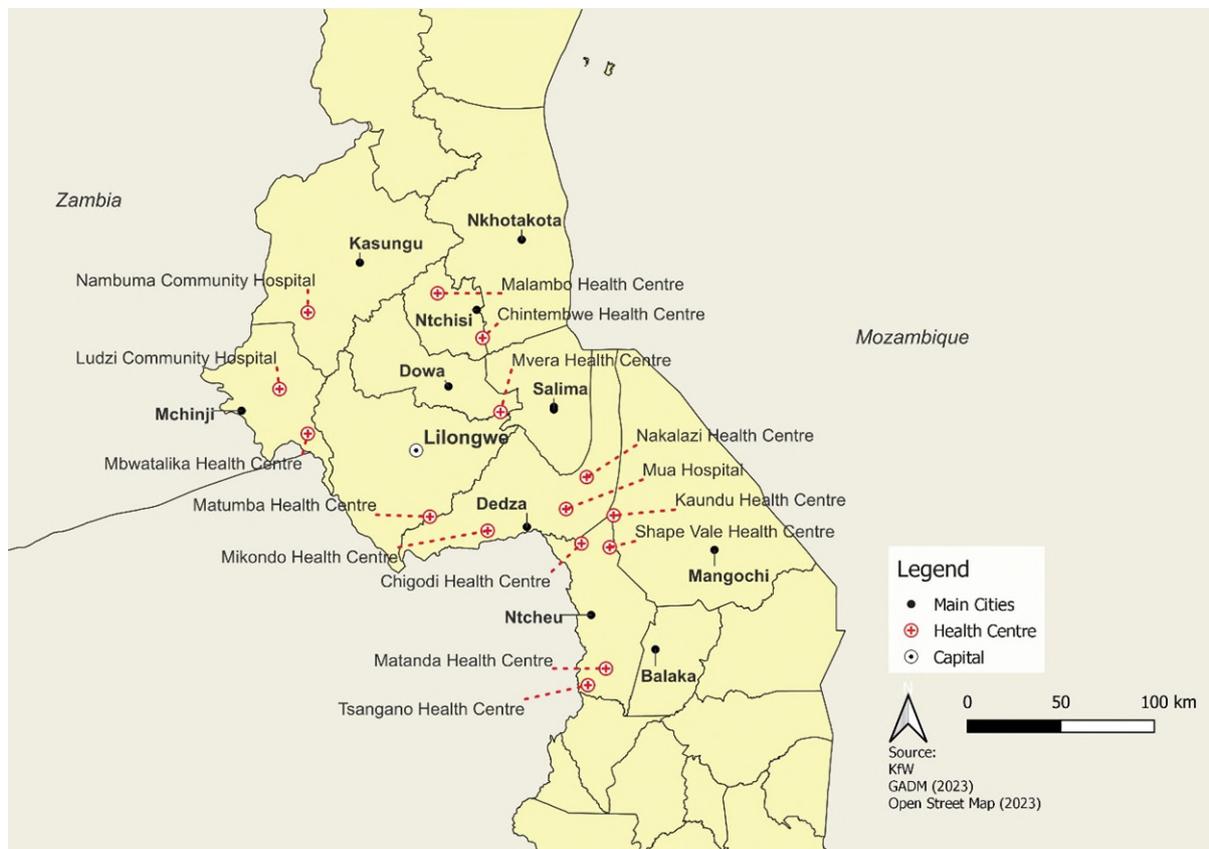
## Aufschlüsselung der Gesamtkosten

Der Großteil der Mittel in Höhe von rund 3,3 Mio. EUR wurde für bauliche Maßnahmen verwendet, rund 1,4 Mio. EUR entfielen auf medizinische Ausstattung, Möbel und Verbrauchsgüter und rund 1,4 Mio. EUR auf Consultingleistungen. Geringere Beträge entfielen auf Unterstützung von Organisation und Management, institutionelle Unterstützung und sonstige Infrastruktur wie Anschlüsse für die Stromversorgung. Neben der Bereitstellung von Büroraum für den Consultant war kein Eigenbeitrag von CHAM vorgesehen. Die Eigentümerkirchen stellten Land zur Verfügung und wurden in Investitionsabkommen zur Sicherstellung der Betriebs-, Wartungs- und Instandhaltungskosten verpflichtet. Auch vom MoH war bei Prüfung kein Eigenbeitrag vorgesehen, lediglich indirekt und projektunabhängig über die Beteiligung an Betriebskosten der Einrichtungen über die SLAs und die Finanzierung der Gehälter der Mitarbeiter der CHAM-GE.

In Mio EUR	Inv. (Plan)	Inv. (Ist)
<b>Investitionskosten (gesamt)</b>	<b>6,83</b>	<b>6,83</b>
Eigenbeitrag	0,00	0,00
Fremdfinanzierung	6,83	6,83
<i>davon BMZ-Mittel</i>	<i>6,83</i>	<i>6,83</i>

<sup>1</sup> Die staatliche Gesundheitsversorgung in Malawi erfolgt überwiegend auf drei Ebenen von Gesundheitseinrichtungen (GE) (1) Krankenhäusern (hospitals), (2) Gemeindekrankenhäusern (Community Hospitals) und (3) Gesundheitsstationen (Health Centers).

## Karte der Zentralregion Malawis mit den Projektstandorten<sup>2</sup>



## Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

### Relevanz

#### 1. Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Ziel der malawischen Regierung ist es das Land bis 2063 zu einem „wohlhabenden und selbständigen Industrieland mit mittlerem Einkommen“ zu entwickeln. Der Weg dahin ist noch weit, denn Malawi liegt mit einem BIP pro Kopf von 634 USD im Jahr 2021 (472 USD 2010) und mit einem Human Development Index von 0,512 im Jahr 2021/2022 noch auf Rang 169 von 191 Ländern und damit weiterhin im niedrigen Bereich (2010 auf Rang 153 von 169 Ländern). 80 % der Bevölkerung lebt von der Subsistenzwirtschaft. Drei Viertel der Bevölkerung leidet unter mäßiger bis starker Ernährungsunsicherheit. Die Ernährungssituation bei Kindern bleibt alarmierend, rund 35 % der Kinder sind chronisch unternährt und haben eine zu geringe Körpergröße für ihr Alter (Stunting) gemäß Angaben des Welternährungsprogramms.

Der erste **Health Sector Strategic Plan** (HSSP 2011-2016) vom Zeitraum der Prüfung hat das Ziel „to improve the quality of life of all the people of Malawi by reducing the risk of ill health and the occurrence of premature deaths, thereby contributing to the social and economic development of the country“ und benennt die Stärkung von Public-Private-Partnerships als Strategie für die zukünftige Gesundheitsfinanzierung. Der zweite HSSP

<sup>2</sup> Anmerkung: Im Rahmen der Evaluierung wurden 4 Health Center (Malambo, Chintembwe, Matanda, Tsangano) sowie 1 Community Hospital (Nambuma) besucht. Chitole Health Center wurde im Vorhaben nicht aufgenommen. Bei dem Community Hospital Ludzi wurde insgesamt sehr wenig und keine CEmoNC relevante Ausstattung finanziert, weshalb es im Rahmen der Evaluierung unter den BEmONCs/Health Centern subsummiert wurde.

(2017-2022) hat das Ziel einer *Universal Health Coverage* und möchte dies unter anderem durch die Verbesserung der Verfügbarkeit und der Qualität der Gesundheitsinfrastruktur und medizinischen Ausstattung erreichen; dabei nennt der Plan auch das Ziel, dass jeder innerhalb von 8 km eine GE erreichen können soll. 2011 lebten 81 % der Bevölkerung mit einer maximalen Distanz von 8 km zur nächsten GE, nach Bau von einem neuen Distriktkrankenhaus und 11 Gesundheitszentren waren es 2016 bereits 90 %. Dennoch bleibt die Distanz zur GE bei der Mehrheit der Frauen und damit auch der von ihnen versorgten Kinder eine zentrale Zugangsbarriere. Die nationale Gesundheitsstrategie sieht vor, dass die Distanz bis 2030 auf 5 km gesenkt werden soll. Der dritte HSSP (2023-2030) steht unter dem Motto *Reforming for Universal Health Coverage* und erkennt an, dass die Mittel für Gesundheitsdienstleistungen inadäquat sind, und hat in Folge ein neues *Health Benefits Package* definiert, das das vorherige *Essential Health Package* unter Berücksichtigung der limitierten Mittel ersetzt. Aber auch die aktuelle Strategie hat sowohl den gleichberechtigten Zugang zu und die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung zum Ziel ebenso wie die Verbesserung der Verfügbarkeit und Qualität der Gesundheitsinfrastruktur und -ausstattung auf allen Versorgungsebenen. Das Vorhaben fügt sich in alle drei Strategiepläne ein mit der Ausweitung und Verbesserung der Basisgesundheitsversorgung durch die Zusammenarbeit mit CHAM, als einem zentralen Partner der malawischen Regierung.

Auch **CHAM** hat in seinem **Strategieplan für 2020-2024**, neben dem Fokus auf die Verbesserung der Governance und Finanzierung, die Priorität bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen und der Koordination von technischer Unterstützung, um die Qualität sicherzustellen. Zu den Zielen zählt auch die Sicherstellung einer adäquaten Infrastruktur in den GE.

Die Absicht die Gesundheitsversorgung durch Integration von CHAM-GE zur Erbringung von Basisgesundheitsdiensten im Rahmen von SLAs als Public Private Partnership auszuweiten, verbindet die Regierung mit CHAM. Die folgende Abbildung zeigt die Struktur der Gesundheitsversorgungsebenen sowie die Aufteilung zwischen staatlichen und privaten Trägern und verdeutlicht die Bedeutung von CHAM-GE für die Versorgung auf dem Land.<sup>3</sup>

**Abbildung 1: Gesundheitseinrichtungen und ihre Eigentümer**

Table 1: Distribution of health facilities by type and ownership

Facility Type	Facility Owner					Total
	Govt	Private for profit	CHAM	Private non-profit	NGO	
Clinic	20	233	7	46	46	352
Dispensary	49	2	2	8	1	62
Health Centre	364	4	109	7	5	489
Health Post	89		5		1	95
Hospital	49	9	41	1		100
<b>Grand Total</b>	<b>571</b>	<b>248</b>	<b>164</b>	<b>62</b>	<b>53</b>	<b>1098</b>

Source: Malawi Harmonized Health Facility Assessment (2019)

Quelle: HSSP III (2023-2030)

Die Ziele des Vorhabens den Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten auszubauen, richten sich direkt auf das **SDG 3** aus, speziell auf das Unterziel 3.8 zur allgemeinen Gesundheitsversorgung und Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten sowie durch die Fokussierung auf Mütter und Kinder auch auf die Unterziele 3.1 und 3.2.

Zudem steht das Vorhaben in Einklang mit der **Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit**, insbesondere hinsichtlich der Stärkung von Gesundheitssystemen und der Unterstützung von Partnerländern beim Ausbau flächendeckender, sicherer, qualitativ hochwertiger und akzeptabler Gesundheitsdienste für alle Menschen vor Ort. Das Recht eines jeden Menschen auf das individuell erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit ist zentrales Menschenrecht.

Mit der Fokussierung auf Mutter-Kind-Gesundheit wird der **Geschlechtergleichstellung** in der Hinsicht nachgekommen, dass gerade die Müttersterblichkeit durch vermeidbare Komplikationen in Zusammenhang mit

<sup>3</sup> Neben den darin aufgeführten Einrichtungen gab es 2016 noch 5090 *outreach clinics*, die überwiegend von Staat betrieben wurden (nur 19 % von CHAM) sowie 3.542 staatliche *village clinics*. Vor dem Hintergrund der Dezentralisierung im Gesundheitsbereich überwacht das MoH bisher noch die 5 tertiären Krankenhäuser des Landes neben der Zuständigkeit für Strategie, Planung, Monitoring, Qualitätssicherung und Ressourcennobilisierung. Auf Distriktebene überwachen und steuern die *District Councils* die Distriktgesundheitsdienste und Budgets. Die hohe Anzahl an privaten Gesundheitsdienstleistern schlägt sich auch in hohen Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche nieder – 2018/19 lagen diese bei 11,9 % der gesamten Gesundheitsausgaben (THE).

Schwangerschaft und Geburt gesenkt werden. Durch die Zusammenarbeit mit christlichen und darunter einigen katholischen Gesundheitseinrichtungen ist der direkte Beitrag zu einem ungehinderten Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit durch das Vorhaben nicht direkt adressiert – ganz im Gegensatz bieten die CHAM-GE je nach religiösem Verständnis zum Teil explizit keine Familienplanungsleistungen an. **Inklusion** wurde mit dem Vorhaben nicht speziell adressiert oder in der Konzeption berücksichtigt.

## **2. Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen**

Der Zugang zu Basisgesundheitsdiensten ist ausschlaggebend für die überwiegend arme bis sehr arme ländliche Bevölkerung Malawis. Auch wenn sich die Gesundheitsindikatoren über die letzten Jahre und Jahrzehnte verbessert haben, bleibt die Versorgung lückenhaft und auf einem niedrigen Niveau. Die Müttersterblichkeit, Kindersterblichkeit und Säuglingssterblichkeit sind gesunken (vgl. Impact). Die Lebenserwartung ist in Malawi zwischen 2009 und 2019 durchgehend gestiegen von 57 auf 67 Jahren bei den Frauen und 51 auf 61 Jahren bei den Männern, die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen haben zugenommen, die HIV-Prävalenz und Inzidenz sind gesunken, ebenso wie die Tuberkulose-Inzidenz. Die Hauptkrankheitslast resultiert jedoch weiterhin aus dem Mangel an adäquater Versorgung von Müttern und Neugeborenen, gefolgt von HIV/AIDS, Atemwegserkrankungen und Tuberkulose sowie Malaria.

Gerade in ländlichen, schwer zugänglichen Gegenden ist die Abdeckung mit Gesundheitsdienstleistungen weniger gut und die Schwierigkeiten und Kosten für die Bevölkerung zur Erreichung ferner gelegener Einrichtungen prohibitiv hoch, was sich durch die hohe Inflation noch verschärft hat. Dadurch ist die Verbesserung des Zugangs einerseits durch eine höhere Abdeckung mit geringeren Distanzen sowie die kostenfreie Bereitstellung der Basisgesundheitsdienste essenziell. Aufgrund der bedeutenden Krankheitslast im Bereich der Mutter-Kind-Gesundheit ist die Fokussierung hierauf gerechtfertigt, auch wenn dadurch kein gleichberechtigter Zugang für die gesamte Bevölkerung im Einzugsgebiet der GE gewährleistet wird.

Allgemein ist das Gesundheitssystem dauerhaft überstrapaziert, in den letzten Jahren insbesondere durch die Covid-19-Pandemie, die Cholera-Epidemie und das Wiederauftauchen des Polio-Wildvirus sowie Extremwetterereignisse.

## **3. Angemessenheit der Konzeption**

Das Kernproblem einer nicht hinreichenden Basisgesundheitsversorgung überwiegend im ländlichen Bereich und insbesondere in schwer erreichbaren Gegenden wurde richtig identifiziert. Auch die Tatsache, dass der Zugang neben der Distanz zur nächsten Einrichtung durch Kosten für Dienstleistungen eingeschränkt wird, ist damals wie heute korrekt. Die Kapazitäten und die Ausstattung der CHAM-GE waren oft nicht hinreichend, um Basisgesundheitsdienste in umfassendem Ausmaß zu erbringen. Es war daher konzeptionell richtig CHAM-GE zu unterstützen, wo keine staatlichen GE die angestrebte Abdeckung im Umkreis von maximal 8 km gewährleisten. Bei Prüfung war vorgesehen CHAM-GE für die Förderung auszuwählen, die über ein SLA für Mutter-Kind-Gesundheit verfügen – dabei wurde zunächst nicht explizit festgehalten, welche Altersklassen abgedeckt sein sollen. Die bei Prüfung festgelegten Auswahlkriterien zur Identifikation der zu fördernden CHAM-GE referenzierten lediglich auf Mütter- und Neugeborenen-Versorgung (*Maternal and Neonatal Health*, MNT). Mit Infrastrukturinvestitionen sowie Ausstattung und begleitendem Training sollte in logischer Konsequenz die Verfügbarkeit und Qualität essenzieller Dienstleistungen insbesondere der Mutter-Kind-Versorgung sowie deren Nutzung erhöht werden. Damit sollte ein Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der malawischen Bevölkerung geleistet werden, auch hier insbesondere von Frauen und Kindern im ländlichen Raum.

Durch bessere Arbeitsumgebung und Personalunterkünfte sollte sich auch die Situation für das (medizinische) Personal als indirekte Zielgruppe verbessern, was sich potenziell wiederum positiv auf die Leistungserbringung einerseits und Personalverfügbarkeit an den abgelegenen Standorten andererseits auswirkt.

Dieser Ansatz der Zusammenarbeit mit bestehenden privaten Einrichtungen anstatt des Aufbaus neuer GE ist vor dem Hintergrund der beschränkten finanziellen Mittel im Gesundheitssektor nachvollziehbar und die notwendigen Voraussetzungen für einen erfolgreichen Beitrag zur Versorgung wurden inklusive der damit verbundenen Risiken bei Prüfung korrekt identifiziert: Die Refinanzierung der Betriebskosten für eine kostenfreie Bereitstellung der Dienstleistungen durch die privaten GE im Rahmen von SLAs mit dem MoH ist für den Zugang ausschlaggebend, birgt aber in Anbetracht des geringen finanziellen Spielraums des MoH Risiken. Die Fokussierung auf Mutter-Kind-Gesundheit ist logisch nachvollziehbar, auch wenn Basisgesundheitsdienste der Gesamtbevölkerung gleichermaßen zur Verfügung stehen sollten.

#### 4. Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit

Die Auswahl der zu fördernden CHAM-GE erfolgte im Rahmen einer Bedarfsanalyse zu Beginn des Vorhabens basierend auf klaren Auswahlkriterien. Die optional bei Prüfung aufgenommene Investition in ein Lagerhaus für Medikamente zur Unterstützung des von CHAM eingerichteten revolvingen Medikamentenfonds wurde nicht realisiert.

#### Zusammenfassung der Benotung

Insgesamt ist die Konzeption der Maßnahme an den Zielen der Partner ebenso wie an globalen Zielen und den Prioritäten der Bundesregierung ausgerichtet und in sich schlüssig zur Zielerreichung, weshalb die Relevanz als erfolgreich eingestuft wird.

**Relevanz: 2**

### Kohärenz

#### 5. Interne Kohärenz

Die Maßnahme ist in das EZ-Programm „Unterstützung des Gesundheitssektors in Malawi“ eingebettet und kohärent mit der Länder- und Sektorstrategie. Die deutsche EZ fokussiert sich in Malawi auf reproduktive Gesundheit, Gewährleistung von Basisgesundheitsdiensten und Gesundheitssystemstärkung. Während das zu evaluierende Vorhaben auf private CHAM-GE ausgerichtet war, wurden mit einem weiteren Vorhaben auch staatliche GE gefördert (2014 68 164) und um Results-based-Financing-Ansätze erweitert (2011 65 638). Bei letzterem stellte sich heraus, das CHAM-GE in der Nähe von RBF-Einrichtungen vorübergehend einen leichten Rückgang bei den begleiteten Geburten hatten, da Frauen in den RBF-Einrichtungen von „conditional cash transfers“ profitierten.

Aufgrund der vielfältigen Geberlandschaft und dem hohen Korruptionsrisiko wurde – nach Ausstieg aus der Geber aus der (Sektor-)Budgethilfe infolge des Cashgate-Skandals – 2015 der Health Sector Joint Fund als koordinierendes Geberinstrument eingeführt (s.u.). Auch unter dem HSJF finanziert(e) die FZ ein fortlaufendes Programm zu Basisgesundheitsdiensten (HSJF I-IV: 2015 67 304, 2017 67 623, 2019 67 397, 2021 67 427). Maßnahmen darin umfassen Neubau und Rehabilitation von Gesundheitsinfrastruktur, Beschaffung von medizinischer Ausrüstung nebst Wartungsverträgen, RBF-Ansätze, Impfkampagnen, die Beschaffung von Impfstoffen und Kontrazeptiva, ebenso wie Nothilfe Maßnahmen. Die Maßnahmen adressieren aber primär die Nutzer öffentlicher GE.

#### 6. Externe Kohärenz

Grundsätzlich ist im malawischen Gesundheitssektor eine starke Fragmentierung der Gebergemeinschaft zu beobachten, wobei sich die großen Geber aber überwiegend an den nationalen strategischen Zielen des jeweiligen HSSP orientieren. Die Geber decken seit Jahren gleichbleibend insgesamt rund 55 % der Ausgaben für das Gesundheitssystem in Malawi, dabei wird die HIV/AIDS-Diagnostik und -Versorgung fast vollständig von Gebern finanziert. Aufgrund der sehr beschränkten Kapazitäten des MoH erfolgt eine Koordination in der Regel auf Initiative der Geber, wobei sich die großen bilateralen Geber in der *Health Donor Group* koordinieren. Wesentliche Partner der FZ sind die Briten (FCDO) und Norwegen (RNE) sowie UNICEF und UNFPA für Beschaffungen. Das evaluierte Vorhaben adressierte die Zentralregion während andere Geber sich auf den Norden und Süden fokussierten, wodurch Doppelungen durch größere Geber vermieden wurden.

Seit Ende 2016 erfolgt das Engagement der FZ im malawischen Gesundheitssektor über den *Health Sector Joint Fund* (HSJF), durch den ein neuer koordinierter Geberansatz im Gesundheitssektor verfolgt wird. Der HSJF ist heute ein wesentliches Instrument der FZ und darin sind FCDO (Großbritannien) und RNE (Norwegen) die zentralsten Partner, wobei beabsichtigt wird auch andere Geber hierin zu verankern. Die Geberfinanzierung auch über den HSJF ist von besonderer Bedeutung für das Vorhaben, da im Rahmen des HSJF Norwegen und FCDO auch SLAs mit CHAM-GE (sowie seit kurzem auch GE der Islamic Health Association of Malawi, IHAM) finanzieren. Aufgrund der enormen Bedeutung der Geberbeiträge bedrohen mögliche Einschnitte in der Mittelbereitstellung Erfolge im Gesundheitssektor, auch für das zu evaluierende Vorhaben. Im Rahmen des HSJF gab es Diskussionen um die Deklaration von Eigenbeiträgen der malawischen Seite; um die Subsidiarität zu den

Eigenanstrengungen des Partners sicherzustellen, wird das Thema von tatsächlichen Eigenbeiträgen des Staates gegenüber Mitteln aus dem HSJF von Geberseite eng verfolgt.

Die große Anzahl von Gebern, NGOs, religiöser Missionen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene erschwert die Koordination – es wurde von bis zu 280 Implementierungspartnern im malawischen Gesundheitssektor berichtet. Eine Übersicht über das Engagement unterschiedlicher Kirchen und deren Kooperation auch mit ausländischen Wohltätigkeitsorganisationen mit Bezug zu CHAM-GE konnte im Rahmen der Evaluierung nicht erlangt werden. Das Ziel von CHAM, dass alle Kooperationen mit CHAM-GE auch über CHAM laufen sollten, scheint aber noch nicht erreicht. Auch deuten unterschiedliche Aussagen bei den CHAM-GE vor Ort darauf hin, dass kleinere Kooperationen stattfinden oder zumindest über manche Engpässe hinweghelfen.

**Zusammenfassung der Benotung:**

Die interne Kohärenz kann durch das sich ergänzende und kontinuierliche Engagement in unterschiedlichen Bereichen der Basisgesundheitsversorgung inklusive Familienplanung und Impfprogrammen als erfolgreich bewertet werden, auch wenn die Vorhaben des RBF-Ansatzes durch die Preissensitivität der Zielgruppe (vorübergehend) leicht negativ auf die Nachfrage mancher CHAM-GE wirkten. Die externe Kohärenz mit Blick auf die größeren Geber ist erfolgreich; weniger erfolgreich bzw. transparent ist die Kooperation und Komplementarität der direkten Unterstützung von CHAM-GE durch die Trägerkirchen oder externe Unterstützer. Insgesamt ist die Kohärenz aber noch als erfolgreich zu bewerten.

**Kohärenz: 2**

**Effektivität**

**7. Erreichung der (intendierten) Ziele**

Das Ziel des Vorhabens auf Outcome-Ebene war die Erhöhung der Verfügbarkeit und Nutzung sowie der Qualität essenzieller Dienstleistungen der Mutter-Kind-Versorgung.

Die Erreichung des Ziels auf Outcome-Ebene kann wie folgt zusammengefasst werden:

Tabelle Zielerreichung Outcome:

Indikator	Status bei Baseline (2014)	Zielwert	Ist-Wert bei AK (2021)	Ist-Wert bei EPE
(1) Anzahl der Entbindungen pro Jahr in den geförderten BEmONC Einrichtungen (Health Center)	9.635** (7.607 ***)	Anstieg um 5 % auf 10.117	9.944 (Wert beinhaltet alle geförderten CHAM-GE, nicht nur BEmONC)	8.093 (2022)* <b>Nicht erfüllt</b> mit Bezug auf Baseline 2014 und absoluten Zielwert. Erfüllt in Bezug auf Inception Report 2013 mit 5 % Anstieg
(2) Anzahl der durchgeführten Kaiserschnitte in den zwei teilnehmenden CEmONC Einrichtungen (Community Hospitals)	271 (nur ein CEmONC)	Anstieg um 5 % auf 640 pro Jahr (für beide CEmONC, Zielwert bei EPE angepasst <sup>4</sup> )	311	460 (2022)* <b>Nicht erfüllt</b> Nur in einem der zwei CEmONC erfolgen Kaiserschnitte.

<sup>4</sup> Vgl. Anlage – der Zielwert wurde entsprechend des Einzugsgebietes auch für das zweite, neu aufgebaute OP ergänzt.

(3) Nutzungsrate der beschafften Geräte in den zwei CEmONC (Ultraschall)	0 Da im Rahmen des Vorhabens beschafft.	2.224 Ultraschalluntersuchungen für Schwangere	515	2.300 (2022)** <b>Teilweise erfüllt</b> Allein von einem der zwei CEmONC erfüllt.
(4) Anzahl Gesundheitsstationen mit Service-Level-Agreement (SLA)	9	15 alle geförderten GE verfügen über ein SLA	n.a.	14 SLAs <b>Nicht erfüllt</b>

\*Angabe der GE im Rahmen der Evaluierung für 2022, \*\*Quelle: Final Report des Consultants \*\*\*Quelle: Inception Report des Consultants 2013

Im Allgemeinen sind die CHAM-GE in einem recht guten Zustand (insbesondere auch im Vergleich zu öffentlichen GE) und können die Dienstleistungen entsprechend der Nachfrage bedienen. Allerdings ist die Nachfrage bei weitem nicht so hoch wie bei öffentlichen Einrichtungen. CHAM-GE erheben Gebühren, wenn die Leistungen nicht durch SLAs abgedeckt werden. Diese Gebühren sind indirekt subventioniert, da das MoH (zumindest teilweise) das Personal der CHAM-GE finanziert. Damit fallen sie geringer aus als bei rein privaten GE. Dennoch beschränken die Gebühren den Zugang erheblich, insbesondere für die vulnerablen Teile der Bevölkerung und somit kann der Bedarf der Zielgruppe nicht adäquat gedeckt werden.

### 8. Beitrag zur Erreichung der Ziele

Die geplante **Infrastruktur** wurde gebaut **und die Ausstattung** geliefert; die Maßnahmen wurden zwischen März 2017 und November 2019 abgeschlossen. Nicht alle Investitionen werden genutzt, wie der Besuch von 5 der 15 GE und eine Umfrage bei allen 15 GE zeigte. Beispiele hierfür sind:

- bei einer CHAM-GE (Tsangano Health Center) wurde die neu gebaute Geburtsstation inklusive Ausstattung noch nie genutzt, da der Anschluss an die Stromversorgung immer noch fehlt;
- bei einem CHAM-Gemeindekrankenhaus (Nambuma Hospital) wurde der neu gebaute und ausgestattete Operationssaal noch nie genutzt, nach eigenen Angaben aus Mangel an einem Anästhesisten;
- bei einer CHAM-GE (Matanda Health Center) ist die Wasserpumpe seit 3 Jahren kaputt, es gibt keine Wasserversorgung und auch die gebauten Duschen sind nicht in Betrieb;
- ein signifikanter Anteil der gelieferten Ausstattung war nicht mehr einsatzbereit. Bspw. nutzten nur noch 3 von 10 mit elektrischen Sterilisationsgeräten ausgestatteten CHAM-GE diese, der Großteil war nicht mehr funktionstüchtig trotz abgeschlossener Wartungsverträge;
- in allen besuchten CHAM-GE wurden die gelieferten Kühlschränke nicht genutzt<sup>5</sup>.

In den ersten beiden Fällen zeigten die Besuche, dass die Ausstattung noch verpackt und meist unsachgemäß gelagert seit Jahren auf ihren Einsatz wartet; in das OP-Gebäude ist bereits Wasser eingetreten. Bei der Ausstattung sind ohne jegliche Nutzung die Gewährleistungsfrist und die Wartungsverträge ausgelaufen<sup>6</sup>. Gerade im Falle des Operationssaals ist die Auswirkung auf die Versorgung der Zielgruppe erheblich, da keine Kaiserschnitte vor Ort vorgenommen werden können; pro Monat müssen insgesamt wohl rund 60 Überweisungen an das nächste Krankenhaus erfolgen. Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass Überweisungen mit erheblichen Herausforderungen verbunden sind – Verfügbarkeit des Krankentransports und Kraftstoff, Passierbarkeit der Straßen insb. in der Regenzeit, Verfügbarkeit von Personal zur Begleitung des Transports, Abdeckung durch das SLA; nach Angabe der Mitarbeitenden können viele Überweisungen nicht erfolgreich durchgeführt werden<sup>7</sup>.

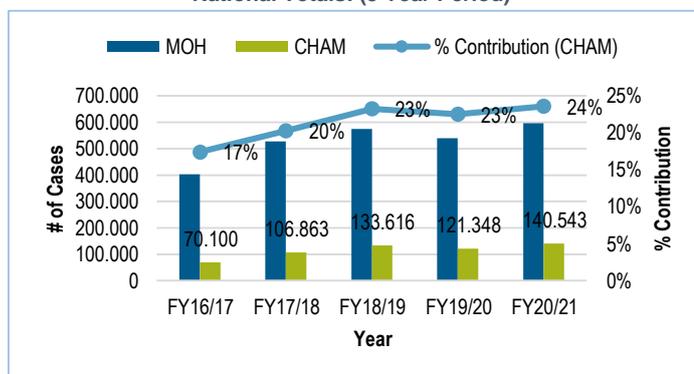
<sup>5</sup> Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass diese Kühlschränke nicht für die Kühlung von Impfstoffen oder Kühlakkus der Impfkampagnen genutzt werden (dürfen). Das nationale Impfprogramm wird vertikal umgesetzt und verfügt über eigene Kühlketteninfrastruktur.

<sup>6</sup> Die Covid-19 Pandemie hat zwar die Wartungsdienstleistungen der Lieferanten allgemein erheblich erschwert aufgrund von Zugangsbeschränkungen, es entstand vor Ort aber auch der Eindruck, dass die GE sich ihrer Ansprüche auch nicht bewusst waren.

<sup>7</sup> Die GE berichten von 25 bis 408 Überweisungen für das Jahr 2020, für 2015 lagen die Werte signifikant niedriger. Dabei verfügen aber nicht alle GE über Krankentransporte, um die Überweisungen durchzuführen. Bei Nichtabdeckung durch ein SLA entstehen für die Patienten Kosten zwischen 15.000 bis 25.000 MK, d.h. 8 bis 15 EUR.

Die Indikatoren zur **Nutzung der Einrichtungen** sind nur teilweise erfüllt und mit Blick auf die Zielerreichung nicht hinreichend erfolgreich. Indikator 1 hinsichtlich der Zunahme begleiteter Geburten um 5 % wird von den *Health Centern* (BEmONC) nach deren Angaben je nach Referenzwert für die Baseline erfüllt oder nicht erfüllt<sup>8</sup>; bei Vergleich mit den Angaben zum Zeitpunkt des Inception Reports des Consultants von 2013 haben 5 der 13 *Health Center* anstatt einer Zunahme an Geburten einen Rückgang erlebt (eine CHAM-GE hat nicht berichtet). Den beim Inception Report erwarteten absoluten Anstieg an Geburten je CHAM-GE hat nur ein *Health Center* erreicht bzw. in diesem Fall auch übertroffen. Im Allgemeinen hat die Anzahl der begleiteten Geburten durch die Covid-19-Pandemie einen Rückgang erlebt, sich aber wieder erholt, wie die Graphik zeigt. Der zweite und der dritte Indikator hinsichtlich der Nutzung der Investitionen bei den beiden *Community Hospitals* (CEmONC) ist von einem (Mua Hospital) bzgl. seinem Anteil erreicht. Das andere Krankenhaus (Nambuma Hospital) trägt hier Werte von 0 bei, da der OP und die Ausstattung inkl. Ultraschallgerät nicht genutzt werden. Bedauerlicherweise wird das Ultraschallgerät auch nicht für Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen oder andere Untersuchungen genutzt.

**Total CHAM Deliveries by Skilled Personnel relative to National Totals: (5 Year Period)**



Quelle: CHAM Annual Report 2021 (source: HMIS-DHIS2)

Das Vorhaben beabsichtigte, dass die CHAM-GE die für ihre Versorgungsebene geltenden **nationalen Standards der Geburtshilfe und Neugeborenen-Versorgung** erfüllen. Dies wurde bei mindestens 4 der 15 Einrichtungen nicht erreicht (weitere 4 machten dazu keine Angabe). Durch den nicht genutzten OP konnte Nambuma Hospital nicht entsprechend der Planung zu einem Krankenhaus mit umfassender geburtshilflicher Notfallversorgung (*Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care*, CEmONC) aufgewertet werden. Drei *Health Center* gaben im Rahmen der Evaluierung an, dass sie nicht alle Funktionen (*signal functions*) einer Grundversorgung bei geburtlichen Notfällen (*Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care*, BEmONC) gewährleisten können. Es wurde diesbezüglich auch berichtet, dass die politischen Vorgaben bzgl. Vorsorgeuntersuchungen von den CHAM wie auch staatlichen Health Centern schwer zu erfüllen sind, da bspw. bei jeder Schwangerschaft ein Ultraschall gemacht werden soll, entsprechende Geräte aber nur auf Ebene der Krankenhäuser verfügbar sind (bzw. sein sollten). Auch erschwert fehlende Laborausstattung die Behandlung, die dann nur symptomgeleitet erfolgen kann. Die CHAM-GE verfügen lediglich über die Möglichkeiten Malaria und HIV zu testen.

Die Auslastung der CHAM-GE wurde für das Vorhaben aufgrund der Ausrichtung auf Mutter-Kind-Gesundheit mit Fokus auf Geburten gemessen. Ergänzend betrachtete die Evaluierung auch die Entwicklung der Anzahl **ambulanter Behandlungen (OPD cases)**. Hierzu gibt es kein einheitliches Bild – wo CHAM-GE eigene Angaben machten, haben sie in 5 Fällen zu einem Anstieg seit 2015 berichtet. Bei Vergleich der Angaben der CHAM-GE für 2022 mit den Daten aus dem Inception Report des Consultants von 2013 sind die ambulanten Behandlungen insgesamt über alle geförderten CHAM-GE sowie in 9 der 15 CHAM-GE zurückgegangen anstatt gestiegen. Anstiege und Rückgänge variieren sehr in ihrem Ausmaß, so dass das Gesamtbild sehr heterogen ist. Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass nicht alle ambulanten Behandlungen durch SLAs abgedeckt werden (s.u.), was den Zugang für die Zielgruppe signifikant einschränkt. Nach Angaben der CHAM-GE decken SLAs zwischen 1 % der ambulanten Behandlungen (Mua Community Hospital mit SLA lediglich für Mütter und Neugeborene) und 90 % der ambulanten Behandlungen (Tsangano Health Center mit SLA für Mütter, Neugeborene und Kinder unter 5 Jahren). Schätzungen der CHAM-GE vor Ort gehen davon aus, dass der Großteil der überwiegend sehr armen Zielgruppe sich die Gebühren nicht leisten kann und somit keinen Zugang hat zu Dienstleistungen, die nicht durch SLAs abgedeckt sind<sup>9</sup>. Dies führt dazu, dass Patientinnen und Patienten, die zahlungspflichtige Dienstleistungen benötigen, oftmals zu spät in die CHAM-GE kommen und ihnen dann trotz einer in vielen Fällen ermöglichten Versorgung auch ohne Bezahlung (auf Basis christlicher Nächstenliebe) nicht mehr (adäquat) geholfen werden kann. Die Auslastung ist bei staatlichen GE, bei denen alle Leistungen des Essential Health Package kostenfrei angeboten werden, viel höher. Beim staatlichen Vergleichsstandort wurde von 150-200 ambulanten

<sup>8</sup> Im Abschlussbericht des Consultants wird nicht ausgewiesen, ob die Zahlen sich auf alle 15 GE beziehen oder nur die 13 Health Center, es ist aber anzunehmen, dass die Summe über alle geförderten GE berichtet wurde und daher von einer Zielerreichung unter Einbezug der Community Hospitals ausgegangen wurde.

<sup>9</sup> Die Kosten für eine Geburt ohne jegliche Komplikation liegen bei 10.000 Kwacha (ca. 5,5 EUR), können sich aber aufgrund von auch kleineren Komplikationen schnell verdoppeln oder gar vervielfachen. (Angaben der CHAM-GE vor Ort)

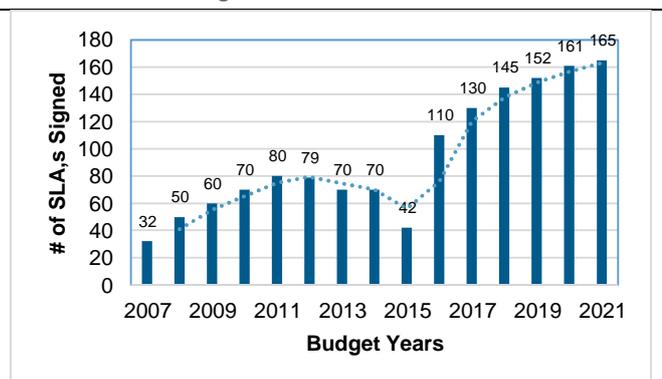
Behandlungen pro Tag berichtet, die beim Besuch von einem einzigen Arzt versorgt wurden. Daran reicht keine der im Vorhaben unterstützten CHAM-GE (diese lagen im Schnitt bei 39 pro Tag im Jahr 2022). Auch in den Gesprächen wurde immer wieder berichtet, dass die Auslastung bei staatlichen Gesundheitseinrichtungen weitaus höher liegt.

Zu Beginn des Vorhabens hatten nur 9 der identifizierten 15 CHAM-GE ein **Service Level Agreement** (SLA) mit dem zuständigen *District Health Office* (DHO). Aufgrund der Abgelegtheit und dem Unterstützungsbedarf wurde entgegen der Zielsetzung bei Prüfung von der FZ in Abstimmung mit MoH zugestimmt, auch CHAM-GE zu unterstützen, die bisher kein SLA haben, bei denen aber das DHO bestätigte nach Abschluss der Projektmaßnahmen ein SLA abschließen zu wollen. Dies war vor dem Hintergrund nachvollziehbar, dass die CHAM-GE mit SLA meist schon über die grundlegenden Voraussetzungen für die Versorgung von Müttern und Neugeborenen verfügten, da dies eine Voraussetzung für ein SLA ist. Entgegen den Angaben im Abschlussbericht des Consultants (3/2023) und der AK (3/2021) haben die Umfragen bei den 15 Einrichtungen im Rahmen der Evaluierung ergeben, dass eine CHAM-GE noch nie über ein SLA verfügt hat, eine weitere erst seit Oktober 2020. Bei 3 der 15 CHAM-GE waren die SLAs für zwei Jahre unterbrochen. Somit war bei 1/3 der geförderten CHAM-GE die Abdeckung mit SLAs seit Abschluss des Vorhabens nicht durchgehend gegeben.

Ausschlaggebend für die Nutzung der CHAM-GE ist zudem die **Leistungsabdeckung der SLAs**: 8 CHAM-GE verfügen über SLAs, die lediglich die Versorgung von Müttern und Neugeborenen abdecken, 6 CHAM-GE bekommen zudem die Versorgung unter 5-Jähriger über die SLAs abgedeckt (1 GE hat kein SLA). Nach Berichten der CHAM-GE stiegen in einer CHAM-GE durch das SLA die betreuten Geburten pro Woche von 4 auf 16 innerhalb von 2 Jahren, in einer anderen gingen mit Unterbrechung des SLAs die Geburten von über 300 auf etwa 24 im Jahr zurück.

Aufgrund dessen, dass die Verfügbarkeit und der Abdeckungsumfang der SLAs die nachhaltige Nutzung der geschaffenen Kapazitäten so signifikant beeinflusst, beeinträchtigen die Probleme mit den SLAs die Effektivität und damit auch die Erreichung der Indikatoren des Vorhabens erheblich. Dennoch hat sich die gesamte Anzahl an SLAs in Malawi seit Prüfung mehr als verdoppelt, wie die Graphik zeigt. Aber auch hier ist keine Aussage zum abgedeckten Leistungsumfang der SLAs und tatsächlicher Umsetzung ableitbar. Es wurde wiederholt auch davon berichtet, dass die Zahlung der SLAs über Monate nicht erfolgte (vgl. Nachhaltigkeit).

Number of SLA 's signed from 2007-2021



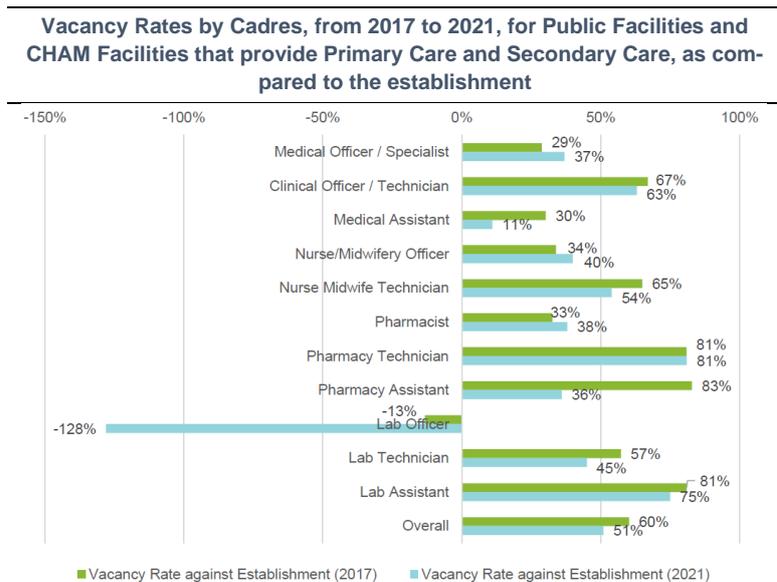
Quelle: CHAM Annual Report 2021

Ein weiterer entscheidender Faktor für die Nutzung der Infrastruktur und Ausstattung zur Versorgung der Zielgruppe ist die Gewährleistung einer (ununterbrochenen) **Stromversorgung** in den GE, gerade bei Ausstattung mit elektrischem Gerät. Da entgegen der Auswahlkriterien 5 Standorte nicht über einen Stromanschluss verfügten, sollte der Infrastrukturausbau durch das Vorhaben sichergestellt werden. Bei Evaluierung berichteten 4 der 15 CHAM-GE, dass sie keine 24-Stunden-Stromversorgung haben oder nicht alle Teile der GE an das Stromnetz angebunden sind. Bei einer CHAM-GE wurde die im Rahmen des Vorhabens neu gebaute Geburtsstation bisher nicht an das Stromnetz angeschlossen und deshalb auch nicht genutzt (s.o.). Fast alle CHAM-GE bemängeln, dass sie keine (funktionierende) Notstromversorgung haben. Auch eine angemessene **Wasserversorgung** ist für die GE wichtig, aber leider nicht (3 von 15) oder nur unzureichend (weitere 6 von 15) gegeben, wobei weitere 3 CHAM-GE dazu keine Angaben gemacht haben. In zwei der drei Fälle ohne funktionierende Wasserversorgung wurden die Investitionen in die Wasserversorgung im Rahmen des Vorhabens getätigt. Das Mua Krankenhaus berichtete, dass das Wasser nicht aufbereitet ist und im Schleusenbereich zum OP die Wasserversorgung nicht funktioniert und der Standard somit nicht den Anforderungen eines OPs genügt; es ist von erheblichen Hygieneherausforderungen auszugehen.

Die Maßnahmen zur Verbesserung von **Wartung und Instandhaltung** waren nicht erfolgreich. Es wurden Werkzeuge und Ersatzteile für die CHAM Maintenance Unit finanziert und beschafft, diese lagen zum Evaluierungszeitpunkt ungenutzt und unsortiert in einem Container beim CHAM-Sekretariat in Lilongwe. Die Maintenance Unit bei CHAM hat nach eigenen Angaben noch nie funktioniert – es fehlt an technischem Personal und finanziellen Mitteln. Die besuchten CHAM-GE wussten auch nicht, dass Ersatzteile bei CHAM verfügbar wären. Es wurden

100 Mitarbeitende der geförderten CHAM-GE bezüglich des sachgemäßen Gebrauchs, Reinigung, Wartung sowie der Handhabung von Wartungsverträgen für die Ausstattung sowie in der Gebäudeinstandhaltung 2018 geschult, aber nur in vereinzelt Fällen wurde noch im Rahmen des Vorhabens geschultes Personal angetroffen. Die im Rahmen der Schulung übergebenen Wartungs- und Instandhaltungs-Anweisungen waren in den meisten CHAM-GE nicht mehr bekannt. Es wurden Schilder in lokaler Sprache (Chichewa) angefertigt, die den Gebrauch der Verbrennungsanlagen und die Vorsichtsmaßnahmen erklären – auch diese waren nicht mehr an allen Standorten vorzufinden.

**Personalmangel** ist und bleibt eine enorme Herausforderung, insbesondere medizinisches Personal – nicht nur auf Ebene der unterstützten CHAM-GE, sondern auch auf nationaler Ebene. Die von den geförderten CHAM-GE berichteten Vakanzraten liegen bei bis zu 53 % (im Schnitt bei 24 %); beim medizinischen Personal sogar bei bis zu 63 %. Zudem sind nicht alle Angestellten der CHAM-GE vom MoH finanziert: 8 CHAM-GE berichteten, dass sie einen Teil des Personals selbst finanzieren, wobei der Anteil bei bis zu 43 % liegt. Die durch das Vorhaben unterstützten Personalwohnungen wurden sehr gut angenommen. Die CHAM-GE begrüßten die Investitionen gerade auch mit Blick auf die Attraktivität der abgelegenen Standorte für die Personalrekrutierung, die dennoch schwierig bleibt. Die flankierenden Ausbildungsmaßnahmen des Vorhabens für BEmONC (50-60 Teilnehmer) und OP-Personal der CEmONC hatten nach Einschätzung der Evaluierung keine weitreichende Wirkung in Anbetracht der hohen Personalfuktuation. Die folgende Graphik zeigt, dass auch Personalmangel ein im gesamten Land verbreitetes Problem ist. Nach Angaben im HSSP III kamen 2020 2,85 medizinische Fachkräfte auf 1.000 Menschen in Malawi – das WHO-Ziel liegt bei mindestens 4,5 / 1.000. Mit Blick auf die CHAM-GE bleibt dabei aber auch zu berücksichtigen, dass die Auslastung und damit Belastung für das Personal viel geringer ist als in staatlichen GE.



Quelle: Health Sector Strategic Plan III

Die **Versorgung mit Medikamenten** ist eine Herausforderung für die GE. Da die öffentliche Versorgung über die DHO nach Angabe der CHAM-GE nicht funktioniert, müssen die meisten CHAM-GE die Beschaffungen selbst vornehmen bei Apotheken oder Großhändlern in der Hauptstadt; keine CHAM-GE berichtete über den Bezug von Medikamenten über den Medikamentenfonds von CHAM, dessen Ausbau eine Option im Rahmen des Vorhabens war. Manche CHAM-GE gaben an, dass die Preise aber eine noch größere Herausforderung sind als die Verfügbarkeit – insbesondere da die Nutzungsgebühren und deren Erstattung durch MoH nicht angehoben werden entsprechend den steigenden Preisen. Wenn Dienstleistungen nicht von SLAs abgedeckt sind, müssen die Patienten die Medikamente selbst bezahlen. Allgemein entstand vor Ort der Eindruck, dass die Medikamentenverfügbarkeit bei den CHAM-GE im Vergleich zu staatlichen GE besser ist. Das ist sicherlich zumindest teilweise auf deren finanzielle Autonomie und die, wenn auch geringen, Einnahme aus Gebühren zurückzuführen ist.

## 9. Qualität der Implementierung

Die Durchführungsverantwortung wurde von MoH an das CHAM-Sekretariat übertragen. Aufgrund der bereits bei Prüfung offensichtlichen Kapazitätsengpässe erfolgte die Unterstützung in der Umsetzung durch einen internationalen Consultant. Die schwer zugänglichen Projektstandorte erschwerten eine engmaschige Steuerung und Überwachung im Feld sowohl für den Consultant als auch für das CHAM-Sekretariat. Die Eigentümerkirchen wurden über Investitionsabkommen formell eingebunden, waren aber in der weiteren Implementierung nicht involviert. Ihrer Verpflichtung zur Unterstützung der CHAM-GE auch im Rahmen der Wartung und Instandhaltung kommen sie nicht oder nicht im erforderlichen Umfang nach. Hier wäre es rückblickend notwendig gewesen, diese stärker in Planung und Umsetzung einzubinden und ihre Beiträge für Betrieb und Wartung nachzuhalten, wenn sie die nachhaltige Nutzung der Investitionen sicherstellen sollen (vgl. Nachhaltigkeit).

Teile der über das Vorhaben finanzierten medizinischen Ausstattung waren von geringer Qualität, so dass insbesondere Patientenbetten und Entbindungsbetten bei Abschlusskontrolle als mangelhaft deklariert wurden. Diese Betten wurden in der Zwischenzeit repariert oder gänzlich neu geliefert und ausgetauscht – teilweise werden die mangelhaften Betten aber noch genutzt, um Belegungsspitzen durch Häufung von Malariafällen in Regenzeiten abdecken zu können, wie bspw. Nambuma Hospital berichtete.

Wo die CHAM-GE nicht über Stromanschlüsse vom landesweiten Stromanbieter ESCOM verfügten, wurde die notwendige Lieferung und Leistung zur Installation der Anschlüsse Teil des Vorhabens. Die Umsetzung verzögerte sich aber erheblich – bei Abschlusskontrolle 2021 waren 5 CHAM-GE immer noch nicht angeschlossen, zur aktuellen Situation s.o..

Die Qualität des Monitorings ist aus Evaluierungsperspektive kritisch zu beurteilen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Berichte und Daten auch aus demselben Jahr der Evaluierung in Teilen die tatsächlichen Herausforderungen und Schwierigkeiten des Vorhabens nicht hinreichend transparent darstellten.

Sicherheits- und HIV/AIDS Aufklärungsmaßnahmen für die Arbeiter auf den Baustellen waren vorgesehen, es gab im Rahmen der Evaluierung keine Hinweise auf Probleme.

## 10. Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Durch die Anbindung mancher CHAM-GE an die nationale Stromversorgung hat zudem die umliegende Gemeinde profitiert. Weitere nicht-intendierte Wirkungen wurden im Rahmen der Evaluierung nicht festgestellt.

## Zusammenfassung der Benotung

Die Effektivität liegt deutlich unter den Erwartungen aufgrund (a) der geringer als erwarteten Nutzung der geschaffenen Kapazitäten, (b) der Tatsache, dass ein signifikanter Teil der Investitionen nicht (mehr) genutzt wird, (c) die notwendige Wartung fehlt sowie (d) der nicht hinreichend gegebenen, aber notwendigen Bedingungen für den Zugang und Betrieb durch SLAs – auch wenn die geförderten CHAM-GE im Rahmen ihrer Möglichkeiten unter den jeweiligen Gegebenheiten weiter Dienstleistungen erbringen.

**Effektivität: 4**

## Effizienz

### 11. Produktionseffizienz

Die Implementierung war erheblich verzögert und benötigte von der Unterzeichnung des Finanzierungsvertrages (11/2011) bis zum Abschlussbericht des Consultants (3/2023)<sup>10</sup> über 11 Jahre anstatt der – optimistischen – Einschätzung von 3 Jahren bei Prüfung. Das Vorhaben wurde somit erst 2023 anstatt 2014 komplett beendet mit Abschlussbericht des Consultants. Gründe lagen hierbei insbesondere in Verzögerungen bei der Planung, den notwendigen Entscheidungsprozessen und Genehmigungen, aber ganz überwiegend bei der Umsetzung der Baumaßnahmen. Es wurde auf ein Bauunternehmen gesetzt für alle 15 abgelegenen und über die Zentralregion

<sup>10</sup> Die Abschlusskontrolle durch die KfW erfolgte bereits 3/2021, dabei waren aber Stromanschlüsse noch nicht fertiggestellt und der Bedarf zur Ausbesserung der Betten festgestellt worden.

verstreuten Standorte. Für den Unternehmer war es aber unmöglich, gleichzeitig an allen Standorten die für den Baubeginn notwendigen Ressourcen (u.a. Ausrüstung, Geräte, Material und Arbeitskräfte) zu mobilisieren. Aufgrund der Vertragsstruktur war es nicht möglich, einen Teil der Leistungen rauszunehmen und neu zu vergeben. Die verspätete Bereitstellung der Gebäude führte dazu, dass Ausstattung und Geräte gelagert werden mussten und so ohne Nutzung aus der Gewährleistung liefen und die Haltbarkeit von Verbrauchsgütern abließ (z.B. Laborausstattung). Auch die Lieferung insbesondere von Betten minderer Qualität hat zu weiteren Verzögerungen durch notwendige Reparaturen und Ersatzlieferungen geführt – dies traf dann auch noch mit den Einschränkungen bei den Lieferketten durch die Covid-19-Pandemie zusammen. Die schließlich durch das Vorhaben übernommene Anbindung von CHAM-GE an die Stromversorgung hat sich auch als langwierig herausgestellt, wahrscheinlich auch durch die geringe Priorität auf Seiten der Auftragnehmer und beim nationalen Stromanbieter. Durch die lange Laufzeit lagen am Ende die Consultingkosten knapp 40 % höher als bei Prüfung veranschlagt und beliefen sich am Ende auf rund 20 % der Gesamtkosten.

## 12. Allokationseffizienz

Grundsätzlich ist es aus allokativer Perspektive sinnvoll gewesen, bestehende CHAM-GE in schwer erreichbaren Gegenden mit überwiegend sehr armer Bevölkerung zu stärken; sie ergänzen die Abdeckung mit staatlichen GE, wo diese nicht vorhanden sind. Zudem finanziert der Staat bereits einen Großteil des Personals der CHAM-GE. Der Aufwand zum Aufbau neuer staatlicher GE wäre signifikant höher und der Aufbau allein der personellen Kapazitäten wäre wahrscheinlich wesentlich schwieriger gewesen. Die Auswahl der unterstützten CHAM-GE erfolgte entlang grundsätzlich angemessener Kriterien (u.a. Distanz zur nächsten GE, Bevölkerung im Einzugsgebiet, Nutzung, Betriebs- und Wartungsbudget, Personal, SLA). Der Fokus auf die Zentralregion ist auch auf Basis der Neugeborenen, Säuglings- und Kindersterblichkeit ableitbar, wie die folgende Tabelle zeigt – noch bei Erhebungen zum DHS 2015 lag die Zentralregion hinter dem Norden und Süden. Zudem erhielt CHAM Unterstützung insb. der Norwegian Church Aid im Norden und Süden.

Year	Data Source	DHS/MICS subnational regions (Health equity monitor)	Neonatal mortality rate (deaths per 1000 live births) <sup>i</sup>	Infant mortality rate (deaths per 1000 live births) <sup>i</sup>	Under-five mortality rate (deaths per 1000 live births) <sup>i</sup>
2019	MICS <sup>i</sup>	north	22.0 [16.4-27.6]	33.0 [26.5-39.5]	43.2 [36.0-50.4]
		central	21.3 [17.5-25.1]	37.3 [32.8-41.8]	59.6 [53.8-65.4]
		south	24.5 [20.8-28.2]	42.7 [37.5-48.0]	60.6 [54.9-66.3]
2015	DHS <sup>i</sup>	north	21.2 [16.3-26.0]	37.0 [31.4-42.6]	57.2 [49.7-64.6]
		central	29.4 [24.6-34.2]	49.7 [44.0-55.4]	81.4 [74.9-87.9]
		south	25.2 [22.1-28.3]	45.6 [41.4-49.8]	73.1 [67.3-78.9]

Quelle: WHO<sup>11</sup>

Das bei den Kriterien gerade bezüglich des Vorhandenseins von SLAs abgewichen wurde, hat die Allokationseffizienz geschwächt – wie ausschlaggebend SLAs für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sind, wurde bei Effektivität erläutert. Es ist auch davon auszugehen, dass die Zielgruppe den Bedarf nicht bei staatlichen Einrichtungen decken konnte, da die Transportkosten zu mehr als 8 km entfernten GE als prohibitiv hoch eingeschätzt werden können auch vor dem Hintergrund der steigenden Kraftstoffpreise, der Inflation und erschwerten Bedingungen in der Regenzeit.

Die Ergebnisse der Evaluierung deuten darauf hin, dass die gelieferte Ausstattung zu Teilen nicht dem Bedarf und den Gewohnheiten sowie den Rahmenbedingungen (z.B. Stromversorgung) der CHAM-GE entspricht, insbesondere auch vor dem Hintergrund der nicht funktionierenden Wartung und Instandhaltung. Dies trifft insbesondere auf (elektrische) Geräte zu, die nicht oder nicht mehr genutzt werden, da sie zum Teil schon nicht mehr funktionieren, nicht im Rahmen der erweiterten Gewährleistung beanstandet wurden, nicht repariert werden (können) und keine Ersatzteile auf Ebene der CHAM-GE verfügbar sind. Zum Beispiel funktionieren von den 10 finanzierten elektrischen Autoklaven /Sterilisatoren nur noch 3. Fehlende und mangelhafte Stromversorgung hat die Nutzung elektrischer Ausstattung von Anfang an limitiert – bereits im Rahmen der Umsetzung musste noch 2018 extra ein Generator beschafft werden, damit an den CHAM-GE ohne Stromversorgung die Einweisung in die neuen elektrischen Geräte und die Schulung zur Wartung erfolgen konnte; die Geräte konnten im Anschluss aber

<sup>11</sup> <https://apps.who.int/gho/data/node.searo.NODESUBREGchildmortality-MWI?lang=en>

nicht genutzt werden, bis die Stromversorgung sichergestellt wurde (2021 bei AK waren noch immer 5 CHAM-GE nicht an die Stromversorgung angeschlossen). Die finanzierten Kühlschränke der BEmONC werden durchweg nicht genutzt, da Angabe gemäß nicht benötigt (vgl. Effektivität). Auch der Blutkonservenkühlschrank im Nambuma Hospital wird nicht genutzt, da keine Bluttransfusionen durchgeführt werden – es mangelt an Verbrauchsgütern und an der notwendigen Notstromversorgung. Diese Tatsachen schränken die Allokationseffizienz ein, da anzunehmen ist, dass herkömmliche und beim medizinischen Personal bekannte Ausstattung einen größeren Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Zielgruppe hätte leisten können.

### Zusammenfassung der Benotung

Die Produktionseffizienz wurde durch die erheblichen Verzögerungen beeinträchtigt, die insbesondere durch Limitierung auf einen Bauunternehmer und die Unterstützung von 15 überwiegend extrem abgelegenen und schwer zugänglichen Standorten resultiert. Der Public-Private-Partnership Ansatz mit dem Ziel, dass bestehende CHAM-GE die Lücken staatlicher GE abdecken, ist aus allokativer Perspektive geeignet. Die Abweichung bei den Kriterien hinsichtlich eines bestehenden SLAs schränkt diesen Ansatz und die Allokationseffizienz wieder ein, denn ohne SLA sind die Behandlungskosten von der Zielgruppe zu tragen, die sich diese überwiegend nicht leisten kann. Ebenso die Tatsache, dass Ausstattung und medizinisches Gerät nicht hinreichend den Gegebenheiten und Bedarfen entsprechend ausgewählt wurden. Insgesamt ist die Effizienz deutlich unter den Erwartungen.

Effizienz: 4

## Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

### 13. Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen

Das Ziel auf Impact-Ebene war ein Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der malawischen Bevölkerung, insbesondere Frauen und Kinder im ländlichen Raum.

Die Erreichung des Ziels auf Impact-Ebene kann approximativ anhand der folgenden Indikatoren zusammengefasst werden.

Tabelle Zielerreichung Impact:

Indikator	Status PP (2011)	Zielwert EZ-Programm	Ist-Wert DHS 2015/16	Ist-Wert bei EPE
(1) Senkung der Müttersterblichkeit (MMR)	2010: 675/100.000	350/100.000 (2022)	439/100.000	349 (2019, MICS) 381 (2020, Schätzung UN und Weltbank) Voraussichtlich erfüllt
(2) Senkung der Säuglingssterblichkeit (IMR)	66/1.000	22/1.000 (2022)	42/1.000	26/1.000 (2020, MICS) Voraussichtlich erfüllt
(3) Senkung der Kindersterblichkeit (U5MR)	129/1.000	50/1.000 (HSSP III Ziel für 2024)	64/1.000	56/1.000 (2019/ 2020, MICS) Voraussichtlich erfüllt

Der positive Abwärtstrend bei den Sterblichkeitsraten von Müttern, Neugeborenen und Kindern zeigt die Fortschritte Malawis im Gesundheitswesen allgemein. Gerade mit Blick auf die Mütter- und Säuglingssterblichkeit sind die Fortschritte sicherlich zu einem erheblichen Teil auf den Anstieg der insgesamt in GE betreuten Geburten von 77,7 % im Jahr 2010 auf 92,8 % im Jahr 2015/16 (DHS) und 96,4 % 2019/2020 (MICS) zurückzuführen. Grundsätzlich liegen die Sterblichkeitsraten in ländlichen Gebieten höher als in städtischen Gebieten: 42 gegenüber 30 bei der Säuglingssterblichkeit und 58 gegenüber 42 bei der Kindersterblichkeit (MICS 2019/2020). Auch das Bildungsniveau der Mütter sowie Einkommen haben hier weiterhin signifikanten Einfluss. Die Säuglingssterblichkeit liegt beim ärmsten Fünftel der Bevölkerung bei 50/1.000 und beim reichsten Fünftel bei 31/1.000, bei der

Kindersterblichkeit 62/1.000 zu 39/1.000 respektive. Daten für 2022 liegen bezüglich der Proxy-Indikatoren nicht vor, weshalb die Zielerreichung nur in Extrapolation des Trends als voraussichtlich erfüllt angenommen werden kann.

#### **14. Beitrag zu übergeordneten (intendierten) developmentpolitischen Veränderungen**

Es ist plausibel davon auszugehen, dass die geförderten GE mit Abdeckung der Kosten durch ein SLA im jeweiligen davon abhängigen Umfang zur besseren Versorgung von Müttern und Kindern und damit einem besseren Gesundheitszustand beitragen. Die beschränkte Effektivität des Vorhabens – Nutzung geringer als erwartet und nur wenig mehr als bei Prüfung – wirkt sich dabei aber limitierend auf den Beitrag zu übergeordneten Veränderungen aus. Inwieweit die Investitionen die Gesundheitsversorgung von Müttern und Kindern beeinflusst haben, kann im Rahmen der Evaluierung nicht quantifiziert werden. Es ist aber davon auszugehen, dass sich die – trotz teilweise erheblicher Abschlüsse – verbesserten Bedingungen an den CHAM-GE mit mehr Platz und Betten sowie Anreizen für qualifiziertes Personal über Personalwohnungen positiv auf die Gesundheitsversorgung auswirken. Davon profitieren nicht nur Mütter und Kinder bei von SLA abgedeckten Dienstleistungen, es werden generell auch weitere Dienstleistungen wie Impfungen, HIV/AIDS-Services und je nach religiöser Prägung der Eigentümerkirche mehr oder weniger Familienplanungsdienste kostenfrei angeboten. Zudem profitieren auch die – eher wenigen – zahlenden Patienten durch bessere Ausstattung. Schließlich bleibt zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Covid-19-Pandemie die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in Malawi allgemein zurückgegangen war, nun aber wieder zu steigen scheint.

Eine nachhaltige Stärkung der personellen und finanziellen Kapazitäten auf Ebene der CHAM-GE als auch des CHAM-Sekretariats unter anderem für Wartung und Instandhaltung ist eher nicht anzunehmen.

Es ist plausibel abzuleiten, dass die Maßnahmen den Umfang an Dienstleistungen nicht im beabsichtigten Maße ausweiten konnten<sup>12</sup> – insbesondere für andere Bevölkerungsteile abgesehen von Müttern und Neugeborenen abhängig von der Abdeckung durch ein SLA. Die CHAM-GE hätten ihre Dienstleistungen wahrscheinlich auch ohne die Investition weiter angeboten, dies aber unter schlechteren Bedingungen, da sie in den ländlichen Gebieten mit vorwiegend armer bis sehr armer Bevölkerung Lücken in der staatlichen Versorgung abdecken. Die Tatsache, dass Ausstattung in den nicht genutzten Gebäuden (vgl. Effektivität) nicht an anderer Stelle genutzt wird, stellt den Bedarf daran in Frage.

#### **15. Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) developmentpolitischen Veränderungen**

Das Vorhaben beabsichtigte nachhaltige Baumaterialien zu verwenden und damit den Feuerholzverbrauch, die damit einhergehende Abholzung und Emissionen zu vermeiden. Dabei setzte es zunächst auf betonstabilisierte Lehmziegelsteine, die in Malawi aber nicht verfügbar waren, weshalb zu „Ecobricks“ übergegangen wurde. Diese werden im Gegensatz zu herkömmlichen Ziegeln auf ressourcenschonendere Weise gebrannt mit einem Minimum an Kohle und vermehrter Verwendung von Abfall. Aber auch hierfür gab es in Malawi lediglich einen Anbieter. Ecobricks wurden nach Angabe des Durchführungsconsultants bei 12 der 15 Einrichtungen verwendet, der Rest wurde mit zementstabilisierten Erdblöcken gebaut. Letztere werden direkt auf dem Baufeld hergestellt, was die Transportkosten mindert, sie sind aber nach Aussage des Consultants aufgrund des Zementanteils dennoch teurer als Ecobricks aufgrund des Energieaufwandes bei der Zementherstellung. Zudem sind diese Erdblöcke nicht so langlebig wie gebrannte Ziegel. Die Einführung und Verbreitung nachhaltiger Baumaterialien hat sich damit schwieriger herausgestellt als gedacht, aber die Nutzung von Ecobricks hat zumindest ansatzweise zu deren Verbreitung im Land, in dem Ziegelsteine überwiegend mit Holz(kohle) gebrannt werden, beigetragen.

Aus ökologischer Perspektive auch relevant waren Investitionen in die sichere Entsorgung von medizinischen Abfällen. Durch den Bau von Verbrennungsöfen und Plazenta-Gruben wurde auch die Handhabung medizinischer Abfälle verbessert, auch wenn diese nicht immer den Vorgaben entsprechend betrieben werden.

Im Rahmen des Vorhabens wurde das Nambuma Hospital an das Stromnetz angeschlossen, was der gesamten Gemeinde zugutekam, da diese dann gesamt von der Anbindung an die nationale Stromversorgung profitierte mit den damit verbundenen sozioökonomischen Wirkungen.

---

<sup>12</sup> In quantitativer Hinsicht bzgl. der Prognose zu Auslastungszahlen je CHAM-GE gemäß Inception Report als auch in qualitativer Hinsicht mit Erweiterung des Leistungsspektrums der *signal functions* je Versorgungsebene.

## Zusammenfassung der Benotung

In Anbetracht der Weiterführung und der dem allgemeinen Trend entsprechenden Ausweitung der Gesundheitsdienstleistungen der CHAM-GE kann der Impact als eingeschränkt erfolgreich bewertet werden, wobei die beschränkte Zielerreichung bezüglich des Zugangs und der Versorgungsqualität vor dem Hintergrund der bei Effektivität diskutierten Mängel hinter den Erwartungen bleibt.

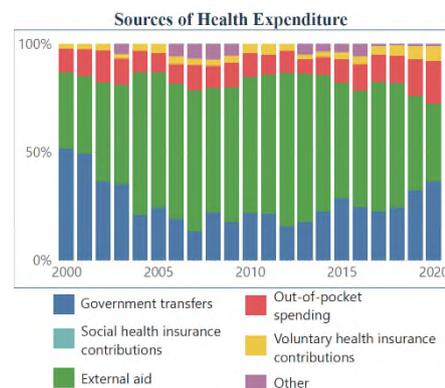
## Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: 3

## Nachhaltigkeit

### 16. Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Bereits bei Prüfung wurden die Risiken insbesondere auch für die Nachhaltigkeit des Vorhabens korrekt identifiziert. Diese sind in weiten Teilen auch eingetreten (vgl. Anlage 2). Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit stagnieren im Verhältnis zum Gesamtbudget bei rund 8,5 % und liegen damit erheblich unter dem Abuja-Ziel von 15 % und dem SADC-Durchschnitt von 11 %. Die Gesundheitsausgaben hängen allgemein stark von externen Gebern ab und zunehmend auch von individuellen Direktzahlungen, wie die Graphik zeigt.

Zunehmende Extremwetterereignisse wie bspw. der Zyklon Freddy, die Covid-19-Pandemie und die Herausforderungen durch die anhaltende Cholera-Epidemie sowie das Wiederaufkommen des Polio-Wildvirus haben die staatlichen Kapazitäten und das Gesundheitssystem nochmal erheblich überstrapaziert.



Durch die **limitierten (finanziellen) Kapazitäten des Staates** und damit auch des Gesundheitsministeriums sind die Strukturen auf nationaler wie auf Distriktebene schwach. Dies wirkt sich auf die Nachhaltigkeit des Vorhabens direkt über die SLAs und die Personalsituation aus, denn von diesen beiden Schnittpunkten zwischen Staat und CHAM hängt der nachhaltige Betrieb der geförderten GE ab:

- Fehlende **SLAs**, SLAs mit geringer Abdeckung, Unterbrechungen oder ausstehende Zahlungen gefährden die Aussicht für eine nachhaltige Nutzung aus heutiger Sicht erheblich, da SLAs Basis für die nachhaltige Nutzung der Dienstleistungen sind (vgl. Effektivität). Zudem strapazieren Verzögerungen oder Ausfälle in der Zahlung von SLAs die Beziehung zwischen MoH und CHAM. Auf Ebene der Gesundheitsstationen decken die SLAs zwar lediglich die Betriebskosten, aber weiten die Nutzung erheblich aus, weshalb davon auszugehen ist, dass fehlende SLAs erhebliche Auswirkungen auch auf die finanzielle Situation der CHAM-GE haben. Medienberichten zufolge standen zum Evaluierungszeitpunkt Juli 2023 für alle CHAM-GE noch Zahlungen in Höhe von 2,3 Mrd. Kwacha (ca. 1,26 Mio. EUR) für das Fisikaljahr 2022/2023 sowie 817,3 Mio. Kwacha (ca. 450.000 EUR) für 2023/2024 aus. Die Rückstände in den Zahlungen erschweren den Betrieb der Einrichtungen und riskieren die Versorgung von Müttern und Kindern erheblich.
- Die Finanzierung des **Personals** der CHAM-GE durch MoH ist von erheblicher Bedeutung für die Deckung der Betriebskosten und das subventionierte Angebot von erweiterten Gesundheitsdienstleistungen, die nicht durch SLAs gedeckt werden. Immer wiederkehrende und anhaltende Einstellungs- und Nachbesetzungs-Stopps aufgrund der Austeritätspolitik beschränken die Personalverfügbarkeit auf allen Ebenen und führen bei CHAM-GE dazu, dass sie Personal zum Teil zusätzlich auf eigene Kosten einstellen (müssen).

Die Rechte und Pflichten im Rahmen des Public Private Partnerships der relevanten Akteure der Projektstruktur wurden vor Ausschreibung der Investitionen in „*investment agreements*“ festgehalten zwischen den zuständigen Eigentümerkirchen (als Eigentümer/Betreiber), dem jeweiligen DHO (zuständig für Überwachung der Gesundheitsdienstleistungen im Auftrag des MoH), MoH (als Projektträger zuständig für die generelle Projektüberwachung und Allokation von Mitteln an die Distrikte) und CHAM (als Projektimplementierungseinheit für Planung, Durchführung und Überwachung des Projektes). Darin enthalten war auch die Verpflichtung der Eigentümer,

hinreichend Mittel für den Betrieb, aber insbesondere auch für **Wartung und Instandhaltung** der Ausstattung und Infrastruktur bereitzustellen. Dieser Verpflichtung wird nach Angabe des Leitungspersonals der CHAM-GE nicht oder nicht hinreichend nachgekommen. Grundsätzlich verfügen die CHAM-GE je nach Eigentümer über mehr oder weniger finanzielle Autonomie und decken ihre Betriebskosten über die Gebühreneinnahmen oder Erstattungen im Rahmen der SLAs. Sowohl Gebühren als auch SLA-Erstattungen decken aber lediglich Betriebskosten – SLAs decken sogar lediglich 70 % der Kosten (CHAM Annual Report 2021). Aus diesem Grund sind die GE nicht in der Lage größere Wartungs- oder Instandhaltungsmaßnahmen ohne externe Unterstützung zu stemmen. Die äußerst beschränkten technischen Kapazitäten für Wartungs- und Instandhaltungsarbeiten betreffen den gesamten Gesundheitssektor, weshalb auch häufige Ausfälle der Ausstattung kein einzelnes Phänomen sind. Hier konnte auch die Unterstützung durch das Projekt keinen anhaltenden Beitrag leisten (vgl. Effektivität). Von MoH und CHAM wäre es sinnvoll, die nicht genutzte Ausstattung der einen Mutter-Kind-Station sowie des nicht betriebenen OPs (vgl. Effektivität) wenigstens an andere CHAM-GE zu übertragen, wo sie genutzt wird. Dass diese Infrastruktur zeitnah in Betrieb genommen wird, zeichnete sich bei Evaluierung nicht ab.

Das **CHAM-Sekretariat** erhält seine Finanzierung über die Mitgliedsbeiträge, Projektverwaltungsgebühren und Immobilien. CHAM kommt eine zentrale Rolle zu in der Sicherstellung fristgerechter Zahlungen der SLAs und Gehälter und vertritt hier die Interessen der CHAM-GE gegenüber dem MoH. CHAM nennt in seinem Strategieplan 2020-2024 klar auch die Schwächen der Organisation inklusive fehlender interner Kontrolle mit dem Risiko Geber zu verlieren, aber auch das hohe Risiko sinkender direkter Spenden an CHAM-GE von ausländischen Spendenorganisationen. Daher sind zwei wichtige Ziele der Strategie die Verbesserung der Governance und Kontrolle. Monitoring ist bisher eher schwach, wie sich in der Datenerhebung für die Evaluierung zeigte, es gibt aber Bestrebungen dies zu verbessern, wofür CHAM ein *Monitoring and Evaluation Framework (2020-2024)* entwickelt hat.

Die Covid-19-Pandemie hat auch die CHAM-GE stark gefordert und überfordert, insbesondere da Informationen und Ausstattung inklusive Medikamenten für Covid-19 Behandlung und Prävention nicht umgehend verfügbar waren. Die Nutzung der allgemeinen Gesundheitsdienstleistungen sind 2019 und 2020 eingebrochen und haben sich danach wieder angefangen zu erholen.

#### OPD/IPD Service Performance Indicator data: 2017 - 2021

Performance Indicator	2017	2018	2019	2020	2021	2021 National Contribution %
Total Out-Patients	1,721,218	2,237,082	2,122,903	1,696,536	1,890,995	Fluctuating (11)
Total Admissions	239,565	285,357	254,436	198,737	210,893	Increasing (29)

Quelle: CHAM 2021 Annual Report

Auf **Ebene der einzelnen CHAM-GE** hat sich bei Evaluierung gezeigt, dass sie Dienstleistungen auch erbringen und Medikamente bereitstellen, wenn diese nicht von SLAs gedeckt sind und die Patienten nicht über die finanziellen Mittel verfügen und höchstwahrscheinlich auch später nicht zahlen können; d.h. die CHAM-GE werden dann für ihre Leistungen nicht bezahlt. Auch die Kostenerstattung durch die SLAs ist immer wieder erheblich verzögert – eine CHAM-GE berichtete, dass sie seit 7 Monaten keine Erstattung durch das SLA erhalten habe. Der Mangel an finanziellen Mitteln bei den CHAM-GE führt nach deren Angabe wohl auch dazu, dass sie beispielsweise bei der Beschaffung notwendiger Medikamente bei Großhändlern in der Hauptstadt auf ein Schuldenkonto anschreiben. Es bleibt abschließend unklar, wie sich die finanzielle Situation auf Ebene der CHAM-GE über die Zeit darstellt und wie deren finanzielles Überleben gelingt. Nach Angaben vor Ort spielen die Eigentümerkirchen hierbei keine zentrale Rolle, da die meisten CHAM-GE angegeben haben, keine finanzielle Unterstützung von ihren Eigentümern zu erhalten. Wo ggf. zusätzliche Gelder akquiriert werden, ist nicht nachvollziehbar, aber es scheint immer wieder Mittel zu geben. Diese Intransparenz wird auch von CHAM adressiert im Strategieplan 2020-2024 mit dem Ziel, dass alle Geber und Stakeholder über das CHAM-Sekretariat gehen, wenn sie mit CHAM-Mitgliedern arbeiten.

### **17. Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten**

Das Vorhaben konnte an den jeweiligen Standorten in unterschiedlichem Maße dazu beitragen, dass bestimmte Kapazitäten sich nachhaltig verbessern. So ist anzunehmen, dass der Bau von Personalwohnungen auch längerfristig dazu beitragen kann, qualifiziertes Personal für die abgelegenen Standorte zu rekrutieren. Ebenso beim Ausbau der Gesundheitsstationen ist bei deren Betrieb davon auszugehen, dass die Patienten in einem besseren Umfeld mit besserer Ausstattung versorgt werden können. Allerdings konnten die allgemeinen Kapazitäten für Betrieb, Wartung und Instandhaltung sowohl der Infrastruktur als auch Ausstattung weder auf Ebene der CHAM-GE noch auf Ebene des CHAM-Sekretariats entsprechend der Absichten bei Prüfung ausgebaut werden und einige Einrichtungen können den Ansprüchen ihrer Versorgungsebene nicht gerecht werden.

Die Instandhaltungseinheit bei CHAM funktioniert nicht entsprechend der Planung und es fehlt an technischem Personal für diese. Auch auf Ebene der CHAM-GE fehlten bei Evaluierung die Wartungs- und Instandhaltungsbücher und das im Rahmen des Vorhabens ausgebildete Personal war in den überwiegenden Fällen nicht mehr da. Eine Finanzierung und Unterstützung durch die Eigentümerkirchen, wie in den *investment agreements* vorgesehen, erfolgt in den überwiegenden Fällen nicht. Eine Fortsetzung regelmäßiger Fortbildungen für Wartung sowie die Einstellung von Wartungsbudgets durch die Eigentümerkirchen, wie bei der Abschlusskontrolle für den Betrieb empfohlen, erfolgt nicht.

Somit bleibt der Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten auf die Nutzung der Infrastruktur und Ausstattung auf die jeweilige Lebensdauer ohne Wartung und Instandhaltung beschränkt.

### **18. Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit**

Aufgrund der chronischen Unterfinanzierung des malawischen Gesundheitssektors bei gleichzeitig begrenzten Budgetmitteln der Regierung ist davon auszugehen, dass Malawi langfristig auf externe Unterstützung angewiesen sein wird. Der HSJF trägt zur Finanzierung der SLAs bei mit norwegischer und britischer Finanzierung, wodurch der Betrieb eines Teils der CHAM-GE mittelfristig gesichert ist. Allerdings werden Kürzungen von Gebermitteln direkt auf die längerfristige Wirkung des Vorhabens Einfluss nehmen. Der malawische Staat schafft es leider bisher auch nicht, die erforderlichen Mittel zur Deckung der laufenden Kosten für Personal, Strom- und Wasserversorgung sowie die ordnungsgemäße Wartung zur Verfügung zu stellen. Aufgrund dessen, dass gerade die vulnerablen Teile der Zielgruppe in den von Armut geprägten Gebieten nicht die notwendigen Mittel für adäquate medizinische Versorgung aufbringen können, ist diese erheblichen Risiken ausgesetzt.

Zudem riskieren Extremwetterereignisse die Wirkungen über die Zeit. Allein der verheerende Zyklon Freddy hat im Februar und März 2023 im Süden des Landes 65 Gesundheitszentren getroffen, wovon 10 so stark zerstört wurden, dass sie nicht mehr arbeiten konnten, 41 wurden teilweise zerstört und 14 waren aufgrund zerstörter Straßen und Brücken nicht mehr zugänglich.

### **Zusammenfassung der Benotung**

Der fiskalische Spielraum ist begrenzt, der Gesundheitssektor hängt stark von Gebermitteln ab, die langfristige Nutzung von Investitionen in CHAM-GE wird durch die Existenz und Finanzierung von SLAs bestimmt, die Verfügbarkeit von Personal hängt von der Austeritätspolitik ab, die Eigentümerkirchen unterstützen die CHAM-GE nicht wie geplant und die Wartungs- und Instandhaltungskapazitäten sind sehr limitiert bis inexistent. Die Nachhaltigkeit ist damit unter Berücksichtigung der bereits zum Zeitpunkt der Evaluierung beobachteten Nutzungseinschränkungen als eher nicht erfolgreich zu bewerten.

**Nachhaltigkeit: 4**

## Gesamtbewertung

Insgesamt war das Vorhaben relevant und das Konzept geeignet durch ein Public Private Partnership zwischen dem malawischen Staat und der Dachorganisation kirchlicher Gesundheitseinrichtungen CHAM mit CHAM-GE die Gesundheitsversorgung in unterversorgten, schwer zugänglichen, ländlichen Gebieten zu verbessern. Externe Risiken bei der Finanzierung des Gesundheitssektors und des Personals sind eingetreten und haben den Projekterfolg durch fehlende Abdeckung der Betriebskosten beeinträchtigt. Die beabsichtigten Verbesserungen im Zugang und der Qualität der Gesundheitsversorgung für Mütter und Kinder divergieren zwischen den geförderten Einrichtungen, liegen aber unter den Erwartungen. Die Schwächen bei der Wartungsstruktur und Finanzierung haben sich durch das Vorhaben nicht verbessert. Insgesamt kann ein signifikanter Beitrag des Vorhabens zu einer langfristig besseren Versorgung der Bevölkerung nicht klar abgeleitet werden und die Ergebnisse liegen deutlich unter den Erwartungen.

**Gesamtnote: 4**

## Beiträge zur Agenda 2030

Das Vorhaben war grundsätzlich geeignet zur Agenda 2030 über die Verbesserung der Gesundheitsversorgung insbesondere für Mütter und Kinder in von Armut geprägten ländlichen Gebieten und damit SDG 3 beizutragen. Gerade auch die Zusammenarbeit zwischen dem Staat und den bestehenden Strukturen von CHAM war im Sinne der Agenda 2030. Die tatsächlichen Beiträge sind aufgrund der Einschränkungen beim Erfolg des Vorhabens auch limitiert.

## Projektspezifische Stärken und Schwächen sowie projektübergreifende Schlussfolgerungen und Lessons Learned

Zu den Stärken und Schwächen des Vorhabens zählen insbesondere:

- Der Ansatz den malawischen Staat darin zu unterstützen, die Basisgesundheitsversorgung gerade im ländlichen Raum ohne Abdeckung mit staatlichen Diensten über die Zusammenarbeit mit bestehenden Gesundheitseinrichtungen kirchlicher Träger zu verbessern, war vielversprechend.
- Die weitreichenden gesamtwirtschaftlichen Risiken mit Auswirkungen auf die Personalverfügbarkeit und die Finanzierung der SLAs sowie die institutionellen Schwächen wurden bei Prüfung klar erkannt, waren aber nicht hinreichend beeinflussbar – die Risiken sind eingetreten und haben die nachhaltige Zielerreichung limitiert.
- Die Einbindung und Verpflichtung der Eigentümerkirchen zu Finanzierung von Betrieb, Wartung und Instandhaltung ihrer Gesundheitseinrichtung allein über Investitionsabkommen zu Beginn des Vorhabens war nicht ausreichend.
- Ohne umfangreiches Capacity Building kann allein mit der Finanzierung von Werkzeug und Ersatzteilen sowie Wartungsverträgen dem generellen Mangel an Strukturen und Kapazitäten nicht begegnet werden.

Schlussfolgerungen und Lessons Learned:

- Die Auswahl medizinischer Ausstattung muss an den lokalen Gegebenheiten und Bedarfen ausgerichtet werden unter Berücksichtigung der Kapazitäten für Wartung und Instandhaltung sowie der Stromversorgungssituation.
- Bei PPP-Ansätzen sind die Kapazitäten aller erfolgsentscheidend.
- Investitionsmaßnahmen müssen alle notwendigen Anschlüsse wie Strom- und Wasserversorgung von Beginn an beinhalten.
- Bei mehreren abgelegenen Projektstandorten kann ein Bauunternehmer nicht an allen Standorten parallel Geräte, Ausrüstung, Material und Arbeitskräfte mobilisieren, was die Umsetzung verzögert.

## 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 Projektdokumentation, Consultingberichte, Studien zur Gesundheitsversorgung in Malawi, HSSP I-III, Medienberichte u.a.

#### Datenquellen und Analysetools:

Besuch vor Ort bei 5 von 15 CHAM-GE, davon 4 Health Center und 1 Community Hospital sowie Umfrage bei allen CHAM-GE im Nachgang mit Unterstützung des CHAM-Sekretariats.

#### Interviewpartner:

MoH, CHAM Sekretariat, Personal an den besuchten CHAM-GE, Zielgruppe im Umfeld der GE, GIZ, Consultant

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:

Der Aufwand im Zugang zu den einzelnen geförderten CHAM-GE machte es nicht möglich alle Standorte zu besuchen. Es erfolgte die Auswahl auf Basis der vorliegenden Daten zu bisherigen Missionen, wobei Standorte gewählt wurden, die noch nicht oder zumindest nicht wiederholt von (KfW-)Missionen besucht wurden. Die Einsichten in die geringe Auslastung und Nutzung wurden durch die anschließende Gesamterhebung per Umfrage abgerundet, wobei auch der Träger bestätigte, dass eine andere Auswahl der zu besuchenden Standorte zu ähnlichen Erkenntnissen geführt hätte.

## 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.

## Abkürzungsverzeichnis:

AK	Abschlusskontrolle
BEmONC	Basic Emergency Obstetric and Newborn Care
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CEmONC	Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care
CHAM	Christian Health Association of Malawi
DAC	Development Assistance Committee
DHO	District Health Office
EHP	Essential Health Package
EUR	Euro
FCDO	Foreign Commonwealth and Development Office
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
FZ E	FZ Evaluierung
GE	Gesundheitseinrichtung
HC	Health Center
HDI	Human Development Index
HSJF	Health Sector Joint Fund
HSSP	Health Sector Strategic Plan
MoH	Ministry of Health (Gesundheitsministerium)
OPD	Outpatient Department (Ambulanz)
PP	Projektprüfung
PPB	Projektprüfungsbericht
PPP	Public Private Partnership
PV	Projektvorschlag
SADC	Southern African Development Community
SLA	Service Level Agreement
TZ	Technische Zusammenarbeit
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Kinderhilfswerk der UN)
USD	US Dollar

## **Impressum**

### **Verantwortlich**

FZ E

Evaluierungsabteilung der KfW Entwicklungsbank

FZ-Evaluierung@kfw.de

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

KfW Bankengruppe

Palmengartenstraße 5-9

60325 Frankfurt am Main, Deutschland

## **Anlagenverzeichnis:**

Anlage 1: Zielsystem und Indikatoren

Anlage 2: Risikoanalyse

Anlage 3: Empfehlungen für den Betrieb

Anlage 4: Evaluierungsfragen entlang der OECD DAC-Kriterien/ Ex-post-Evaluierungsmatrix

## Anlage 1: Zielsystem und Indikatoren

Projektziel auf Outcome-Ebene		Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)				
Bei Projektprüfung: Erhöhung der Verfügbarkeit und Nutzung sowie der Qualität essenzieller Dienstleistungen der Mutter-Kind-Versorgung.		Die Zielformulierung ist angemessen, da sie sowohl den quantitativen Aspekt (erweiterter Kapazitäten) als auch den qualitativen Aspekt adressiert und die Nutzung in den Vordergrund stellt.				
Bei EPE (falls Ziel modifiziert)						
Indikator	Bewertung der Angemessenheit (angemessen; teilweise angemessen; nicht angemessen)	Begründung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP Optional: Zielniveau EPE	Status Baseline (2014)	Status AK (2021)	Final Report Consultant (09/2022) EPE 2023
Indikator 1 (PP) Anzahl der Entbindungen in den geförderten BE-mONC Einrichtungen	angemessen	Geeigneter Indikator zur Messung der Nutzung der CHAM-GE, jedoch wäre eine disaggregierte Erhebung und Berichterstattung je CHAM-GE sinnvoll gewesen.	Zielniveau AK: 10.117 pro Jahr (843/Monat) 5 % Anstieg ggü. Baseline	9.635 (7.607 Inception Report 2013)	9.944 (bei AK wurde nicht mehr auf BEmOC referenziert, sondern auf Entbindungen aller Einrichtungen inkl. CEmOC)	Final Consultant: durchschnittliche: 890/Monat  Angabe der CHAM-GE im Rahmen der EPE für die 13 Health Center: 8.093 (11.252 für alle Einrichtungen inkl. der beiden Community Hospitals)
Indikator 2 (PP) Anzahl der durchgeführten Kaiserschnitte in den zwei teilnehmenden CEmOC Einrichtungen	angemessen	Geeigneter Indikator zur Messung der Nutzung der CHAM-GE, jedoch wäre eine disaggregierte Erhebung und Berichterstattung je CHAM-GE sinnvoll gewesen. Zudem ist der Zielwert nicht angemessen, da eins der beiden CEmOC	<b>Zielniveau AK:</b> 285 pro Jahr (24/Monat) 5 % Anstieg ggü. Baseline  <b>Zielniveau bei EPE:</b> 640 Unter Berücksichtigung, dass bei Baseline in einem	271	311	Final Consultant: durchschnittl. 41/Monat  Angabe der GE Mua im Rahmen der EPE: 460

		vor Projekt nicht über die Möglichkeiten zur Durchführung von Kaiserschnitten verfügt und der Stand bei Prüfung sich daher lediglich auf das andere beziehen kann.	CEmONC bereits 271 Kaiserschnitte durchgeführt wurden und im zweiten CEmONC Kaiserschnitte erst nach Eröffnung des OPs durchgeführt werden können und das Einzugsgebiet des zweiten CEmONC größer ist.			
<p><i>Indikator (PP)</i> Anzahl überwiesene Patienten mit Komplikationen.</p> <p><i>Nicht übernommen!</i></p>	<i>Teilweise angemessen</i>	<i>Wäre grundsätzlich angemessen, um das Referenzsystem zu beurteilen, wobei dann die Ebenen zu spezifizieren gewesen wären. Wurde aber bereits bei AK nicht berichtet und erscheint für Malawi nicht angebracht, da Überweisungen selten stattfinden (können). Wird nicht übernommen für EPE</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>
<p>Indikator 3 (PP): Nutzungsrate der beschafften Geräte in den zwei CEmONC* (z.B. Ultraschall , Laborgeräte)</p>	Angemessen	Grundsätzlich angemessen, aber auch hier sollten die Daten disaggregiert nach GE erhoben und berichtet werden.	Zielniveau AK: 2.224 <i>USG examinations</i> für schwangere Frauen (durchschnittl. 187/Monat)	0 Die neuen Ultraschallgeräte gingen erst 2019 in Nutzung, daher kein Basiswert.	515	Angabe Final Report Consultant durchschnittl. 192/Monat (ca 2.300 / Jahr) an nur einem CEmONC, im anderen ist das Gerät noch verpackt.
<p>Indikator 4 (NEU): Anzahl der Gesundheitsstationen mit SLA</p>	Angemessen	SLAs sind ausschlaggebend für die Nutzung	15	9	n.a.	14

Projektziel auf Impact-Ebene						
Bei Projektprüfung: Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der malawischen Bevölkerung (insbesondere Frauen und Kinder im ländl. Raum)			EZ-Programmziel gemäß BE 2023: Der universelle Zugang zu und die Nutzung von qualitativ hochwertigen Basisgesundheitsdiensten (Essential Health Package) in Malawi ist verbessert, insb. im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte.			
Bei EPE (falls Ziel modifiziert):						
Indikator	Bewertung der Angemessenheit (angemessen; teilweise angemessen; nicht angemessen)	Begründung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP / EPE (neu)	Status PP (2011)	Status AK (2015/16)	Status EPE (2023)
Indikator 1 (PP) Senkung der Müttersterblichkeit (Maternal Mortality Rate)	Angemessen.	Standardindikator. Zielwert wurde bei PP nicht formuliert.	PP: n.a.  EZ-Programm: 350/100.000 (wird für EPE übernommen)  HSSP III für 2024: 304/100.000	2010: 675/100.000	439/100.000 (DHS)	381/100.000 (2020, Schätzung durch UN und WB)
Indikator 2 (PP) Senkung der Säuglingssterblichkeit (Infant Mortality Rate)	Angemessen.	Standardindikator. Zielwert wurde bei PP nicht formuliert.	EZ-Programm: 22/1.000 (2022)	66/1.000	42/1.000	26/1.000 (2020, MICS) Voraussichtlich erfüllt
NEU: Indikator 3 Senkung der Kindersterblichkeit (U5MR)	Angemessen.	Standardindikator.	50/1.000 (HSSP III Ziel für 2024)	129/1.000	64/1.000	56/1.000 (2019/2020, MICS) Voraussichtlich erfüllt

## Anlage 2: Risikoanalyse

2011 – Prüfung (PV)

2021 – Abschlusskontrolle (AK)

2023 – Ex-post-Evaluierung (EPE)

Alle bei Prüfung identifizierten Risiken waren relevant.

Risiko	Relevantes OECD-DAC Kriterium
<p><b>PV:</b> Malawi befindet sich aufgrund des Off-Track-Status des IWF-Programms in <b>makroökonomischen Schwierigkeiten</b>. Der weitreichende Stopp von Geberzuflüssen und die geringer als erwartet ausfallenden Einnahmen aus dem Tabakgeschäft führen zu einer signifikanten Minderung der Devisenreserven des Landes. Bereits bei Prüfung führte der Devisenengpass zu gravierenden Folgen für das wirtschaftliche und soziale Leben des Landes (Engpässe bei der Treibstoff- und Elektrizitätsversorgung, Düngemittelknappheit, Einschränkung der Verfügbarkeit von Medikamenten), die sich voraussichtlich im Laufe des Jahres weiter verschärfen werden. Insgesamt werden so in kurzer Zeit alle Bevölkerungsgruppen die Auswirkungen der makroökonomischen Problemen spüren. Proteste gegen den Präsidenten führen zu einer angespannten politischen Lage im Land. Dies birgt hohe Risiken für die Projektdurchführung mit geringer Beeinflussbarkeit.</p> <p><b>Abschlusskontrolle (AK):</b> Die dramatische makro-ökonomische Lage hatte sich stabilisiert, bleibt aber weiter labil, insbesondere auch durch erhebliche klimatisch bedingte Einbrüche der letzten Jahre in der landwirtschaftlichen Produktion.</p> <p><b>Ex-post-Evaluierung (EPE):</b> Die makroökonomische Lage bleibt schwierig.</p>	<p><b>Nachhaltigkeit</b></p>
<p><b>PV:</b> Die <b>Projektstruktur einer Zusammenarbeit mit CHAM</b> kann Umsetzungsrisiken vor Ort abmildern. Bei den Diskussionen vor Ort hat das Ministerium einer weitgehenden Delegation der Durchführungsverantwortung an CHAM zugestimmt. Allerdings ist die <b>Beziehung zwischen dem Ministerium und CHAM</b> auch von negativen Erfahrungen in der Vergangenheit sowie aktuellen Diskussionen um z.B. die Kostenstruktur der SLAs bestimmt. Hilfreich wird hier die TZ-unterstützte Entwicklung einheitlicher SLA Formate sowie beidseitig akzeptierter Kostenansätze für die erbrachten Dienstleistungen sein. Wir stufen das Risiko einer sich verschlechternden Zusammenarbeit mit negativen Auswirkungen auf das Projekt als mittel bei mittlerer Beeinflussbarkeit ein.</p> <p><b>AK:</b> Das Risiko der kritischen Beziehung zwischen MoH und dem CHAM Sekretariat verschwand nahezu vollständig in den Jahren der Projektimplementierung, weil es mit Unterstützung der internationalen Partner zu einem SLA-Rahmenabkommen kam. Dadurch entspannte sich die Beziehung erheblich. Trotzdem bleibt das Risiko wegen der unterschiedlichen Zielsetzungen der beiden Organisationen weiterhin bestehen.</p> <p><b>EPE:</b> Die weitreichenden Rückstände in den SLA-Zahlungen von Seiten des Staates führen zu neuen Spannungen zwischen CHAM und MoH.</p>	<p><b>Effektivität / Effizienz / Impact / Nachhaltigkeit</b></p>
<p><b>PV:</b> Die ausreichende Mittelverfügbarkeit, auch im Hinblick auf die <b>Finanzierung von SLAs</b>, stellt ein hohes Risiko bei mit niedriger Beeinflussbarkeit dar. Der Politikdialog im Rahmen der Korbfinanzierung kann hier hilfreich sein.</p>	<p><b>Effektivität / Impact / Nachhaltigkeit</b></p>

<p><b>AK:</b> Da Norwegen und DFID die Finanzierung der im Rahmen der SLA entstandenen Dienstleistungskosten über den HSJF finanzierten, konnten die darunterfallenden CHAM-Einrichtungen kostendeckend arbeiten.</p> <p><b>EPE:</b> Die Finanzierung der SLAs ist nicht gesichert, SLAs werden nicht oder nicht zeitnah refinanziert, decken nur wenige Dienstleistungen ab und manche der geförderten Einrichtungen verfügten nicht einmal über SLAs. Vor dem Hintergrund voraussichtlich zurückgehender Gebermittel bleibt dieses Risiko bestehen und ist teilweise schon eingetreten.</p>	
<p><b>PV:</b> Der gravierende <b>Personalmangel</b> im Sektor stellt ein hohes Risiko bei niedriger Beeinflussbarkeit dar. Kurzfristig soll im Rahmen des Vorhabens nur mit solchen Einrichtungen gearbeitet werden, die ausreichend Personal haben, um die geforderten Leistungen zu erbringen. Mittelfristig kann die im Rahmen des Vorhabens stattfindende Errichtung von Personalwohnungen die Attraktivität dieser ländlichen Gesundheitseinrichtungen erhöhen und helfen, die Personallage zu stabilisieren.</p> <p><b>AK:</b> Ein langfristig weiterhin hohes Risiko bleibt die Personalverfügbarkeit, da es eine Einstellungssperre im Rahmen der noch aktuellen Austeritätspolitik und -Maßnahmen gibt. CHAM berichtete von 28% offenen Stellen. In den geförderten Einrichtungen beeinträchtigt dies jedoch bisher den Betrieb nicht.</p> <p><b>EPE:</b> Die Austeritätspolitik besteht weiterhin, es können nicht nur keine neuen Stellen besetzt werden, sondern es werden auch keine Stellen nachbesetzt. Da das Personal an den CHAM-Einrichtungen vom MoH finanziert wird, beeinträchtigt dies die Personalsituation in den CHAM-Einrichtungen auch direkt. Der Bau von Personalwohnungen kann dem allgemeinen Personalmangel nicht direkt entgegenwirken, aber ein Anreiz sein an den abgelegenen Standorten zu arbeiten.</p>	<p><b>Effektivität / Impact / Nachhaltigkeit</b></p>
<p><b>PV:</b> Die <b>bei CHAM bestehenden institutionellen Schwächen</b> und fehlende Erfahrung bei der Umsetzung ähnlicher Projekte soll durch die Beistellung des Consultant für das Projekt weitgehend aufgefangen werden. Gleiches gilt für die Arbeit der beteiligten Abteilungen des Ministeriums (mittleres Risiko, hohe Beeinflussbarkeit). Die Erfahrung bei der Projektumsetzung sowie die Umsetzung des CHAM Strategie Plan mit Unterstützung der GIZ wird zu einer Verbesserung der institutionellen Kapazität beigetragen.</p> <p><b>AK:</b> n.a.</p> <p><b>EPE:</b> Im Rahmen der Evaluierungsreise und Datenerhebung zeigten sich eindeutige Schwächen bei den Kapazitäten von CHAM. Auch wenn der Consultant im Rahmen der Durchführung dies abbildern konnte, zeigt sich beispielsweise auch im Bereich Wartung und Instandhaltung, dass CHAM nicht über die notwendigen Kapazitäten verfügt die Gesundheitseinrichtungen in Zusammenarbeit mit der Eigentümerkirchen nachhaltig zu betreiben.</p>	<p><b>Impact / Nachhaltigkeit</b></p>
<p><b>PV:</b> Das Risiko einer <b>verzögerten Projektabwicklung</b> ist hoch und aus anderen Projekten, die Baumaßnahmen beinhalten, bekannt. Durch die derzeit herrschende Benzinknappheit als Folge der wirtschaftlichen Situation des Landes wird das Risiko verschärft. Wir sehen ein hohes Risiko bei niedriger Beeinflussbarkeit.</p>	<p><b>Effizienz</b></p>

<p><b>AK:</b> Ein zusätzlich aufgetretenes Risiko in diesem Projekt waren die Verzögerungen bei den Baumaßnahmen.</p> <p><b>EPE:</b> nicht mehr relevant.</p>	
<p><b>AK:</b> Zudem hat die seit 2020 anhaltende <b>Covid-Pandemie</b> nicht nur die wirtschaftliche Lage der betroffenen Bevölkerung, sondern auch Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen 2020 negativ beeinflusst, was sich auch auf die Werte der Indikatoren, die für das Jahr 2020 erhoben wurden, ausgewirkt haben kann.</p> <p><b>EPE:</b> Es wird davon ausgegangen, dass sich die Inanspruchnahme von Dienstleistungen wieder erholt nach dem durch die COVID-Pandemie bedingten Einbruch.</p>	<p><b>Effektivität</b></p>
<p><b>PV:</b> Das Gesamtrisiko für die nachhaltige entwicklungspolitische Wirksamkeit der FZ-Maßnahme wird als hoch eingeschätzt, bei mittlerer Beeinflussbarkeit. Da im Rahmen der FZ-Maßnahme sowie im geberggeführten Politikdialog auf Maßnahmen zur Minderung der zentralen Risiken hingewirkt wird, sind diese Risiken u.E. vertretbar.</p> <p><b>AK:</b> Wir gehen in der Gesamtbewertung der nachhaltigen entwicklungspolitischen Zielerreichung insgesamt von einem mittleren Risiko mit geringer Beeinflussbarkeit aus. Die gesamtwirtschaftlich schwierige Lage in Malawi bleibt bestehen.</p> <p><b>EPE:</b> Die zentralen Risiken bleiben weiterhin bestehen und limitieren den Erfolg des Vorhabens. Die multiplen Notlagen im malawischen Gesundheitsbereich durch die Cholera-Epidemie, das Wiederaufkommen von Polio mit dem Erfordernis umfassender Impfkampagnen sowie wiederholte Extremwetterereignisse bringen das malawische Gesundheitssystem an seine Grenze. Kapazitäten für Wartung und Instandhaltung sind nicht gegeben, Basisgesundheitsdienste können nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden. Die gesamtwirtschaftliche Lage sowie die Herausforderungen für den Gesundheitsbereich bleiben weiterhin risikobehaftet.</p>	<p><b>Nachhaltigkeit</b></p>

### Anlage 3: Empfehlungen für den Betrieb

#### Empfehlungen für den Betrieb entsprechend der Abschlusskontrolle und Einschätzungen zum Zeitpunkt der EPE:

- CHAM muss dafür Sorge tragen, dass die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen in den GE durch ausreichendes und qualifiziertes Personal gewährleistet ist, um größtmöglichen Nutzen der GE für die Bevölkerung zu ermöglichen.
  - ⇒ Personalnachbesetzungen und -neueinstellungen sind durch die Gesamtsituation erschwert (vgl. Risiken). CHAM bildet Gesundheitspersonal aus.
- CHAM sollte auch sicherstellen, dass es in allen Gesundheitseinrichtungen geschultes Personal gibt, das den korrekten Gebrauch der Ausrüstung garantiert und präventive Wartungsarbeiten sowie Reparaturen selbst durchführen kann. Darüber hinaus sollte CHAM von den Lieferanten empfindlicher Ausrüstung laminierte Poster mit Betriebsanweisungen, präventiven Wartungsprogrammen und Kontaktangaben für die Wartung anfordern. Diese Poster sollten fest an der Wand neben der jeweiligen Ausrüstung angebracht werden.
  - ⇒ Die Projektbesuche und Gespräche im Rahmen der Evaluierung haben gezeigt, dass CHAM im Bereich Wartung und Reparatur nicht bis auf Ebene der GE vordringt. Vereinzelt wurden laminierte Poster vorgefunden. Geschultes Personal wurde überwiegend nicht mehr vorgefunden. Die CHAM-GE beklagten mangelnde Unterstützung bei Wartung und Reparatur und bezogen sich dabei aber nicht auf CHAM.
- Wir empfehlen die regelmäßige Fortsetzung von Weiterbildungsmaßnahmen und Auffrischungstrainings für Personal in den CHAM-GE, das die Wartung durchführt, sowie die durchgehende Einstellung von Wartungsbudgets durch die Eigentümerkirchen.
  - ⇒ An keiner der im Rahmen der Evaluierung besuchten CHAM-GE wurde von einem Wartungsbudget der Eigentümerkirchen berichtet. Jegliche Ausgaben sind durch die Einnahmen zu decken. Weiterbildungsmaßnahmen und Auffrischungstrainings waren nicht bekannt.
- CHAM käme auch für zukünftige FZ-Vorhaben als Träger in Frage, da dessen GE sich aufgrund ihrer, im Vergleich zu anderen GE, besseren Ausstattung und nicht zuletzt, basierend auf ihren finanziellen Kapazitäten, durch einen nachhaltigeren Betrieb auszeichnen.
  - ⇒ Die Kapazitäten an den CHAM GE erschienen auch im Rahmen der Evaluierung besser als an staatlichen Einrichtungen, jedoch ist die Auslastung der Einrichtungen auch bei weitem nicht vergleichbar. Die Unterstützung durch Eigentümerkirchen blieb unklar.

## Anlage 4: Evaluierungsfragen entlang der OECD-DAC-Kriterien/ Ex-post Evaluierungsmatrix

### Relevanz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung ( - / o / + )	Begründung für Gewichtung
<b>Bewertungsdimension 1: Ausrichtung an Politiken und Prioritäten</b>			1	o	
1.1 Sind die Ziele der Maßnahme an den (globalen, regionalen und länderspezifischen) Politiken und Prioritäten, insbesondere der beteiligten und betroffenen (entwicklungspolitischen) Partner und des BMZ, ausgerichtet?	Entsprechen die Ziele den HSSP I-II-III sowie den Zielen der Bundesregierung im Gesundheitsbereich? Hat CHAM eine eigene Strategie insb. auch bzgl. der Zusammenarbeit mit MoH?	Health Sector Strategic Plan II (HSSP II) 2017-2022 <a href="https://www.healthdatacollaborative.org/where-we-work/Malawi">https://www.healthdatacollaborative.org/where-we-work/Malawi</a> HSSP III Malawi Growth and Development Strategy III (MGDS III) 2017 2022 <a href="https://cepa.rmportal.net/Library/government-publications/the-malawi-growth-and-development-strategy-mgds-iii/view">https://cepa.rmportal.net/Library/government-publications/the-malawi-growth-and-development-strategy-mgds-iii/view</a> National Health Policy (NHP) 2017 2030 CHAM			
1.2 Berücksichtigen die Ziele der Maßnahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapazitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.))?	Gibt es Vorbehalte bzgl. der Nutzung von Dienstleistungen christlicher Gesundheits-Einrichtungen bei nicht-christlicher Bevölkerung? Wie ist der PPP-Ansatz zwischen MoH und CHAM in Anbetracht der jeweiligen Kapazitäten zu beurteilen?	Gespräche vor Ort Gespräche mit Stakeholdern Literatur zu PPP in Malawi			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Abhängigkeit des Gesundheitssystems von externer Finanzierung? Welchen Anteil hat die Regierung am Gesundheitsbudget?				

<b>Bewertungsdimension 2: Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen</b>			2	0	
2.1 Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert?	Welche Teile umfasst das Essential Health Package und welche werden von SLAs abgedeckt? Entsprechen die angebotenen Dienstleistungen dem Bedarf insb. der Frauen & Kinder? Welche Zugangsbeschränkungen gibt es? Wären nachfrageseitige Elemente wichtig gewesen wie bei RBF? Auswirkungen von externen Schocks: COVID, Cholera, Freddy?	CHAM, Consultant und MoH Interviews bei HC inkl. Bevölkerung			
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?	Welche Hauptfaktoren bestimmen aus heutiger Sicht den ungleichen Zugang zu GE und Gesundheits-Outcomes? Ist die klare Fokussierung auf Mutter-Kind-Gesundheit auch aus heutiger Sicht gerechtfertigt? Welche DL werden insbesondere von Männern nachgefragt? Sind die GE barrierefrei zugänglich?	Besuch vor Ort – GE, CHAM, MoH			
2.3 Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZ E spezifische Frage)	Haben Frauen und Kinder spezifische Zugangsbarrieren? Wie kommen die Frauen und Kinder zu den GE?	Besuch vor Ort – GE, Zielgruppe			
<b>Bewertungsdimension 3: Angemessenheit der Konzeption</b>			2		
3.1 War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet zur Lösung des Kernproblems beizutragen?	War die Implementierungsstruktur als PPP zwischen MoH und CHAM sowie den Eigentümerkirchen geeignet? Wurden alle relevanten Partner im Konzept hinreichend berücksichtigt auch mit	CHAM, MoH, Eigentümerkirchen, DHO, Consultant => Implementation Agreements			

	Blick auf Betrieb und Nachhaltigkeit (Klare Struktur von Zuständigkeiten)?	
3.2 Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel (Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Zielsystems sowie der dahinterliegenden Wirkungsannahmen)?	Wurden alle notwendigen Bereiche (DL, Finanzierung, Personal, Medikamentenverfügbarkeit etc) hinreichend berücksichtigt?	s.o.
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)	S. Anlage 1	
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 verbesserte Infrastruktur (Gebäude, Personalunterkünfte, medizinische Geräte und Möbel sowie Wartungsequipment) in den geförderten Gesundheitseinrichtungen werden mehr Dienstleistungen in besserer Qualität im Rahmen der SLA zwischen MoH und CHAM für die Zielgruppe erbracht, wodurch sich die Gesundheit von Müttern und Kindern als spezifische Zielgruppe verbessert und somit zu einer besseren Gesundheitssituation in der Bevölkerung beiträgt. Zielsystem s.o.	
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?	Wurde robuste und klimatisch angepasste Bauweise konzeptionell verankert? Wie sind die Baumaterialien aus ökologischer Perspektive zu beurteilen? Welche Auswirkungen haben lokal angepasste Baumaterialien?	Consultant, Besuche vor Ort

<p>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)</p>	<p>Die Konzeption ist geeignet auch die Ziele des EZ-Programms zu erreichen. EZ-Programm und Modul stehen in einem sinnvollen Zusammenhang</p>	<p>Vgl. Anlage 1</p>			
<p><b>Bewertungsdimension 4: Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit</b></p>			<p>2</p>	<p>o</p>	
<p>4.1 Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?</p>	<p>Gab es umfassende Anpassungen abgesehen von anderen Steinen in der Baumaßnahme? Wie ist die Anpassung bei der Übernahme von Stromanschlüssen, die durch ESCOM nicht bereit gestellt wurden zu bewerten?</p>	<p>divers</p>			

## Kohärenz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
<p><b>Bewertungsdimension 5: Interne Kohärenz (Arbeitsteilung und Synergien der deutschen EZ)</b></p>			<p>2</p>	<p>o</p>	
<p>5.1 Inwiefern ist die Maßnahme innerhalb der deutschen EZ komplementär und arbeitsteilig konzipiert (z.B. Einbindung in EZ-Programm, Länder-/Sektorstrategie)?</p>	<p>Die Maßnahme ist in ein EZ-Programm eingebettet und kohärent mit der Länder- und Sektorstrategie.</p>	<p>EZ-Programm-Dokumentation BMZ Gesundheitsstrategie</p>			

<p>5.2 Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?</p>	<p>Relevante FZ- und TZ-Vorhaben?</p>	<p>Projektdokumentation Vor Ort Gespräche Gespräch GIZ</p>			
<p>5.3 Ist die Maßnahme konsistent mit internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt (z.B. Menschenrechte, Pariser Klimaabkommen etc.)?</p>	<p>SDGs Gleichberechtigung der Geschlechter?</p>				
<p><b>Bewertungsdimension 6: Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung im zum Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ):</b></p>			2	+	<p>Aufgrund der Interdependenzen mit der Finanzierung von SLAs, Personal etc ist die externe Kohären von besonderer Bedeutung</p>
<p>6.1 Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?</p>	<p>Subsidiarität vor dem Hintergrund der Geberabhängigkeit im Gesundheitsbereich? Kontinuität in der Finanzierung der SLAs im Rahmen der PPPs?</p>				
<p>6.2 Ist die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?</p>	<p>Welche Vorhaben anderer Geber sind ähnlich gelagert, welche nutzen Synergien (z.B. Ausbildung von Personal etc, Sektorreform...), welche sind für die Rahmenbedingungen relevant? Rolle der Eigentümerkirchen und kleinerer Geber für die CHAM-GE?</p>	<p>HSJF, FCDO, NORAD,</p>			
<p>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?</p>	<p>Inwieweit bestand bereits eine Kooperation zwischen MoH und CHAM? Welche anderen Geber fördern CHAM(-Einrichtungen)? Welche anderen privaten Anbieter gibt es und wie funktionieren diese?</p>	<p>CHAM</p>			

6.4 Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für Monitoring/Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?	Wie erfolgt das Monitoring bei CHAM-Einrichtungen im Vergleich zu Einrichtungen des MoH?	CHAM MoH Consultant District Health Offices
--	--	--

## Effektivität

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
<b>Bewertungsdimension 7: Erreichung der (intendierten) Ziele</b>			4	o	
7.1 Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. PU-Maßnahmen)? Indikatoren-Tabelle: Vergleich Ist/Ziel	Werden die unterstützten GE vollumfänglich genutzt? Auch das 2. CEMONC, bei dem noch der Anästhesist fehlte? Sind die GE 24/7 in Betrieb? Ist ausreichend ausgebildetes Personal verfügbar? Ist von dem für BEMONC ausgebildeten Personal noch welches in den GE tätig? Haben alle GE Krankenwägen in Betrieb? War das ein Teil der Maßnahmen? Sind die Wartungsmanuale bekannt und werden diese genutzt? Existiert die Maintenance Unit bei CHAM? Hat sich der Betrieb der Einrichtungen verbessert durch „operational management support measures“? Ist die Qualität der Dienstleistungen gestiegen? Konnte die Bandbreite der DL ausgeweitet werden (ggf. auch über SLA-Inhalte hinaus) in hinreichender Qualität (auch qualifiziertes Personal)? Welche GE wurden „upgraded“ im Rahmen des Vorhabens zu CEMONC	Consultant Report Besuche vor Ort – GE, DHO, CHAM			

	<p>oder BEmONC und hatten vorher keine Geburtsstationen?          Alle GE haben SLAs (at inception phase 6 out of 16 had SLAs)          Welche Laufzeiten haben die SLAs, werden diese automatisch verlängert?          Wie wurde ggf. bei abgelaufenen verfahren?</p>			
<p><b>Bewertungsdimension 8: Beitrag zur Erreichung der Ziele:</b></p>			4	o
<p>8.1 Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>Zustand Gebäude und Ausstattung der GE?          Betrieb und Wartung? Personalschulungen: Ist das ausgebildete Personal noch in den GE tätig?</p>	Projektbesuche		
<p>8.2 Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?</p>	Wie hoch ist die Auslastung der GE?	CHAM, GE, Besuch vor Ort		
<p>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?</p>	<p>Zugangsbeschränkungen? Werden nicht-christliche Patienten gleich behandelt?          Barrierefreiheit?</p>	Projektbesuche, Zielgruppengespräche		
<p>8.4 Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?</p>	<p>Vgl. Indikatoren auf Outcome-Ebene          Wie stellt sich die Lage für die einzelnen GE dar?</p>	s.o.		
<p>8.5 Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?</p>	s. 8.4			
<p>8.6 Hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler beteiligter und betroffener Gruppen (mögliche</p>	<p>Frauen und Kinder – Versorgung und Abdeckung mit SLAs?          Diskriminierung nach Religionszugehörigkeit?</p>	<p>Gespräche vor Ort          Daten der GE</p>		

Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), beigetragen?				
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)	Decken die SLAs lediglich Dienstleistungen der Mutter-Kind-Gesundheit ab oder auch weitere Dienstleistungen, die auch von Männern in Anspruch genommen werden?	MOH/CHAM		
8.8 Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? (Lern-/Hilfsfrage)	Seit wann sind alle GE ans Stromnetz angeschlossen? Inwieweit schränkte der fehlende Stromanschluss den Betrieb und die Nutzung der Ausstattung ein?	Berichte Erhebungen vor Ort		
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)	COVID-Pandemie mit Zugangsbeschränkungen hat Nutzung der GE beeinträchtigt. Sind jetzt wieder die Levels erreicht? Wie stellt sich die Medikamentenverfügbarkeit dar? Unterscheidet sich diese sehr je GE? Wie Importabhängig ist diese vor dem Hintergrund des Devisenmangels? Personalverfügbarkeit auch in abgelegenen Gebiete? Qualifikation des Personals? Brain drain?			
<b>Bewertungsdimension 9: Qualität der Implementierung</b>			4	o
9.1 Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten?	MoH, CHAM, Consultant, - welche weiteren Beteiligten?			
9.2 Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an	Wie ist insgesamt die Planung und Umsetzung zu bewerten vor dem			

<p>der Maßnahme durch die Partner/Träger zu bewerten?</p>	<p>Hintergrund der erheblichen Herausforderungen bei Bau und Lieferung mit signifikanten Verzögerungen?          Gab es Unterschiede in der Qualität der Umsetzung in den 3 Projektregionen Nord, Zentral und Zentral/Süd, die unterschiedliche site engineers vom Bauunternehmer hatten?</p>			
<p>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 gemonitort oder anderweitig berücksichtigt)? Wurden entsprechende Maßnahmen (z.B. im Rahmen einer BM) zeitgemäß umgesetzt? (FZ E spezifische Frage)</p>	<p>Präsenz der Bauunternehmen in den remote areas – gab es entsprechende Maßnahmen?</p>			
<p><b>Bewertungsdimension 10: Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)</b></p>	<p>Hinweis: falls <b>keine</b> nicht-intendierten Wirkungen vorliegen:          → Keine Gewichtung          → Keine Bewertung</p>	<p>2</p>	<p>0</p>	
<p>10.1 Sind nicht-intendierte positive/negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar)?</p>	<p>Inwieweit wurde die Versorgung eingeschränkt oder in ihrer Qualität verringert; während der (verzögerten!) Umsetzung der baulichen Maßnahmen? Gab es eine Überwachung durch das Medical Council of Malawi? Beitrag zur sozio-ökonomischen Entwicklung durch neuen Stromanschluss in Chigodi, der nicht nur dem HC, sondern der gesamten Bevölkerung im Einzugsgebiet (ca 25.000) zugute kommt?</p>			
<p>10.2 Welche Potentiale/Risiken ergeben sich aus den positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?</p>	<p>Wäre eine Verlinkung von Stromversorgung und Gesundheit sinnvoll gewesen? Welche Risiken bestehen hinsichtlich einer zuverlässigen Stromversorgung?</p>			

<p>10.3 Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/Risiken der positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?</p>	<p>Welche Maßnahmen wurden ergriffen, damit die Gesundheitsversorgung während der Projektumsetzung aufrechterhalten werden konnte? Berücksichtigte das Design der Gebäude die zunehmenden Extremwetterereignisse hinreichend? (Klimaresilienz?)</p>	
--	---	--

## Effizienz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
<p><b>Bewertungsdimension 11: Produktionseffizienz</b></p>			4	o	
<p>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)</p>	<p>Entspricht die Ausstattung (medizinische Geräte und Möbel) den Anforderungen? Wie wirkte sich die Lieferung mangelhafter Ausstattung bzw. schlechte Installation auf den Betrieb aus? Baumängel? Wie wirkt sich geringerwertiges Baumaterial aus? Welcher Anteil der Gebäude wurden mit „burned bricks“ anstatt sustainable building materials gebaut? Welche Auswirkungen hatten die mangelnden Kapazitäten des Bauunternehmens? Wie stellen sich die Kosten im Vergleich zu ähnlichen Vorhaben (RBF oder andere Geber) dar?</p>	<p>Besuch vor Ort: GE Personal, CHAM, Consultant</p>			
<p>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 Evaluierungen einer Region, eines Sektors,</p>	<p>War es rückblickend sinnvoll die baulichen Maßnahmen in nur einem Los auszusprechen? Waren die Kapazitäten des Bauunternehmens hinreichend, um die diversen Baustellen parallel umzusetzen?</p>	<p>TSV, Consultant, CHAM, GE</p>			

<p>etc.)? Z.B. Vergleich spezifischer Kosten.</p>	<p>Warum wurde für das Bauunternehmen erst ein Nachtrag für Stromanschlüsse abgeschlossen und 3 Jahre später wieder rausgenommen? Schließlich wurden Restmittel wieder für Stromanschlüsse verwendet?          Wäre es effizienter gewesen bei manchen GE auf den Stromanschluss ans nationale Netz zu verzichten und auf dezentrale Stromversorgung zu setzen?          War bei Planung nicht berücksichtigt worden, wo Stromanschlüsse noch fehlen?          Verzögerung beim Bau führte dazu, dass Ausstattung eingelagert werden musste, wodurch der Zeitraum schwand, in der die verfügbare Haltbarkeitsdauer des Verbrauchsmaterials, bevor die Nutzung beginnen konnte. Welche Verluste resultierten hieraus?</p>	
<p>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.)?</p>	<p>Hätte eine andere, lokal angepasst Bauweise die Herausforderungen beim Bau mindern können (Verfügbarkeit von Material etc.)?          Wurde je GE der Gesamtbedarf abgedeckt oder wäre es sinnvoller gewesen sich auf weniger GE mit geographischem Fokus zu konzentrieren?</p>	
<p>11.4 Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?</p>	<p>Geplante Durchführungszeit von 5 Jahren verzögerte sich auf 10 Jahre. Gründe?          Defects Liability Period für Bauleistungen beendet. Wie sieht es bei Ausstattung aus?          Lief so die Gewährleistungsfrist (warranty period) ab ohne Nutzung? Ggf. auch die verlängerte Maintenance für zusätzliche 2 Jahre?          Wie lange wurde die Ausrüstung tatsächlich genutzt, bevor die Wartungsverträge ausliefen?</p>	

<p>11.5 Waren die Koordinations- und Managementkosten angemessen? (z.B. Kostenanteil des Implementierungsconsultants)? (FZ E spezifische Frage)</p>	<p>War die Höhe der Consultingkosten angemessen? Wie stellen sie sich im Vergleich zu ähnlichen Projekten dar?</p>		3	0	
<p><b>Bewertungsdimension 12: Allokationseffizienz</b></p>					
<p>12.1 Auf welchen anderen Wegen und zu welchen Kosten hätten die erzielten Wirkungen (Outcome/Impact) erreicht werden können? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>Wäre eine Versorgung über und Unterstützung von neun staatliche GE sinnvoller gewesen?</p>				
<p>12.2 Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – die erreichten Wirkungen kostenscho- nender erzielt werden können?</p>	<p>Welchen Vorteil bot der PPP-Ansatz im Vergleich zu einer Unterstützung staatli- cher GE?</p>				
<p>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?</p>	<p>Die Auswahl der Zentralregion und Dis- trikte sowie GE erfolgte anhand der un- ten stehenden Kriterien. Die Auswahl ist nicht eindeutig aus Gesundheitsdaten und Versorgungsdichte ableitbar. Wur- den die anderen Regionen tatsächlich von anderen Gebern hinreichend adres- siert? Waren die Auswahlkriterien auch aus heutiger Sicht zutreffend?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Auswahl der Region: (MMR, CMR, Zugang zu Gesundheits- dienstleistungen und verfü- gbare Mittel anderer Geber)?</li> <li>b) Nach welchen Kriterien wurden die genauen Standorte aus- gewählt?</li> <li>c) War es sinnvoll nur GEs mit existierenden SLAs zu fördern, da diese bereits die Grundvo- raussetzungen für Mutter-Kind- Gesundheitsdienstleistungen hatten, sonst hätten sie keine SLAs gehabt?</li> </ul>	<p>Berichte des Consultants CHAM, MoH, Projektbesuche</p>			

Hinweis: Falls für das Vorhaben die interne Kennung PSP (Private Sector Participation; siehe Inpro unter 1.11) vergeben wurde oder grundsätzlich eine Kooperation mit privaten Akteuren (kommerziellen Banken, Unternehmen, professionellen NGOs) in der Umsetzung von FZ besteht (Privatsektor als Instrument), muss folgende Evaluierungsfrage berücksichtigt werden:		
12.4 In welcher Hinsicht war der Einsatz öffentlicher Mittel finanziell additional?	Additionalität der staatlichen Mittel bzgl. Abdeckung des Landes mit EHP?	

## Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
<b>Bewertungsdimension 13: Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen</b>			2	0	
13.1 Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Wie haben sich die Gesundheitsindikatoren in Malawi seit 2011 entwickelt?	DHS, Weltbank, UNICEF, MoH			
13.2 Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen (sozial, ökonomisch, ökologisch und deren Wechselwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstigten feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Wie im Einzugsgebiet der geförderten CHAM-GE?	Zielgruppengespräche			
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)	Zugangsbeschränkungen/-barrieren für bestimmte Gruppen?				

<p><b>Bewertungsdimension 14: Beitrag zu übergeordneten (intendierten) developmentspolitischen Veränderungen</b></p>			3		
<p>14.1 In welchem Umfang hat die Maßnahme zu den festgestellten bzw. absehbaren übergeordneten developmentspolitischen Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, tatsächlich beigetragen?</p>	<p>Gab es Modelcharakter oder strukturbildende Wirkungen? Ausstrahlungseffekte auf weitere CHAM-Einrichtungen oder staatliche Einrichtungen?</p>				
<p>14.2 Inwieweit hat die Maßnahme ihre intendierten (ggf. angepassten) developmentspolitischen 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)</p>	<p>Beitrag zu nationalen Daten bzw. regionalen Daten ableitbar?</p>				
<p>14.3 Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) developmentspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?</p>	<p>s.o.</p>				
<p>14.4 Hat die Maßnahme zu übergeordneten developmentspolitischen Veränderungen bzw. Veränderungen von Lebenslagen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, beigetragen?</p>	<p>s.o. – Zielgruppe ist insgesamt vulnerabel</p>				
<p>14.5 Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder</p>	<p>Gibt es projektinterne Faktoren, die ausschlaggebend waren?</p>				

finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? ( <i>Lern-/Hilfsfrage</i> )						
14.6 Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? ( <i>Lern-/Hilfsfrage</i> )	Auswirkungen der COVID-Pandemie? Personalverfügbarkeit und -qualifikationen? Zugangsbarrieren?					
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)	Ausstrahlungseffekte auf andere CHAM-GE oder staatliche GE?  Gab es Vorbildfunktion – bei Design oder Ausstattung oder Betrieb/Wartung?					
14.8 Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (entwicklungspolitische Additionalität)	Ist davon auszugehen, dass die GE keine Förderung erhalten hätten und somit keine SLAs hätten abschließen können und somit keine für die Zielgruppe kostenfreien Gesundheits-DL erbracht worden wären ohne das Vorhaben? Welche Kosten entstehen für die unter dem SLA erbrachten DL für die Zielgruppe bei „Direktzahlung“?					
<b>Bewertungsdimension 15: Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen</b>	Hinweis: falls <b>keine</b> nicht-intendierten Wirkungen vorliegen: → Keine Gewichtung → Keine Bewertung			3	0	
15.1 Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische	Welchen Beitrag haben die GE leisten können im Rahmen der COVID-Pandemie?					

Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?		
15.2 Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?	Gender Fokus auf bedürftigste Zielgruppe bei privaten GE? Umwelt	Studie zu PPP mit CHam
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.)?)	Harte Versorgungsgrenze nach SLA Abdeckung?	

## Nachhaltigkeit

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung ( - / o / + )	Begründung für Gewichtung
<b>Bewertungsdimension 16: Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen</b>			4	o	
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?	Staatliche Finanzierung der SLAs nachhaltig gesichert? Finanzierung über HSJF – Aussichten? DHO: Überwachung der GE? Ausbildung für nachhaltigen Betrieb? CHAM: Rolle und Kapazitäten im Betrieb?	Haushaltsentwicklung für Gesundheit Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben – HSSP I - III  Investment Agreements vs. Reality in Gesprächen vor Ort und Berichte			

	Eigentümerkirchen: Finanzierung der Betriebskosten, Wartung und Instandhaltung? Kenntnis und Umsetzung zu Operation and Maintenance Manuals? Umsetzung? Dokumentation? Von wem wird was übernommen?			
16.2 Inwieweit weisen Zielgruppe, Träger und Partner eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber zukünftigen Risiken auf, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten?	Resilienz der GE nach Auslaufen des Vorhabens?			
<b>Bewertungsdimension 17: Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten:</b>			4	0
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?	Sind die „individual building maintenance schedules prepared for each HU“ bekannt und werden sie umgesetzt inkl Dokumentation auf Ebene der HU? Erfolgt eine Überwachung durch Eigentümer oder CHAM? Ist das ausgebildete Personal in den GE noch da? Nimmt es seine Rolle wahr? Hat CHAM wieder eine Maintenance Unit, die die Hus unterstützt? Trainingseffekte ⇔ Fluktuation (medizinisch und maintenance)? Auf Ebene der HC, von CHAM oder auch MoH?			
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 notwendig	Gespräche MoH, CHAM, GE, Zielgruppe		
17.3 Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen,	Zielgruppe ist vulnerabel.			

gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?				
<b>Bewertungsdimension 18: Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit</b>			4	0
18.1 Wie stabil ist der Kontext der Maßnahme) (z.B. soziale Gerechtigkeit, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) ( <i>Lern-/Hilfsfrage</i> )	Finanzielle und personelle Kapazitäten der für Betrieb und Wartung zuständigen Institutionen (MoH, DHO, CHAM, Eigentümerkirchen, GE)			
18.2 Inwieweit wird die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der Maßnahme durch den Kontext beeinflusst? ( <i>Lern-/Hilfsfrage</i> )	Einfluss der Finanzlage, Entwicklung Geberbeiträge, Finanzierung von SLAs, Unterstützung durch Eigentümer?			
18.3 Inwieweit sind die positiven und ggf. negativen Wirkungen der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen?	Kapazitäten für Betriebsmittel und Ersatzinvestitionen?			
18.4 Inwieweit sind die Gender-Ergebnisse der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen (Ownership, Kapazitäten, etc.?) (FZ E-spezifische Frage)	Keine Konkretisierung notwendig			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Inwieweit sind die Infrastrukturmaßnahmen „upgradeable and upscalable“? (e.g. Electricity, water systems, building placements (for extensions etc) ⇔ drop and go infrastructure			