

Ex-post-Evaluierung Distriktgesundheit, Nepal

Titel	Distriktgesundheit		
Sektor und CRS-Schlüssel	Infrastruktur im Bereich Basisgesundheitsleistungen 12230		
Projektnummer	2002 65 959		
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)		
Empfänger/ Projektträger	Finanzministerium (Ministry of Finance, MoF)/ Gesundheitsministerium (Ministry of Health and Population, MoHP), Nepal		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	2,54 Mio. EUR/ Haushaltsmittelzuschuss		
Projektlaufzeit	03/2004 – 03/2021		
Berichtsjahr	2023	Stichprobenjahr	2023

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

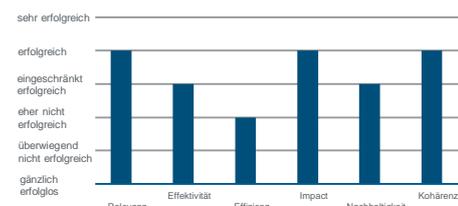
Das Ziel auf Outcome-Ebene war, dass die unterstützten Gesundheits-einrichtungen (GE) qualitativ verbesserte, bedarfsorientierte Gesundheitsdienstleistungen insbesondere im Bereich reproduktive Gesundheit anbieten und die Bevölkerung diese häufiger in Anspruch nimmt. Dadurch sollte ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation in den Projektgebieten geleistet werden (Impact-Ebene). Hierzu wurden ausgewählte öffentliche GE rehabilitiert, erweitert und ausgerüstet.

Wichtige Ergebnisse

Das Vorhaben entfaltete entwicklungspolitische Wirksamkeit, wird aber aus folgenden Gründen als „eingeschränkt erfolgreich“ bewertet:

- Eine Verbesserung der Mutter-Kind Gesundheit in Nepal ist nach wie vor von großer Relevanz und gehört zu den höchsten Prioritäten des nepalesischen MoHP.
- Die unterstützten GE kommen ihrem Versorgungsauftrag nach und werden von der Bevölkerung genutzt. Wichtige Impulse hinsichtlich der Versorgung von Müttern und Kindern - und damit der Inanspruchnahme der Dienstleistungen - wurden dabei durch das ‚Safe Motherhood Programme‘ der Regierung gesetzt.
- Während der Implementierung des Vorhabens kam es jedoch - aufgrund fehlender Kapazitäten, komplexer Rahmenbedingungen sowie Preissteigerungen - zu erheblichen Verzögerungen, so dass die ursprüngliche Planung nur zum Teil umgesetzt werden konnte und Ressourcen ungenutzt blieben, die zusätzliche Wirkungen hätten entfalten können.
- Kritisch hinsichtlich der Nachhaltigkeit sind fehlende Wartungs- und Instandhaltungskonzepte und die unzureichende öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens.
- Aus heutiger Sicht wäre zu berücksichtigen, dass teils Gebiete, die während des Prüfungszeitraums noch als entlegen galten, durch den Bau von Straßen und Brücken nun Zugang zu höheren Versorgungsebenen haben. Der zunehmenden Belastung höherer Ebenen ebenso wie der daraus resultierenden geringeren Frequentierung unterer Versorgungsebenen müsste entsprechend Rechnung getragen werden.

Gesamtbewertung: eingeschränkt erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Präventive Wartung und korrektive Instandhaltung der GE sind von Nöten, um größeren Schäden vorzubeugen und eine nachhaltige Nutzung zu gewährleisten.
- Im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes nachhaltiger Entwicklung ist es erforderlich, neben Elementen der Strukturqualität (wie Infrastruktur, personelle und technische Ausstattung) ebenfalls Aspekte der Prozessqualität (wie Hygiene, Anwendung von Standards, Abfallmanagement und Administration) zu berücksichtigen.
- Ein adäquates Management, insbesondere *Leadership*, der einzelnen GE ist ein bedeutender Faktor hinsichtlich der Qualität und Organisation der angebotenen Dienstleistungen.

Ex-post-Evaluierung – Bewertung nach OECD DAC

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Entwicklungen im Gesundheitssektor Nepals

Mit Unterzeichnung der Alma-Ata Declaration im Jahr 1978 sowie der jüngsten Astana Declaration zeigt die Regierung Nepals ein kontinuierliches Bestreben, die primäre Gesundheitsversorgung zu reformieren. Der *erste langfristige Gesundheitsplan Nepals* (1975-1990) zielte auf den Aufbau von Distriktgesundheitsdiensten mit den Förderschwerpunkten Familienplanung, Ausbau der Gesundheitsdienste für Mütter und Kinder und der sektorübergreifenden Koordinierung mit der Lebensmittelversorgung und der Trinkwasserversorgung ab. Nach der 1990er-Revolution (People's Movement) wurde ein Gesundheitsreformprozess (National Health Policy, 1991) zur Ausweitung des Gesundheitssystems auf die ländliche Bevölkerung eingeleitet. Dieser wurde jedoch durch den 10 Jahre andauernden bewaffneten Konflikt (1996-2006) zwischen der Kommunistischen Partei Nepals (Maoistisch) und der nepalesischen Regierung erheblich behindert.

So waren zum Zeitpunkt der Projektprüfung (PP) im Jahr 2002 die Gesundheitsindikatoren - trotz deutlicher Verbesserungen - immer noch besorgniserregend und offenbarten, dass das Gesundheitssystem besonders die Bedürfnisse der Frauen und Kinder nur unbefriedigend erfüllte. Ein wesentliches Problem lag in der geringen Nutzungsrate der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen (GE). Soziokulturelle Barrieren der Bevölkerung - insbesondere im reproduktiven Gesundheitsbereich - sowie das mangelnde Angebot an qualitativ ausreichenden und bedarfsgerechten Gesundheitsdienstleistungen wurden als ursächlich angesehen. Dies wiederum war bedingt durch personelle Unterbesetzung und ein eingeschränktes ärztliches Leistungsspektrum, dem schlechten Zustand von Gebäuden und die Unterausstattung mit medizinischen Geräten. Die beiden letztgenannten Aspekte wurden durch das zu evaluierende Vorhaben adressiert (siehe Kurzbeschreibung des Vorhabens).

Der nachfolgende, *zweite langfristige Gesundheitsplan* (1997-2017) betonte den gleichberechtigten Zugang und die Sicherstellung der Qualität der Dienstleistungen für alle - insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustands derjenigen, deren Gesundheitsbedürfnisse oft nicht erfüllt werden (v.a. Frauen und Kinder, Landbevölkerung und Arme). Ein Teil des Plans zielte darauf ab, ein Paket grundlegender Gesundheitsversorgung (Essential Health Care Package – EHCP) im Jahr 1999 in 20 verschiedenen Bereichen über das Gesundheitssystem der Distrikte bereitzustellen. Die Strategie der Regierung für den Gesundheitssektor im Jahr 2004 (Health Sector Strategy: An Agenda for Reform) räumte ein, dass das ursprüngliche EHCP für die Regierung angesichts der knappen Ressourcenverfügbarkeit des Landes nicht leistbar war und schlug vor, sich im Rahmen des Essential Package of Health Services - EPHS) auf die Bereitstellung von vier Hauptbereichen der Grundversorgung zu konzentrieren: sichere Mutterschaft und Familienplanung, Kindergesundheit, Kontrolle übertragbarer Krankheiten und verstärkte ambulante Versorgung. Dies wurde mit dem Plan zur Umsetzung des nepalesischen Gesundheitsprogramms 2004-2009 (Nepal Health Sector Programme Implementation Plan) angestrebt.¹ Der anschließende Plan zur Umsetzung des nepalesischen Gesundheitsprogramms 2010-2015 aktualisierte und erweiterte das EPHS.² Das im Jahr 2013 neu definierte Basisgesundheitspaket (Basic Health Care Package, BHCP) umfasst seitdem nicht nur kurative, sondern auch präventive Leistungen wie bspw. Impfungen. Nach Abschluss der ersten beiden Sektorprogramme wurde die Notwendigkeit eines breiteren strategischen Rahmens erkannt, um die Errungenschaften des Gesundheitssektors zu erhalten und gleichzeitig eine universelle Gesundheitsversorgung anzustreben (2015/16–2021/22 Nepal Health Sector Strategy).

¹ Government of Nepal, MoHP (2019). Situation Analysis of Health Financing in Nepal. MOHP, World Bank, WHO, GIZ, Kathmandu, Nepal.

² Dies umfasste die Aufnahme neuer Dienste in den Bereichen reproduktive Gesundheit und Kindergesundheit sowie neuer Programme für psychische Gesundheit, Mundgesundheit, Umweltgesundheit und gemeindenahe Betreuung von Neugeborenen sowie ein gemeindegestütztes Programm für Ernährungsberatung und -unterstützung. Darüber hinaus wurde eine Komponente zur Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten eingefügt, um auf Veränderungen in der Demografie und bei Krankheiten zu reagieren und einen freien Zugang zu Medikamenten zu gewährleisten (Government of Nepal, MoHP (2019). Situation Analysis of Health Financing in Nepal. MOHP, World Bank, WHO, GIZ, Kathmandu, Nepal).

Die Interimsverfassung aus dem Jahr 2007 erklärt zum ersten Mal in der Geschichte Nepals, dass jeder Bürger den Anspruch auf eine kostenlose medizinische Grundversorgung durch den Staat hat und macht "Gesundheit für alle" zu einem Grundrecht.

Das „Aama Surakshya“ Programm

Seit dem Jahr 1997 verfolgt die Regierung Nepals im Rahmen des „*Safe Motherhood Programme*“ innerhalb des zweiten langfristigen Gesundheitsplans das Ziel, die Morbidität und Mortalität von Müttern und Neugeborenen zu reduzieren und die Gesundheit dieser zu verbessern. Ein wichtiger Teil der Strategie zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern besteht darin, Frauen zu ermutigen, in einer GE zu entbinden. So setzte die Einführung des *Maternity Incentive Scheme (MIS)* im Jahr 2005 finanzielle Anreize zur Entbindung in staatlichen GE, in dem ein Beitrag zu den Transportkosten in Abhängigkeit von der geografischen Lage geleistet wurde.³

Zusätzlich zum Beitrag zu den Transportkosten wurde im Jahr 2006 in einer Auswahl von Distrikten der Zugang zu kostenlosen Entbindungen eingeführt und das Programm in "*Safe Delivery Incentive Programme*" (*SDIP*) umbenannt. Staatliche GE in den 25 Distrikten mit dem niedrigsten Human Development Index (HDI) erhielten eine Prämie für jede Entbindung, unabhängig von der Komplexität der Entbindung oder der Dauer des Aufenthalts⁴. Das Gesundheitspersonal in den SDIP-Distrikten erhielt ebenfalls einen finanziellen Anreiz für Entbindungen in den GE, auch bei Hausgeburten.⁵

Im Jahr 2009 wurde landesweit für alle Frauen die Möglichkeit zur kostenlosen Entbindung in GE eingeführt. Die Gebühren für alle Arten von Entbindungen, einschließlich Kaiserschnitt, entfielen und das Programm wurde in das „*Aama Surakshya-Programme*“ umgewidmet.⁶ Zudem wurden auch akkreditierte Einrichtungen von Nichtregierungsorganisationen (NRO) und einige gewinnorientierte private Einrichtungen in das Programm aufgenommen.

Das derzeitige *Aama Programme* („*Aama and New Born Programme*“) bietet Frauen zusätzlich Geldprämien für den Besuch von vier Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen⁷ sowie eine grundlegende Versorgung kranker Neugeborener. Nach wie vor wird Frauen ein Beitrag zur Deckung von Transportkosten bei institutionellen Geburten in Abhängigkeit vom geografischen Terrain gewährt sowie für GE Anreize für die Erbringung dieser Leistungen gesetzt.⁸

Jüngere Entwicklung

Insgesamt konnte Nepal in den vergangenen zwei Jahrzehnten bemerkenswerte Fortschritte bei der Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsindikatoren sowie insbesondere bei der medizinischen Versorgung von Müttern und Neugeborenen (siehe Kapitel Impact) erzielen. Trotz der Fortschritte halten die Gesundheitsindikatoren einem internationalen Vergleich weiterhin nicht stand und zwischen den Regionen existieren nach wie vor Unterschiede bei der Qualität von und dem Zugang zu Dienstleistungen.

Das schwere Erdbeben im Jahr 2015 hat das Land in seiner Entwicklung erheblich zurückgeworfen, mit gravierenden Auswirkungen auf den Gesundheitssektor. Der Wiederaufbau zerstörter Gesundheitsinfrastruktur, an dem sich unter anderem auch die deutsche EZ beteiligte, ist insgesamt noch nicht abgeschlossen.⁹

Im Zuge der Verkündung der föderalen Verfassung aus dem Jahr 2015 wurde eine neue Verwaltungsgliederung in Nepal mit sieben Provinzen, 77 Distrikten und über 753 Kommunen errichtet. Das föderale System befindet

³ Die Zahlungen an Frauen variierten je nach geografischer Lage: NPR 1.500 in den Bergen, NPR 1.000 in den Hügeln und NPR 500 im Terai, um die höheren Reisekosten in den Bergregionen zu berücksichtigen. Die Zahlung sollte einen Beitrag zu den Transportkosten leisten, um eine Gesundheitseinrichtung zu erreichen, war aber nicht dazu gedacht, die Frauen vollständig für alle anfallenden Reisekosten zu entschädigen.

⁴ Die Prämie für Entbindungen war auf 1.000 NPR festgesetzt.

⁵ Der finanzielle Anreiz umfasst eine Zahlung von 300 NPR.

⁶ Die Zahlungen an die Gesundheitseinrichtungen wurden nun nach Art der Entbindung und Größe der Gesundheitseinrichtung differenziert.

⁷ Im Jahr 2012 wurde das Programm "4 ANC", das Frauen Anreize für vier Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bot, mit dem Aama-Programm zusammengelegt.

⁸ <https://mohp.gov.np/program/safe-motherhood-programme/en>

⁹ Die National Reconstruction Authority (NRA), die den Wiederaufbau Nepals nach dem Erdbeben ursprünglich koordinierte, wurde im Berichtsjahr 2021 geschlossen. Die Verantwortung für den Abschluss aller verbleibenden Arbeiten wurde dem Department of Urban Development und Building Construction übertragen.

sich seitdem sukzessive im Aufbau. Um das Gesundheitssystem an die neue föderale Struktur anzupassen, wurde die Verantwortung für die Verwaltung der Grundversorgung dezentralisiert. Darauf ergeben sich sowohl neue Perspektiven für die Verbesserung des Gesundheitswesens aber auch Herausforderungen, da die lokalen Ebenen häufig noch nicht mit ihren neuen Aufgaben vertraut sind.

Das Recht der Bürger auf eine kostenlose medizinische Grundversorgung durch den Staat wurde in Artikel 35 der nepalesischen Verfassung von 2015 verankert und mit dem Public Health Service Act, 2075 (2018) legitimiert. Dennoch ist der Gesundheitssektor Nepals unverändert unterfinanziert und es mangelt an einer nachhaltigen Finanzierungsstrategie. Der Anteil des Gesundheitsbudgets am gesamten Staatshaushalt liegt für das Jahr 2022/23 bei 6,9 % und bleibt damit niedrig. Die Out-of-Pocket (OOP)-Ausgaben in Höhe von rund 54 % (WHO 2020) als Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben stellen weiterhin eine hohe Belastung für die arme Bevölkerung im Krankheitsfall dar. Etwa eine halbe Million der nepalesischen Bevölkerung wird jedes Jahr allein wegen der teuren Gesundheitsversorgung unter die Armutsgrenze gedrückt.¹⁰

Durch das kostenlose Leistungspaket (BHSP) zur staatlichen Grundversorgung, das laufende *Aama Programme* sowie die nationale Krankenversicherung will die nepalesische Regierung den Zugang zu medizinischer Versorgung verbessern.

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) unterstützt den nepalesischen Gesundheitssektor seit 1994. Zusammen mit den TZ- Komponenten „Reproduktive Gesundheit“ und „Instandhaltung im öffentlichen Gesundheitswesen“ des „Health Sector Support Programme“ bildete das zu evaluierende Projekt ein Kooperationsvorhaben (KV) zum Ausbau der Gemeindebeteiligung, Verbesserung der reproduktiven Gesundheitsdienste sowie dem Aufbau von Instandhaltungsdiensten im Projektgebiet.

Kurzbeschreibung des Vorhabens

Um einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation – insbesondere im Bereich reproduktive Gesundheit für die ländliche Bevölkerung - zu leisten, wurden im Rahmen des Vorhabens in ausgewählten Projektgebieten öffentliche GE rehabilitiert, erweitert und ausgerüstet.

Die Zielgruppe des Vorhabens umfasste die gesamte in der Projektregion lebende Bevölkerung. Eine Verbesserung des Zugangs zu den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und ihrer Leistungsfähigkeit sollte vor allem dem hohen Anteil armer Bevölkerungsgruppen zugutekommen, die in den abgelegenen ländlichen Regionen auf das öffentliche Gesundheitswesen angewiesen sind. Durch die Ausrichtung des Projektes auf die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit sollten in besonderem Maße, die bisher durch das Gesundheitssystem unterversorgten Frauen erreicht werden.

¹⁰ MoHP: Nepal National Health Accounts 2017/18

Karte des Projektlandes inkl. Projektgebiete



Hinweis: Die Projektgebiete sind blau markiert. Quelle: eigene Darstellung (KfW Entwicklungsbank auf Grundlage von OpenStreetMap, Global Administrative Database (GADM) V.4.1)

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

*Laut AK sind die Ist-Kosten des Gesamtvorhabens nicht genau bezifferbar. Wegen Verzögerungen sowie der Überschneidung von unterschiedlichen TZ-Programmphasen ist eine klare Abgrenzung der TZ-Kooperationsbeiträge nicht möglich. Bezüglich des Eigenbetrags des Partnerlandes sollten sowohl das Gesundheitsministerium (Ministry of Health and Population, MoHP) als auch lokale Verwaltungsorgane einen Beitrag zu den FZ-Maßnahmen leisten. Eine Übersicht darüber existiert jedoch nicht.

		Inv. (Plan)	Inv. (Ist)
Investitionskosten (gesamt)	Mio. EUR	9,2	/*
Eigenbeitrag	Mio. EUR	2,02	/*
Fremdfinanzierung	Mio. EUR	8,98	/*
davon BMZ-Mittel	Mio. EUR	8,98	/*
(FZ Beitrag)	Mio. EUR	3,48	2,54
(TZ Beitrag)	Mio. EUR	5,50	/*

Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Relevanz

Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Eine adäquate Mutter-Kind-Versorgung gehörte und gehört immer noch zu den höchsten Prioritäten des nepalesischen MoHP. Das Vorhaben entsprach zum Zeitpunkt der PP den entwicklungspolitischen Zielen Nepals, wie im zweiten langfristigen Gesundheitsplan (1997-2017) dargestellt, der Ungleichheiten in der Gesundheitsfürsorge adressierte und auf die Verbesserung der Gesundheit insbesondere derjenigen abzielte, deren Gesundheitsbedarfe oft nicht erfüllt wurden. Insbesondere mit Blick auf die Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit stand das Vorhaben im Einklang mit dem „*Safe Motherhood Programme*“, das den Schwerpunkt auf die Stärkung der Infrastruktur für die Erbringung von Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit legte als auch mit dem „*National Safe Motherhood Plan*“ (2002-2017), der auf eine verbesserte geburtshilfliche Notfallversorgung und, ab 2002, auch Neugeborenenversorgung beinhaltete.

Das Vorhaben stimmte zum Zeitpunkt der PP mit dem Sektorkonzept Gesundheit der deutschen Bundesregierung überein und entsprach den im Schwerpunktstrategiepapier Gesundheit für Nepal (2001) formulierten prioritären Ansätzen. Die Kernthemen „Gesundheit, soziale Sicherung und Bevölkerungspolitik“ waren und sind eine der drei vereinbarten Schwerpunkte der deutsch-nepalesischen Entwicklungszusammenarbeit, verbunden mit der Bestrebung, soziale Ungleichheiten zu überwinden.

Die durch die Maßnahme intendierte Reduzierung von Ungleichheiten durch einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen spiegelt sich ebenfalls in den Zielen des entwicklungspolitischen Aktionsplans der Bundesregierung zur Gleichberechtigung der Geschlechter (2021) sowie der derzeitigen Gesundheitssektorstrategie Nepals wider, welche ein gleichberechtigtes System zum Erhalt von Gesundheitsdienstleistungen anstrebt.

Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Da das staatliche Gesundheitssystem nicht in der Lage war, eine angemessene medizinische Versorgung insbesondere von Müttern v. a. in der ländlichen Bevölkerung zu gewährleisten, wurden zur Unterstützung besonders benachteiligte Distrikte ausgewählt. Das Vorhaben adressierte das mangelnde Angebot an qualitativ ausreichenden und bedarfsgerechten Gesundheitsdienstleistungen auf verschiedenen Versorgungsebenen und damit ein Kernproblem.

Die Zielgruppe des Vorhabens umfasste die gesamte in den Projektdistrikten lebende Bevölkerung. Genderwirkungspotentiale und Hindernisse wurden im Rahmen der Zielgruppenanalyse diskutiert und in der Konzeption des Vorhabens insofern berücksichtigt, als dass eine Fokussierung auf den Bereich der reproduktiven Gesundheit erfolgte, um so in besonderem Maße die bisher durch das Gesundheitssystem unterversorgten Frauen zu erreichen. Durch die Verbesserung der medizinischen Versorgung u.a. in ländlichen Gebieten berücksichtigte das Vorhaben besonders benachteiligte und vulnerable Teile der Zielgruppe. Eine gezielte Adressierung von Frauen bestimmter Ethnizität, welche Teil der besonders vulnerablen Gruppe darstellen, fand jedoch nicht statt.

Aus heutiger Sicht wäre zu berücksichtigen, dass einige Gebiete, die zur Zeit der PP (2002) noch als entlegen galten, durch den Bau von Straßen und Brücken mittlerweile einen Zugang zu höheren Versorgungsebenen bekommen haben. Der daraus zunehmenden Belastung höherer Ebenen und geringeren Frequentierung unterer Versorgungsebenen müsste entsprechend Rechnung getragen werden (siehe Kapitel zu Effektivität und Effizienz).

Nach wie vor ist der Zugang zu medizinischer Versorgung für bestimmte Gruppen von Frauen schwierig – dies liegt zum Teil an einem erschwerten geografischen Zugang, an kulturellen Überzeugungen als auch an mangelndem Bewusstsein hinsichtlich geburtshilflicher Komplikationen. Insofern könnte aus heutiger Sicht der Einsatz von Telemedizin-Technologien unterstützend wirken und weitere Genderwirkungspotentiale entfalten: Telemedizin umgeht die oft zeitintensive Anreise, so dass es einfacher wäre, sich von den häuslichen Pflichten freizumachen, reduziert Kosten und ermöglicht es somit auch weiter von einer GE entfernt wohnenden Frauen, ihre sexuellen und reproduktiven Gesundheitsprobleme mitzuteilen. Allerdings muss einschränkend angemerkt werden, dass Telemedizin in Nepal auch heute aufgrund fehlender Internetanbindung nur sehr rudimentär unterstützen könnte und kaum funktional ist.

Angemessenheit der Konzeption

Die Konzeption sowie die zugrundeliegende Wirkungskette, wonach durch die Nutzung qualitativ verbesserter, bedarfsorientierter Gesundheitsdienstleistungen (Outcome) - insbesondere im Bereich reproduktive Gesundheit - ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation in der Projektregion (Impact) geleistet wird, erscheint grundlegend nachvollziehbar.

Durch die Erweiterung, Rehabilitierung und medizinischer Ausstattung von Einrichtungen verschiedener Versorgungsebenen sollte dem oft schlechten Zustand von Gebäuden und deren Unterausstattung mit medizinischen Geräten Rechnung getragen werden, um so ein verbessertes, bedarfsorientiertes Angebot auf Output-Ebene zu erreichen. Die Zielerreichung auf Outcome-Ebene geht plausiblerweise davon aus, dass das verbesserte Angebot zu höheren Nutzerraten der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen durch die in den Projektdistrikten lebende Bevölkerung, insbesondere Frauen, führt. Es erscheint ebenfalls plausibel, dass die Nutzung eines verbesserten, bedarfsorientierten Angebots im Bereich reproduktive Gesundheit (Schwangerschaftsvor- und nachsorge, professionelle Geburtenbetreuung) zur Verbesserung des Gesundheitszustands beiträgt und die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit reduziert (Impact). Insgesamt setzt die Wirkungslogik voraus, dass neben einer funktionstüchtigen Infrastruktur und Ausstattung ausreichend qualifiziertes Personal und Medikamente verfügbar sind, die Einrichtungen effektiv und effizient gemanagt werden und ein gleichberechtigter Zugang für alle Bevölkerungsteile gewährleistet ist.

Insgesamt folgt die Konzeption der Maßnahme im Hinblick auf die Reduzierung sozialer Ungleichheiten einem ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung, in dem die Nutzung des Angebots an Gesundheitsdienstleistungen zur langfristigen Verbesserung der Lebenssituation der Frauen beiträgt. Hinsichtlich der ökonomischen Dimension der Nachhaltigkeit ist positiv zu bewerten, dass die angestrebte Verbesserung der Qualität öffentlicher Gesundheitsdienste und Nutzung durch die Bevölkerung es den Einrichtungen im besten Fall ermöglicht, ihre Einnahmen und damit den Kostendeckungsgrad zu erhöhen. Der langfristige Bestand der geschaffenen Strukturen hängt jedoch maßgeblich von adäquaten Wartungskonzepten ab (siehe Kapitel zu Nachhaltigkeit). Aus dem Blickwinkel der ökologischen Dimension wäre die im späteren Verlauf geplante Etablierung eines Abfallmanagements förderlich gewesen (siehe Kapitel zu Effizienz). Aus heutiger Sicht erscheint es so, dass Elemente der Strukturqualität verbessert sind (auch wenn nach wie vor Potentiale bestehen), jedoch Aspekte der Prozessqualität (wie Wartung, Anwendung von Standards, Abfallmanagement und Administration) konzeptionell größere Bedeutung einnehmen sollten – unter Berücksichtigung und ggf. Anpassung des finanziellen Rahmens.

Im Jahr 2001 wurden die laufenden FZ- und TZ-Vorhaben unter dem Dach des „Health Sector Support Programme (HSSP)“ zusammengefasst, so dass das Vorhaben Teil des EZ-Programms im Gesundheitssektor Nepals wurde. Insgesamt erscheint das Vorhaben gemäß der Konzeption geeignet, zu dem Ziel des EZ-Programms beizutragen. Dieses strebte die Verbesserung des Gesundheits- und Ernährungsstatus der nepalesischen Bevölkerung an, insbesondere der Armen und Benachteiligten.

Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit

Ursprünglich sah Konzeption ebenfalls Infrastrukturmaßnahmen in den Distrikten Accham und Doti vor. Aufgrund der prekären Sicherheitslage in Accham und Doti, Durchführungsverzögerungen sowie Kostensteigerungen wurde von der Umsetzung abgesehen.

Zusammenfassung der Benotung:

Die Relevanz wird sowohl aus Sicht des Prüfungszeitpunkts als auch aus heutiger Sicht als hoch bewertet. Zwischen dem Zeitpunkt der PP und der Evaluierung liegen allerdings über 20 Jahre, so dass über den langen Betrachtungszeitraum weitere Aspekte (wie z.B. Prozessqualität, zunehmende Belastung höherer Ebenen) hinzugekommen sind, die konzeptionell von Bedeutung gewonnen haben.

Relevanz: 2

Kohärenz

Interne Kohärenz

Im Rahmen eines KV ergaben sich besondere inhaltliche Zusammenhänge mit den TZ-Komponenten „Reproduktive Gesundheit“ und „Instandhaltung im öffentlichen Gesundheitswesen“, die bereits im Jahr 1998 starteten. So versuchte die TZ in den Projektgebieten Doti, Accham und Bardiya im Rahmen der Komponente „Reproduktive Gesundheit“ des HSSP durch Aufklärungsmaßnahmen die Bewusstseinsbildung in Bezug auf Gesundheitsvorsorge zu stärken, um somit sozio-kulturellen Barrieren mit Blick auf die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen abzubauen. Die TZ-Komponente „Instandhaltung im öffentlichen Gesundheitswesen“ leistete einen Beitrag zur Verbesserung des unzureichenden Zustands der Gebäude sowie technischen Ausrüstungen mit Blick auf Instandhaltung und Wartung, indem Erfahrungen der Distrikte auf der zentralen Ebene genutzt wurden, um gesetzliche und organisatorische Veränderungen anzuregen. Beide TZ-Komponenten hatten eine wichtige unterstützende Bedeutung für das FZ-Vorhaben.

Das Vorhaben ist weiterhin komplementär zu den folgenden FZ-Vorhaben in Nepal:

- Familienplanung II/HIV/AIDS Prävention (BMZ Nr. 2001 65 068), welches darauf abzielte, die Versorgung der Bevölkerung mit Kontrazeptiva und deren Zugang zu HIV/AIDS-STD-Präventionsmaßnahmen zu verbessern.
- KV Basisgesundheitsprogramm III (BMZ Nr. 2004 65 971), das zur Verbesserung der Qualität der Basisgesundheitsleistungen beitragen sollte.
- KV Sektorprogramm Gesundheit und Familienplanung (BMZ Nr. 2006 66 305), welches darauf abzielte, die Gesundheitsversorgung insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu verbessern – indem Basismedikamente, Kontrazeptiva, Social-Franchising-Ansätze im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, die Wartung medizinischer Geräte unter Einbeziehung des privaten Sektors, kleinere Infrastrukturmaßnahmen, der Bau von Lagerhäusern zur Ausweitung eines dezentralen, nachfrageorientierten Logistiksystems sowie begleitende Consultingleistungen finanziert wurden.
- Unterstützung der nepalesischen Regierung bei der Implementierung des nationalen Sektorprogramms Gesundheit in Form einer Ko-Finanzierung über einen gemeinsamen, durch internationale Geber finanzierten Korbmechanismus (BMZ Nrn.: 2010 65 440 -NHSS 2010-2015, 2014 67 851- NHSS 2015/2016- 2021/2022, BMZ-Nr.: 2020 68 450 Corona-Soforthilfe), siehe externe Kohärenz.
- Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit in entlegenen Gebieten (BMZ Nr. 2014 68 248, laufend) durch die Rehabilitation/Neubau von Gesundheitsinfrastruktur, Verbesserung von Strom-, Wasser-Abwasser-versorgung, hygienischer Verhältnisse, Ausstattung, Kommunikationsmöglichkeiten, Kontrazeptiva-Versorgung sowie projektbezogene Aus- und Fortbildungsmaßnahmen in ausgewählten Gesundheitseinrichtungen der Provinz Sudurpashim.

Darüber hinaus unterstützt die TZ das laufende Gesundheitssektorprogramm durch die Institutionalisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, der Fachkräfteförderung im Gesundheitssektor, die Stärkung des Gesundheitsmanagements subnationaler Regierungseinheiten als Bestandteil des föderalen Gesundheitssystems sowie der Harmonisierung von Informationssystemen im Gesundheitssektor.

Insgesamt strebte das Vorhaben eine Erreichung der (damaligen) gesundheitsbezogenen Millennium-Entwicklungsziele (MDGs) in Nepal an und ist somit konsistent mit internationalen Standards und Normen, zu denen sich die deutsche EZ bekennt. Vor dem Hintergrund, dass Frauen in Nepal eine immer noch untergeordnete Stellung haben, förderte das Vorhaben durch den Ausbau der Gesundheitsdienste insbesondere für Frauen die Gleichberechtigung der Geschlechter.

Externe Kohärenz

Neben der deutschen EZ führten ebenfalls DFID, JICA, SDC, UNFPA, UNICEF und WHO Distriktgesundheitsprogramme durch. Relevant für das FZ/TZ-KV ist insbesondere das von der britischen DFID unterstützte ‚Nepal Safe Motherhood Programme‘ (NSMP), das im April 1997 begann und auf die Verbesserung der Infrastruktur abzielte - zur umfassenden geburtshilflichen Notversorgung sowie der entsprechenden Ausbildung von Gesundheitspersonal. Da das NSMP als prioritäres Programm von der Regierung eingestuft wurde, ergänzte diese FZ-Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners.

Zum Zeitpunkt der PP waren die wichtigsten Geber im Gesundheitssektor die Weltbank und DFID, die sich später als einzige an einer gemeinschaftlichen Budgetfinanzierung beteiligten. Anfang 2004 kam es zur Unterzeichnung einer Absichtserklärung zur Zusammenarbeit im Sektor von 12 Gebern, darunter auch die deutsche EZ, mit der nepalesischen Partnerseite. Es wurde auch eine gemeinsame Gesundheitssektorstrategie formuliert (Health Sector Strategy: An agenda for reform), welche die Basis für eine gemeinsame Planung und Gestaltung darstellte. Gemeinsame Fortschrittsmissionen (Joint Annual Programme Reviews - JARs) trugen fortan zu einer verbesserten Geberkoordinierung bei. Seit 2012 unterstützt die deutsche FZ das Nationale Sektorprogramm Gesundheit in Form einer Korbfinanzierung.

Zusammenfassung der Benotung:

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Vorhaben die Eigenanstrengungen des Partners unterstützte und komplementär zu den Maßnahmen innerhalb der deutschen EZ und zu den Aktivitäten anderer Geber war.

Kohärenz: 2

Effektivität

Erreichung der (intendierten) Ziele

Das Ziel auf Outcome-Ebene war, dass die unterstützten GE qualitativ verbesserte, bedarfsorientierte Gesundheitsdienstleistungen - insbesondere im Bereich reproduktive Gesundheit - anbieten und die Bevölkerung diese häufiger in Anspruch nimmt.

Die ursprünglich formulierten Indikatoren zur Beurteilung der Zielerreichung auf Outcome-Ebene wurden zum Zeitpunkt der PP nicht mit Basiswerten bestückt und auch in den nachfolgenden Jahren nur sporadisch nachgehalten. Mit Verabschiedung des Nationalen Gesundheitsprogramms II (2010-2015) wurden Indikatoren ab dem Jahr 2014 im Sinne einer Übernahme der nationalen Ziele modifiziert. Aus diesem Grund wird auf die vorgesehene tabellarische Darstellung der Indikatoren im Zeitverlauf mit Werten zum Zeitpunkt der PP, AK und EPE verzichtet.

Im Rahmen der EPE wird eine erweiterte Indikatorenliste auf Ebene der GE formuliert, für die Trends – sofern es die Datenlage erlaubt - über die Zeit dargestellt werden. Konkret werden die „Anzahl an ambulanten und stationären Patienten“ (Indikator 1), die „Bettenbelegungsrate (jeweils bezogen auf die einzelnen 3 Krankenhäuser)“ (Indikator 2), die „Anzahl stationärer Geburten“ (Indikator 3 a), die „Anzahl an Kaiserschnitten“ (Indikator 3 b) und die „Die Anzahl an geburtshilflichen Komplikationen, die behandelt werden“ (Indikator 4), jeweils auf Ebene der einzelnen, unterstützten GE, betrachtet. Für diese Indikatoren wurden für die Evaluierung vom MoHP Zeitreihendaten der letzten 5 Jahre, d.h. von 2017/18 bis 2021/22, zur Verfügung gestellt. Zudem konnten für einen Teil der Indikatoren für GE auf sekundärer und tertiärer Ebene auf Basis der Annual Reports des DoHS für den Zeitraum der Projektimplementierung Daten erhoben werden.¹¹ Die Wahrnehmung von Schwangerschaftsvorsorge- sowie Nachsorgeuntersuchungen wird auf Landesebene dargestellt.¹²

Beitrag zur Erreichung der Ziele

Die Gesundheitsversorgung in Nepal ist sowohl öffentlich als auch privat mit kostenpflichtigen Leistungen finanziert. Die GE des öffentlichen Sektors folgen einer hierarchischen Versorgungsstruktur: Erste Anlaufstelle für grundlegende Gesundheitsdienste sind (Sub-) Health Posts (HPs)¹³. Jede Ebene oberhalb der HPs ist Referenzpunkt eines Netzwerks, das von primären Gesundheitszentren (Primary Health-Care-Centers, PHCCs) über

¹¹ In späteren Jahren erfolgte in den Annual Reports eine Umstellung des Reportings auf nationale Werte.

¹² Auf die Formulierung separater Indikatoren bezogen auf die einzelnen GE wird verzichtet, da die Daten nur lückenhaft vorliegen.

¹³ Diese sind Referenzzentrum für die Aktivitäten der Female Community Health Volunteers (FCHVs) sowie gemeindenaher Einrichtungen wie Primary Health Care Outreach Clinics (PHC-ORCs) und Expanded Program on Immunization (EPI)-Kliniken.

Krankenhäuser der sekundären Ebene bis hin zu die spezialisierten tertiären Versorgungszentren, v.a. in Kathmandu, reicht.

Derzeit umfasst das Netzwerk öffentlicher GE für den Zeitraum 2021/22 125 Krankenhäuser, 188 PHCCs, und 3.775 HPs.¹⁴ Die National Health Policy im Jahr 1991 ebnete den Weg für verstärkte Investitionen in den privaten Sektor, so dass die Anzahl an privaten GE seitdem rapide gestiegen ist. Im Jahr 2021/22 lag diese bei 2.155.

Zum Zeitpunkt der PP befand sich die Mehrzahl der GE in den Projektdistrikten Bardiya und Dhading in sehr schlechtem Zustand. Besonders gravierend war die Situation in dem durch ein Erdbeben beschädigten Distriktkrankenhaus in Dhading, dessen Hauptgebäude einsturzgefährdet war, sowie in dem mit 34 Jahren (zum Zeitpunkt der PP) sehr überalterten Distriktkrankenhaus in Bardiya. Im Bheri Hospital, das Referenzkrankenhaus u. a. für den Distrikt Bardiya war, bestanden schwerwiegende allgemeine bauliche und versorgungstechnische Mängel (z. B. Wasserversorgung, Abwasserentsorgung, Stromversorgung, Abfallentsorgung etc.). Zudem genügte die bestehende Kapazität nicht, um die hohe Nachfrage im Bereich der Geburtshilfe abzudecken, so dass der Bau einer weiteren Geburtshilfestation vorgesehen war. Die Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen war allgemein unzureichend und die vorhandenen Geräte oft nicht funktionstüchtig. Eine wesentliche Ursache für den schlechten Zustand der Gebäude und Geräte war das weitgehende Fehlen ordnungsgemäßer Wartungsdienste.

Insgesamt wurden auf Output-Ebene mit FZ-Mitteln im Rahmen des Vorhabens (Phase I) zwischen 2006 und 2009/2010 in den Distrikten Bardiya und Dhading 6 öffentliche GE auf verschiedenen Versorgungsebenen rehabilitiert, erweitert und ausgerüstet, allerdings mit deutlicher Verzögerung (siehe Kapitel zu Effizienz). Dies umfasste das Bheri Hospital¹⁵, die Distriktkrankenhäuser Bardiya und Dahing auf höherer Versorgungsebene (tertiär und sekundär) sowie die drei PHCC Gajuri, Rajapur und Sorhawa (primäre Ebene). Zudem wurden (Sub-) Health Posts (S-HP) unter der Verantwortlichkeit des TZ-Programms unterstützt, wozu ein sogenannter „Start-up Fund“ eingerichtet wurde. Nachbesserungen innerhalb der Gewährleistungsfrist (DLP, Defect Liability Period) erfolgten im Zeitraum 2010 bis 2011 am Distriktkrankenhaus Dhading. Die Beschaffung der medizinischen Ausstattung fand erst im Jahr 2013 statt. Ursprünglich waren ebenfalls Infrastrukturmaßnahmen in den Distrikten Accham und Doti (Phase II) geplant. Aufgrund der prekären Sicherheitslage in Accham und Doti sowie des Umstands, dass sich bereits in Phase I neben erheblichen Durchführungsverzögerungen auch noch Kostensteigerungen ergaben, welche aus unvorhersehbaren Preissteigerungen und etlichen Anpassungen der initialen Planung resultierten, wurde von deren Umsetzung abgesehen. So wurden beispielsweise am Distriktkrankenhaus Dhading erheblich mehr strukturelle Schäden durch Erdbeben (1988) festgestellt, als zum Zeitpunkt der Budgetplanung bekannt waren. Auch wurde die technische Ausstattung am Bheri Zonal Hospital, insbesondere in zentralen Servicebereichen wie der Sterilisation, dem Operationstrakt und der Abfallentsorgung, als nicht adäquat für den Betrieb eines Referenzkrankenhauses befunden. Zusätzlich zum Bau einer neuen Geburtsstation wurden demzufolge weitere Infrastrukturmaßnahmen inkludiert, um die Versorgungsqualität zufriedenstellend gewährleisten zu können. Die HPs in Gajuri (Distrikt Dhading) und Sorahawa (Distrikt Bardiya) erhielten durch das MoHP ein „Upgrade“ zum Status als PHCC, obwohl die physische Infrastruktur für notwendige Leistungen von Einrichtungen dieser Ebene nicht entsprach. Um die Funktionalität dennoch zu gewährleisten, wurden erhebliche zusätzliche Investitionen erforderlich. Somit ergab sich bereits in den Jahren 2002 und 2003 eine höhere Kostenschätzung für die durchzuführenden Maßnahmen.

Das Vorhaben adressierte durch die Erweiterung, Rehabilitation und Ausrüstung von ausgewählten GE zum Zeitpunkt der PP bestehende Engpässe (schlechter Zustand von Gebäuden und die Unterausstattung mit medizinischen Geräten). Im Rahmen der Evaluierung fand eine Visitation aller 6 GE sowie eine Auswahl von 4 der unter Verantwortlichkeit des TZ-Programms unterstützen HPs¹⁶ statt, wobei der Fokus der Evaluierung auf den 6 GE, welche unter der Verantwortlichkeit der FZ implementiert wurden, liegt. Hinsichtlich der Nutzung der GE

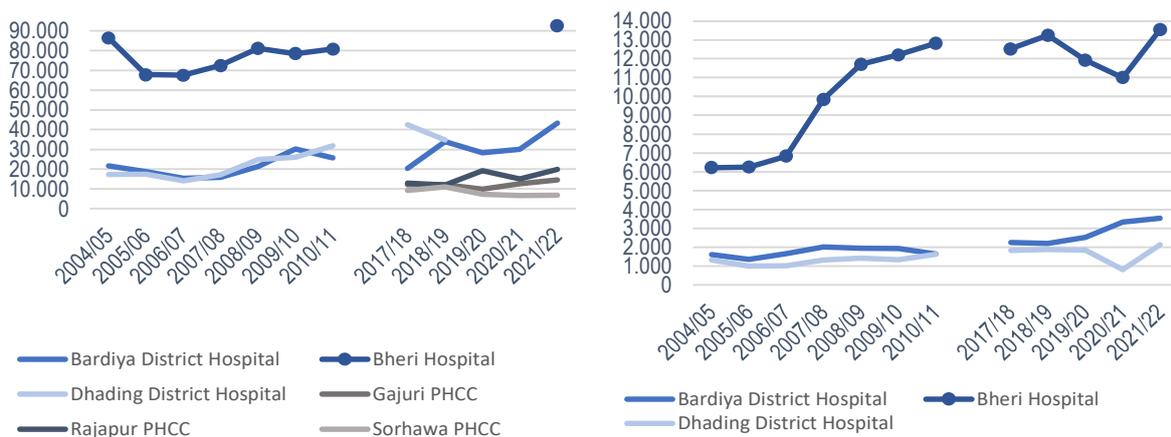
¹⁴ MoHP (2022): National Joint Annual Review Report 2021/22.

¹⁵ Zum Zeitpunkt der PP noch Bheri Zonal Hospital. Nachdem das Land zu einer föderalen Struktur übergegangen war, wurde das Krankenhaus in Bheri Provincial Hospital umbenannt und der Provinz Nr. 5 unterstellt. Gemäß der Entscheidung der nepalesischen Regierung wurde das Krankenhaus unter dem Namen Bheri Hospital in der Föderation belassen.

¹⁶ Die über den Start-up Fund finanzierte und im Volumen geringere sowie technisch weniger komplexe Rehabilitation von 15 (S-)HPs wurde unter Federführung der TZ durchgeführt. In den Start-up Fund flossen neben den Mitteln des zu evaluierenden Vorhabens auch die anderer TZ- und FZ-Vorhaben und es wurden u.a. weitere (S-)HPs unterstützt. Eine exakte Attribution der eingezahlten Mittel des zu evaluierenden Vorhabens zu spezifischen (S-)HPs konnte ex-post nicht hergestellt werden, so dass im Rahmen der Visitationen 4 (S-)HPs, welche alle durch den Start-up Fund finanziert wurden, exemplarisch betrachtet wurden.

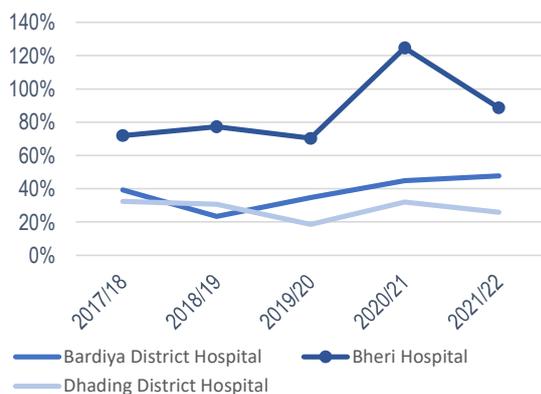
durch die Bevölkerung ergibt sich folgendes Bild: Die örtliche Inspektion aller GE sowie die Erhebung von Daten zu den Patientenzahlen (ambulante und stationäre Patienten (Indikator 1), siehe Abbildung 1) zeigen, dass die GE grundsätzlich ihrem Versorgungsauftrag nachkommen und die Bevölkerung die Einrichtungen in Anspruch nimmt. Abgesehen vom Sorhawa PHCC ist der Trend insgesamt positiv. Insbesondere fällt auf, dass sich die Anzahl der stationär behandelten Patienten in den 3 Krankenhäusern über die Jahre (2004/05 bis 2021/22) fast durchgehend verdoppelt hat. Die Baumaßnahmen wurden zum Großteil zwischen 2006 und 2009 implementiert. Ein signifikanter Anstieg der Nutzerzahlen nach Bauende lässt sich jedoch auf Basis der vorliegenden Daten nicht erkennen. Es liegt daher nahe, dass das Bevölkerungswachstum im Allgemeinen, die verbesserte Verkehrsinfrastruktur zur Erreichung von GE (höherer Ebene), die Einführung der nationalen Krankenversicherung, sowie weitere interne und externe Faktoren (siehe Diskussion im weiteren Verlauf) die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen positiv beeinflusst haben.

Abbildung 1: Anzahl an ambulanten (links) und stationären (rechts) Patienten, Indikator 1.



Quelle: DHIS-2, DoHS Annual Reports; eigene Darstellung.

Abbildung 2: Bettenbelegungsrate, Indikator 2.



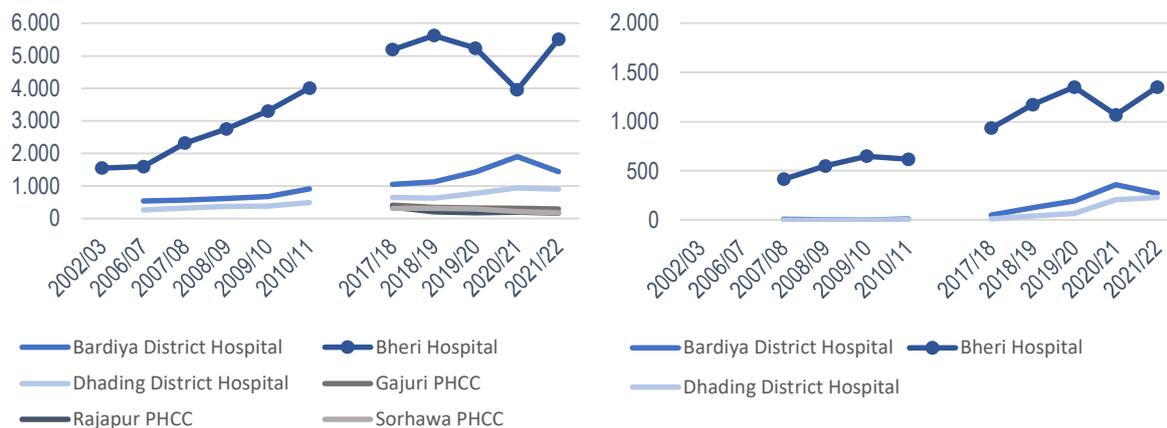
Quelle: DHIS-2; eigene Darstellung.

Die Bettenbelegungsrate (Indikator 2) im Jahr 2021/22 lag im Bheri Hospital bei 89 % und in den Distriktkrankenhäusern Bardiya und Dhading bei 48 % bzw. 26 %. Die Beobachtung wird durch den Trend der letzten 5 Jahre bestätigt – mit Ausnahme einer Covid-19 bedingten, extremen Bettenauslastung des Bheri Hospitals im Jahr 2020/21 (siehe Abbildung 2). Laut MoHP wird eine Belegungsrate von 80 % als zufriedenstellend angesehen – insofern fällt die Auslastung in den beiden Distriktkrankenhäusern niedrig aus und ist ökonomisch wenig effizient. Während der Vor-Ort Besuche wurde dies mit der kurzen Verweildauer der Patienten begründet, die es sich nicht leisten können, lange von zu Hause fernzubleiben.

Vor dem Hintergrund hoher Mütter- und neonataler Sterblichkeitsraten zielte das Vorhaben insbesondere auf einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für diese bislang unterversorgte Gruppe ab. Auf nationaler Ebene zeigt sich ein deutlicher Anstieg der institutionellen Entbindungen: Während im Jahr 1996 nur 8 % der nepalesischen Frauen ihr Kind in einer GE zur Welt brachten, konnte die Rate bis zum Jahr 2021 beinahe verzehnfacht (80 %) werden. Die Zahl der Geburten (Indikator 3 a) in den drei unterstützten Krankenhäusern spiegelt das Bild auf nationaler Ebene wider (siehe Abbildung 3, links): So lässt sich anhand der vorliegenden Daten eine grundsätzlich positive Entwicklung über die Jahre beobachten. Der Geburtenrückgang im Bheri Hospital im Jahr 2020/21 steht in engem Zusammenhang mit der Einrichtung einer Covid-Notfallstation, die Frauen von einer Einbindung im Krankenhaus (aus Angst sich zu infizieren) abhielt. Auf der Ebene der drei unterstützten PHCCs, für die Daten ab 2017 vorliegen, zeigt sich hingegen ein rückläufiger Trend. Eine mögliche Erklärung

dafür könnte sein, dass Frauen aufgrund des leichteren Zugangs (verbesserte Straßeninfrastruktur und Transportmöglichkeiten) und der wahrgenommenen besseren Qualität der Versorgung (Zugang zu Kaiserschnitten, Fachärzten) primäre GE umgehen, um in GE höherer Ebenen zu entbinden. Dies führt zu einer Überbelegung der Einrichtungen höherer Ebenen, was wiederum die Qualität der Versorgung beeinträchtigt. Um diese Herausforderungen zu bewältigen und den Patienten die bestmögliche Qualität zu bieten, ist es ratsam, die Personalsituation in Abteilungen mit hohem Patientenaufkommen, wie z. B. in Entbindungsstationen, zu verbessern als auch zu versuchen, durch eine bedarfsgerechte Überweisungsregelung von primärer zu höheren Ebenen die Überbeanspruchung letzterer zu reduzieren (siehe Kapitel zu „Effizienz“).

Abbildung 3: Anzahl an institutionellen Geburten (links, Indikator 3 a)) und Anzahl an Kaiserschnitten (rechts, Indikator 3 b))



Quelle: DHIS-2, DoHS Annual Reports; eigene Darstellung.

Zur Messung des Zugangs zu geburtshilflicher (Notfall-)Versorgung wird zum einen die Anzahl an Kaiserschnitten (Indikator 3 b)), die nur in Krankenhäusern durchgeführt werden, sowie die Anzahl an behandelten geburtshilflichen Komplikationen (Indikator 4) in allen 6 unterstützten GE betrachtet. Hinsichtlich der Interpretation der Anzahl an Kaiserschnitten ist folgendes zu beachten: Solange Kaiserschnitte aus medizinischen Gründen durchgeführt werden, können diese eine primäre geburtshilfliche Maßnahme zur Rettung der Mutter und ihres Neugeborenen vor schwangerschafts- und geburtsbedingten Komplikationen darstellen. Die Kaiserschnittentbindung ist jedoch ein größerer chirurgischer Eingriff und kann mit Komplikationen verbunden sein. Es wird geschätzt, dass bei 5-15 % der schwangeren Frauen während der Schwangerschaft und Geburt eine Komplikation auftritt, jedoch nicht jede Komplikation eines Kaiserschnitts bedarf. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine angemessene nationale Rate für Kaiserschnittentbindungen von 10 bis 15 pro 100 Lebendgeburten. Diese Schwelle soll ermöglichen, dass Frauen, die einen Kaiserschnitt benötigen, auch Zugang haben. Bei einer nationalen Rate von unter 5 % geht man von einem Zugangsproblem zu Kaiserschnitten aus. Überschreitet die Kaiserschnitttrate in der Bevölkerung hingegen 15%, so kann dafür eine breitere Indikationsstellung ursächlich sein. Höhere Kaiserschnittraten gehen jedoch auch mit einer erhöhten Nutzung oft eingeschränkter Ressourcen einher. Laut Annual Report des DoHS (2020/21) ist in den letzten Jahren ein langsamer Anstieg der Kaiserschnittraten zu beobachten: So stieg der nationale Durchschnitt – in Bezug auf institutionelle Geburten - von 17,60 % im Jahr 2016/17 auf 20,50 % im Jahr 2020/21. Die Aussagekraft institutioneller Kaiserschnittraten ist jedoch gering, insbesondere wenn es sich hier um Referenzkrankenhäuser handelt, die einen großen Anteil von überwiesenen geburtshilflichen Notfällen behandeln. Im Rahmen der Evaluierung wird vereinfacht die „Anzahl an Kaiserschnitten in den einzelnen unterstützten Gesundheitseinrichtungen“ als Proxyindikator für den Zugang zu geburtshilflicher Notfallversorgung herangezogen. Wie in Abbildung 3 (rechts) ersichtlich, ist die Anzahl an Kaiserschnitten für das Bheri Hospital als auch die beiden Distriktkrankenhäuser in Bardiya und Dahing über die Jahre zunehmend. Eine grundlegende Schwäche des Indikators liegt darin, dass dieser nichts über vorbestehende mütterliche Hochrisikofaktoren aussagt. So besteht die Möglichkeit, dass Ärzte großzügig die Indikation

zum Kaiserschnitt stellen, auch wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt, was den Indikator in Bezug auf die geburtshilfliche Notfallversorgung verwässern kann.¹⁷

Geburtshilfliche Komplikationen wurden in allen besuchten GE behandelt (Indikator 4) – ein klarer Trend hinsichtlich einer Zu- oder Abnahme an behandelten Komplikationen lässt sich allerdings nicht erkennen.

Um das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko für Mutter und Kind zu verringern, ist darüber hinaus eine ante- und postnatale Versorgung bedeutend. Komplikationen können frühzeitig im Rahmen der Schwangerenvorsorge (Antenatal care, ANC) erkannt werden. So empfiehlt das MoHP vier ANC-Besuche¹⁸: im 4. Monat (12.-16. Schwangerschaftswoche), im 6. Monat (20.-24. Schwangerschaftswoche), im 8. Monat (28.-32. Schwangerschaftswoche) und im 9. Monat (36.-40. Schwangerschaftswoche). Insgesamt stieg in Nepal die Zahl der Frauen, die vier oder mehr ANC-Besuche absolvierten, von 9 % im Jahr 1996 auf 81 % im Jahr 2021.

Ein Großteil der Todesfälle bei Müttern und Neugeborenen ereignet sich unter der Geburt und in den ersten 24 Stunden nach der Entbindung. Daher ist eine rasche postnatale Betreuung (Postnatal care, PNC) sowohl für die Mutter als auch für das Kind wichtig, um etwaige Komplikationen nach der Entbindung zu behandeln und der Mutter wichtige Informationen darüber zu geben, wie sie für sich und ihr Kind sorgen kann. Während im Jahr 2001 nur 17 % der Frauen innerhalb von zwei Tagen nach der Entbindung eine postnatale Untersuchung erhielten, konnte ein Anstieg auf 70 % im Jahr 2021 erreicht werden. Auf die Formulierung eines separaten Indikators auf Ebene der GE wird verzichtet, da die Daten nur lückenhaft vorliegen.

Insgesamt ist zu attestieren, dass das Vorhaben grundsätzlich zur Erreichung der Ziele besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Gruppen beigetragen hat. Ebenfalls ergaben die Vor-Ort Besuche, dass die Nutzer vor allem zur ärmeren Bevölkerung zählen, während parallel zu beobachten ist, dass wohlhabendere Frauen oder solche mit besserem Bildungshintergrund verstärkt private Einrichtungen in Anspruch nehmen.

Kritisch hinsichtlich der Gewährleistung eines gleichen Zugangs bleibt jedoch die physische Erreichbarkeit. Daher ist die Erreichbarkeit von BEMONC Einrichtungen (HP, PHCC) als first-line Klinik für normale Geburten mit der Möglichkeit einer Überweisung in Krankenhäuser (CEMONC) innerhalb von 2 Stunden wichtig, damit auch ärmere Frauen aus den ländlichen Gegenden Zugang zu fachlicher Geburtsbetreuung haben.

Zudem ist Tatsache, dass die Frauen oft nicht selbst entscheiden können, wo sie entbinden wollen, ist ein erschwerender Faktor. Die Hindernisse für die Versorgung sind oft komplex und in sozialen Normen und kulturellen Überzeugungen verankert, die die Mobilität der Frauen beeinflussen.

Insgesamt erscheint es unstrittig, dass die Maßnahmen des Vorhabens einen Beitrag zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen erbracht haben, welche durch die Bevölkerung genutzt werden. Ausschlaggebend hinsichtlich der Zielerreichung ist jedoch das Zusammenwirken der Gesamtheit aller Wirkungsfaktoren. Dazu zählen u.a. interne Faktoren wie die Entwicklung der personellen Besetzung, die Ausstattung und das damit einhergehende ärztliche Leistungsspektrum sowie Veränderungen der externen Rahmenbedingungen wie bspw. unter dem *Safe Motherhood Programme*, insbesondere mit Blick auf die Versorgung von Müttern und Kindern.

Personelle Besetzung. Die Personalsituation ergibt ein gemischtes Bild. Zuerst ist festzustellen, dass die Zahl der Planstellen („sanctioned posts“) in der Regel unzureichend ist, um die Einrichtungen zu betreiben. Der Health Facility Survey (HFS, 2021) des MoHP zeigt zudem, dass nur 7 von 10 bewilligten Stellen in öffentlichen GE besetzt sind - wobei die Besetzung sanktionierter Stellen erheblich in Abhängigkeit von der Kategorie des medizinischen Personals, der Versorgungsebene sowie geografischen Lage variiert. Während von den bewilligten Stellen für Krankenpfleger*innen (nurses) und paramedizinischem Personal (paramedics) ca. 70 % besetzt sind, sind nur weniger als die Hälfte spezialisierter ärztlicher Stellen (consultants, physicians/ general practitioners, medical officers) besetzt. Der Personalmangel nimmt in den unteren Versorgungsebenen ebenso wie in geografisch entlegenen Gebieten deutlich zu.¹⁹

¹⁷ Als Referenz für eine steigende Anzahl an Kaiserschnitten in Südostasien siehe: Betrán et al. (2016): The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014, PLoS ONE 11(2).

¹⁸ Die WHO empfiehlt inzwischen 8 Besuche.

¹⁹ MoHP (2021): Health Facility Survey (2021), Table 3.24.

Angesichts der geringen Zahl der bewilligten (und auch besetzten) Stellen haben die besuchten Einrichtungen über die Gemeinde oder aus eigenen Mitteln mehr Personal eingestellt. Hier gab der Föderalismus den GE mehr Möglichkeiten, Stellen bei Bedarf zu besetzen, so dass bei Vor-Ort-Besuch der Eindruck einer zufriedenstellenden Personalausstattung entstand. Allerdings sind die zusätzlich geschaffenen Stellen zeitlich befristet und die Gehälter oft geringer als die der Planstellen. Dies impliziert eine horizontale Lohnungerechtigkeit mit u.U. demotivierenden Impulsen. In einem Krankenhaus zahlte man jedoch den Fachärzten das Doppelte des offiziellen Gehalts, um sie dort zu halten. Anreize und höhere Gehälter für die Arbeit an abgelegenen Orten sollten in Betracht gezogen werden, um unbesetzte Stellen und häufige Personalwechsel zu vermeiden (oft werden Ärzte für zwei Jahre an entlegene Posten entsandt, verlassen jedoch diese nach Ablauf dieser zwei Jahre. Dies trägt nicht zur Entwicklung starker Teams und mittel- bis langfristiger Visionen/Planungen bei).

Die Kompetenzen und die Qualität der Dienstleistungen, die in den GE erbracht werden, konnten nicht tiefergehend beurteilt werden. Dennoch wurde jedoch versichert, dass Krankenschwestern regelmäßige Schulungen erhalten.

Infrastruktur. Die Gebäude werden für den originären Zweck verwendet, zeigen zum Teil aber Zeichen von Abnutzung auf (siehe Kapitel zu Nachhaltigkeit). Da einige Einrichtungen in den letzten Jahren steigende Patientenzahlen aufweisen, stoßen diese insbesondere hinsichtlich des erhöhten Platzbedarfs in Notaufnahme und Ambulanz an ihre Grenzen. Wie bereits geschildert, nahm zudem die Zahl der Entbindungen in Einrichtungen höherer Ebenen zu. Im Vergleich zu den beengten Verhältnissen in den Krankenhäusern, insbesondere im Tertiärkrankenhaus, verfügte die Mehrheit der besuchten PHCCs und HPs über saubere und gut organisierte Entbindungsräume, in denen die Privatsphäre der Patientinnen gewährleistet werden konnte.

Toiletten standen in allen GE in Nähe des Kreissaals zur Verfügung und in den meisten Fällen in einem sauberen bzw. akzeptablen Zustand. Wasser und Elektrizität war in allen GE vorhanden.

Materialien (Medikamente, medizinische Verbrauchsmaterialien, Impfstoffe) und Geräte. Die Visitationen zeigten, dass die meisten Einrichtungen angemessen ausgestattet sind. Grundlegende Medikamente waren verfügbar und es gab keine größeren Versorgungsengpässe. Dies gilt insbesondere für geburtshilfliche Notfallmedikamente, die Vor-Ort überprüft wurden. Die Ausstattung an notwendigen Geräten für die einzelnen Versorgungsebenen erschien akzeptabel, auch wenn teilweise gewisse Engpässe auftreten. Auf PHCC-Ebene und darüber waren Ultraschall- und Röntengeräte vorhanden. In zwei Einrichtungen wurden noch verpackte Geräte gesehen, die im klinischen Alltag notwendig gewesen wären. Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass Geräte zweckentsprechend eingesetzt werden.

Leistungsspektrum hinsichtlich geburtshilflicher Notfallmaßnahmen und Neugeborenenversorgung. Einrichtungen, die Entbindungen anbieten, sollten darauf vorbereitet sein, die wichtigsten geburtshilflichen Notfallmaßnahmen und Neugeborenenversorgung (Emergency Obstetric and Newborn Care, EmONC) leisten zu können, um etwaige Komplikationen zu bewältigen. Der HFS 2021 zeigt, dass nur insgesamt 3 % aller Einrichtungen, die normale Entbindungen durchführen, alle 7 grundlegenden EmONC (BEmONC) Signalfunktionen²⁰ im 3-Monats-Zeitraum vor der Befragung durchführten. Dies liegt daran, dass die Versorgung fast ausschließlich (mit Ausnahme einiger PHCC) auf Krankenhaus-Ebene angeboten wird: So wurden BEmONC-Maßnahmen in 45 % der Krankenhäuser auf Landes-/Provinzebene, in 10,4 % der Krankenhäuser auf lokaler Ebene, in 10,5 % der privaten Krankenhäuser und in 1,1 % der PHCC angewandt. Die Visitation aller 3 PHCC ergab, dass diese 6 der BEmONC Signalfunktionen erfüllen, wobei keine assistierten vaginalen Entbindungen angeboten wurden.

Eine darüber hinausgehende, umfassende Versorgung (Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care, CEmONC)²¹ wird laut HFS 2021 nur in 38,3 % der Krankenhäuser auf Landes-/Provinzebene, in 6,9 % der

²⁰ Dazu zählen: (1) parenterale Verabreichung von Antibiotika, (2) parenterale Verabreichung von Oxytocin oder anderen Uterotonika, (3) parenterale Verabreichung von Antikonvulsiva bei hypertensiven Schwangerschaftsbeschwerden, (4) assistierte vaginale Entbindung, (5) manuelle Entfernung der Plazenta, (6) Entfernung zurückgebliebener Befruchtungsprodukte und (7) Wiederbelebung von Neugeborenen.

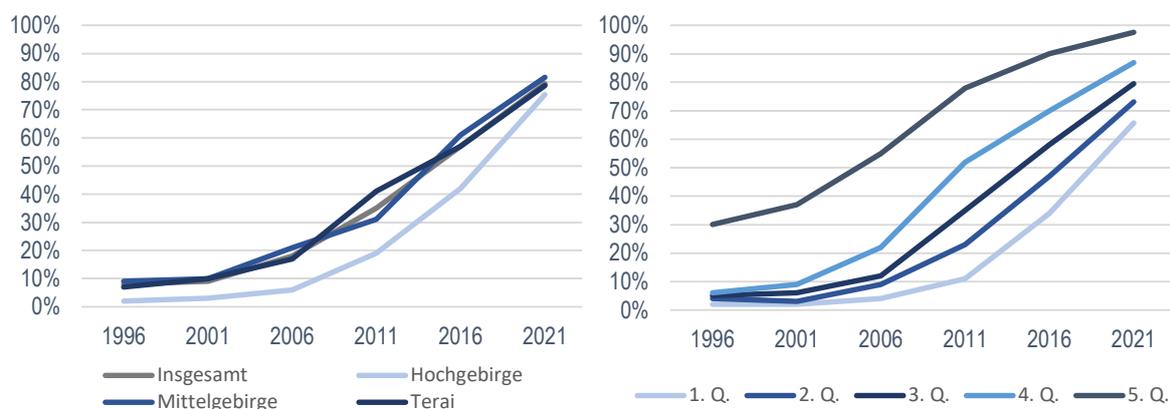
²¹ Über die BEmONC-Dienste hinaus, wurden in den drei Monaten vor der Erhebung mindestens eine Kaiserschnittentbindung und mindestens einmal eine Bluttransfusion im Zusammenhang mit einer Geburtshilfe durchgeführt.

Krankenhäuser auf lokaler Ebene und in 9,6 % der privaten Krankenhäuser geleistet.²² Die 3 besuchten Krankenhäuser auf sekundärer und tertiärer Ebene führten alle 9 CEmONC Signalfunktionen durch.

Einfluss von externen Rahmenbedingungen. Wichtige Impulse hinsichtlich der Versorgung von Müttern und Kindern und damit der Inanspruchnahme der Dienstleistungen sollten durch das *Safe Motherhood Programme* der Regierung gesetzt werden. Wie eingangs beschrieben, wird Frauen seit dem Jahr 2005 ein Beitrag zu den Transportkosten gewährt, um Anreize zur Entbindung in staatlichen Geburtseinrichtungen zu setzen. Im Jahr 2006 erhielten Frauen in 25 ausgewählten Distrikten mit dem niedrigsten Human Development Index (HDI) zudem Zugang zu kostenloser Geburtshilfe und der finanzielle Anreiz zur Leistung des Angebots wurde auch auf die Personalseite der GE selbst ausgedehnt. Seit dem Jahr 2009 wird allen Frauen landesweit die Möglichkeit zur kostenlosen Entbindung gewährt. Unter dem derzeitigen *Aama Programme* erhalten Frauen ebenfalls Geldprämien für vier Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie eine kostenlose grundlegende Versorgung kranker Neugeborener.

Der Anstieg institutioneller Geburten ist in allen 3 geografischen Zonen zu beobachten, auch wenn nach wie vor Unterschiede bestehen (siehe Abbildung 4, links). Die Beobachtung trifft ebenfalls auf den Anstieg institutioneller Geburten unter Berücksichtigung des ökonomischen Status zu: In allen Wohlstandsquintilen ist ein deutlicher Anstieg des Anteils institutioneller Geburten zu verzeichnen – wenngleich die Verringerung der Lücke zwischen dem höchstem und den darunterliegenden Quintilen im Zeitverlauf abhängig vom Ausgangswohlstandsniveau ist (siehe Abbildung 4, rechts). Dies kann einen möglichen Hinweis darauf geben, dass finanzielle Hürden auf der Nachfrageseite deutlich gesenkt wurden, jedoch die Transaktionskosten für die Ärmsten immer noch signifikant sind. In Bezug auf das zu evaluierende Vorhaben war der Anstieg an Geburten in den GE bereits vor der Fertigstellung der Bauarbeiten zu beobachten. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Sanierung und der Ausbau sicherlich zur Funktionalität der Krankenhäuser beigetragen haben, wobei das Aama-Programm einen signifikanten Impuls zur Erhöhung der institutionellen Geburtenraten gab.

Abbildung 4: Anteil institutioneller Geburten in den 3 geografischen Zonen (links) sowie unter Berücksichtigung des ökonomischen Status (rechts)



Quelle: DHS Nepal; eigene Darstellung.

Qualität der Implementierung

Die Verantwortung für das Vorhaben lag beim MoHP, wobei die Durchführungsinstitution auf nationaler Ebene das dem Ministerium unterstellte „Department of Health Services“ (DoHS) war. Auf Distriktebene waren die entsprechenden District Development Committees (DDCs) sowie die Distriktgesundheitsbüros die relevanten Durchführungsinstitutionen. Für die Umsetzung der größeren und komplexen baulichen Erweiterungs- und Rehabilitierungsmaßnahmen wurde mit dem MoHP/ DoHS vereinbart, dass der Town Development Fund (TDF), unterstützt durch einen internationalen Consultant (IC), tätig wird. Für das finanzielle Monitoring war die regelmäßige Berichterstattung an den IC vorgesehen, welchem das Gesamtmonitoring von Qualität (aller durchgeführten Maßnahmen) und der Finanzen oblag.

²² MoHP (2021): Health Facility Survey (2021), Table 7.6.

Weder das DoHS noch der TDF verfügten über genügend Kapazitäten für die zeitgerechte Erfüllung ihrer Aufgaben. Das DoHS konnte z.B. seinen Aufgaben (Abgleich der vorgelegten Entwürfe mit geforderten nationalen Planungen und Standards aufgrund häufiger Personalwechsel und zum Teil nichtexistierender oder noch in Bearbeitung befindlicher Standards) nicht nachkommen. Auch waren langwierige Diskussionen und Abstimmungen erforderlich, um MoUs und Verträge zwischen allen involvierten Parteien auszuarbeiten. Der TDF beauftragte einen lokalen Consultant für die Planung und Supervision der Baumaßnahmen, der trotz zufriedenstellender planerischer Qualität seiner Arbeit jedoch mit der zeitgleichen Planung von sechs komplexen Infrastrukturmaßnahmen überfordert war. Das internationale Consultingbüro zur Unterstützung des TDF nahm die Betreuung aus Deutschland vor und konnte seinen Aufgaben nicht nachkommen. Entsprechend wurde der Vertrag beendet.

Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Die Einhaltung von Hygienestandards ist wichtig zur Vermeidung von Infektionen. Dies geschieht durch präventive Verhinderung des Kontaktes mit infektiösem Material oder anderen Gefahrenquellen – dazu zählen u.a. die Sterilisation von Instrumenten sowie das Abfallmanagement. Hinsichtlich der Sterilisation von Instrumenten war vor allem in Einrichtungen der unteren Versorgungsebenen oft kein Platz für eine ordnungsgemäße Sterilisation. Während die Dekontamination (Reinigung und Desinfektion) am Ort der Verwendung stattfand (z. B. im Kreißaal), befand sich der Autoklav in Räumen, die häufig für andere Funktionen genutzt wurden (Krankenpflegestation, Korridor). Insofern gab es oft keinen separierten Sterilisationsbereich mit klaren Zonen für Dekontamination und Sterilisation - schmutzige und saubere Bereiche. In Anbetracht der räumlichen Beschränkungen sollten Maßnahmen ergriffen werden, um eine korrekte Sterilisation der Ausrüstung zu gewährleisten, einschließlich eines speziellen Raums für den Autoklaven, um Infektionen zu vermeiden.

Während die Autoklaven für die Aufbereitung von Instrumenten oft veraltet und klein waren, waren die Autoklaven für die Aufbereitung infektiöser Abfälle in einigen Fällen moderner und deutlich größer. Dennoch waren deutliche Hygieneengpässe in vielen der besuchten GE sichtbar (z.B. offen herumliegende gebrauchte Spritzen oder offene Abfallgruben ohne Absperrung), so dass eine Schädigung des Personals nicht ausgeschlossen werden konnte. Nur wenige der Einrichtungen verfügten über eine angemessene Abfallentsorgung einschließlich Sterilisation und Trennung in einem speziellen Bereich für den Abfall. Eine unzureichende Abfallentsorgung gefährdet Umwelt, Patienten, Personal und Allgemeinbevölkerung.

Gute Beispiele für die Abfallentsorgung gab es, teils aus Mitteln anderer Geber finanziert, im Bheri Hospital, im Distriktkrankenhaus Bardiya und im Khairapur HP. Diese könnten als Vorbild für andere Krankenhäuser in diesen Provinzen dienen.

Zusammenfassung der Benotung:

Die GE wurden rehabilitiert, um eine weitere Nutzung zu ermöglichen, sowie teils erweitert, um eine bessere Gesundheitsdienstleistungen anbieten zu können. Ungeachtet von komplexen Wirkungszusammenhängen kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass dies *einen positiven Beitrag* auf Verfügbarkeit und Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen in der Projektregion geleistet hat. Inwiefern dieser Beitrag allerdings signifikant war, lässt sich aufgrund der Vielzahl von Einflussfaktoren und der eingeschränkten Datenverfügbarkeit nicht abschließend beurteilen. Es liegt jedoch nahe, dass ebenfalls Änderungen der Rahmenbedingungen durch das *Safe Motherhood Programme* der Regierung einen bedeutsamen Einfluss auf die Wahrnehmung von Gesundheitsdienstleistungen im Bereich der Mutter-Kind-Gesundheit hatten. Insgesamt wurde nur ein Teil der ursprünglich geplanten Maßnahmen umgesetzt (d.h. auf die Durchführung komplexerer Infrastrukturmaßnahmen an größeren Einrichtungen in den Distrikten Achham und Doti wurde verzichtet) und die Beschaffung von medizinischer Ausstattung nur in minimalem Umfang durchgeführt. Letzteres wurde dadurch abgedeckt, als dass die Beschaffung durch NHSP II erfolgte. Wünschenswert wäre gewesen, wenn wichtige Aspekte der Hygiene (insbesondere Sterilisation) und ein Abfallmanagement adressiert worden wären. Vor dem Hintergrund der genannten Aspekte wird die Effektivität des Vorhabens als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Effektivität: 3

Effizienz

Produktionseffizienz

Kostensteigerungen ergaben sich aus erheblichen Durchführungsverzögerungen und daraus resultierenden Preissteigerungen bei den Baumaßnahmen sowie etlichen Anpassungen der initialen Planung (wie unter Effektivität beschrieben). Wie bereits erörtert, mangelte es auf Partner- und Implementierungsseite an ausreichenden Kapazitäten für eine zeitgerechte Erfüllung der Aufgaben.

Die Bauphase selbst war (an allen Standorten) durch Straßenblockaden, Bandahs (Zwangsstreiks) und Demonstrationen aufgrund der politischen Unruhen, sowie Lieferschwierigkeiten und schwere Regenfälle in der Monsunzeit gekennzeichnet und verlief verzögert. Hinzu kamen in der Bauphase (Phase I) noch säumige lokale Bauunternehmen (Distriktkrankenhaus Dhading). Dies führte insgesamt dazu, dass sich der ursprünglich geplante Implementierungszeitraum von 2002 bis 2004 auf die Jahre 2006 bis 2009/10 verschob.

Auch die Beschaffung von medizinischer Ausrüstung verzögerte sich, teilweise aufgrund langwieriger Abstimmungsprozesse. Am Ende wurden nur 0,7 % der Gesamtkosten für Ausrüstung ausgegeben, während die ursprüngliche Planung zehnmal höher lag. Als die Ausschreibung schließlich stattfinden sollte, lag die Differenz zwischen den geschätzten Kosten und dem Angebotspreis bei über 15 %, was dazu führte, dass die nepalesische Regierung das Angebot nicht akzeptierte. Die Ausschreibung und Beschaffung für einen kleinen Teil der medizinischen Ausrüstung fand Ende 2013 statt.

Nach Abschluss der beschriebenen Baumaßnahmen und Beschaffungen lagen noch Restmittel in Höhe von 0,94 Mio. EUR vor. Bedingt durch langwierige Abstimmungen, verzögerte sich die Entscheidung über die Verwendung der Mittel erheblich. Im Jahr 2018, d.h. 5 Jahre später, kam es zu der Einigung zwischen der KfW und dem MoHP den Restbetrag für die technische Ausstattung für ein Krankenhausabfallmanagement sowie begleitende Trainingsmaßnahmen in erster Linie an Standorten des Vorhabens zu verwenden und ein Consultant beauftragt. Es stellte sich jedoch im Jahre 2020 heraus, dass die Annahme der Abdeckung der Restmittelverwendung durch den vorgesehenen Verwendungszweck nicht korrekt war, beziehungsweise seitens des BMZ nicht geteilt wurde. Dies führte schlussendlich dazu, dass die Zusage um die Restmittel von 0,94 Mio. EUR auf 2,54 Mio. EUR gekürzt wurde. Für bereits erbrachte aber noch nicht abgerechnete Leistungen erstattete die KfW dem Consultant 47.153,00 EUR aus Eigenmitteln. Der sparsame Einsatz von Ressourcen im Sinne der Produktionseffizienz leidet wenig überraschend. Aus der ex-post Perspektive hätte die Unterstützung des Abfallmanagements das Vorhaben, wie bereits erwähnt, positiv ergänzen können.

Insgesamt entfielen 93,7 % der Kosten auf Baumaßnahmen, 0,7 % auf medizinische Ausstattung und 5,6 % auf Consultingleistungen. Für einen Vergleich waren bei PP 70 % für Baumaßnahmen und Geräte, 18 % für Unvorgesehenes (technisch und Preisentwicklung) und 12 % für Consultingleistungen vorgesehen. Der Anteil für die Consultingleistungen fiel somit deutlich geringer als geplant aus.

Allokationseffizienz

Überlastung der Tertiärebene. Während Überweisungen bei Komplikationen von der unteren an die höhere Ebene (mit Ambulanzdiensten) erfolgten, gab es für normale Entbindungen keine Überweisungslinie. Vor allem Frauen aus der Provinzhauptstadt nahmen für normale Entbindungen die Dienste der Tertiärstufe in Anspruch. Dies führte zu einer Überlastung der Entbindungsstation auf der zentralen Tertiärstufe, zu der neben den überwiesenen Frauen aus den unteren Ebenen so auch Frauen aus der Umgebung für normale Entbindungen kamen. Die Überlastung auf Tertiärebene ist insgesamt für das Gesundheitssystem kostspielig und wenig effizient. Während die Zahl der Entbindungen in einigen Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung eher rückläufig war, stieg die Zahl der Entbindungen vor allem in Einrichtungen höherer Ebene an (siehe Kapitel zu Effektivität). Um insbesondere die tertiäre Ebene zu entlasten, muss geprüft werden, wie ein Anreiz- oder Versicherungssystem in Verbindung mit einer klaren Überweisungsregelung normale Entbindungen auf der primären Versorgungsebene fördern kann. Tertiäre Einrichtungen sollten ihren Schwerpunkt (und ihre Betten- und Personalkapazität) auf überwiesene und komplizierte Fälle für spezialisierte Dienstleistungen legen. Gleichzeitig bleibt zu überlegen, ob Frauen das Recht gewährt werden sollte, selbst zu entscheiden, wo sie ihr Kind zur Welt bringen, oder ob diese Entscheidung den Dienstleistern auf der Primärebene überlassen wird. Eine Kartierung, welche anzeigt, wo Frauen bevorzugt entbinden, könnte dazu beitragen, mehr Unterstützung zu bieten sowie geeignete Alternativen für normale Entbindungen zu schaffen (z.B. durch städtische Geburtszentren), indem der Zugang zu Diensten dort verbessert wird, wo die Nachfrage hoch ist, und jene Geburtszentren zu schließen, die von den Frauen

angesichts der Kartierungsergebnisse nicht sehr stark frequentiert werden. Eine geringe Auslastung ist nicht nur ökonomisch ineffizient, sondern birgt auch die Gefahr, dass das Personal nicht ausreichend geübt ist bei der Durchführung von Entbindungen und im Umgang mit häufigen geburtshilflichen und neugeborenen Komplikationen.

Wie bereits geschrieben, hat die Mobilität in Nepal deutlich zugenommen, so dass eine bessere Anbindung ehemals abgelegener Gebiete seit PP und dadurch ein leichter Zugang der Bevölkerung zu leistungsstärkeren GE höherer Ebene besteht. Damit dürfte aus Sicht der Evaluierung die derzeit politisch gewünschte Etablierung von Kleinstkrankenhäusern (mit 15 Betten) in jeder Municipality problematisch sein. - vor allem, wenn jedes Krankenhaus neben den normalen Entbindungsleistungen auch Kaiserschnitte anbieten würde, wofür mehr qualifiziertes Personal und Ressourcen erforderlich wären. Da die Löhne und Gehälter häufig den größten Teil des Krankenhausbudgets ausmachen, müssten die Kleinstkrankenhäusern (mit 15 Betten) kontinuierlich finanziert werden, um den hohen Anteil der Personalkosten zu decken. Es ist nicht davon auszugehen, dass hierdurch Skaleneffekte erzielt werden können.

Management der GE. Die wirtschaftliche Tragfähigkeit von GE kann durch ein gutes Management gestärkt werden, auch wenn diese als Non-Profit-Organisationen keine primäre Gewinnerzielungsabsicht verfolgen. So wurden in einem Krankenhaus bspw. Medikamente außerhalb der Liste essenzieller, kostenloser Medikamente mit einem Preisaufschlag verkauft (insb. an Patienten mit Versicherung), wovon kleinere Verbesserungsmaßnahmen bezahlt wurden (z. B. überdachte Wartebereiche). Ebenso kreativ war in einem Krankenhaus der Umgang mit defekten Geräten. Während in den meisten Einrichtungen alte, ausgemusterte Geräte und Ausstattungsgegenstände auf Halde lagen, hatte dieses Krankenhaus seine defekten Altgeräte und Ausrüstung verkauft. Tatsächlich zeigt es sich, dass der administrative Prozess des Verkaufs von alten Anlagen und Geräten ausgesprochen aufwendig ist, was die meisten GE zu vermeiden suchen.

Wie zu erwarten, waren die Leiter der Einrichtungen in der Regel Fachpersonen mit medizinischem oder pflegerischem Hintergrund. In den Krankenhäusern sind grundsätzlich Ärzte die Chief Executive Officers (CEOs). Einrichtungen, insbesondere auf der unteren Ebene, verfügen oft nicht über Personal mit einer fundierten Ausbildung im Bereich Qualitätsmanagement/Verwaltung. Gleichzeitig sollten im Rahmen der verfügbaren Ressourcen die Kapazitäten dort eingesetzt werden, wo ihr komparativer Vorteil liegt, nämlich bei der medizinischen Versorgung der Patienten. Vor dem Hintergrund, dass zur Leitung einer Klinik sowohl klinisches Gespür als auch Managementfähigkeiten nötig sind, ist sehr positiv hervorzuheben, dass unter den besuchten Einrichtungen eine an einem Pilotprogramm teilnimmt, das dem leitenden Arzt administrative Unterstützung (durch die Anwerbung von Krankenhausverwaltern) bietet. Insgesamt zeigte sich, dass gute Teamarbeit und Führung – vor allem Leadership - der GE wichtiger Faktor für die Qualität und Organisation der Dienstleistungen sind. Managementschulungen für leitende Mediziner können insofern einen zusätzlichen Nutzen bringen.

Restmittel. Hinsichtlich der Verwendung der Restmittel erscheint unstrittig, dass mit einem alternativen Einsatz der verbleibenden Ressourcen sowohl eine Erhöhung der positiven Wirkungen als auch eine Reduzierung der (entstandenen) Kosten hätte erzielt werden können (siehe hierzu z.B. Ausführungen zu Allokationseffizienz; Verbesserung des Hygiene-, Wartungs- bzw. generell Qualitätsmanagements).

Zusammenfassung der Benotung:

Bei dem Vorhaben kam es zu erheblichen Durchführungsverzögerungen und damit einhergehend ungenutzten Ressourcen, die zusätzliche Wirkungen hätten entfalten können. Die Effizienz wird, insbesondere was den zeitlichen Ablauf betrifft, als nicht zufriedenstellend bewertet. Ungeachtet dessen, dass zum Teil nachvollziehbare Gründe für die massiven Verzögerungen vorlagen, steht der Einsatz von finanziellen und personellen Ressourcen in einem schlechten Verhältnis zum erreichten Output.

Es gibt zahlreiche Ansätze, die ex-post betrachtet zu einer Erhöhung der Effizienz führen könnten. Teilweise waren die Entwicklungen jedoch zum Zeitpunkt der PP nicht absehbar oder die Etablierung von grundlegenden Strukturen erschien zunächst prioritär.

Insgesamt wird die Effizienz als eher nicht erfolgreich bewertet.

Effizienz: 4

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen

Das Ziel auf Impact-Ebene war, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation in der Projektregion zu leisten. Zum Zeitpunkt der PP wurde auf die Formulierung von Impact-Indikatoren verzichtet. Im Rahmen der EPE wird mit Blick auf die Mutter-Kind-Gesundheit die Entwicklung der Mütter- sowie die neonatale Sterblichkeitsrate betrachtet.

In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat Nepal bemerkenswerte Fortschritte bei der Verbesserung der gesundheitlichen Kennzahlen erzielt. Die Müttersterblichkeit (pro 100.000 Lebendgeburten) konnte seit dem Jahr 2002 um mehr als 70 % reduziert werden: So sank diese von 520 im Jahr 2002 auf 151 (pro 100.000 Lebendgeburten) im Jahr 2021. Der „National Population and Housing Census 2021“ des MoHP und des National Statistics Office (NSO) zeigt, dass ein hoher Anteil der Todesfälle bei Müttern (38 %) beobachtet wurde, die keine formale Schulbildung hatten, im Vergleich zu Frauen mit Bachelorabschluss und höherer Bildung (6 %). Innerhalb der 7 Provinzen war die höchste Müttersterblichkeitsrate in Lumbini (207 pro 100.000 Lebendgeburten) und die niedrigste in Bagmati (98 pro 100.000 Lebendgeburten) – beides Projektprovinzen – zu verzeichnen. Trotz einer guten Gesundheitsinfrastruktur im Vergleich zu anderen Provinzen ist die Müttersterblichkeit in Lumbini damit erschreckend hoch. Dies mag zum Teil darin begründet liegen, dass Frauen aus entlegenen Gebieten medizinische Versorgung nicht rechtzeitig erreichen als auch dass für das Wohlergehen der Mutter nicht ausreichend familiäre Verantwortung übernommen wird.²³ Im Rahmen von Interviews wurde zudem als Grund aufgeführt, dass die Provinz Lumbini viele Fälle aus der Provinz Karnali erhält, welche die Gesundheitsdienste erst mit fortgeschrittenem Komplikationsgrad erreichen.

Die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) sehen vor, dass die weltweite Müttersterblichkeitsrate bis 2030 auf weniger als 70 pro 100.000 Lebendgeburten gesenkt wird, wobei kein Land eine Müttersterblichkeitsrate von mehr als 140 pro 100.000 Lebendgeburten vorweisen soll. Auch Nepal hat sich verpflichtet, dieses Ziel zu erreichen, und hat die Müttergesundheit zu einer seiner wichtigsten Entwicklungsprioritäten gemacht.

Seit dem Zeitpunkt der PP wurde ebenfalls die Säuglingssterblichkeit signifikant gesenkt mit einem Rückgang um ca. 40 % von 36/1.000 Lebendgeburten im Jahr 2002 auf 21/1.000 Lebendgeburten im Jahr 2022 (NDHS). Nach Angaben des NDHS stagniert die Säuglingssterblichkeit seit 2016 bei 21/1.000 Lebendgeburten, während die Schätzungen der UN-Interagency group auf einen Rückgang von 20 auf 16/1.000 Lebendgeburten zwischen 2016 und 2021 hindeuten. In Bezug auf die SDGs wird eine Reduzierung bis zum Jahr 2030 auf 12 oder weniger pro 1000 Lebendgeburten angestrebt.

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

Indikator	Status PP	Zielwert gemäß PP	(optional) Ist-Wert bei AK	Ist-Wert bei EPE
(1) Müttersterblichkeitsrate (pro 100.000 Lebendgeburten)	520 (2002)*	/	/	151 (2021)**
(3) Neonatale Sterblichkeitsrate pro 1.000 Lebendgeburten	36 (2002)*	/	/	21 (2022)***

*<https://data.worldbank.org/>

**MoHP, NSO: National Population and Housing Census 2021

***NDHS 2022

Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Es ist davon auszugehen, dass das Vorhaben auf entwicklungspolitisch übergeordneter Ebene einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der in der Projektregionen lebenden Bevölkerung leistete. Eine intakte

²³ Kathmandu Post (2023): Lumbini fails to curb maternal mortality despite good infrastructure. <https://kathmandupost.com/health/2023/04/06/lumbini-fails-to-curb-maternal-mortality-despite-good-infrastructure>

Infrastruktur ist u.a. notwendige Voraussetzung dafür, dass die Bevölkerung Zugang zu Gesundheitsdiensten erhält und diese nutzen kann. Der zum Zeitpunkt der PP bestehende Engpass (d.h. insbesondere der schlechte Zustand bestehender Infrastruktur) wurde durch das Vorhaben adressiert, damit GE ihrem Versorgungsauftrag insbesondere im Bereich reproduktive Gesundheit nachkommen können. Eine verbesserte Versorgung der benachteiligten Gruppe von Müttern und Kindern trägt dazu bei, mütterliche und neonatale Sterblichkeitsraten zu senken.

Methodisch ist zu beachten, dass mit den FZ-Mitteln nur sehr punktuell GE gefördert wurden und so eine exakte Attribution der Wirkungen zu dem FZ-Vorhaben nicht möglich ist. Es erscheint jedoch plausibel, dass auch das FZ-Vorhaben – im Rahmen seiner Möglichkeiten - anteilig zu den erzielten Wirkungen beigetragen hat. Darüber hinaus ist denkbar, dass auch andere Maßnahmen oder externe Umstände Einfluss auf die Impact-Ziele geübt haben, die nicht im direkten Zusammenhang mit den finanzierten Maßnahmen stehen. So erscheint naheliegend, dass die eingangs beschriebenen Initiativen der Regierung Nepals zur Verbesserung der Mutter-Kind Gesundheit wegweisend in Bezug auf die Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele waren. Das schwere Erdbeben im Jahr 2015 hingegen bedeutete einen heftigen Rückschlag für die Entwicklung des Landes und auch den Gesundheitssektor, ebenso wie die Covid-19 Pandemie 2020/21.

Beitrag zu übergeordneter (nicht-intendierter) entwicklungspolitischen Veränderungen

Es liegen keine Hinweise auf übergeordnete (nicht-intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen vor.

Zusammenfassung der Benotung:

Insgesamt können die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen als erfolgreich bewertet werden.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: 2

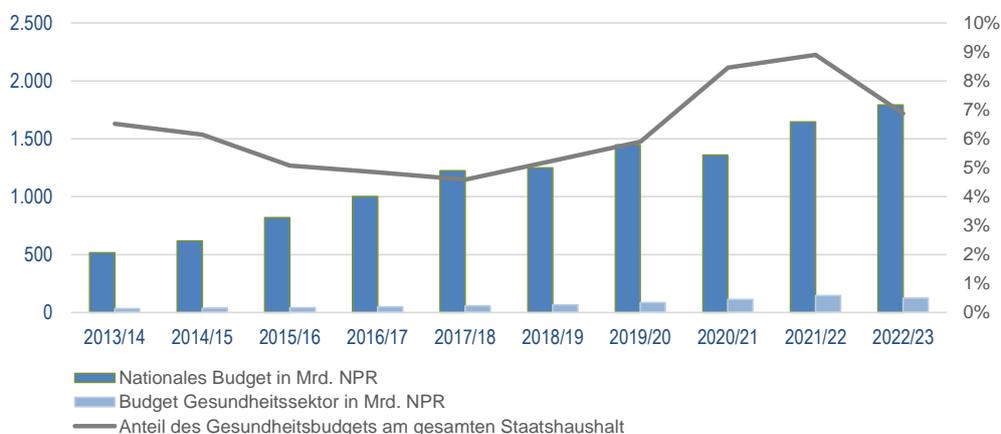
Nachhaltigkeit

Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Die Regierung ist bestrebt den „Gesundheitszustand aller Menschen durch ein verantwortungsvolles und gleichberechtigtes System zur Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern²⁴“. Dieses Ziel wurde in der nationalen Gesundheitssektorstrategie festgeschrieben und mit neun Outcome-Indikatoren untermauert. Darunter fällt u.a. die Verbesserung der Nachhaltigkeit der Finanzierung des Gesundheitswesens.

Abbildung 5 zeigt die Entwicklung des prozentualen Anteils des Gesundheitsbudgets am gesamten Staatshaushalt. Dieser schwankt über die Jahre, zuletzt mit einem deutlichen Anstieg (bedingt durch die Covid-19 Pandemie), jedoch wieder einer Kürzung um 2 % im Jahr 2022/23 im Vergleich zu 2021/22.

Abbildung 5: Entwicklung des prozentualen Anteils des Gesundheitsbudgets am gesamten Staatshaushalt

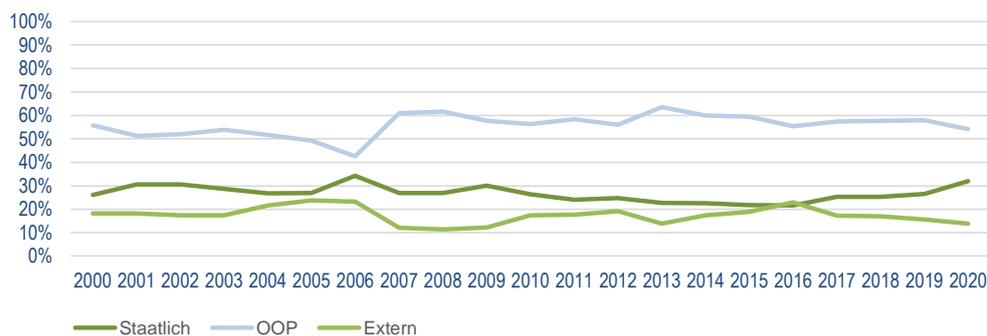


²⁴ MoHP: Nepal Health Sector Strategy 2015-2020, S. ii.

Quelle: MoHP (2018): Progress of the Health Sector-Report for Joint Annual Review 2018, MoHP (2022): Health Sector Budget Analysis: First Five Years of Federalism, UNICEF (2022): Budget Brief: Overview of the budget - FY 2022/23; eigene Darstellung.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens in Nepal insgesamt stützt sich auf drei Hauptquellen: staatliche Mittel, externe Gebermittel und private Ausgaben. Im Jahr 2020 machten die staatlichen Ausgaben 32 %, externe Gebermittel 14 % und Ausgaben aus eigener Tasche (OOP) für die Gesundheitsversorgung 54 % der gesamten Gesundheitsausgaben aus (siehe Abbildung 6). Eine Herausforderung der nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens liegt insofern in der relativ geringen öffentlichen Finanzierung, was in einem hohen Anteil an OOP-Ausgaben für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen resultiert. Dies führt dazu, dass ca. 11 % der Bevölkerung Nepals (im Jahr 2016) ein hohes Niveau an katastrophalen Gesundheitsausgaben (catastrophic health spending) aufwiesen.²⁵

Abbildung 6: Finanzierung des Gesundheitswesens in Nepal



Quelle: WHO global expenditure database; eigene Darstellung.

Obwohl sich die Budgetierungsprozesse infolge des Übergangs von einem unitarischen zu einem dezentralisierten föderalen Regierungssystem verlagert haben, konzentrierten sich im Haushaltsjahr 2021-2022 die staatlichen Zuweisungen für das Gesundheitswesen weiterhin auf die zentrale Ebene – auch bedingt durch die Covid-19 Programme: So entfielen 74 % des Gesundheitsbudgets auf die zentrale Ebene – auch bedingt durch die Covid-19 Programme: So entfielen 74 % des Gesundheitsbudgets auf die zentrale Ebene, 5 % auf die Provinzebene und 21 % auf die lokale Ebene.²⁶ Die Budgetplanung für das Jahr 2023/24 zeigt jedoch, dass sich der Anteil auf zentraler Ebene verringert (59 %), der Anteil der Provinzebene bei 7 % liegt und die lokale Ebene einen größeren Anteil der Mittel für die Gesundheitsversorgung erhält (34 %)²⁷. Die Entwicklung steht im Einklang mit dem verfassungsmäßigen Auftrag der lokalen Ebene, der Bevölkerung eine medizinischen Grundversorgung bereitzustellen.

Um die positiven Wirkungen über die Zeit zu erhalten, ist es in Bezug auf die konkreten Maßnahmen des Vorhabens, d.h. Erweiterung, Rehabilitierung und Ausstattung der Infrastruktur, unerlässlich, dass ein Teil des Budgets auf Ebene der GE für Instandsetzung vorgesehen bzw. aufgewendet wird. Grundsätzlich geht man davon aus, dass für Ausstattung etwa 2-5 %²⁸ und für Gebäude etwas 2 %²⁹ der ursprünglichen Anschaffungskosten jährlich anzusetzen sind. In Ländern mit hoher Inflation kann auch der Wiederbeschaffungswert angesetzt werden. In jeder der besuchten Einrichtungen lagen die Ausgaben für Anschaffungen erheblich unter diesen Werten. Zwar gibt es eine Budgetlinie für „Strengthening Health Care Facilities“, aber die Beträge sind unzureichend und die Zweckbestimmung wird nicht kontrolliert.

Ursprünglich wurde mit dem MoHP/DHS als Auflage vereinbart, dass - beginnend mit dem Finanzjahr 2004/05 - mindestens 5 % des Budgets der GE für Instandsetzung vorgesehen ist – diese Auflage wurde jedoch leider im späteren Verlauf gestrichen, da diese sich als nicht praktikabel erwies.

²⁵ Bei einer Schwelle von 10 % oder mehr der gesamten Haushaltseinkommens für Gesundheitsausgaben.

²⁶ UNICEF. 2021. Health Budget: FY 2021/22.

²⁷ <https://publichealthupdate.com/health-sector-budget-for-fiscal-year-2023-24-red-book/>

²⁸ <https://www.upkeep.com/learning/budget-for-equipment-maintenance/>

²⁹ <https://www.statefarm.com/simple-insights/residence/how-to-budget-and-save-for-home-maintenance>

Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Im Rahmen des Vorhabens wurde durch die Rehabilitierung und Erweiterung von GE zur Stärkung nachhaltiger Kapazitäten wie folgt beigetragen: Gesundheitsdienstleistungen wie Schwangerschaftsvorsorge- und Nachsorgeuntersuchungen, institutionelle Geburten oder die Notfallversorgung können nur nachhaltig erbracht (und in Anspruch) genommen werden, wenn es die entsprechende Infrastruktur gibt und diese funktionstüchtig ist. Durch die Verbesserung der Qualität der Versorgung wird dazu beigetragen, dass GE ihrem Versorgungsauftrag nachkommen können und darüber hinaus ggf. Einnahmen erhöhen, was sich positiv auf den nachhaltigen Bestand der Kapazität auswirken kann. Gebäude haben eine längere Nutzungsdauer, so dass die GE in die Lage versetzt werden, positive Wirkungen – abhängig von Wartung und Instandhaltung (siehe nächster Abschnitt) – (über einen gewissen Zeitraum) zu erhalten.

Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit

Die Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit in Bezug auf die konkreten Maßnahmen des Vorhabens ist eng mit der Wartung, Instandhaltung und Nutzersorgfalt verbunden, welche in den besuchten GE nach wie vor defizitär ist.

In allen Einrichtungen mangelte es an adäquater Wartung. Hier sei darauf hingewiesen, dass Wartung nicht identisch ist mit Reparatur, sondern vor allem vorbeugend wirken soll. Dies impliziert strukturelle (z. B. Budgetlinie für Wartung, Verfügbarkeit von ausgebildetem Personal, Werkzeuge), prozessorale (z. B. Wartungspläne, Wartungsverträge) und paradigmatische Veränderungen (z. B. Kultur der Wartung), die bislang in Nepal nur unzureichend gegeben sind. Wie bereits erwähnt, ist das Budget für Wartung nicht ausreichend, Wartungspersonal ist entweder nicht oder nicht ausreichend vorhanden, Wartungspläne fehlten in allen GE und die Mentalität für Wartung schien nicht gegeben. Kleinere Reparaturarbeiten im Rahmen der Instandsetzung werden oftmals, laut Interviewpartnern, versucht durch das eigene Budget zu decken, während bei größeren Reparaturen Gelder bei der entsprechenden Municipality angefragt werden.

Während der Vor-Ort Besuche waren Zeichen von Degeneration bei den Gebäuden ersichtlich. Dächer müssten in einigen Fällen repariert/ausgebessert werden, die Stromleitungen wurden unprofessionell repariert und Wasserschäden nicht beseitigt. Die technische Nutzungsdauer ist noch nicht erreicht, aber in einigen Fällen dürfte die tatsächliche Nutzungsdauer unter der technischen liegen, weil sie nicht ausreichend gewartet wurden.

Positiv ist hingegen zu vermerken, dass mehrfach beobachtet werden konnte, dass Gebäude, die im Rahmen des FZ-Vorhabens errichtet wurden, aufgestockt wurden, um mehr Platz für die wachsende Patientenzahl zu schaffen. Tatsächlich werden in Nepal Gebäude häufig „auf Zuwachs“ errichtet, in dem die Statik bereits auf die Erweiterung durch weitere Stockwerke ausgerichtet wurde.

Wie unter Effektivität diskutiert, ist es das Zusammenspiel vieler (kontextueller) Faktoren, welches eine dauerhafte Nutzung der Gesundheitsdienste durch die Bevölkerung ermöglicht. Um die Gesundheitsversorgung von Schwangeren, Müttern und Neugeborenen landesweit zu verbessern, wurde bspw. durch das MoHP im Jahr 2006 beschlossen, das Berufsbild der professionellen Hebamme ins Leben zu rufen. Es wird davon ausgegangen, dass wenn Hebammen gut ausgebildet sind und in interdisziplinären Teams arbeiten, sie einen wesentlichen Teil der geburtshilfe-bezogenen Gesundheitsdienstleistungen abdecken können.

Zusammenfassung der Benotung:

Problematisch hinsichtlich der Nachhaltigkeit ist die geringe öffentlichen Finanzierung des Gesundheitswesens im Allgemeinen, sowie fehlende Wartungs- und Instandhaltungskonzepte auf das Vorhaben bezogen im Speziellen. Sehr positiv hingegen zu beurteilen sind die kontinuierlichen politischen Bestrebungen, eine angemessene Mutter-Kind Versorgung zu erreichen. Vor diesem Hintergrund wird die Nachhaltigkeit dennoch als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Nachhaltigkeit: 3

Gesamtbewertung: 3

Eine Verbesserung der Mutter-Kind Gesundheit in Nepal ist nach wie vor von großer Relevanz und gehört zu den höchsten Prioritäten des nepalesischen MoHP. Insofern unterstützte das Vorhaben die Eigenanstrengungen des Partners, indem die für Phase I geplante Erweiterung und Rehabilitierung von 3 Krankenhäusern auf sekundärer und tertiärer Ebene sowie von 3 PHCC in Bardiya und Dhading realisiert wurden. Die über den Start-up Fund finanzierten Maßnahmen in Primäreinrichtungen wurden unter Federführung der TZ durchgeführt. Von der Umsetzung weiterer Infrastrukturmaßnahmen (Phase II), welche die Distrikte Achham und Doti umfasste, wurde abgesehen. Insgesamt kam es zu massiven Verzögerungen in der Umsetzung des Vorhabens, was sich negativ auf die Effizienz auswirkte. Mit Blick auf die Nachhaltigkeit mangelt es an einem geeigneten Konzept sowie ausreichend Mitteln für eine präventive Wartung und korrektive Instandhaltung, damit eine langfristige Nutzung von Gebäuden gewährleistet werden kann. Insgesamt ist davon auszugehen, dass das Vorhaben – im Rahmen seiner Möglichkeiten - einen Beitrag hinsichtlich der Verbesserung der Gesundheitssituation der in der Projektregionen lebenden Bevölkerung, insbesondere von Müttern und Kindern, leistete. Zusammenfassend wird das Vorhaben somit als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Beiträge zur Agenda 2030

Das Vorhaben trägt unmittelbar zu SDG 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ bei, insbesondere zur Senkung der Kinder- und Müttersterblichkeit. Darüber hinaus steht es im Einklang mit SDG 5 „Geschlechtergleichheit“, in dem der Zugang für Frauen zu Diensten der reproduktiven Gesundheit verbessert und die Ungleichheit von Geschlechtern reduziert wird.

Eine explizite Ausrichtung an ökologischen Zielen erfolgte nicht. Allerdings wären ökologische Aspekte bzw. Verbesserungspotentiale hinsichtlich einer Verbesserung des Abfallmanagements durchaus gegeben.

Projektspezifische Stärken und Schwächen sowie projektübergreifende Schlussfolgerungen und Lessons Learned

Zu den Stärken und Schwächen des Vorhabens zählen insbesondere:

- (Präventive) Wartung ist ein grundlegendes Problem, das vor allem einen Kulturwandel erfordert.
- Die relativ große Zahl an Implementierungspartnern erschwerte die Koordination.
- Sowohl Träger als auch der Partner verfügten über nicht genügend Kapazitäten für die zeitgerechte Erfüllung ihrer Aufgaben.
- Kostensteigerungen ergaben sich aus unvorhersehbaren Preissteigerungen bei den Baumaßnahmen und insbesondere etlichen Anpassungen der initialen Planung.
- Unsichere Rahmenbedingungen stellten die Implementierung des Vorhabens vor deutliche Herausforderungen.
- Die Wirkungsmessung wurde dadurch erschwert, dass bei PP sowie im weiteren Projektverlauf die Indikatoren nicht mit Basiswerten versehen wurden. Hier sei auf die Ausführungen im Methodenteil verwiesen.

Schlussfolgerungen und Lessons Learned:

- (Präventive) Wartung für die GE ist von Nöten, um größeren Schäden vorzubeugen und eine nachhaltige Nutzung zu gewährleisten.
- Im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes nachhaltiger Entwicklung ist es relevant, neben Elementen der Strukturqualität (wie Infrastruktur, personelle und technische Ausstattung) ebenfalls Aspekte der Prozessqualität (wie Wartung, Anwendung von Standards, Abfallmanagement und Administration) mitzudenken. Dies ist insbesondere gegeben, wenn Elemente der Strukturqualität bereits ein akzeptables Niveau erreicht haben, jedoch Aspekte der Strukturqualität verhindern, dass der Einsatz von Ressourcen zu angemessenen Ergebnissen führt.
- Tertiäre Einrichtungen sollten ihren Schwerpunkt auf überwiesene und komplizierte Fälle für spezialisierte Dienstleistungen legen. Überlastungen auf Tertiärebene sind insgesamt für das Gesundheitssystem kostspielig und wenig effizient. Falls es, bspw. im Fall von Geburtstationen zu Überlastungen kommt, da Frauen diese auch für normale Entbindungen aufsuchen, sollte geprüft werden, wie ein Anreiz- oder Versicherungssystem in Verbindung mit einer klaren

Überweisungsvorgaben normale Entbindungen auf der primären Versorgungsebene fördern können. Gleichzeitig bleibt zu überlegen, ob Frauen das Recht gewährt werden sollte, selbst zu entscheiden, wo sie ihr Kind zur Welt bringen, oder ob diese Entscheidung den Dienstleistern auf der Primärebene überlassen wird. Eine Kartierung, welche anzeigt, wo Frauen bevorzugt entbinden, könnte in dem Fall dazu beitragen, mehr gezielte Unterstützung zu bieten - und damit geeignete Alternativen für normale Entbindungen zu schaffen (z.B. durch städtische Geburtszentren), indem der Zugang zu Diensten dort verbessert wird, wo die Nachfrage hoch ist, und jene Geburtszentren zu schließen, die entweder von den Frauen angesichts der Kartierungsergebnisse nicht sehr stark frequentiert werden oder in denen es nicht genügend Entbindungen gibt. Eine geringe Auslastung ist nicht nur ökonomisch wenig effizient, sondern birgt auch die Gefahr, dass das Personal nicht ausreichend geübt hinsichtlich der Durchführung von Entbindungen als auch im Umgang mit häufigen geburtshilflichen und neugeborenen Komplikationen ist.

- Mit Blick auf die Infrastruktur/ Ausstattung ist es wichtig darauf zu achten, dass die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten gewahrt wird – dieser Aspekt gilt generell als auch im Speziellen hinsichtlich kultureller Kontexte, wenn bspw. die Nutzung öffentlicher GE zur Steigerung institutioneller Geburten angestrebt wird, jedoch offenkundige Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern, bestimmte soziale Normen und kulturelle Überzeugungen bestehen, so dass die Intimsphäre von Frauen sichergestellt werden muss.
- Eine stärkere Verlässlichkeit öffentlicher Finanzierungsquellen ist unerlässlich, um die Fortschritte bei der Verwirklichung einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Evaluierungsansatz und Methoden

Methodik der Ex-post-Evaluierung

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

Dokumente:

Interne Projektdokumente, sekundäre Fachliteratur, Strategiepapiere, Kontext-, Landes-, & Sektoranalysen, Medienberichte.

Datenquellen und Analysetools:

(Digitale) Datenbanken, Annual Reports, Datensammlung vor Ort, Monitoringdaten des Partners.

Interviewpartner:

Projekträger, Zielgruppe, andere Geber, Consultants, interne Projektverantwortliche.

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:

Wie bereits erwähnt, lag eine Herausforderung für die Evaluierung darin, dass die ursprünglich formulierten Indikatoren zur Beurteilung der Zielerreichung auf Outcome-Ebene zum Zeitpunkt der PP nicht mit Basiswerten bestückt und auch in den nachfolgenden Jahren nur sporadisch nachgehalten wurden.

Darüber hinaus konnten keine Budgets und Einnahmenüberschussrechnungen für Gesundheitseinrichtungen gewonnen werden, da die Daten hierzu nicht vorlagen bzw. zugänglich waren.

Methodik der Erfolgsbewertung

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

- Stufe 1** sehr erfolgreich: deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
- Stufe 2** erfolgreich: voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
- Stufe 3** eingeschränkt erfolgreich: liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
- Stufe 4** eher nicht erfolgreich: liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse

Stufe 5 überwiegend nicht erfolgreich: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich

Stufe 6 gänzlich erfolglos: das Vorhaben ist nutzlos bzw. die Situation ist eher verschlechtert

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

Impressum

Verantwortlich:

FZ E

Evaluierungsabteilung der KfW Entwicklungsbank

FZ-Evaluierung@kfw.de

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

KfW Bankengruppe

Palmengartenstraße 5-9

60325 Frankfurt am Main, Deutschland

Anlagenverzeichnis:

Anlage Zielsystem und Indikatoren

Anlage Risikoanalyse

Anlage Projektmaßnahmen und Ergebnisse

Anlage Empfehlungen für den Betrieb

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

Anlage Zielsystem und Indikatoren

Projektziel auf Outcome-Ebene		Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)			
Bei Projektprüfung: Die unterstützten Gesundheitseinrichtungen bieten qualitativ verbesserte, bedarfsorientierte Gesundheitsdienstleistungen- insbesondere im Bereich reproduktive Gesundheit - an und die Bevölkerung nimmt diese häufiger in Anspruch.		Angemessen.			
Bei EPE (falls Ziel modifiziert)					
Indikator	Bewertung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP Optional: Zielniveau EPE	Status PP (Jahr)	Status AK (Jahr)	Optional: Status EPE (Jahr)
<p>Indikator 1 (PP): Der Anteil von Kaiserschnitten an der Gesamtzahl der Geburten (jeweils bezogen auf die einzelnen unterstützten Gesundheitseinrichtungen)</p> <p>NEU: Indikator 3 b) (siehe weiter unten) Anzahl an Kaiserschnitten in den einzelnen unterstützten Gesundheitseinrichtungen</p>	<p>Bedingt angemessen.</p> <p>Die Formulierung des Indikators als Anteil an der Gesamtzahl der Geburten in der einzelnen, unterstützten Gesundheitseinrichtung wird als kritisch betrachtet: Kaiserschnittraten sollten immer auf die geschätzten Geburten per Bevölkerung (z.B. Landes/ Provinzebene) berechnet werden. In Bezug auf die einzelne Einrichtung müsste idealerweise die Rate an Kaiserschnitten in der von Krankenhaus versorgten Bevölkerung (Berechnung der jährlichen Zahl an Geburten basierend auf den Bevölkerungszahlen und der Geburtenrate in der Bevölkerung) bestimmen. Allerdings ist nicht gegeben, dass alle Schwangeren auch in diesem Krankenhaus entbinden/ direkt in eine höhere Referenzeinrichtung aufsuchen. Eine hohe Rate kann auch einfach darin begründet sein, dass die Einrichtung viele Überweisungen erhält.</p>	<p>PP: jährlicher Anstieg um 1 % 2 Jahre nach Betriebsbeginn</p>	<p>Der Indikator wurde zum Zeitpunkt der PP nicht mit Basiswerten bestückt und die Daten bzw. Entwicklung im weiteren Verlauf auch nicht ausreichend nachgehalten. Mit Verabschiedung des Nationalen Gesundheitsprogramms II (2010-2015) wurden Indikatoren im Sinne einer Übernahme der nationalen Ziele</p>	<p>Modifikation im Sinne einer Übernahme der nationalen Ziele: 15 % (2015); Zielwert des NHSP II: 4,5 %</p>	<p>Siehe grafische Darstellung im Hauptteil</p>

	<p>Zudem wird das angestrebte Zielniveau, d.h. ein jährlicher Anstieg um 1 %, aus folgendem Grund kritisch betrachtet: Kaiserschnittraten werden als Indikator für den Zugang zur geburtshilflichen Notfallversorgung verwendet. Solange Kaiserschnitte aus medizinischen Gründen durchgeführt werden, können diese eine primäre geburtshilfliche Maßnahme zur Rettung der Mutter und ihres Neugeborenen vor schwangerschafts- und geburtsbedingten Komplikationen darstellen. Die Kaiserschnittentbindung ist jedoch ein größerer chirurgischer Eingriff und kann mit Komplikationen verbunden sein. Es wird geschätzt, dass bei 5-15 % der schwangeren Frauen während der Schwangerschaft und Geburt eine Komplikation auftritt, jedoch nicht jede Komplikation eines Kaiserschnitts bedarf. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine angemessene nationale Rate für Kaiserschnittentbindungen von 10 bis 15 pro 100 Lebendgeburten. Diese Schwelle soll ermöglichen, dass Frauen, die einen Kaiserschnitt benötigen, auch Zugang haben. Bei einer nationalen Rate von unter 5 % geht man von einem Zugangsproblem zu Kaiserschnitten aus. Überschreitet die Kaiserschnittrate in der Bevölkerung hingegen 15%, so kann dafür eine breitere Indikationsstellung ursächlich sein.</p> <p>Im Rahmen der Evaluierung wird der Indikator formuliert als „Anzahl an Kaiserschnitten in den einzelnen unterstützten Gesundheitseinrichtungen“. Der Indikator soll als Proxy für den Zugang zur geburtshilflichen Notfallversorgung dienen.</p> <p>Eine grundlegende Schwäche des Indikators liegt darin, dass dieser nichts über vorbestehende mütterliche Hochrisikofaktoren aussagt. So besteht die Möglichkeit, dass Ärzte großzügig die Indikation zum Kaiserschnitt stellen, auch wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt, so dass der Indikator</p>		<p>modifiziert und ab der BE 2014 entsprechend angegeben. Dasselbe gilt für Indikator 2 und 3.</p>		
--	---	--	--	--	--

	in Bezug auf die geburtshilfliche Notfallversorgung verwässert wird.				
<p>Indikator 2 (PP): Die Anzahl an geburtshilflichen Komplikationen, die behandelt werden (jeweils bezogen auf die einzelnen unterstützten Gesundheitseinrichtungen) NEU als Indikator 4 umbenannt</p>	<p>Angemessen.</p> <p>Grundsätzlich angemessen als weiterer Indikator zur Messung der geburtshilflichen Notfallversorgung – allerdings hätte konkretisiert werden sollen, welche geburtshilflichen Komplikationen dieser beinhaltet.</p>	<p>PP: jährlicher Anstieg um 5 % 2 Jahre nach Betriebsbeginn</p>	<p>Der Indikator wurde zum Zeitpunkt der PP nicht mit Basiswerten bestückt.</p>	<p>Modifikation im Sinne einer Übernahme der nationalen Ziele: 99,7 % (2015); Zielwert des NHSP II: 49 %</p>	<p>Siehe Ausführungen im Hauptteil</p>
<p>Indikator 3 (PP): Die Nutzerrate im ambulanten und stationären Bereich (jeweils bezogen auf die einzelnen unterstützten Gesundheitseinrichtungen)</p> <p>NEU: Indikator 1: Anzahl an ambulanten und stationären Patienten</p>	<p>Bedingt angemessen.</p> <p>Nutzerraten erscheinen sinnvoll in Bezug auf die Bevölkerung des Einzugsbereichs, d.h. Anteil der Bevölkerung, der ambulante bzw. stationäre Dienstleistungen der Gesundheitseinrichtungen nutzte (siehe Kommentar oben).</p> <p>Im Rahmen der Evaluierung wird der Indikator vereinfacht wie folgt umformuliert: „Anzahl an ambulanten und stationären Patienten“. Dieser ist grundsätzlich geeignet, um die Nutzung der geschaffenen Kapazität zu messen.</p>	<p>PP: jährlicher Anstieg um 5 % 2 Jahre nach Betriebsbeginn</p>	<p>Der Indikator wurde zum Zeitpunkt der PP nicht mit Basiswerten bestückt.</p>	<p>Modifikation im Sinne einer Übernahme der nationalen Ziele: -ambulant: 73 % -stationär: 2,4 %; im NHSP II wurden keine Zielwerte dazu festgelegt</p>	<p>Siehe grafische Darstellung im Hauptteil</p>
<p>NEU: -Indikator 3 a): Anzahl stationäre Geburten -Indikator 3 b): Anzahl an Kaiserschnitten (jeweils bezogen auf die einzelnen unterstützten</p>					<p>Siehe grafische Darstellung im Hauptteil</p>

Gesundheitseinrichtungen)					
NEU: -Indikator 2: Bettenbelegungsrate (jeweils bezogen auf die einzelnen 3 Krankenhäuser)					Siehe grafische Darstellung im Hauptteil
<p>Auf Landesebene wird zudem die Entwicklung folgender Indikatoren betrachtet: -Anzahl der Frauen, die mindestens die 1. bzw. 4 Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung (per Protokoll) wahrgenommen haben (ANC) -Anzahl der Frauen, die 3 Schwangerschaftsnachsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben (PNC) Hinweis: Auf die Formulierung separater Indikatoren bezogen auf die einzelnen Gesundheitseinrichtungen wird verzichtet, da die Daten nur lückenhaft vorliegen.</p>					

Projektziel auf Impact-Ebene		Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)			
Bei Projektprüfung: Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation im Projektgebiet.		Angemessen. Hinweis: Zum Zeitpunkt der PP wurde auf die Formulierung von Indikatoren zur Messung der Zielerreichung verzichtet. Im Rahmen der EPE werden diese nachträglich definiert und orientieren sich am gemeinsamen EZ-Programmziel.			
Bei EPE (falls Ziel modifiziert):					
Indikator	Bewertung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP / EPE (neu)	Status PP (Jahr 2002)	Status AK (Jahr)	Status EPE (Jahr 2023)
NEU: Indikator 1: Müttersterblichkeitsrate je 100 000 Lebendgeburten (SDG 3.1.1)			520		151

NEU: Indikator 2: Neonatale Sterblich- keitsrate (0 bis 27 Tage) je 1000 Le- bendgeburten (SDG 3.2.2)			36		21
--	--	--	----	--	----

Anlage Risikoanalyse

Eingetretene Risiken (ex-ante, im Projektverlauf und ex-post identifiziert):

Risiko	Relevantes OECD-DAC Kriterium
Fehlende Erhebung und Nachverfolgung relevanter und aussagekräftiger Indikatoren.	Relevanz, Effektivität
Die komplexen Rahmenbedingungen (u.a. die instabile politische Situation infolge des Maoistenkonfliktes) wurden als Risiko teilweise unterschätzt, so dass finanzielle Mittel sowie der Zeitrahmen nicht ausreichend berücksichtigt wurden.	Effektivität, Effizienz
Unzureichende Kapazitäten sowohl auf Seiten des Trägers als auch der Partner.	Effektivität, Effizienz
Überlastung von GE der höheren Versorgungsebene.	Effektivität, Effizienz
Teilweise unzureichende Personalausstattung in Bezug auf die Planstellen („sanctioned posts“).	Effektivität
Unzureichende Etablierung von Hygienestandards.	Effektivität
Rückschläge im Rahmen der Covid-19 Pandemie.	Effektivität, Impact
Fehlende (präventive) Wartungs- und Instandhaltungskonzepte	Nachhaltigkeit
Geringe öffentlichen Finanzierung des Gesundheitswesens.	Nachhaltigkeit

Anlage Projektmaßnahmen und deren Ergebnisse

Siehe auch Kapitel zu Effektivität.

Laut PP waren folgende Maßnahmen vorgesehen:

Infrastrukturmaßnahmen (Bau) Phase I:

- Erweiterung des Bheri Hospital um eine Geburtsstation und Rehabilitierung der Krankenhausversorgungsdienste
- Rehabilitierung der Distriktkrankenhäuser Bardiya und Dhading
- Rehabilitierung von drei PHCCs: zwei in Bardiya, eines in Dhading
- Rehabilitierung von bis zu 15 HPs in Achham, Bardiya und Doti (zum Teil in Phase II)

Infrastrukturmaßnahmen (Bau) Phase II:

- Rehabilitierung der Distriktkrankenhäuser Achham und Doti
- Rehabilitierung von zwei PHCCs: je eines in Achham und Doti
- Rehabilitierung von HPs (verbleibende Orte nach Abschluss der Phase I)

Ersatzbeschaffung und Ergänzung von medizinischer Ausstattung und – soweit sinnvoll - Instandsetzung defekter medizinischer Geräte (verteilt auf beide Phasen).

Consultingleistungen zur Unterstützung der Durchführung der aus FZ-Mitteln finanzierten Maßnahmen.

Laut AK wurden die für Phase I geplanten Maßnahmen im Wesentlichen vollständig umgesetzt, allerdings mit verändertem Volumen und deutlicher Verzögerung, während in Phase II auf die Umsetzung größerer Investitionsmaßnahmen, welche die Distrikte Achham und Doti umfasste, verzichtet wurde. Weitere Verzögerungen ergaben sich bei der Beschaffung der Ausstattung, die in deutlich geringerem Volumen erfolgte.

Der ursprünglich geplante Implementierungszeitraum verschob sich insgesamt von 2002 bis 2004 auf die Jahre 2006 bis 2009/10 (Fertigstellung eines Großteils der Maßnahmen) bzw. 2012/13.

Anlage Empfehlungen für den Betrieb

Bei AK wurde die Empfehlung ausgesprochen, dass das MOHP und die lokalen Verwaltungsorgane genügend Mittel für die präventive und korrektive Instandhaltung zur Verfügung stellen müssen, damit die nachhaltige Nutzung von Gebäuden und medizintechnischen Geräten gewährleistet wird. Wie bereits im AK-Bericht erläutert, wurden im Rahmen des FZ-Vorhabens ‚Sektorprogramm Gesundheit und Familienplanung‘ (BMZ Nr.: 2006 66 305) das Konzept für die präventive und korrektive Wartung von (größeren) medizintechnischen Geräten durch den Privatsektor pilotiert, erprobt und umgesetzt. Zudem wurde eine zentrale Steuerungseinheit am MoHP, die Physical Assets Management (PAM) Unit, 2010 ins Leben gerufen, deren Aufgabe die Planung des Baus neuer Infrastruktur und der Instandhaltung auf der Grundlage der ermittelten Bedürfnisse und Prioritäten ist.

Trotz der positiven Entwicklungen fehlt es auch noch zum Zeitpunkt der Evaluierung, wie im Kapitel zu Nachhaltigkeit beschrieben, an (präventiven) Wartungs- und Instandhaltungskonzepten in allen GE und das Budget war nicht ausreichend.

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

Relevanz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Ausrichtung an Politiken und Prioritäten			2	0	
Sind die Ziele der Maßnahme an den (globalen, regionalen und länderspezifischen) Politiken und Prioritäten, insbesondere der beteiligten und betroffenen (entwicklungspolitischen) Partner und des BMZ, ausgerichtet?	Entspricht das Vorhaben den entwicklungspolitischen Zielen Nepals, wie sie im „Second Long Term Health Plan“ (1997-2017) und im „National Safer Motherhood Plan“ (2002-2017) festgelegt waren? Das Projekt stimmt mit dem Sektorkonzept Gesundheit der deutschen Bundesregierung überein?	-BMZ Sektorkonzept Gesundheit -Nepal Health Sector Strategies -Nepal Long Term Health Plans -Nepal National Safe Motherhood Plan -„Aama Surakshya Karyakram“ Programme			
Berücksichtigen die Ziele der Maßnahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapazitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.))?	Keine Konkretisierung notwendig.	Siehe oben.			
Bewertungsdimension: Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			2	0	
Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert?	War es richtig anzunehmen, dass das staatliche Gesundheitssystem nicht in der Lage war, eine angemessene medizinische Versorgung	Sektorstudien, GITEC Inception Report, PP, Joint Annual Review NHSS			

	insbesondere von Müttern v. a. in der ländlichen Bevölkerung zu gewährleisten?			
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?	Wurden dabei insbesondere die Hemmnisse der ländlichen Bevölkerung, insbesondere von Frauen und armen Bevölkerungsgruppen, hinsichtlich der medizinischen Versorgung berücksichtigt? Zielgruppe in entlegenen Gebieten, die schwer zu erreichen sind?	Sektorstudien, PP		
Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZ E spezifische Frage)	Keine Konkretisierung notwendig.	Siehe oben.		
Bewertungsdimension: Angemessenheit der Konzeption			3	0
War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet zur Lösung des Kernproblems beizutragen?	<ul style="list-style-type: none"> -Konnte durch die Erweiterung, Rehabilitation und Ausrüstung von Einrichtungen verschiedener Versorgungsebenen dem schlechten Zustand von Gebäuden und der Unterausstattung mit medizinischen Geräten Rechnung getragen werden, um so ein verbessertes, bedarfsorientiertes Angebot auf Output Ebene zu erreichen? -Wurden die Kapazitäten der Durchführungsorganisation vor Projektbeginn berücksichtigt? -Ist neben einer funktionstüchtigen Infrastruktur und Ausstattung, ausreichend qualifiziertes Personal sowie 	PP, BE		

	Medikamentenverfügbarkeit gegeben, um die Einrichtungen effektiv und effizient zu managen und wird ein gleichberechtigter Zugang für alle Bevölkerungsteile gewährleistet?	
Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel (Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Zielsystems sowie der dahinterliegenden Wirkungsannahmen)?	Vor dem Hintergrund der eingeschränkten Berichtslage in Nepal zum Zeitpunkt der Prüfung: Ständen ausreichend genaue Ausgangsdaten zur Verfügung?	PP, BE
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)	Zur Verbesserung der Gesundheitssituation im Projektgebiet (Impact-Ziel), sollten die unterstützten Gesundheitseinrichtungen qualitativ verbesserte, bedarfsorientierte Gesundheitsdienstleistungen - insbesondere im Bereich reproduktive Gesundheit - anbieten und die Bevölkerung diese häufiger in Anspruch nehmen (Outcome-Ziel).	PP, BE
Inwieweit ist die Konzeption der Maßnahme auf einen ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung (Zusammenspiel der sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen der Nachhaltigkeit) hin angelegt?	Die angestrebte Verbesserung der Qualität der öffentlichen Gesundheitsdienste in den Projektregionen sollte es den Gesundheitseinrichtungen ermöglichen, ihre Einnahmen und damit den Kostendeckungsgrad zu erhöhen und somit nachhaltig Dienstleistungen anzubieten bei gleichzeitiger Steigerung des Behandlungsangebots und der Qualität. Dies sollte sich in den Nutzerraten widerspiegeln, wodurch der Gesundheitszustand der Bevölkerung nachhaltig (d.h. ein Leben lang) verbessert wird. Eine verbesserte	PP, BE

	Behandlungsqualität in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen ermöglicht auch die Grundversorgung und Behandlungsmöglichkeiten armer Bevölkerungsteil, senkt soziale Ungleichheiten und verbessert die Lebenssituation.			
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)	Inwiefern leistet das Ziel auf Outcome-Ebene „Die unterstützten Gesundheitseinrichtungen bieten qualitativ verbesserte, bedarfsorientierte Gesundheitsdienstleistungen - insbesondere im Bereich reproduktive Gesundheit - an und die Bevölkerung nimmt diese häufiger in Anspruch“ einen Beitrag zum EZ-Programmziel „Durch die Unterstützung des Gesundheitssektors ist der Gesundheitsstatus der Bevölkerung, besonders auch von benachteiligten Gruppen, verbessert“?	PP, BE		
Bewertungsdimension: Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit			2	0
Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?	z.B. Wie hat die FZ-Maßnahme im Rahmen der Durchführung auf die instabile politische Situation infolge des Maoistenkonfliktes reagiert?	BE, AK		

Kohärenz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Interne Kohärenz (Arbeitsteilung und Synergien der deutschen EZ):			2	0	
Inwiefern ist die Maßnahme innerhalb der deutschen EZ komplementär und arbeitsteilig konzipiert (z.B. Einbindung in EZ-Programm, Länder-/Sektorstrategie)?	Inwiefern fügt sich das Vorhaben in das EZ-Programm ein?	BE zum EZ-Programm			
Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?	Wie gut greifen TZ und FZ Komponenten ineinander? Insbesondere im Rahmen des vorliegenden Kooperationsvorhabens? (u.a. Verbesserung der schlechten Rahmenbedingungen durch die TZ-Komponente vor Start des FZ-Vorhabens (u. a. fehlendes qualifiziertes Personal und unzureichendes Management in den Gesundheitseinrichtungen).	BE, AK, BE GIZ			
Ist die Maßnahme konsistent mit internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt (z.B. Menschenrechte, Pariser Klimaabkommen etc.)?	Keine Konkretisierung notwendig.	BE, AK			
Bewertungsdimension: Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung im zum Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ):			2	0	

<p>Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?</p>	<p>Inwiefern ergänzt und unterstützt die Maßnahme den Plan zur Umsetzung des nepalesischen Gesundheitsprogramms 2004-2009 (Nepal Health Sector Programme Implementation Plan) sowie nachfolgende Umsetzungspläne?</p>	<p>BE, Nepal Health Sector Programme Implementation Plan</p>
<p>Ist die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?</p>	<p>Neben der deutschen EZ führten DFID, JICA, SDC, UNFPA, UNICEF und WHO Distriktgesundheitsprogramme durch – inwiefern ist die Konzeption der Maßnahme mit diesen Aktivitäten abgestimmt?</p>	<p>BE, Gespräch mit anderen Gebern</p>
<p>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>In Bezug auf -die Einbindung des Town Development Fund für die Vergabe und Durchführung der Baumaßnahmen -den Start-up Fund zur Finanzierung kleinerer Baumaßnahmen</p>	<p>BE, AK</p>
<p>Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für Monitoring/Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?</p>	<p>Anfang 2004 kam es zur Unterzeichnung eines Letter of Intent zur Zusammenarbeit im Sektor von 11 Gebern, darunter auch die deutsche EZ, mit der nepalesischen Partnerseite und Formulierung einer Gesundheitssektorstrategie (Health Sector Strategy: An agenda for reform), die Basis für eine gemeinsame Planung und Gestaltung darstellt. Inwiefern waren gemeinsame Fortschrittsmissionen (Joint</p>	<p>BE, Gespräche vor Ort</p>

	Annual Programme Reviews - JARs) im Rahmen des SWAp auch hilfreich vor das zu evaluierende Vorhaben?	
--	--	--

Effektivität

Evalierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Erreichung der (intendierten) Ziele			3	0	
Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. PU-Maßnahmen)? Indikatoren-Tabelle: Vergleich Ist/Ziel	--				
Bewertungsdimension: Beitrag zur Erreichung der Ziele:			3	0	
Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Im Rahmen des Vorhabens sollten in den Distrikten Accham, Bardiya, Dhading und Doti öffentliche Gesundheitseinrichtungen verschiedener Versorgungsebenen rehabilitiert, erweitert und ausgerüstet werden. Inwiefern konnten die geplanten Outputs realisiert werden?	BE, AK, GITEC Reports, TDF Progress Reports			
Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?	- Wie ist die Nutzerrate im ambulanten und stationären Bereich der entsprechenden Gesundheitseinrichtungen?	MoHP: DHIS-2, DoHS: Annual Reports, vor Ort Besuch/ Interviews			

	<p>-Wie hoch ist die Anzahl an geburtshilflichen Komplikationen, die in den unterstützten Krankenhäusern behandelt werden?</p> <p>-Anzahl an stationären Geburten?</p> <p>-Wie hoch ist der Anteil von Kaiserschnitten an der Gesamtzahl der Geburten? Anteil an normalen Geburten?</p> <p>-Wie hoch ist die Bettenbelegungsrate insgesamt und auf der Entbindungsstation?</p> <p>-Wie hoch ist die Anzahl der Frauen, die 4 Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben (ANC)?</p> <p>-Wie hoch ist die Anzahl der Frauen, die 3 Schwangerschaftsnachsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben (PNC)?</p>	
<p>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>-Wie hat sich der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen (insbesondere im Bereich reproduktive Gesundheit) für die Bevölkerung entwickelt? Wer sind die Hauptnutzer der Dienstleistungen der Gesundheitseinrichtungen (sozio-ökonomisch / Einzugsgebiet)? Inwiefern ist ein gleicher Zugang gewährleistet (physische Erreichbarkeit; diskriminierungsfrei; finanziell erschwinglich).</p>	<p>vor Ort Besuch/ Interviews</p>
<p>Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?</p>	<p>Konnte das Vorhaben durch die Rehabilitation, Erweiterung und Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen den Zugang zu</p>	<p>BE, AK, Vor-Ort-Besuch der Einrichtungen/ Interviews</p>

	Gesundheitsdienstleistungen (insbesondere im Bereich reproduktive Gesundheit) für die Bevölkerung verbessern?	
Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	Inwiefern profitierten die in der Projektregion lebende Bevölkerung von den Maßnahmen?	BE, AK, Vor-Ort-Besuch der Einrichtungen/ Interviews
Hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler beteiligter und betroffener Gruppen (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), beigetragen?	Inwiefern unterstützte die Maßnahme insbesondere den Anteil der armen Bevölkerungsgruppen in den abgelegenen ländlichen Regionen? Inwiefern ist es zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit insbesondere für die durch das Gesundheitssystem unterversorgten Frauen gekommen?	BE, AK, Vor-Ort-Besuch der Einrichtungen/ Interviews
Gab es Maßnahmen, die Genderwirkungspotenziale gezielt adressiert haben (z.B. durch Beteiligung von Frauen in Projektgremien, Wasserkomitees, Einsatz von Sozialarbeiterinnen für Frauen, etc.)? (FZ E spezifische Frage)	Keine Konkretisierung notwendig.	BE, AK, Vor-Ort-Besuch der Einrichtungen/ Interviews
Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	-Wie funktionierte die Zusammenarbeit zwischen TZ und FZ?	BE, AK, Vor-Ort-Besuch der Einrichtungen/ Interviews
Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme	-Inwiefern beeinflusste die prekäre Sicherheitslage in Accham und Doti die Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme?	BE, AK, Vor-Ort-Besuch der Einrichtungen/ Interviews

(auch unter Berücksichtigung der vorab antizipierten Risiken)? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)				
Bewertungsdimension: Qualität der Implementierung			3	0
Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme (z.B. Projektträger, Consultant, Berücksichtigung von Ethnizität und Gender in entscheidungsfindenden Gremien) im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten?	-Waren die Kapazitäten des Trägers und der Partner ausreichend um die Outputs zeitnah und umfassend zu erbringen? -Wie funktionierte die Zusammenarbeit zwischen TDF und GITEC? -War die Erbringung der die einzelnen Outputs aufeinander abgestimmt?	BE, AK, Gespräche vor Ort		
Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an der Maßnahme durch die Partner/Träger zu bewerten?	Keine Konkretisierung notwendig.	BE, AK, Gespräche vor Ort		
Wurden Gender Ergebnisse und auch relevante Risiken im/ durch das Projekt (genderbasierte Gewalt, z.B. im Kontext von Infrastruktur oder Empowerment-Vorhaben) während der Implementierung regelmäßig gemonitored oder anderweitig berücksichtigt)? Wurden entsprechende Maßnahmen (z.B. im Rahmen einer BM) zeitgemäß umgesetzt? (FZ E spezifische Frage)	Mit Blick auf den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen für Frauen im Rahmen der Geburtshilfe, Vor- und Nachsorge	BE, AK, Gespräche vor Ort		
Bewertungsdimension: Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)			3	0

Sind nicht-intendierte positive/negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar)?	Keine Konkretisierung notwendig.	BE, AK, Gespräche vor Ort
Welche Potentiale/Risiken ergeben sich aus den positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?	Keine Konkretisierung notwendig.	BE, AK, Gespräche vor Ort
Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/Risiken der positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?	Keine Konkretisierung notwendig.	BE, AK, Gespräche vor Ort

Effizienz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Produktionseffizienz			4	0	
Wie verteilen sich die Inputs (finanziellen und materiellen Ressourcen) der Maßnahme (z.B. nach Instrumenten, Sektoren, Teilmaßnahmen, auch unter Berücksichtigung der Kostenbeiträge der Partner/Träger/andere Beteiligte und Betroffene, etc.)? (Lern- und Hilfsfrage)	Welcher Anteil der finanziellen Ressourcen wurde auf die Rehabilitierung, Erweiterung und Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen verwendet sowie kleinerer baulicher Maßnahmen im Rahmen des Startup Fund?	BE, AK			
Inwieweit wurden die Inputs der Maßnahme im Verhältnis zu den erbrachten Outputs (Produkte,	Konnte die Rehabilitierung, Erweiterung und Ausstattung der	BE, GITEC Reports, TDF Progress Reports, AK			

Investitionsgüter und Dienstleistungen) sparsam eingesetzt (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)? Z.B. Vergleich spezifischer Kosten.	Gesundheitseinrichtungen kosteneffizient erfolgen?			
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.)?	Frage nicht anwendbar, da nicht ersichtlich ist, inwiefern es durch einen alternativen Einsatz von Inputs zur Realisierung der Outputs hätte kommen sollen. Zu dem Zeitpunkt der PP bestand noch keine Korbfinanzierung zur Unterstützung des SWAp, in die die Inputs alternativ hätten eingebracht werden können.			
Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?	Kam ist zu zeitlichen Verzögerungen hinsichtlich der Rehabilitierung, Erweiterung und Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen?	BE, GITEC Reports, TDF Progress Reports, AK		
Waren die Koordinations- und Managementkosten angemessen? (z.B. Kostenanteil des Implementierungsconsultants)? (FZ E spezifische Frage)	Keine Konkretisierung notwendig.	AK		
Bewertungsdimension: Allokationseffizienz			3	0
Auf welchen anderen Wegen und zu welchen Kosten hätten die erzielten Wirkungen (Outcome/Impact) erreicht werden können? (Lern-/Hilfsfrage)	Keine Konkretisierung notwendig.	Besuch vor Ort, Interviews		
Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten	Keine Konkretisierung notwendig.	Besuch vor Ort, Interviews		

Maßnahme – die erreichten Wirkungen kostenschonender erzielt werden können?		
Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – mit den vorhandenen Ressourcen die positiven Wirkungen erhöht werden können?	Keine Konkretisierung notwendig.	Besuch vor Ort, Interviews

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen			2	0	
Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Ist es zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation im Projektgebiet gekommen?	Annual Report MoHP, Nepal Demographic and Health Survey, National Joint Annual Review Report, Sektorstudien			
Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen (sozial, ökonomisch, ökologisch und deren Wechselwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstigten feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Inwiefern hat sich die Gesundheitssituation der im Projektgebiet lebenden Bevölkerung verbessert?	Annual Report MoHP, Nepal Demographic and Health Survey, National Joint Annual Review Report, Sektorstudien			
Inwieweit sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen	Inwiefern hat sich die Gesundheitssituation insbesondere für arme Teile der	Annual Report MoHP, Nepal Demographic and Health Survey,			

<p>auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)</p>	<p>Bevölkerung, Menschen in entlegenen Gebieten sowie für Frauen verbessert?</p>	<p>National Joint Annual Review Report, Sektorstudien</p>			
<p>Bewertungsdimension: Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen</p>			<p>2</p>	<p>0</p>	
<p>In welchem Umfang hat die Maßnahme zu den festgestellten bzw. absehbaren übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, tatsächlich beigetragen?</p>	<p>Welchen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der im Projektgebiet lebenden Bevölkerung hat das Vorhaben geleistet?</p>	<p>BE, AK, Gespräche vor Ort</p>			
<p>Inwieweit hat die Maßnahme ihre intendierten (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele erreicht? D.h. sind die Projektwirkungen nicht nur auf der Outcome-Ebene, sondern auch auf der Impact-Ebene hinreichend spürbar? (z.B. Trinkwasserversorgung/Gesundheitswirkungen)</p>	<p>Inwiefern hat der verbesserte Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen die Nutzung durch die Bevölkerung erhöht und dadurch einen Beitrag zur Verringerung der Mütter, Kinder- und Säuglingssterblichkeitsraten geleistet?</p>	<p>Annual Report MoHP, Nepal Demographic and Health Survey, National Joint Annual Review Report</p>			
<p>Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?</p>	<p>Welchen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der im Projektgebiet lebenden Bevölkerung hat das Vorhaben geleistet?</p>	<p>BE, AK, Gespräche vor Ort, Annual Report MoHP, Nepal Demographic and Health Survey, National Joint Annual Review Report</p>			

<p>Hat die Maßnahme zu übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen bzw. Veränderungen von Lebenslagen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, beigetragen?</p>	<p>Inwiefern ist es zur Verringerung der Mütter, Kinder- und Säuglingssterblichkeitsraten insbesondere bei armen Teilen der Bevölkerung, bei Menschen in abgelegenen Gebieten gekommen?</p>	<p>BE, AK, Gespräche vor Ort, Annual Report MoHP, Nepal Demographic and Health Survey, National Joint Annual Review Report</p>
<p>Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>Keine Konkretisierung notwendig.</p>	<p>Gespräche vor Ort</p>
<p>Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>- Inwiefern beeinflusste die prekäre Sicherheitslage in Accham und Doti die Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? -Welchen Einfluss hatte das schwere Erdbeben im Jahr 2015/ die Covid-19 Pandemie auf den Gesundheitssektor?</p>	<p>AK, BE, Sekundärliteratur, Gespräche vor Ort</p>
<p>Entfaltet das Vorhaben Breitenwirksamkeit?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inwieweit hat die Maßnahme zu strukturellen oder institutionellen Veränderungen geführt (z.B. bei Organisationen, Systemen und Regelwerken)? (Strukturbildung) - War die Maßnahme modellhaft und/oder 	<p>Frage nicht anwendbar.</p>	<p>Das Vorhaben unterstützte ausgewählte Gesundheitseinrichtungen und keinen breitenwirksamen Ansatz.</p>

breitenwirksam und ist es replizierbar? (Modellcharakter)					
Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (entwicklungspolitische Additionalität)	Wäre es zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation in der Projektregion auch ohne die Rehabilitation, Erweiterung und Ausstattung der ausgewählten Gesundheitseinrichtungen gekommen.	Triangulation der zusammengetragenen Fakten, Daten und Informationen.			
Bewertungsdimension: Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen			/		
Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?	/	/			
Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?	/	/			
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.)?		
--	--	--

Nachhaltigkeit

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			3	0	
Sind die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit (nach Beendigung der Förderung) zu erhalten?	<ul style="list-style-type: none"> -Sind Träger und Partner ohne hinreichendes Geberengagement in der Lage, die Wirkungen über die Zeit erhalten? - Existiert eine nachhaltige Finanzierungsstrategie des Gesundheitssektors? - Welchen Stellenwert nimmt eine adäquate Mutter-Kind-Versorgung innerhalb der Prioritäten des nepalesischen MoHP ein? 	Sekundärliteratur (MoHP, UNICEF), digitale Datenbanken (WHO)			
Inwieweit weisen Zielgruppe, Träger und Partner eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber zukünftigen Risiken auf, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten?	<ul style="list-style-type: none"> -Inwiefern können die Wirkungen der Maßnahmen durch die laufende Dezentralisierung und teils noch unklare Rollenverteilung und Zuständigkeiten beeinträchtigt werden? -Inwiefern bestehen Risiken für die Zielgruppe hinsichtlich einer Verarmung aufgrund OOP Zahlungen für Gesundheitsausgaben? 	Sekundärliteratur, Gespräche vor Ort			

Bewertungsdimension: Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten:			3	0	
Hat die Maßnahme dazu beigetragen, dass die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) sind die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit zu erhalten und ggf. negative Wirkungen einzudämmen?	Die angestrebte Verbesserung der Qualität der öffentlichen Gesundheitsdienste dazu geführt, dass Gesundheitseinrichtungen ihre Einnahmen und damit den Kostendeckungsgrad erhöhen konnten?	Gespräch vor Ort			
Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Zielgruppe, Träger und Partner, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	Siehe oben.				
Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	Bestehen nach wie vor beispielsweise soziokulturelle und/oder wirtschaftliche Hürden mit Blick auf die Nutzung des Angebots?	Gespräch vor Ort, weitere Studien			
Bewertungsdimension: Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit			3	0	
Wie stabil ist der Kontext der Maßnahme) (z.B. soziale Gerechtigkeit, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Keine Konkretisierung notwendig.	Sekundärliteratur, Gespräche vor Ort			
Inwieweit wird die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der	Keine Konkretisierung notwendig.	Sekundärliteratur, Gespräche vor Ort			

Maßnahme durch den Kontext beeinflusst? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)		
Inwieweit sind die positiven und ggf. negativen Wirkungen der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen?	<ul style="list-style-type: none"> -Gibt es unmittelbar absehbare Verschlechterungen des Kontextes? -Inwiefern haben die geschaffenen Kapazitäten nachhaltig Bestand? Existiert ein angemessenes Wartungs- und Instandhaltungskonzept? Ist ausreichend Budget dafür vorhanden? - Welche weiteren Faktoren sind wichtig für dauerhafte Wirkungen (siehe auch Effektivität)? 	Quintessenz der bisherigen Aussagen im Kapitel