

Ex-post-Evaluierung Sektorprogramm Gesundheit und Familienplanung, Nepal

Titel	Sektorprogramm Gesundheit und Familienplanung		
Sektor und CRS-Schlüssel	Gesundheitspolitik und Verwaltung des Gesundheitswesens (CRS Kennung 12110)		
Projektnummer	BMZ-Nr.: 2006 66 305		
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung		
Empfänger/ Projektträger	Ministry of Finance (MoF) / Ministry of Health and Population (MoHP)		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	EUR 9,99 Mio.Euro HH-Zuschuss, EUR 0,97 Mio SBF, Restmittel i.H.v.0,38 Mio		
Projektlaufzeit	07/08-12/19		
Berichtsjahr	2024	Stichprobenjahr	2023

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

Das FZ/TZ-Kooperationsvorhaben diente der Unterstützung des ersten nationalen Sektorprogramms der nepalesischen Regierung, was alle Maßnahmen im Gesundheitssektor von 2005-2010 umfasste, die von Nepal und der Gebergemeinschaft finanziert wurden. Es trug dazu bei, die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen insbesondere bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu verbessern (Outcome-Ziel) und leistete damit einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung und zur Erreichung der gesundheitsbezogenen MDG (Impact-Ziel).

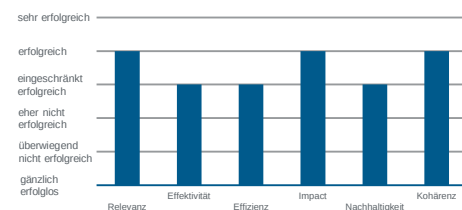
Wichtige Ergebnisse

Eingebettet als Parallelförderung in das nationale Sektorprogramm, hat das Vorhaben die bei Programmprüfung gesetzten Ziele und Indikatoren zum Teil erreicht. Daher bewerten wir dieses FZ-Vorhaben insgesamt als eingeschränkt erfolgreich.

Das FZ-Vorhaben hat dazu beigetragen, die Verfügbarkeit von Basismedikamenten und Kontrazeptiva in Nepal zu erhöhen. Durch den Einbezug von Social Marketing-Ansätzen konnte ein breites Angebot an Kontrazeptiva auch in entlegenen Regionen ermöglicht werden. Das Vorhaben unterstützte auch innovative Ansätze im Wartungsbereich, wobei das Gesundheitsministerium private Firmen für die Wartung von medizinischen Geräten beauftragte. Diese vertragliche Einbeziehung von nichtstaatlichen Akteuren durch das Gesundheitsministerium stellt einen „best practice“-Fall dar, für den die deutsche EZ hohe Anerkennung erworben hat. Allerdings wurde diese Wartungskomponente infolge der Dezentralisierung im Gesundheitssektor und nachfolgenden Kompetenzstreitigkeiten ab 2019 nicht mehr fortgeführt. Auch die Infrastrukturkomponente konnte nicht wie ursprünglich geplant durchgeführt werden, von 8 geplanten Lagerhäusern wurden nur 3 errichtet.

Trotzdem wurden die Ziele der FZ-Maßnahme zu einem Großteil erreicht. Das Vorhaben leistete damit nicht nur einen wichtigen entwicklungspolitischen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung, sondern auch zu den Bemühungen des Landes, die externe Unterstützung im Gesundheitssektor zu harmonisieren.

Gesamtbewertung: eingeschränkt erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Bei einem Sektorprogramm kann der an die externe Finanzierung geknüpfte Politikdialog eine gute Hebelwirkung auf die nationale Ownership und die Harmonisierung der externen Unterstützung ausüben.
- Effizienz und Nachhaltigkeit des Sektorprogramms könnten durch die Berücksichtigung nachfrageseitiger Komponenten (wie z.B. der Krankenversicherung) noch weiter erhöht werden.
- Ein funktionierendes Instandhaltungssystem für medizintechnische Geräte kann in einem dezentralisierten System nur dann funktionieren, wenn die Zuständigkeiten geklärt, hinreichend ausgebildet und mit entsprechenden finanziellen Mitteln ausgestattet sind.

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

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Die demokratische Republik Nepal gehört als Binnenstaat zwar zu den ärmsten Ländern Asiens, aber die Situation hat sich in den letzten Jahren in mehrerlei Hinsicht positiv entwickelt. Im Jahr 2010 wurde Nepal noch zu den low-income countries mit einem BIP von 589 USD pro Kopf gezählt, mittlerweile mit einem Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 1.336 USD pro Kopf und Jahr (2022) gehört es zu den lower-middle income countries. Auch der Human Development Index (HDI) stieg von 2014 bis 2022 von 0,56 auf 0,60. Demzufolge ist das BIP pro Kopf und der HDI zwar geringer als in allen Nachbarländern, aber die Tendenz ist positiv.¹ Im Global Peace Index belegt Nepal mittlerweile den 79. von 163 Plätzen und hat mit einem Index von 12,006 zwar einen besseren Werte als seine Nachbarländer, allerdings mit sich verschlechternder Tendenz.² Auch die Governance-Indikatoren von Nepal liegen noch immer signifikant unterhalb des südasiatischen Durchschnitts, so dass Nepal als „highly defective democracy“ eingestuft wird. Die Tendenz ist allerdings als aufsteigend zu bewerten. So verbesserte sich der Rang im Fragile State Index von 2006 bis 2022 von 95 auf 81.³

Nepal ist in hohem Maß auf Entwicklungshilfe angewiesen, wobei Großbritannien, USA, Japan und China die wichtigsten bilateralen Geber sind. 125 ethnische Gruppen leben in Nepal, die in der Vergangenheit ungleichen Zugang zu grundlegenden Dienstleistungen, Ressourcen und Möglichkeiten hatten, was Risiken für den sozialen Zusammenhalt darstellt. Tatsächlich sind landesweit bestehende signifikante Entwicklungsunterschiede zwischen einzelnen ethnischen und sozialen Gruppen bis heute nicht überwunden. Das schwere Erdbeben im Jahr 2015 hat das Land in seiner Entwicklung erheblich zurückgeworfen, mit fatalen Auswirkungen auf den Gesundheitssektor. In den 14 am meisten vom Erdbeben betroffenen Distrikten wurden 363 Gesundheitseinrichtungen völlig und 294 teilweise zerstört. Der Wiederaufbau zerstörter Gesundheitsinfrastruktur, an dem sich unter anderem auch die deutsche EZ beteiligt, ist immer noch nicht abgeschlossen.

Die Gesundheit der Bevölkerung hat hohe Bedeutung in der Landespolitik, was sich auch anhand der steten Folge großer nationaler Programme seit der Jahrtausendwende zeigt. Auf das National Health Sector Programme I (NHSP-I) von 2005-10 folgten NHSP-II (2010-16) sowie die National Health Sector Strategy (NHSS 2016-2022).⁴ Allerdings finden diese Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheit in einem dynamischen Umfeld statt. Neben externen Schocks (Erdbeben 25.02. und 12.05.2015; Corona 2020-2022) fordern die Globalisierung und die demografische und epidemiologische Transition das Gesundheitswesens in Nepal immer wieder heraus und verlangen eine wiederholte Anpassung der Strategien und Maßnahmen.⁵ Fort- und Weiterbildung von medizinischem und pflegerischem Personal (z. B. für chronisch-degenerative Erkrankungen), veränderte Einzugsbereiche durch Mobilitätsverschiebungen und Wanderungsbewegungen erfordern eine wiederholte Anpassung der Gesundheitspolitik.

Nepal konnte in den vergangenen zwei Jahrzehnten bemerkenswerte Fortschritte bei der Verbesserung der allgemeinen gesundheitlichen Kennzahlen erzielen. Beispielsweise konnte in den Jahren 2000-2015 die Müttersterblichkeit (MDG 5) und die Kindersterblichkeit (MDG 4) um etwa die Hälfte gesenkt werden, seitdem ergaben sich weitere Verbesserungen.

Im Zuge der Dezentralisierung seit 2015 wurde eine neue Verwaltungsgliederung in Nepal mit sieben Provinzen, 77 Distrikten und über 753 Kommunen errichtet. Das föderale System befindet sich seitdem im Aufbau. Um das Gesundheitssystem an die neue föderale Struktur anzupassen, wurde die Verantwortung für die Verwaltung der Grundversorgung auf die dezentralen Behörden übertragen. Hieraus ergaben sich neue Verantwortlichkeiten und Herausforderungen, da die lokalen Ebenen häufig noch nicht mit ihren neuen Aufgaben vertraut sind.

¹ World Bank. *World Development Indicators*. 2024 [cited 2024 18.03.2024]; <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>. UNDP. *Human Development Index*. 2024 [2024 18.03.2024]; : <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>.

² Institute for Economics & Peace, *Global Peace Index 2023*. 2023, Institute for Economics & Peace: Sydney.

³ The Fund for Peace. *Fragile States Index*. 2024 [cited 2024 18.09.2024]; Available from: <https://fragilestatesindex.org/>.

⁴ Ministry of Health, *Nepal Health Sector Programme Implementation Plan 2004-2009*, M.o. Health, Editor. 2004, Government of Nepal: Kathmandu.

⁵ Adhikari, B., S.R. Mishra, and R. Schwarz, Transforming Nepal's primary health care delivery system in global health era: addressing historical and current implementation challenges. *Globalization and Health*, 2022. 18(1): p. 1-12.

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 lag im Haushaltsjahr 2022/23 bei 6,9 % und blieb damit niedrig. Der Eigenanteil der Nutzer betrug 2020 mehr als die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben (54%), dies stellt nach wie vor 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.⁶

Kurzbeschreibung des Vorhabens

Das als offenes Programm gestaltete FZ/TZ-Kooperationsvorhaben (KV) „Sektorprogramm Gesundheit und Familienplanung“ zielte darauf ab, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung und zur Erreichung der gesundheitsbezogenen Millennium-Entwicklungsziele (MDGs) in Nepal zu leisten. Das Programm wurde als Parallelförderung innerhalb des ersten nationalen nepalesischen Gesundheitsprogramms (NHSP I) von 2005-2010 konzipiert. Das NHSP I war das erste Sektorprogramm der nepalesischen Regierung im Gesundheitssektor, welches gemeinsam von Nepal und anderen Gebern finanziert wurde. Er umfasste alle Maßnahmen im Gesundheitssektor von 2005-2010. Als dieses FZ-Vorhaben im Jahr 2006 geprüft wurde, hatten nur die Weltbank und die britische Entwicklungszusammenarbeit (DfID) eine Poolfinanzierung innerhalb des NHSP I, d.h. finanzierten über ein gemeinsames Konto. Alle anderen Geber finanzierten zu diesem Zeitpunkt in Parallelförderung, d.h. einzelne Komponenten aus dem NHSP-I. Zielgruppe des NHSP-I - und damit auch des FZ-Vorhabens - war die Gesamtbevölkerung Nepals. Als Teil des auf Abbau von gruppenspezifischen Benachteiligungen ausgelegten NHSP - I zielte auch der FZ-Beitrag auf die Begünstigung benachteiligter Bevölkerungsgruppen.

Im Rahmen dieses FZ-Vorhabens wurden Basismedikamente, Kontrazeptiva für den öffentlichen, NGO- und Social Marketing Sektor, Social-Franchising-Ansätze⁷ 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. Die TZ-Maßnahmen unterstützen die Dezentralisierung und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen, die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung sowie die Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit. Der FZ-Beitrag belief sich auf 11,3 Mio. EUR. Der TZ-Beitrag belief sich auf 4,7 Mio. EUR.

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

Ursprünglich war vorgesehen, dass USAID das Vorhaben mit 10,8 Mio. EUR kofinanzierte. Aufgrund anderer Prioritäten zog USAID jedoch seine Finanzierung nach der Programmprüfung zurück, daher ergaben sich geänderte Gesamtkosten und deren Finanzierung:

In Mio. EUR	Inv. (Plan)	Inv. (Ist)
Investitionskosten (gesamt)	24,7	15,2
Eigenbeitrag	3,9	3,9
Fremdfinanzierung	20,8	11,3
davon BMZ-Mittel	10,0	11,3

⁶ MoHP: Nepal National Health Accounts 2017/18

⁷ Social Franchising ist ein Geschäftsmodell, bei dem bestimmte Tätigkeiten vom Franchisegeber auf den Franchisenehmer ausgelagert werden.

Karte/Satellitenbild des Projektlandes inkl. Projektgebiete/ - standorte

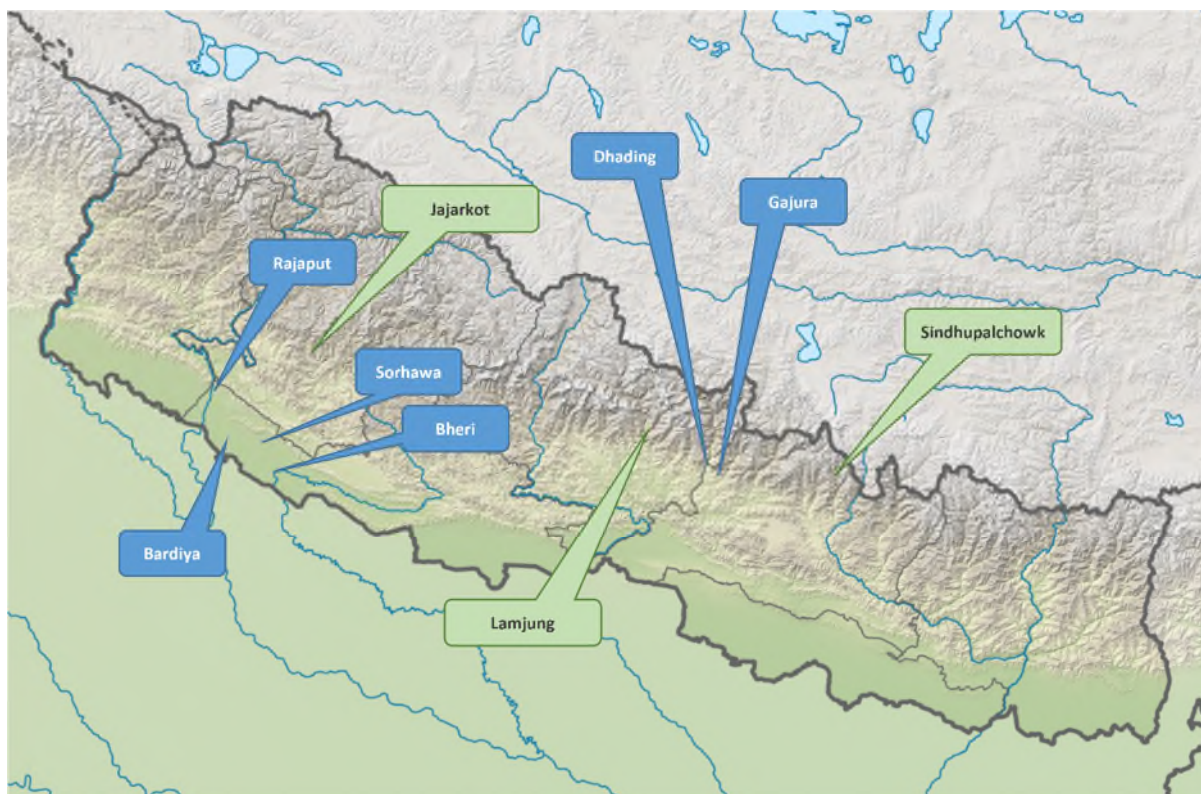


Abbildung 1: Karte von Nepal mit den im Rahmen der Evaluierungsmission besuchten Krankenhäusern, Primary Health Care Centers und Lagerhäusern, in denen die Verfügbarkeit von Medikamenten und Kontrazeptiva stichprobenartig überprüft wurde.⁸

Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Relevanz

Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Die Verbesserung des Gesundheitswesens war zum Prüfungszeitpunkt in 2006 einer der drei vereinbarten Schwerpunkte der deutsch - nepalesischen Entwicklungszusammenarbeit. Bereits in den Jahren davor verfolgte das Land Nepal eine sinnvolle Gesundheitspolitik. In der „National Health Policy“ von 1991 hatte sich Nepal zum Ziel gesetzt, den Zugang zu Basisgesundheitsversorgung vor allem für die ländliche Bevölkerung und benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu verbessern und die öffentliche Gesundheitsversorgung auf die Bereitstellung essentieller Gesundheitsleistungen auszurichten, einschließlich der reproduktiven Gesundheit. Unter einer Vielzahl relevanter Sektorstrategie- und -Politikdokumente kommen dem Second Long Term Health Plan (1997 - 2017) und dem Implementierungsplan des Nepal Health Sector Programme (NHSP-IP), welcher die Umsetzung der Health Sector Strategy für eine erste Phase (2005-2010) konkretisierte, besondere Bedeutung zu. Diese Dokumente stellen wesentliche Bausteine der nationalen Armutsbekämpfungsstrategie dar.

⁸ Commons, W. *Nepal rel location map.svg*. 2024 [2024 18.03.2024]; https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Nepal_rel_location_map.svg?uselang=de

Nach 10 Jahren Konflikt zwischen der königstreuen Armee und den maoistischen Rebellen hatte der König im Jahr 2006 abgedankt und einem demokratischen Mehrparteiensystem Platz gemacht, in das auch die Maoisten eingegliedert wurden. Dadurch hatten sich die politischen Verhältnisse zum Prüfungszeitpunkt stabilisiert und damit die Grundlage für eine wirksame Umsetzung der Programme in Nepal geschaffen. Zu diesem Zeitpunkt hatte die nepalesische Regierung das sektorweite, umfassende Nepal Health Sector Programme (NHSP I) für den Zeitraum 2005-2010 aufgestellt, welches von fast allen Gebern im Rahmen von Pool- oder Parallelfina-
nzierungen kofinanziert wurde. Dies war der erste Sector Wide Approach (SWAp) im Gesundheitssektor in Nepal. Zuvor waren die Maßnahmen der Geber in Einzelfinanzierungen aufgesplittet, was hohe Transaktionskosten für das Finanz-, Gesundheits- und Bevölkerungsministerium sowie für die Geber verursacht hatte. Damals wurden die Gesamtkosten im Gesundheitssektor für den Zeitraum 2005-2015 auf bis zu 2,6 Mrd. USD geschätzt. Insgesamt klaffte im nepalesischen Gesundheitssektor eine Finanzierungslücke von rund 50 % bei den Investitionen und der laufenden Finanzierung.

Mit dem gemeinsamen NHSP I wurde dieser dringende Bedarf im Rahmen eines sektorweiten Ansatzes (SWAp) angegangen, der auch im Einklang mit der Pariser Erklärung für eine wirksame Umsetzung der internationalen Hilfe steht und eine Antwort auf die weit verbreitete Unzufriedenheit mit fragmentierten geberfinanzierten Projekten darstellte. Der SWAp zielte auf die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele zur Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit (MDG 5 und 4), zur Verringerung der Fruchtbarkeitsrate und zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten (MDG 6), um den Gesundheitszustand der nepalesischen Bevölkerung zu verbessern. Er hatte zum Ziel, die Zugänglichkeit grundlegender Gesundheitsdienste für die gesamte Bevölkerung als Leitprinzip der gesamten Gesundheitspolitik des Landes zu verbessern. Die Konzentration auf gefährdete Bevölkerungsgruppen (Frauen, Kinder, abgelegene Gebiete) war im Lichte nationaler und internationaler Richtlinien angemessen. Durch die Ausrichtung auf Vulnerable entsprach das Programm dem internationalen und deutschen Zielbild der Armutsbekämpfung und Reduzierung der Ungleichheit sowie der Geschlechtergleichstellung und Inklusion.

Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Das grundlegende Problem in Nepal ist die Gewährleistung der medizinischen Grundversorgung, insbesondere für Vulnerable, d. h., es geht um essentielle medizinische Dienstleistungen insbesondere für Menschen, die ansonsten diese Leistungen nicht erreichen könnten, entweder weil sie zu weit entfernt, qualitativ zu schlecht oder nicht erschwinglich wären. Dieser Fokus stand im Zentrum der nepalesischen Gesundheitspolitik und der Geber.

Es war erklärtes Ziel der Regierung, die externe Geberunterstützung zunehmend als SWAp abzuwickeln. Zum damaligen Zeitpunkt der Programmprüfung im Jahr 2006 befürwortete die FZ - v. a. aufgrund der Unsicherheiten bezüglich der zukünftigen Ausrichtung der Gesundheitspolitik und der weiterhin noch gegebenen Schwächen im Finanzmanagement und Beschaffungswesen - zunächst eine Fortführung der FZ-Unterstützung in Form einer Parallelfinanzierung (d.h. Finanzierung einzelner Komponenten aus dem Sektorprogramm), jedoch noch nicht als Poolfinanzierung über ein gemeinsames Konto.

Mit mehreren Komponenten adressierte es den inhärenten Bedarf an Basismedikamenten im Jahr 2006 (Verfügbarkeit von weniger als 50 %), Kontrazeptiva (ungedekelter Bedarf von 25 %) und entsprechenden Lagereinrichtungen. Eine Wartungskomponente zielte auf die Beseitigung eines gravierenden Engpasses, denn Wartungsverträge gab es zum Zeitpunkt der Programmprüfung 2006 nur für mit den Lieferanten der komplexesten, hochwertigsten Geräte wie MRT und CT. Für andere anspruchsvollere Geräte wie Röntgen und Ultraschall gab es keine Wartungsverträge. Zudem bestand ein gravierender Mangel an qualifizierten Technikern und biomedizinischen Ingenieuren für die präventive und korrektive Wartung medizinischer Geräte.

Zielgruppe des NHSP-I und damit auch des FZ-Vorhabens war die Gesamtbevölkerung Nepals mit Schwerpunkt auf benachteiligten Bevölkerungsgruppen (z.B. Arme, Frauen). Das Kernproblem lag in einer unzureichenden Leistungsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitssektors, welche durch eine Vielzahl von Versorgungsengpässen gekennzeichnet war. Bereits bestehende Engpässe wurden durch eine unzureichende Instandhaltung der Gesundheitsinfrastruktur verstärkt. Insgesamt führte eine geringe Attraktivität der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in Verbindung mit Zugangsbarrieren zu einer unbefriedigenden Inanspruchnahme. Eine angemessene Versorgung insbesondere benachteiligter Bevölkerungsgruppen war zum Prüfungszeitpunkt nicht gewährleistet. Zudem erschwerte die unausgewogene geographische Verteilung der Bevölkerung in den drei ökologischen Zonen des Landes Nepal (Tiefland, Hügelgebiet und Hochgebirgsregion) eine gleichwertige medizinische Versorgung landesweit. In den Hochgebirgsregionen ist das Netz der Gesundheitsstationen viel dünner, der Zugang schwieriger und die Bevölkerung ärmer.

Ein grundlegendes Problem des Gesundheitswesens in Nepal waren und sind nach wie vor die hohen Nutzergebühren, die sich trotz „kostenloser“ Leistungen ergeben und mehr als die Hälfte der Ausgaben im gesamten Gesundheitssektor ausmachen. Obwohl Nepal das „essential package of healthcare services“ im Jahr 2015 klar definiert hatte und diese Dienstleistungen grundsätzlich gebührenfrei sind, haben zahlreiche Studien aufgezeigt, dass die Nutzergebühren im Krankheitsfall häufig zu Verarmung und Überschuldung führen. Hierbei sind immer noch erhebliche Disparitäten zwischen Einkommensgruppen und Provinzen bzw. vulnerablen Gruppen festzustellen.⁹

Gender-Perspektive

Ein relevanter Anteil der Maßnahmen des NHSP- I betraf Frauen im gebärfähigen Alter. Hier setzte das FZ-Vorhaben an. Auch das später im Jahr 2015 eingeführte ‚Basic Package‘ fokussiert klar die Gesundheit von Müttern und Kindern.¹⁰ Die adäquate Mutter-Kind-Versorgung gehört zu den höchsten Prioritäten des nepalesischen MoHP, die Genderwirkungspotentiale wurden im NHSP und damit auch in diesem FZ-Vorhaben adäquat adressiert.

Angemessenheit der Konzeption

Mit dem NHSP-I sollte der Zugang zu einer wirksameren Gesundheitsversorgung insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen verbessert werden. Dieses Ziel wurde durch das kofinanzierende FZ-Vorhaben unterstützt.

Angesichts der Tatsache, dass der ‚Zugang‘ auf *Output*-Ebene abzielt, die *Nutzung* der geschaffenen Kapazitäten jedoch auf *Outcome*-Ebene, haben wir das ursprüngliche Programmziel angepasst in: „Das im Rahmen der EPE angepasste Ziel war, die *Nutzung* von Gesundheitsdienstleistungen insbesondere bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu verbessern“. Dieses Ziel sollte durch die Adressierung der o.g. Sektorengpässe und damit einem direkten Beitrag zu vier der insgesamt acht Ergebnisse auf Output-Ebene des NHSP-I erreicht werden. Vor dem Hintergrund, dass eine unzureichende Medikamentenverfügbarkeit ein wesentliches Zugangshemmnis von Gesundheitseinrichtungen darstellt, sollte die bessere Verfügbarkeit und Lagerung von Basisedikamenten und Kontrazeptiva die Qualität und Akzeptanz der öffentlichen Gesundheitsversorgung erhöhen. Zudem sollte die Wartungskomponente eine verbesserte und längere Nutzung der medizinischen Geräte ermöglichen. Insgesamt sollte dies einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung und zur Erreichung der gesundheitsbezogenen Entwicklungsziele (ehemals MDGs) in Nepal leisten. Die Wirkungskette, dass Gesundheitseinrichtungen durch eine verbesserte Qualität in die Lage versetzt werden, Krankheiten besser vorzubeugen, zu diagnostizieren und zu behandeln sowie den Bedarf an Leistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu decken, ist plausibel. Durch eine verbesserte Qualität und Verfügbarkeit wird generell die Attraktivität und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen erhöht, was zu einer verbesserten Gesundheit der Bevölkerung beiträgt.

Indikatoren zur Messung der Zielerreichung auf Outcome-Ebene waren der Anstieg des Anteils von Frauen in der Altersgruppe der 15-49-Jährigen, welche eine moderne Verhütungsmethode nutzen (kontrazeptive Prävalenz für moderne Methoden - mCYP), die Verbesserung der Medikamentenverfügbarkeit in Basisgesundheitsseinrichtungen sowie die Verbesserung der anhand von Nutzerbefragungen bewertete Qualität der Versorgung. Die Outcome-Zielindikatoren waren weitgehend deckungsgleich mit den Indikatoren der 3. Phase des TZ-Vorhabens. Mit Ausnahme des letztgenannten Outcome-Zielindikators (Verbesserte Qualität der Versorgung), welcher durch die GIZ im Rahmen ihrer parallel laufenden 3. Phase des TZ-Programms abschließend nicht mehr gemessen wurde, waren alle Indikatoren Bestandteile des umfassenderen Ziel- und Indikatorensystems des NHSP – I. Zur Messung der Zielerreichung wurden daraus diejenigen Indikatoren ausgewählt, die zur Bewertung des FZ-Beitrags am besten geeignet erschienen. Indikatoren zur Messung der Impact-Zielerreichung waren die Senkung der Sterblichkeitsraten von Müttern, Säuglingen und Kindern unter 5 Jahren sowie die Reduktion der Fertilitätsrate. Diese Indikatoren erachten wir als geeignet, um den Erfolg des Programms zu messen.

Das NHSP I war das erste Sektorprogramm, welches durch Weltbank und DFID in Poolfinanzierung kofinanziert wurde. Zum Zeitpunkt der Programmprüfung im Jahr 2006 hatte die deutsche EZ noch keinerlei Erfahrung mit einer Poolfinanzierung im Gesundheitssektor Nepals, insofern ist die vorsichtige Herangehensweise einer Paral-

⁹ UNICEF, *Health Expenditure Brief*. 2018, UNICEF Nepal: Kathmandu.

¹⁰ Thapa, A.K., An Assessment of Household's Out of Pocket Healthcare Payment and Impoverishment in Nepal: Evidence from Nepal Living Standard Survey III. *Journal of Development and Social Engineering*, 2017. 3(1): p. 17-24.

lelfinanzierung der deutschen FZ zum Prüfungszeitpunkt im Nachhinein nachvollziehbar. Als diese sich dann bewährt hatte, stieg auch die deutsche FZ auf Poolfinanzierung im Folgeprogramm um (SWAp, BMZ-Nr. 2010 65 440). Grundsätzlich war das Vorhaben aus damaliger Sicht passend konzipiert, um das Kernproblem einer unzureichenden Nutzung von Gesundheitsdiensten adäquat zu adressieren.

Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit

Bis auf den Wegfall der N-MARC-Komponente (Social Marketing und Social Franchising von Familienplanung) wurde das FZ-Vorhaben im Verlauf der Durchführung nicht angepasst.

Zusammenfassung der Benotung

Insgesamt ergibt sich für das Vorhaben eine hohe Relevanz. Sämtliche Ziele und Indikatoren des FZ/TZ-Kooperationsvorhabens entsprachen den nationalen Zielen des NHSP I. Es ist offensichtlich, dass das Vorhaben vollständig mit den Sustainable Development Goals (SDGs) übereinstimmt, so wie dies von der National Planning Commission im National Review of Sustainable Development Goals 2020 festgestellt wurde.¹¹

Relevanz: 2

Kohärenz

Interne Kohärenz

Die deutsche EZ ist seit der ersten Hälfte der neunziger Jahre im Gesundheitssektor Nepals mit verschiedenen FZ- und TZ-Programmen engagiert. Dieses FZ-Vorhaben stellt eine Fortführung, Zusammenfassung und Erweiterung der bisherigen FZ-Vorhaben zur Versorgung mit Basismedikamenten (Basisgesundheitsprogramme I, II und III; BMZ-Nrn. 1993 66 063, 1999 65 104 und 2004 65 971) bzw. Kontrazeptiva (Familienplanungsprogramme I und II; BMZ-Nrn. 1996 65 381 und 2001 65 068) und zur Verbesserung der Gesundheitsinfrastruktur (Distriktgesundheit; BMZ-Nr. 2002 65 959) dar. Es wurde in Kooperation mit der 3. Förderphase des TZ-Vorhabens „KV-Programm zur Förderung des Gesundheitssektors - PN 2006.2180.5“ durchgeführt, was sich auf Dezentralisierung und Qualitätsverbesserung, einen verbesserten Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und die Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit konzentrierte. Im Rahmen des Kooperationsvorhabens wurden in den TZ-Vorhaben mit dem Gesundheitsministerium auch nationale Richtlinien und Standards für das Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen entwickelt. Die Verbesserung von sexueller und reproduktiver Gesundheit wurde von der FZ über die FZ-Vorhaben „Distriktgesundheit“ (BMZ-Nr. 2002 65 959) und „Mutter-Kind-Versorgung in entlegenen Regionen“ (BMZ-Nr. 2014 68 248) gefördert, indem die Gesundheitseinrichtungen insbesondere für die Versorgung von Notfällen im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit (z.B. Behandlung von Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt) gebaut bzw. rehabilitiert und ausgestattet wurden. Die deutsche TZ war bereits seit 2014 in diesem Bereich aktiv und unterstützte vor allem die Ausbildung von Geburtshelfern und Hebammen. Zudem stärkte die FZ-Komponente den ursprünglich aus TZ-Mitteln finanzierten Start-up-Fonds für kleinere Reparaturen und medizinische Ausrüstung in den Gesundheitseinrichtungen, welcher als Ansatzpunkt für die Stärkung des Dezentralisierungsprozesses konzipiert war.

Unter dem Dach des NHSP II (2010-2016) verfolgten FZ und TZ eine gemeinsame Strategie und ergänzten einander. Hinsichtlich Qualität und Akzeptanz von Gesundheitsleistungen kommt der Versorgung mit Basismedikamenten und Kontrazeptiva durch FZ eine Schlüsselrolle zu, wodurch auch die Wirksamkeit der TZ in Bezug auf einen verbesserten Zugang benachteiligter Bevölkerungsgruppen verstärkt wurde. Aus FZ-Mitteln wurde der ursprünglich von der TZ aufgesetzte Start-up Fund zur Finanzierung kleiner Infrastrukturmaßnahmen weiterfinanziert, dies unterstützte die Wirkung der TZ-Maßnahmen. Die kapazitätsbildenden und politikberatenden TZ-Maßnahmen insbesondere in den Bereichen Qualitätsverbesserung und Dezentralisierung sowie Wartung wiederum verbesserten die Voraussetzungen für die effiziente Nutzung und Wirksamkeit der FZ-Maßnahmen. Im Handlungsfeld soziale Absicherung im Krankheitsfall und faire Gesundheitsfinanzierung beteiligte sich die TZ im Verbund mit anderen Gebern an der Restrukturierung des Gesundheitsfinanzierungssystems, um die soziale Absi-

¹¹ Government of Nepal, *National Review of Sustainable Development Goals. Report. 2020*, N.P. Commission, Editor. 2021, Government of Nepal: Kathmandu.

cherung im Krankheitsfall - besonders für die arme und marginalisierte Bevölkerung - auszuweiten und nachhaltig finanzieren zu können. Insofern unterstützte die TZ auch hier den Fokus des FZ-Vorhabens auf der vulnerablen Bevölkerung.

Das FZ-Vorhaben zielte auf die verbesserte Bereitstellung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen, wobei die Chancengleichheit für alle Bevölkerungsgruppen im Zentrum stand. Die Komponenten dieses Vorhabens entsprachen vollständig den Leitlinien der internationalen und nationalen Gesundheitspolitik sowie der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Maßnahmen geeignet sind, das Ziel Universal Health Coverage (UHC) zu erreichen, in dem insbesondere angebotsseitig der Zugang zu Basisgesundheitsdiensten verbessert wird. Das Vorhaben entspricht folglich den Grundsätzen der Alma Ata Deklaration, der Ottawa Erklärung, der entsprechenden Ausrichtung auf Universal Health Coverage sowie den Sustainable Development Goals (SDGs; insbesondere No. 3 aber auch No. 1, 2, und 5).¹² Durch die Ausrichtung auf Vulnerable entsprach es dem internationalen und deutschen Zielbild der Armutsbekämpfung und Reduzierung der Ungleichheit sowie der Geschlechtergleichstellung und Inklusion. Das Programm adressiert explizit die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Müttern, kleinen Kindern, Bevölkerung in peripheren ländlichen Regionen, niederen Kasten und Religionsgruppen als Vulnerable.

Externe Kohärenz

Bei einem SWAp, d.h. einem Sektorprogramm geht es um eine konsistente Koordination zwischen Gebern und Nehmern, so wie sie in den Deklarationen von Paris und Accra gefordert wurde. Der erste SWAp im Gesundheitswesen Nepals (NHSP-I) zielte wie die Folgeprogramme NHSP-II und NHSS auf eine erhöhte Partizipation und "Ownership" der Regierung von Nepal¹³ und auf die Ausrichtung der Gesundheitspolitik Nepals an den Standards der internationalen Entwicklungspolitik, die Steigerung der Effizienz der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen und die Reduktion von Transaktionskosten.¹⁴

Anfang 2004 hatten 11 Geber, darunter auch die deutsche EZ, mit der nepalesischen Partnerseite ein „Statement of Intent“ zur Zusammenarbeit im Gesundheitssektor unterzeichnet. Die wichtigsten Geber des nachfolgenden ersten Sektorprogramms NHSP (2005-2010) waren die Weltbank und die britische Entwicklungszusammenarbeit DFID (heute FCDO), die sich zunächst als einzige an einer gemeinschaftlichen Poolfinanzierung beteiligen, gefolgt zunächst in Parallelförderung von USAID, GFATM, UNICEF und GAVI. Obwohl dieses FZ-Programm noch nicht als Pool-Finanzierungsmechanismus mit gemeinsamer Kontoführung konzipiert war, passte es als Parallelförderung auch gut in den Gesamtrahmen des SWAP des NHSP I (2005-2010), da die Ziele und Maßnahmen des FZ/TZ-Kooperationsprogramms mit denen des NHSP I übereinstimmten. Die Geberharmonisierung hatte bereits bei Programmprüfung des KV in regelmäßigen halbjährlichen und jährlichen Treffen (Joint Annual Reviews/JAR) stattgefunden, denen sich FZ und TZ fallweise anschlossen.

Die wichtigsten Ziele des SWAPs im Gesundheitswesen in Nepal (NHSP-I, NHSP-II, NHSS) waren die Erhöhung der "Ownership" der Regierung von Nepal,¹⁵ die Ausrichtung der Gesundheitspolitik Nepals an den Standards der internationalen Entwicklungspolitik, die Steigerung der Effizienz der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen, die Reduktion der Transaktionskosten sowie die Erhöhung der gegenseitigen Verantwortlichkeit.¹⁶

Die Interviews mit am NHSP beteiligten Gebern zeigten auf, dass der SWAp während NHSP-I als Lernphase deklariert werden kann, in der viele Wege erst gebahnt sowie Strukturen und Prozesse entwickelt werden mussten. Besonders wichtig war es, Ansprechpartner in den Ministerien (MoHP, MoF) zu gewinnen, um den Dialog aufrechterhalten zu können. Das Folgeprogramm NHSP-II (2011-2016) scheint hingegen von Anfang an auf diesen Erfahrungen basiert und davon profitiert zu haben. Insgesamt betonten die Interviewpartner eine hohe Zufriedenheit mit dem Dialog während NHSP I und II. Auch Geber mit vergleichsweise geringer Beteiligung am SWAp

¹² Government of Nepal, *National Review of Sustainable Development Goals. Report. 2020*, N.P. Commission, Editor. 2021, Government of Nepal: Kathmandu.

¹³ Department of Health Services, *Annual Report D.o.H. Services*, Editor. 2020, Government of Nepal Kathmandu.

¹⁴ Ministry of Health and Population, *Report on stocktaking the health policies of Nepal*, Nepal Health Sector Support Programme III. 2018, Government of Nepal, UKAid: Kathmandu.

¹⁵ Rabinowitz, G. *Literature Review on aid ownership and participation*. 2015 [cited 2024 19.04.2024]; <https://www.powerofownership.org/wp-content/uploads/2017/06/ODI-Literature-Review-aid-ownership-and-participation-formatted-for-web.pdf>.

¹⁶ Ministry of Finance, *An Assessment of Sector Wide Approach (SWAp) in Health and Education Sectors of Nepal*, I.E.C.C.D.I. Ministry of Finance, Editor. 2018, Government of Nepal: Kathmandu.

(z. B. KfW mit nur etwa 1 % des Gesamtbudgets) konnten dadurch vollständig eingebunden werden, waren als gleichwertige Partner auf Augenhöhe akzeptiert und konnten ihre Ideen in einem Maße einbringen, welches ohne den SWAp nicht möglich gewesen wäre.

Wir haben den Eindruck gewonnen, dass die Geberkoordinierung unter der thematischen Federführung von DFID und der finanziellen Federführung der Weltbank insgesamt sehr gut funktionierte. Alle befragten Geber profitierten von den im Rahmen des SWAp etablierten Strukturen (Joint Consultative Meetings und Joint Annual Reviews), welche gegenseitiges Vertrauen zwischen MoHP und Gebern untereinander schufen. Dieses beschleunigte die gemeinsam getroffenen Entscheidungen im Sinne des Empfängers, der Demokratischen Republik Nepal, vertreten durch das Gesundheitsministerium.

Die Familienplanungs-Komponente dieses FZ-Vorhabens sollte ursprünglich in Kooperation mit dem von USAID unterstützten „Nepal Social Marketing and Franchise Project: AIDS, Reproductive Health and Child Survival“ (N-MARC) durchgeführt werden. Das N-MARC- Programm zielte darauf ab, das Leistungsspektrum, die Reichweite und die Wirksamkeit privater Social Marketing und Social Franchising Angebote in den Bereichen Familienplanung, Mutter-Kind-Gesundheit sowie HIV/AIDS-Prävention zu verbessern. Aus Budgetgründen seitens USAID kam es jedoch nicht zu der ursprünglich geplanten Zusammenarbeit in diesem Bereich - die ursprünglich von USAID vorgesehenen Mittel von 10,8 Mio. EUR wurden nach der Programmprüfung zurückgezogen.

Zusammenfassung der Benotung:

Die Maßnahmen dieses FZ-Vorhabens waren konsistent mit den Eigenanstrengungen der nepalesischen Regierung im Rahmen des übergeordneten Sektorprogramms NHSP I. Der umfassende Ansatz mit zahlreichen Gebern zeigte eine hohe Kohärenz, welche sich während des Folgeprogramms NHSP-II noch verfestigte. Eine Folge davon war die ungemein rasche und wirkungsvolle Reaktion der Gebergemeinschaft nach dem Erdbeben 2015.

Die Tatsache, dass dieses FZ-Vorhaben im Rahmen des Vorgängerprogramms NHSP-I noch nicht als Korbfinanzierung konzipiert wurde, ist vor dem Hintergrund der damaligen Neuigkeit dieses Ansatzes in Nepal nachvollziehbar. Dies änderte sich in dem Folgeprogramm NHSP II von 2011-2016, welcher durch das FZ-Programm „Unterstützung des Nationalen Sektorprogramms Gesundheit, BMZ-Nr.: 2010 65 440“ in Korbfinanzierung kofinanziert wurde. Insgesamt bewerten wir die Kohärenz dieses Vorhabens als erfolgreich.

Kohärenz: 2

Effektivität

Erreichung der (intendierten) Ziele

Das im Rahmen der EPE angepasste Ziel war, die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen insbesondere bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu verbessern.

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

Indikator	Status bei PP (2006)	Zielwert lt. PP	Ist-Wert bei AK (optional)	Ist-Wert bei EPE (2023)
(1) Anstieg des Anteils der Frauen in der Altersgruppe der 15-49-jährigen, die eine moderne Verhütungsmethode nutzen (kontrazeptive Prävalenzrate)	44 %	Anstieg	46 % (2019)	43 % (NDHS 2022) Wert nicht erfüllt
(2) Verbesserung der Medikamentenverfügbarkeit in Basisgesundheitsseinrichtungen	Ca.50%	Verbesserung	92,4 (WHO, 2014)	> 90% (NHFS 2021 und Stichproben vor

				Ort) Wert erfüllt
(3) In mind. 80% der Gesundheitseinrichtungen hat sich die anhand von Nutzerbefragungen bewertete Qualität der Versorgung gegenüber der Voruntersuchung in 2004 verbessert (Erhebung durch GTZ in 2010)	Keine Daten vorhanden		Lt Baseline GIZ 2011 erreicht: 22 % zufriedene 71 % sehr zufriedene 7 % außerordentlich zufriedene Nutzer	79-89 % (NHFS 2021 und Stichproben vor Ort) Indikator wird nicht bewertet, siehe Begründung unten im Text

Beitrag zur Erreichung der Ziele

Im Rahmen dieses FZ-Programms wurden folgende Outputs erbracht:

Komponente I: Verbesserung der Basisgesundheit

(1) Beschaffung von essentiellen **Medikamenten und oralen Rehydratationssalzen** (ORS) für den Bedarf über den öffentlichen Sektor von bis zu drei Jahren für Sub Health Posts (SHP), Health Posts (HP) und Primary Health Care Centers (PHCC). Diese Maßnahme wurde – leicht verspätet - zur vollen Zufriedenheit durchgeführt (s.Kap.Effizienz).

(2) Bau und Grundausstattung von **drei Distrikt-Lagerhäusern** für Medikamente und medizinische Ausrüstungsgegenstände nach einem dezentralen bedarfsgesteuerten Pull-System (von bis zu **acht** geplanten). Die Lagerhäuser konnten nur an drei Standorten (Jajarkot, Lamjung und Sindhupalchowk) errichtet werden, statt an acht Standorten. Gründe lagen in der unerwartet schwierigen Begehrbarkeit des Terrains und in Kostensteigerungen. Hier liegt eine signifikante Planabweichung vor.

In den Vorläuferprogrammen Basisgesundheit I-III waren mit FZ-Mitteln bereits 41 Lagerhäuser gebaut bzw. rehabilitiert worden. Insofern die Lagerhäuser adäquat bestückt werden, was bei den im Rahmen der Mission besuchten Einrichtungen überwiegend der Fall war, tragen sie zur effizienten Medikamentenlogistik und damit zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung bei.

(3) Fortführung eines **Start-up-Fonds** für kleinere Investitionen in die Basisgesundheitsinfrastruktur ausgewählter Distrikte.

Unter dem Start-up Fund wurden zahlreiche kleinere Gesundheitseinrichtungen der Primärebene in mehreren Distrikten bis Ende 2012 rehabilitiert und ausgestattet. Um die institutionellen Kapazitäten auf lokaler Ebene zu stärken, wurde der Fonds in die entsprechenden Distriktentwicklungsfonds integriert.

Komponente II: Verbesserung der reproduktiven Gesundheit

(4) Social Marketing¹⁷ und Beschaffung von **Kontrazeptiva** über das MoHP und die NGO Family Planning Association of Nepal (FPAN) über einen Zeitraum von drei Jahren. Dies wurde – leicht verspätet - zur vollen Zufriedenheit durchgeführt (s.Kap.Effizienz).

(5) Unterstützung von Social-Franchising-Ansätzen im Bereich Familienplanung, sexuelle und reproduktive Gesundheit einschließlich Entwicklung und ggf. pilothafter Erprobung eines Gutscheinsystems. Hierbei erfolgte die Verteilung von **oralen Verhütungsmitteln, Notfallverhütungspillen**, und anderen Produkten und Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit über die Nepal CRS Company. Das ursprünglich geplante Pilotprojekt, ein Gutscheinsystem für Kontrazeptiva, welches ebenfalls über CRS umgesetzt werden

¹⁷ Unter Social Marketing versteht man die Verbreitung von Ideen, Werten und Verhaltensweisen und die Vermarktung von preissubventionierten Produkten, um die gewünschten Ziele zu erreichen.

sollte, kam aufgrund der begrenzten Kapazitäten für diese neue Komponente nicht zustande. Auch die ursprünglich vorgesehene Kooperation mit dem N-MARC-Programm von USAID und dessen Franchising-Aktivitäten realisierte sich aufgrund anderer Prioritäten von USAID und einer Umdisposition des ursprünglich vorgesehenen Budgets nicht. Insofern wurde diese Komponente II nicht wie ursprünglich geplant umgesetzt.

Positiv zu erwähnen ist im Zusammenhang mit den Beschaffungen der Komponenten I und II, dass regelmäßige Qualitätskontrollen für alle Lieferungen integraler Bestandteil des Prozesses waren, sowohl in Form von Pre- als auch Post-Shipment Inspektionen. Diese Vorgehensweise wurde mittlerweile für alle Medikamentenbeschaffungen im öffentlichen Gesundheitswesen in Nepal institutionalisiert.

Komponente III: Auslagerung von Wartung/Instandhaltung medizinischer Geräte an den Privatsektor

(6) Etablierung eines Managementsystems für die Instandhaltung medizinisch-technischer Geräte (z.B. Röntgen und Ultraschall) und Vergabe der Wartung an Konzessionäre des Privatsektors. Diese vertragliche Einbeziehung von nichtstaatlichen Akteuren durch das Gesundheitsministerium (PPP-Ansätze, zunächst pilotiert in einigen Distrikten, später landesweit über 3 große Maintenance – Kontraktoren, welche von der nepalesischen Regierung landesweit finanziert wurden) stellte dabei einen „best practice“-Fall dar, für den die deutsche FZ hohe Anerkennung erworben hat. Flankierend wurden in Nepal Biomedizin-Ingenieure und Techniker ausgebildet, welche die konkreten Wartungsaufgaben vor Ort übernahmen. Bedauerlicherweise wurden die landesweiten Wartungsverträge ab 2019 nicht mehr vom MoHP weiterfinanziert, da sich im Zuge der Dezentralisierungsstrategie Unklarheiten bzgl. der jeweiligen Zuständigkeiten und deren Finanzierung ergaben.

(7) Consultingleistungen

Indikatoren – Stand bei Ex-Post-Evaluierung

1. Erhöhung der **kontrazeptiven Prävalenzrate** (modern Contraceptive Prevalence Rate = mCPR; bezogen auf modernen Methoden) in der Gruppe der Frauen im Alter von 14 - 49 Jahren. Die Einzelmaßnahmen des FZ-Vorhabens betreffen in erster Linie die Erhöhung der Verfügbarkeit und die Diversifizierung des Angebotes auch in entlegenen Regionen, flankiert von Maßnahmen zur Erhöhung der Nachfrage (Social Marketing und Franchising), um auch ärmere Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Die Entwicklung der Nachfrageseite ist offensichtlich noch nicht ausreichend, wobei die FZ-Maßnahmen nur einen Teilbereich der nationalen Anstrengungen abbilden. Andererseits ist die Fertilitätsrate in Nepal deutlich gesunken und hat mit 2,1 Kindern pro Familie die Zielvorgabe erreicht (siehe Kap. Impact). Eine Steigerung der mCPR war von 1996 (27 %) bis 2006 (44 %) festzustellen. Die mCPR stagniert seit mehreren Jahren in Nepal, wofür es mehrere Gründe gibt, die sowohl in den Joint Annual Reviews (JAR), den Reports des National Health Sector Programme (NHSP) und auch durch andere Organisationen (wie dem United Nations Fund for Population (UNFPA)) thematisiert wurden. Die hohe Anzahl von Männern, die als Arbeitsmigranten im Ausland verweilen, könnte eine Erklärung sein¹⁸, zudem eine zunehmende Abtreibungsrate und ein steigender Anteil an Sterilisationen. Des Weiteren sind negative Vorstellungen über Risiken und Nebenwirkungen der einzelnen Verhütungsmethoden unter Frauen im reproduktiven Alter weit verbreitet.

2. Die **Verfügbarkeit von essenziellen Medikamenten** in Einrichtungen der Basisgesundheitsversorgung hat sich von ca. 50 % im Jahr 2006 auf über 90 % (NHFS 2021 und Stichproben vor Ort im Jahr 2023) deutlich verbessert. Hier konnte ein breites, diversifiziertes Angebot auch in entlegenen Regionen erreicht werden, was der Zielvorgabe (Berücksichtigung der benachteiligten Bevölkerung) entgegenkommt. Auch hier ist die fortlaufende Qualitätskontrolle positiv zu erwähnen. Das Ziel für den Indikator 2 wurde im Laufe der Implementierung auf 95 % definiert, was wir für zu hoch erachten, da es in etwa eine Verdoppelung der Verfügbarkeit gegenüber dem Ursprungswert von ca. 50 % bei Programmprüfung bedeuten würde. Die Evaluierung kommt zu dem Schluss, dass die Verfügbarkeit von Medikamenten sich deutlich verbessert hat. Als Gradmesser werden die publizierten Daten des NHSS 2021 von essenziellen Medikamenten herangezogen, welche eine sehr gute Verfügbarkeit von über 90 % der häufig genutzten Medikamente auf den unterschiedlichen Ebenen des nepalesischen Gesundheitssystems attestieren (z.B. von Paracetamol, Antibiotika wie Amoxicillin, Metronidazole, Ciprofloxazin, ORS, Eisenpräparate sowie Oxytocin und Magnesiumsulfat). Dies konnten wir auch bei unseren stichprobenartigen Vor-Ort Besuchen verschiedener Gesundheitseinrichtungen auf unterschiedlichen Ebenen feststellen.

¹⁸ Etwa die Hälfte der verheirateten Frauen unterbrechen die Kontrazeptivanutzung, wenn der Ehemann für einen längeren Zeitraum im Ausland arbeitet (Khanal P. 2022)

3. Erhöhung der Patientenzufriedenheit: Die GIZ-Evaluierung von 2011 ergab 22 % zufriedene, 71 % sehr zufriedene und 7 % außerordentlich zufriedene Patientinnen und Patienten. Die Angemessenheit dieses Indikators erscheint in der Retrospektive fraglich, denn die Baseline-Werte entsprachen bereits der Zielvorgabe. Folglich wurde dieser Indikator bei AK nicht gewertet.

Näherungshalber können für diese Evaluierung folgende Monitoringdaten herangezogen werden: Der Nepal Health Facility Survey (NHFS) 2021 ergab, dass von 546 Frauen nach der Geburt in Gesundheitseinrichtungen zwischen 79 und 89 % zufrieden waren (NHFS 2021, Tabelle 7.30). Diese aktuelleren Werte sagen allerdings nur aus, dass dieser Anteil der Patientinnen zufrieden war. Eine Stichprobe aus der Grundgesamtheit aller Patientinnen und Patienten - und dazu passende Vergleichswerte aus der Vergangenheit, welche eine deutliche Erhöhung der Zufriedenheit attestieren könnten – liegen uns nicht vor. Daher wird dieser Indikator – ähnlich wie bei der AK – in die Bewertung dieser Evaluierung nicht mit einbezogen. .

Qualität der Implementierung

Die Verantwortung für das NHSP-I und das hierunter finanzierte FZ-Vorhaben lag beim MoHP, wobei die Durchführung auf nationaler Ebene dem Ministerium unterstellten „Department of Health Services“ (DoHS) oblag. Auf Distriktebene waren die entsprechenden District Development Committees (DDCs) und die Distriktgesundheitsbüros verantwortlich. Im Rahmen der laufenden, noch nicht abgeschlossenen Dezentralisierungsstrategie seit 2015 ergaben sich fallweise immer wieder Kompetenzüberschneidungen u.a. in den Bereichen Personalmanagement, Beschaffungen und Logistik, was die Qualität und Schnelligkeit der Implementierung teilweise beeinträchtigte.

Gender-Aspekte wurden alleine schon durch die Auswahl des Maßnahmenbündels unter der o.g. Komponente II berücksichtigt (Familienplanung).

Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Nicht alle Bevölkerungsschichten konnten gleichermaßen einen Nutzen aus diesem Vorhaben ziehen. Obwohl Diskriminierung auf Grundlage von Kaste, Ethnie, Geschlecht, Wohnort oder Religion in Nepal offiziell verboten ist, besteht noch immer eine große soziale Ungleichheit und die Streuung der gesundheitlichen Parameter ist sehr groß. Der Demographic and Health Survey 2022 zeigt dies für die Indikatoren Fruchtbarkeit, Schwangerschaft von Teenagern, Nutzung von Kontrazeptiva, Kindersterblichkeit, Kinderbetreuung, Impfungen sowie Ernährungsstatus von Kindern auf (vgl. exemplarisch **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).¹⁹. Bereits an diesen wenigen Beispielen wird deutlich, dass die Kaste, die Ethnie bzw. die Religion noch immer eine große Rolle spielen. Beispielsweise sind Teenagerschwangerschaften in der Kaste der Dalit (unterste Kaste) fast dreimal so hoch wie bei den Brahmin (höchste Kaste). Die Kaste spielt nach wie vor in der Region eine große Rolle, gerade bei der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen, sogar in der Hauptstadt.

Bei der Nutzung moderner Kontrazeptiva liegen die Muslime weit unter den vergleichbaren Werten der anderen Ethnien bzw. Religionszugehörigen, gleichzeitig ist der Anteil von Schwangerschaften bei Mädchen unter 20 Jahren deutlich höher. Ebenso spielt der Wohnort eine Rolle. Ländliche Regionen weisen tendenziell schlechtere Indikatoren auf, ebenso die Bergregionen. Allerdings gibt es auch hier Ausnahmen. So ist die Nutzung moderner Kontrazeptiva in den Bergregionen höher als in der Tiefebene, was wahrscheinlich mit der Religionszugehörigkeit korreliert. Aber auch der Anteil vollständig immunisierter Kinder ist in den Bergregionen höher.

Betrachtet man die Provinzen, so fällt ebenfalls eine Ungleichverteilung auf. Karnali Provinz hat den höchsten Anteil von Teenagerschwangerschaften, Gandaki Provinz die geringste Nutzung von Kontrazeptiva und Madesh Provinz den geringsten Anteil vollständig geimpfter Kinder. Allerdings zeigt es sich auch, dass die Parameter nicht einheitlich sind, d. h., es gibt nicht „die schlechteste“ Provinz, in der alles weit unterdurchschnittlich ist, wohl aber erhebliche Streuungen zwischen Provinzen.

Deutlich ist für fast alle Parameter die Bedeutung der Bildung und des Einkommens. Hier überrascht jedoch, dass die Nutzung von Kontrazeptiva mit steigendem Bildungsniveau sinkt. Ob dies Ergebnis intensiver Aufklärung oder der Armut („sich Kinder nicht leisten können“) zuzuschreiben ist, lässt sich derzeit nicht bewerten.

¹⁹ Ministry of Health and Population, Demographic and Health Survey 2022. Key Indicators Report. 2022, Nepal: Kathmandu.

Aus den Statistiken des MoHP geht auch hervor, dass auch das Geschlecht nach wie vor eine Rolle spielt. Eltern suchen im Krankheitsfall der Mädchen, Gesundheitseinrichtungen weniger auf, geben hierfür weniger Geld aus und erhalten seltener die richtige Diagnose.²⁰

Zusammenfassung der Benotung

Das FZ-Vorhaben hat gewiss dazu beigetragen, die Verfügbarkeit von Basismedikamenten und Kontrazeptiva zu erhöhen. Durch den Einbezug von Social Marketing-Ansätzen über den öffentlichen Sektor (CRS) und über Nicht-Regierungs-Organisationen (FPAN) konnte ein breites Angebot an Kontrazeptiva auch in entlegenen Regionen erreicht werden. Allerdings stagniert die kontrazeptive Prävalenzrate mit modernen Methoden (mCPR) seit mehreren Jahren in Nepal, was vermutlich mehrere Ursachen hat, die alleine durch die erhöhte Verfügbarkeit von Kontrazeptiva nicht zu beeinflussen sind (v.a. die hohe Anzahl von Männern, die als Arbeitsmigranten im Ausland verweilen, der hohe Anteil an Sterilisationen, aber auch eine zunehmende Abtreibungsrate).

Insgesamt bewerten wir die Effektivität dieses Vorhabens als eingeschränkt erfolgreich, da nicht alle FZ-Maßnahmen wie geplant durchgeführt werden konnten (siehe oben). Komponenten I und II nur zum Teil, und die Wartungskomponente III wurde nach der Dezentralisierung 2019 nicht weiterfinanziert. Von den drei Outcome-Indikatoren lassen sich faktisch nur zwei interpretieren. Davon ist einer nicht erfüllt.

Effektivität: 3

Effizienz

Produktionseffizienz

Bezüglich der Produktionseffizienz ergibt sich ein unterschiedliches Bild für die einzelnen Komponenten:

Komponente I und II: Die Beschaffung von wichtigen **Medikamenten und Kontrazeptiva** erfolgte rechtzeitig innerhalb der vorgesehenen 3 Jahre 2008-2011, auch die Kosten für Komponente I und II blieben weitgehend im Rahmen der ursprünglichen Planung. Durch eine effiziente Beschaffung von Verhütungsmitteln konnten sogar Einsparungen in Höhe von rd. 0,3 Mio. EUR erzielt werden, was die Beschaffung zusätzlicher Verhütungsmittel ermöglichte. Interviews zufolge ebnete das Programm den Weg für einen kosteneffizienten Beschaffungsprozess. Es etablierte Beschaffungswege, welche anschließend im Ministerium für Gesundheit und Bevölkerung institutionalisiert wurden. Für diese Komponenten schätzen wir die Effizienz als hoch ein.

Deutlich geringer beurteilen wir die Effizienz der **Lagerkomponente:** Die Lagerhäuser konnten nicht, wie im PV angenommen, an acht Standorten, sondern nur an drei davon errichtet werden (Jajarkot, Lamjung und Sindhu-palchowk). Wesentliche Gründe hierfür waren unerwartete schwierige Terrains (begrenzte Verfügbarkeit von flachem Bauland) mit konsequenten Änderungen im Design. Ein Teil der Kostensteigerungen war auch einer größeren Dimensionierung bei gestiegenem Platzbedarf der Lagerhäuser geschuldet, sowie allgemeinen Preissteigerungen und einer ungünstigen Entwicklung des Umtauschkurses. Diese Komponente wurde in 2012 ebenfalls abgeschlossen.

Komponente III: Das Outsourcing von Wartungsverträgen an privatwirtschaftliche Firmen (Public-Private-Partnership, PPP) und die Etablierung eines Managementsystems für die Instandhaltung von medizintechnischen Geräten stellte zum Zeitpunkt der Programmprüfung im nepalesischen Kontext ein völliges Novum dar. Bislang war die reguläre Wartung nur bei den komplexesten, hochpreisigen Geräten wie Magnet Resonanz Tomographen (MRT) oder Computer Tomographen (CT) bekannt und in der Regel Bestandteil der Lieferverträge bei Beschaffung. Im Rahmen dieses FZ-Vorhabens wurde von 2009-2019 ein landesweites System aus drei Wartungsunternehmen (Maintenance Contractors - MC) aufgebaut, was von ausgebildeten Biomedizintechnikern begleitet und bis 2019 sukzessive vollständig aus staatlichen Mitteln finanziert wurde. Die Aufgabe der 3 MC war die vorbeugende und korrigierende Wartung von anspruchsvolleren Geräten wie z.B. für Ultraschall und Röntgen. Dieses PPP wurde durch eine umfangreiche Beratungsunterstützung begleitet, welche aus FZ-Mitteln finanziert wurde und insgesamt mehr als 30 % des gesamten Budgets dieses Programms ausmachte (ca. 3 Mio. EUR statt der ursprünglich geplanten 0,7 Mio. EUR). Bei der Höhe der Consultingkosten ist zu berücksichtigen, dass es

²⁰ Shrestha, B., et al., Determinants affecting utilisation of health services and treatment for children under-5 in rural Nepali health centres: a cross-sectional study. BMC Public Health, 2022. 22(1): p. 1-15.

sich hierbei um eine „Rundumbetreuung“ des MoHP über einen Zeitraum von fast 10 Jahren handelte. Gemessen an diesem Aufwand erscheinen die Kosten als angemessen, deren Effizienz steht allerdings mittlerweile infrage, da die Verträge mit den MC ab 2019 nicht mehr fortgeführt wurden (s.Kap.Nachhaltigkeit).

Allokationseffizienz

Aus heutiger Sicht fallen einige Faktoren auf, die hätten angepasst werden können, um die Wirksamkeit dieses FZ-Vorhabens noch weiter zu verbessern:

- Der Schwerpunkt der Maßnahmen lag auf der Verbesserung der **Mutter-Kind-Gesundheit**. Dies ist einerseits im Einklang mit der internationalen Gesundheitspolitik, da diese Gruppen als vulnerabel gelten. Andererseits hätte die zunehmende Bedeutung chronisch-degenerativer Erkrankungen - auch von Männern - (Non-Communicable Diseases, NCD) vermehrt berücksichtigt werden sollen. Dies spiegelte sich aber nicht in den Maßnahmen von NHSP-I und dem FZ-Vorhaben wider, sondern auch erst im Nachfolge-Sektorprogramm NHSS ab 2016.
- Die Maßnahmen konzentrieren sich fast vollständig auf die **Angebotsseite**, während die Nachfrageseite und hier insbesondere die Filterwirkung der Kaufkraft vernachlässigt wurden. Es ist zu fragen, ob nicht durch eine Stärkung der Nachfrageseite des Gesundheitsmarktes der Patient zum Kunden geworden wäre und damit selbst entschieden hätte, wo er die beste Leistung im Verhältnis zu den von ihm zu tragenden direkten und indirekten Kosten erhält. Die Allokation von Ressourcen hätte sich dann ganz automatisch am Markt ergeben. Die Möglichkeit der Einführung einer Krankenversicherung wurde zum damaligen Zeitpunkt noch nicht erwogen, sie wurde erst Bestandteil des letzten Sektorprogramms NHSS (2016-2020).

Diese Lücken wurden zum Teil im Nachfolgeprogramm NHSS ab 2016 geschlossen, eine rudimentäre Krankenversicherung wurde eingeführt. Die guten Wirkungen des NHSP-I (2005-2010) inkl. dieses FZ-Vorhabens und auch des Folgeprogramms NHSP-II (2010-2016) hätten allerdings durch eine noch frühzeitigere Beseitigung dieser Lücken noch optimiert werden können.

Bis 2019 erwies sich das neue Wartungssystem aus Sicht einer wissenschaftlichen Begleitmaßnahme der Universität Heidelberg als effizient. Es wurde festgestellt, dass die jährlichen Auftragskosten für die Wartungsunternehmen unter 10 % des geschätzten Wiederbeschaffungswertes liegen und damit der gewählte Outsourcing-Ansatz angesichts der topographischen und logistischen Herausforderungen Nepals vergleichsweise kostengünstig war. Die Kosteneffizienz stieg dabei mit der Dauer der Wartungsdurchführung und der Größe des geographischen Einzugsbereichs an. Gegenüber reiner in-house Instandhaltung bestand ein klarer Kostenvorteil in Höhe von rd. 20 %. Leider wurden die Wartungsverträge mit den MC nach 2019 vom MoHP nicht mehr verlängert, da ab 2015 sukzessive im Gesundheitssektor die Föderalisierung eingeführt wurde. Einige von uns interviewte Biomedizintechniker werden jedoch allerdings noch aus dezentralen Budgets weiterfinanziert, teilweise über Zeitverträge.

Dieses FZ-Vorhaben war als Parallelförderung Bestandteil des übergeordneten ersten SWAp in Nepal (NHSP-I). Betrachtet man das NHSP I insgesamt, so dürfte das Programm tatsächlich zur Erhöhung der Effizienz durch Reduktion von Transaktionskosten beigetragen haben. Der harmonisierte Finanzierungsmechanismus implizierte auch ein einheitliches Monitoring und Reporting. So mussten Abstimmungen (z. B. über Prioritäten) nicht mehr in parallelen, aufwendigen Meetings erfolgen, sondern konnten konzentriert und gemeinsam durchgeführt werden. Der bilaterale Dialog wurde durch einen gemeinsamen Austausch ersetzt. Die Interviewpartner sehen darin einen erheblichen (Effizienz-) Vorteil. Dies traf zwar aus den FZ-Beitrag in diesem Vorhaben noch nicht uneingeschränkt zu, da es sich noch über einen Parallelförderungsmechanismus handelte (mit noch nicht einheitlicher Kontoführung durch die Weltbank als Treuhänder), dies änderte sich jedoch ab dem Folgeprogramm NHSP II, welches die deutsche FZ mit dem SWAP unter der BMZ Nr.2010 666 305 kofinanzierte.

Zusammenfassung der Benotung

Effizienz: Die Effizienz wird getrennt nach Komponenten gewertet. Für die Beschaffungen wird sie als erfolgreich eingestuft, denn die Kosteneinsparung bei der Beschaffung von Medikamenten und Kontrazeptiva hat den Kauf von mehr Verbrauchsgütern ermöglicht. Auch wurden die im Rahmen des FZ-Vorhabens etablierten kosteneffizienten Beschaffungsprozesse und Qualitätskontrollen mittlerweile institutionalisiert.

Die zeitliche Effizienz erscheint auf den ersten Blick als negativ. Allerdings muss die lange Laufzeit im Lichte der Neuigkeit des Ansatzes gewertet werden, landesweit 3 Wartungsverträge an den Privatsektor zu vergeben.

Dies hat - finanziert durch das jährliche Budget des MoHP und komplementiert durch die Ausbildung der Techniker an öffentlichen Krankenhäusern - bis zum Ende der Wartungsverträge mit den Kontraktoren 2019 zu positiven systemischen Wirkungen geführt, die allerdings im Zuge der Dezentralisierung im Gesundheitswesen nun neu passend organisiert werden müssen.

Die quantitative Bestimmung der allokativen Effizienz ist im Rahmen dieses Berichtes nicht möglich. Es gibt aber mehrere Ansätze, die ex-post betrachtet zu einer Erhöhung der allokativen Effizienz geführt hätten. Dies soll allerdings nicht implizieren, dass bei der Konzeption des Vorhabens gravierende Fehler gemacht wurden. Entscheidender ist die Tatsache, dass die Partner aus Entwicklungen und Fehleinschätzungen gelernt haben, was in die Konzeption des letzten Folgeprogramms NHSS eingeflossen ist (z.B. die verstärkte Berücksichtigung von nicht übertragbaren Krankheiten und die Einführung der Krankenversicherung). Auf dieser Basis ist die Effizienz insgesamt als zufriedenstellend zu bewerten.

Effizienz: 3

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen

Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel (Impact), wie es bei der Prüfung definiert wurde, bestand darin, einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung und zur Erreichung der MDG im Gesundheitssektor in Nepal zu leisten.

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

Indikator	Status bei PP (2006)	Zielwert gemäß PP	Ist-Wert bei AK	Ist-Wert bei EPE 2023
(1) Senkung der Müttersterblichkeit (MDG 5 bzw. SDG 3.1) pro 100.000 Lebendgeburten	281	Senkung, ansonsten k.A. im PP. Zielwert nachträglich eingefügt, erst während NHSP II (2010-16): 134	239 (NDHS 2016) 190 (WHO-Schätzung)	151 (National Population and Housing Census 2021) 174 (WHO) Deutliche Senkung, doch noch nicht bis zum nachträglich eingefügten NHSP II-Niveau
(2) Senkung der Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten	48	Senkung, ansonsten k.A. im PP. Zielwert nachträglich eingefügt, erst während NHSP II (2010-16): 16	23 (NDHS 2016)	28 (NDHS 2022) Deutliche Senkung, doch noch nicht bis zum nachträglich eingefügten NHSP II-Niveau
(3) Senkung der Kindersterblichkeit (unter 5-Jährige) pro 1000 Lebendgeburten	61	Senkung, ansonsten k.A. im PP. Zielwert nachträglich eingefügt, erst während NHSP II (2010-16): 38	38 (NDHS 2016), lt. JAR bereits 2014 erreicht	33 (NDHS 2022) Wert erfüllt
(4) Senkung der Fertilitätsrate	3,1	Senkung, ansonsten k.A. im PP. Zielwert nachträglich eingefügt, erst während NHSP II (2010-16): 2,3	2,3 (NDHS 2016)	2,1 (NDHS 2022) Wert erfüllt

ad (1): Müttersterblichkeit (Maternal Mortality Ratio, MMR): Vor dem Hintergrund hoher Müttersterblichkeit 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 Gesundheitseinrichtung (GE) zur Welt brachten, konnte die Rate bis zum Jahr 2021 beinahe verzehnfacht (80 %) werden. Die MMR ist gesunken, was wahrscheinlich auf das NHSP-I und seinen starken Fokus auf die reproduktive Gesundheit zurückzuführen ist. Ziel war eine Müttersterblichkeitsrate von 134 im Jahr 2015; dieses Ziel wurde nicht erreicht. Allerdings sind die jüngsten Werte jedoch deutlich besser als 2006. Die jüngste Volkszählung von 2021 (MoHP und NSO 2022) ergab, dass die MMR 151 pro 100.000 Lebendgeburten in Nepal betrug. Dieser positive Trend ist u.a. auf Zunahme institutioneller Geburten und eine zunehmende Nutzung von Familienplanungsangeboten zurückzuführen. Nepal ist auch Unterzeichner der Nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) und hat sich verpflichtet, die Müttersterblichkeitsrate bis 2030 auf unter 70 pro 100.000 Lebendgeburten zu senken.

ad (2), (3): Kindersterblichkeitsraten: Diese Parameter messen die Anzahl der Todesfälle von Kindern unter 1 bzw. unter 5 Jahren pro 1.000 Lebendgeburten. Alle diese Parameter sind aussagekräftige Indikatoren für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems mit Schwerpunkt auf gefährdeten Gruppen von Kleinkindern.

ad (4): Fruchtbarkeit: Die Statistik zeigt die Anzahl der Kinder pro Frau. Der Wert ist stark gesunken, von 3,94 Kindern pro Frau im Jahr 2000 auf 2,1 im Jahr 2022. Der Wert von 2,1 entspricht einer Fruchtbarkeitsrate, bei der langfristig eine konstante Bevölkerungszahl möglich ist (Replacement-Rate). Dieser Wert hat eine hohe Relevanz für die wirtschaftliche und politische Stabilität des Landes. Dies ist ein großer Erfolg. Die rückläufige Geburtenrate wird als mit ausschlaggebend für die verbesserte Armutssituation angesehen, was die Bedeutung wirksamer Familienplanung unterstreicht.

Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Das FZ-Vorhaben hat mit seinem Fokus auf Frauen- und Kindergesundheit einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensbedingungen dieser vulnerablen Zielgruppe geleistet. Allerdings macht dieses Vorhaben unter 1% des Volumens des gesamten Sektorprogramms aus, insofern kann sein Beitrag zu den übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen allenfalls begrenzt sein. Insgesamt zeigt der SDG-Report für Nepal 2022 (<https://dashboards.sdgindex.org/profiles/nepal>) für die meisten Indikatoren von SDG 3 eine positive Entwicklung auf. Nepal erreichte 2023 die Ziele von MDG 4 vollständig und von MDG 5 beinahe.²¹ Bei MDG 6 kam es immerhin zu einer gewissen Stabilisierung. Lediglich im Bereich der Sterblichkeit auf Grund von NCDs, Umweltverschmutzung und Verkehrsunfällen sind eindeutig negative Werte festzustellen – also in den Bereichen, die NHSP I vernachlässigt hat.

Ungleichheit bleibt ein zentrales Problem Nepals. Es ist anzunehmen, dass NHSP-I hier einen Beitrag geleistet hat, aber dies ist nicht vollständig ableitbar. Als Teil des armutsorientierten und auf den Abbau gruppenspezifischer Benachteiligungen ausgerichteten Gesamtprogramms NHSP ist davon auszugehen, dass auch der FZ-Beitrag in besonderer Weise benachteiligten Gruppen zugutekam. Hierfür spricht auch die Verbesserung des einkommensbezogenen GINI-Koeffizienten in Nepal zwischen den Jahren 2006 von 0.41 auf 0.32 (2015).²²

Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Die Frage, ob sich das Sektorprogramm NSHP-I und die darin enthaltene FZ-Parallelförderung sich auch auf Stabilität, Sicherheit und Demokratie ausgewirkt haben, ist nicht einfach zu beantworten. Auch nach der Verfassungsreform von 2015 fühlen sich (nach Aussagen einiger Interviewpartner) einige Volksgruppen Nepals nicht ausreichend repräsentiert und der Zuschnitt der neuen Provinzen wird kritisiert. Die Stabilität Nepals ist fragil. Umso wichtiger ist es, dass das Gesundheitswesen eine Letztverlässlichkeit darstellt, d. h., eine Basisversorgung muss jedem Bürger unabhängig von Ethnie, Kaste, Religion, Geschlecht, Wohnort etc. gewährt werden. Dies ist in Nepal der Fall, die 'free drug initiative', nach der jeder Bürger ein kostenloses Gesundheits-Basispaket erhält, wurde 2015 eingeführt. Die Identifikation mit der Demokratie steht und fällt mit der Frage, ob die Lebensqualität der Bürger sich verbessert, d.h. die Regierung Nepals wird danach bewertet. Hier leistet das Gesundheitswesen

²¹ MoHP and NSO, *National Population and Housing Census 2021: Nepal Maternal Mortality Study 2021*, N.S. Office, Editor. 2022, Ministry of Health and Population: Kathmandu.

²² National Planning Commission, *Nepal and the Millennium Development Goals. Final Status Report 2000-2015* 2016, Government of Nepal: Kathmandu. Werte seither nicht verfügbar.

(und damit auch NSHP-I bzw. der deutsche EZ-Beitrag) einen Beitrag, welcher allerdings nicht quantitativ zu erfassen ist. Insgesamt hatte der deutsche FZ-Beitrag am NHSP einen Anteil von unter 1%.

Zusammenfassung der Benotung

Zusammenfassend können wir festhalten, dass die Impact-Indikatoren des FZ-Programms, welche dem übergeordneten Sektorprogramm NHSP-I entnommen wurden, eindeutig positive Entwicklungen zwischen dem Zeitpunkt der Programmprüfung in 2006 und der Evaluierung im Jahr 2023 aufwiesen. Die Förderung der Vulnerablen dürfte zur politischen Stabilität des Landes und zur Identifikation der Bürger mit ihrem Staat beigetragen haben, ohne dass sich dies letztlich nachweisen lässt. Insgesamt bewerten wir die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen als erfolgreich.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: 2

Nachhaltigkeit

Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Da beim MoHP keine Listen für die während des Vorhabens bestellten Medikamente, Kontrazeptiva, Geräte und Anlagen vorlagen, gestaltet sich die Bewertung von deren Funktionsfähigkeit und Nachhaltigkeit als schwierig. Wir beschränken uns deshalb auf die Funktionsfähigkeit der besuchten Gesundheitsrichtungen und Lagerhäuser. Diesbezüglich konnte festgestellt werden, dass die Einrichtungen alle noch ihre ursprüngliche Funktion wahrnehmen. Keine Einrichtung wurde geschlossen oder so umgebaut, dass sie nicht mehr der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dient. In vielen Fällen erfolgte jedoch ein Ausbau der ursprünglichen Kapazitäten, teilweise aus Eigenmitteln.

Hinsichtlich der Personalausstattung gewannen wir den Eindruck, dass die hohe Fluktuation insbesondere auf der ärztlichen Ebene zwar für die einzelne Einrichtung, nicht jedoch für das Gesamtsystem des öffentlichen Gesundheitswesens besteht, d. h., die strukturelle Nachhaltigkeit erscheint auf der einzelwirtschaftlichen Ebene gefährdet, nicht jedoch auf der systemweiten.

Infrage gestellt wird die dauerhafte Funktionalität des Gesundheitssystems allerdings durch ein unzureichendes Steuerungssystem: Weder auf der Ebene der einzelnen Einrichtung noch für das Gesamtsystem gibt es Kostenrechnungssysteme. Die epidemiologischen Daten sind häufig widersprüchlich, d. h., Angaben aus der Einrichtung und im Health Management Information System (HMIS) stimmen nicht überein. Ob auf dieser Grundlage die Aufrechterhaltung der Leistungserstellung bei zunehmender Komplexität und Dezentralisierung zu gewährleisten ist, ist ungewiss.

Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Für die im Rahmen des Vorhabens beschafften Medikamente und Kontrazeptiva wurde aufgrund der begrenzten Lebenserwartung dieser Güter ohnehin nur eine begrenzte Nachhaltigkeit erwartet. Die Förderung eines effizienten Beschaffungssystems (Pull-System auf Nachfragebasis mit Qualitätskontrollen) ebnete den Weg für dessen dauerhafte Institutionalisierung im MoHP. Im Zuge der im Jahr 2015 eingeführten freien Medikamentenabgabe und der damit verbundenen erhöhten Anforderungen an eine dezentrale Medikamentenlogistik gewann die über die deutsche EZ unterstützte Einführung des Pull-Systems eine zusätzliche Bedeutung.

Der zunächst aus TZ-Mitteln, später aus FZ-Mitteln finanzierte Start-up-Fund wurde in die dezentralen Strukturen integriert und damit nachhaltiger. Allerdings ergaben sich nach Verabschiedung des Local Government Operation Act 2017 immer wieder Unklarheiten hinsichtlich der Kompetenzen und Finanzierungen auf der jeweiligen Ebene.

Der Bau der Lagerhäuser erwies sich als weitgehend als nachhaltig - alle besuchten Lagerhäuser wurden ihrem ursprünglichen Zweck entsprechend für die Lagerung von Ausrüstung und wichtigen Medikamenten genutzt. Alle Gebäude waren solide gebaut und wiesen keine größeren Mängel auf. In einigen Fällen ist die Organisation der

Lagerhaltung verbesserungsbedürftig, insbesondere dort, wo abgelaufene und sogar nicht abgelaufene Medikamente außerhalb des Lagers im Freien gestapelt waren.

In das präventive Wartungssystem anspruchsvollerer Geräte waren bis zum Jahr 2019 178 Krankenhäuser in allen Provinzen mit einer Gesamtzahl von über 5.000 Geräten eingebunden. Die sieben Provinzen waren in drei Lose aufgeteilt und turnusmäßige Besuche des jeweiligen MC alle sechs Monate vereinbart. Die Gesamtkosten welche vollständig vom MoHP erbracht wurden, beliefen sich auf bei Vertragsabschluss auf 536,36 Mio. NPR (rund 4,26 Mio. EUR). Dies ist als vergleichsweise hohe Eigenleistung zu werten, die bedauerlicherweise nach 2019 auf dezentraler Ebene nicht weitergeführt wurde. Aus FZ-Mitteln war die Consultantunterstützung über 10 Jahre erfolgt.

Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit

Bezüglich der Wartung hatte das Vorhaben während seiner Laufzeit von 2008-2019 zu einer grundlegenden Veränderung im Gesundheitssektor geführt: Es kam zu einer Steigerung der Relevanz von der Instandhaltung medizintechnischer Geräte, wobei mehrere Anbieter dieser Geräte neue Stellen für Ingenieure geschaffen hatten. Deren Einkommen war gestiegen und die vergrößerte Nachfrage hatte die Anzahl von Studienplätzen für zukünftige Ingenieure für Biomedizintechnik erhöht. Bedauerlicherweise wurden die drei landesweiten Wartungsverträge mit den Maintenance Contractoren (MC) im Zuge der fortschreitenden Dezentralisierung vom MoHP nach 2019 nicht mehr weiterfinanziert, da sich Unstimmigkeiten hinsichtlich der Zuständigkeiten für dessen weitere Finanzierung ergaben (zentrale oder dezentrale Ebene).

Fortgeführt wurde allerdings die bereits in den Vorjahren vorgenommene Weiterbildung von Wartungspersonal (z.B. der Biomedizintechniker), einige hiervon haben wir vor Ort in den größeren Krankenhäusern angetroffen. Nach wie vor sind sie für Betrieb und Unterhaltung anspruchsvollerer medizinischer Geräte wie Ultraschall und Röntgen zuständig, allerdings haben sie häufig nur noch Zeitverträge.

Die Strukturen, die während NHSP-I aufgebaut wurden, sind in der Kontinuität der Sektorprogramme NHSP-I (2005-2010), NHSP-II (2011-2016) und NHSS (2016- 2022) zu bewerten. Foren, Reviews, Konsultationen etc., welche während NHSP-I entwickelt wurden, reiften nach Aussage der Interviewpartner im NHSP-II aus und wurden (zumindest anfänglich) im NHSS weitergeführt. Die Corona-Pandemie hatte allerdings dazu geführt, dass viele Prozesse unterbrochen und auch anschließend durch neue Entscheidungsträger nicht mehr weitergeführt wurden. So wurde von mehreren Interviewpartnern berichtet, dass maßgebliche Personen die gemeinschaftlichen Foren nicht mehr besuchen.

Weiterhin bestehen durch die in Umsetzung befindliche Dezentralisierung (Föderalisierung) Unklarheiten im Hinblick auf zukünftige Ausgestaltung wichtiger Prozesse, wie beispielsweise Beschaffung, Finanzierung etc. Der nepalesische Gesundheitssektor befindet sich immer noch in einer Strukturanpassung bezüglich des Übergangs zum Föderalismus. Das Versorgungsnetz an medizinischen Einrichtungen bedarf in den nächsten Jahren einer Anpassung an die föderalen Anforderungen, welche beispielsweise mit einer neu eingeführten Klassifizierung von Gesundheitseinrichtungen bereits eingeleitet wurde. Hierbei gilt es vor allem, die Zahl der geplanten Einrichtungen mit der absehbaren Zahl an verfügbarem Gesundheitspersonal als auch der Finanzierung des Betriebs abzugleichen. Nachsteuerungsbedarfe ergeben sich hieraus für die personelle, finanzielle, medizintechnische und digitale Ausstattung.

Auch wenn sich der Haushalt des nepalesischen Gesundheitsministeriums in den letzten Jahren absolut erhöhte, kann relativ gesehen von einer Abnahme des Gesundheitsbudgets im Verhältnis zum Staatsbudget gesprochen werden. Während in den Jahren 2002-2008 jeweils mehr als 5 % Quote erreicht wurde (Maximum: 7,58 % im Jahr 2006), lagen danach die Werte bis 2013 unter 5 % (Minimum: 4,69 in 2012). Danach stiegen sie wieder, um 2018 ein globales Minimum von 3,81 % zu erreichen. Im letztverfügbaren Jahr (2020) war corona-bedingt ein Wert von 5,67 % erreicht, was jedoch eine Ausnahmesituation zu sein scheint. Insgesamt ist die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens unzureichend und wenig nachhaltig.

Die Absorptionskapazität im Gesundheitsbereich hat sich zwar von 76,2 % in 2014/2015 auf 78,7 % in 2015/2016 und 94,0 % in 2016/2017 verbessert, aufgrund der anstehenden Dezentralisierungsbestrebungen konnte dieser positive Trend nicht fortgesetzt werden (80,4 % in 2017/2018). Neuere Zahlen liegen uns hierzu nicht vor.

Zusammenfassung der Benotung

Zusammenfassend ist die Nachhaltigkeit dieses FZ-Vorhabens als eingeschränkt erfolgreich zu bewerten: Erfolgreich hinsichtlich der erreichten Qualitätssicherung im Beschaffungswesen, der nachhaltigen Kapazität der Lagerhäuser - und verbesserungsbedürftig hinsichtlich der noch notwendigen Anpassung der Wartungskomponente an die konkrete Ausgestaltung des Dezentralisierungsprozesses.

Nachhaltigkeit: 3

Gesamtbewertung 3

Eingebettet als Parallelförderung in das erfolgreiche Sektorprogramm NHSP im Gesundheitssektor, hat das FZ-Programm die bei Programmprüfung gesetzten Ziele und Indikatoren zum Teil erreicht. Daher bewerten wir dieses FZ-Vorhaben insgesamt als eingeschränkt erfolgreich.

Die Dauerhaftigkeit seiner Wirkungen hängt von der Natur der Inputs ab - die geleisteten Medikamenten- und Kontrazeptiva-Lieferungen weisen naturgemäß eine kürzere Nachhaltigkeit als z.B. die gebauten Lagerhäuser. Die zunächst sehr erfolgreiche Wartungskomponente war von der Pilotierung in einem Distrikt auf die nationale Ebene ausgedehnt worden - und hat so zu einem Umdenken im Gesundheitssektor beigetragen. Bedauerlicherweise wurde ihre landesweite Finanzierung ab 2019 nicht fortgeführt, da Zuständigkeitsfragen im Zuge der Dezentralisierung noch nicht abschließend geklärt werden konnten. Es ist zu wünschen, dass sich diese Komponente mit den lokal eingestellten Biomedizintechnikern nun auch in den neu geschaffenen dezentralen Strukturen etablieren kann.

Beiträge zur Agenda 2030

NHSP-I und der deutsche FZ-Beitrag waren unmittelbar auf MDG 4 (Reduktion der Kindersterblichkeit), MDG 5 (Verbesserung der Gesundheit von Müttern) und MDG 6 (Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten) bzw. aktuell SDG 3 (Gesundheit und Wohlergehen) ausgerichtet, d. h., auf Gewährleistung eines gesunden Lebens für alle Menschen jeden Alters sowie auf die Förderung ihres Wohlergehens. Die entsprechenden Indikatoren sind überwiegend positiv.²³ Der Schwerpunkt auf Vulnerable entspricht ebenfalls der Agenda 2030.²⁴ Der SWAp nutzte ex definitione die nationalen Systeme, setzte nationale Routinen um und koordinierte die Geber.

Eine explizite Ausrichtung an ökologischen Zielen erfolgte im NHSP-I noch nicht. Dies soll erst im Rahmen des SWAp IV erfolgen, denn die globale Erwärmung hat mit Starkregenereignissen und Überflutungen deutliche Auswirkungen auf das Monsunland Nepal.

Projektspezifische Stärken und Schwächen sowie projektübergreifende Schlussfolgerungen und Lessons Learned

Zu den Stärken und Schwächen des Vorhabens zählen insbesondere:

Das Vorhaben unterstützte Beschaffungsprozesse für Basismedikamente und Kontrazeptiva und innovative PPP-Ansätze für Instandhaltungsprozesse (Gesundheitsministerium beauftragt mit Rahmenverträgen private Firmen mit Wartung von medizinischen Geräten). Diese vertragliche Einbeziehung von nichtstaatlichen Akteuren durch das Gesundheitsministerium stellte dabei einen „best practice“-Fall dar, für den die deutsche EZ hohe Anerkennung erworben hat.

²³ Report on Social Development Goals, *SDG Nepal*. 2023 [cited 2024 19.07.2024]; <https://dashboards.sdgindex.org/profiles/nepal>. National Planning Commission, *Nepal and the Millennium Development Goals. Final Status Report 2000-2015* 2016, Government of Nepal: Kathmandu.

²⁴ National Planning Commission, *Nepal and the Millennium Development Goals. Final Status Report 2000-2015*. 2016, Kathmandu: Government of Nepal.

Bedenklich war die Umsetzung des dezentralen Ansatzes in einem sehr kurzfristigen, immensen Kraftakt seitens der Regierung, in welchem die erforderlichen Detailplanungen noch nicht abgeschlossen sind. Unklarheiten bzgl. Zuständigkeiten und Finanzierung im neuen System führten u.a. dazu, dass die ursprünglich sehr vielversprechende Wartungskomponente ab 2019 leider nicht mehr von der nepalesischen Regierung fortgeführt wurde.

Der Einfluss dieses Vorhabens auf die kontrazeptive Prävalenz war begrenzt. Insgesamt fand im Durchführungszeitraum ab 2006 in Nepal keine Erhöhung der kontrazeptiven Prävalenzrate mehr statt. Dies lag vermutlich daran, dass andere Faktoren hierbei eine mindestens so große Rolle spielen wie die tatsächliche Verfügbarkeit von Kontrazeptiva.

Die Verfügbarkeit von essenziellen Medikamenten in Einrichtungen der Basisgesundheitsversorgung konnte hingegen von ca. 50 % im Jahr 2006 auf über 90 % im Jahr 2023 verbessert werden. Unseres Erachtens hat dieses Vorhaben über die Etablierung des Pull-Systems und der Qualitätssicherung dazu beigetragen.

Schlussfolgerungen und Lessons Learned:

Die Regierung von Nepal entwickelte eine Ownership für das Sektorprogramm NHSP-I, was sich beim Folgeprogramm NHSP-II (2011-2016) noch verstärkt hat. Der Sektordialog führte zu gegenseitigem Vertrauen, was zu einer verbesserten Umsetzung der Maßnahmen beitrug. Die FZ-Maßnahme leistete damit nicht nur einen entwicklungspolitischen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung, sondern (über ihre Integration in das Sektorprogramm NHSP-I) auch zu den Bemühungen des Landes, die externe Unterstützung zu harmonisieren.

Allerdings ist die Umsetzung in einem föderalen System Neuland und erfordert eine grundlegende Anpassung, welche noch nicht erfolgt ist. Nachfrageorientierte Maßnahmen (wie z.B. die Einführung einer Krankenversicherung) fehlten überwiegend in NHSP-I, wurden jedoch im späteren Nachfolgeprogramm NHSS umgesetzt.

Ein funktionierendes Instandhaltungssystem für medizintechnische Geräte kann in einem dezentralisierten System nur dann funktionieren, wenn die Zuständigkeiten geklärt, ausreichend ausgebildet sind und mit entsprechenden finanziellen Mitteln ausgestattet werden. Grundsätzlich ist eine erfolgreiche Umsetzung des Subsidiaritätsprinzips nur dann möglich, wenn entsprechende Kapazitäten und Finanzen auf allen Ebenen vorhanden sind.

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).

Datenquellen und Analysetools: Literatur (siehe Anlage und Hinweise in den jeweiligen Fußnoten), BE 2007-2022, PP und AK, Diverse Datenbanken (z. B. World Development Indicators).

Interviewpartner²⁵: Gesprächspartner online vor der Mission: 10 Interviews á 60 Minuten, v. a. mit ehemaligen Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums, Gebern und Consultants; Gesprächspartner während der Mission: Gesundheitsministerium (4) Finanzministerium (1), Family Welfare Division (3), GIZ (3), Führungskräfte der Gesundheitseinrichtungen (24), Führungskräfte der Distriktlagerhäuser (6), Sonstige (6).

Der Analyse der Wirkungen liegen angenommene Wirkungszusammenhänge zugrunde, dokumentiert in der bereits bei Projektprüfung entwickelten und ggf. bei Ex-post-Evaluierung aktualisierten Wirkungsmatrix. Im Evaluierungsbericht werden Argumente dargelegt, warum welche Einflussfaktoren für die festgestellten Wirkungen identifiziert wurden und warum das untersuchte Projekt vermutlich welchen Beitrag hatte (Kontributionsanalyse). Der Kontext der Entwicklungsmaßnahme wird hinsichtlich seines Einflusses auf die Ergebnisse berücksichtigt. Die Schlussfolgerungen werden ins Verhältnis zur Verfügbarkeit und Qualität der Datengrundlage gesetzt. Eine Evaluierungskonzeption ist der Referenzrahmen für die Evaluierung.

Die Methode bietet für Projektevaluierungen ein – im Durchschnitt - ausgewogenes Kosten-Nutzen-Verhältnis, bei dem sich Erkenntnisgewinn und Evaluierungsaufwand die Waage halten, und über alle Projektevaluierungen hinweg eine systematische Bewertung der Wirksamkeit der Vorhaben der FZ erlaubt. Die einzelne Ex-post-Evaluierung kann daher nicht den Erfordernissen einer wissenschaftlichen Begutachtung im Sinne einer eindeutigen Kausalanalyse Rechnung tragen.

Folgende Aspekte limitierten die Evaluierung: Es konnten keine Budgets und Einnahmenüberschussrechnungen für Gesundheitseinrichtungen gewonnen werden.

²⁵ Zahlen in Klammern geben die Zahl der Gesprächspartner an.

Methodik der Erfolgsbewertung

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis:

AK	Abschlusskontrolle
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CT	Computertomographie
CRS	CRS Company Nepal
DAC	Development Assistance Committee
DFID	Department for International Development
EUR	Euro
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
FPAN	Family Planning Association Nepal
FZ E	FZ Evaluierung
HDI	Human Development Index
JAR	Joint Annual Review
JCM	Joint Consultative Meetings
KV	Kooperationsvorhaben
MDG	Millennium Development Goal
MoF	Ministry of Finance
MoHP	Ministry of Health and Population
MRT	Magnetresonanztomographie
NCD	Non-communicable diseases
NGO	Nicht-Regierungsorganisation
NHSP	National Health Sector Programme
NHSS	National Health Sector Strategy
ODA	Official Development Assistance
OOP	Out-of-pocket
PPP	Public-Private-Partnership
PV	Programmorschlag
PHCC	Primary Health Care Centers
PM	Prozessmanagement

QM	Qualitätsmanagement
SDGs	Sustainable Development Goals
SWAp	Sector-wide approach
TB	Tuberkulose
UHC	Universal Health Coverage
WB	Weltbank

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: Outcome-Ziel war, den Zugang zu einer wirksamen Gesundheitsversorgung insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu verbessern.			Da der Outcome die Nutzung der bereitgestellten Kapazitäten erfasst (und nicht nur den geschaffenen Zugang), haben wir das Outcome-Ziel hinsichtlich Nutzung angepasst.			
Bei EPE (falls Ziel modifiziert) Das im Rahmen der EPE angepasste Ziel war, die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen insbesondere bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu verbessern.						
Indikator	Bewertung der Angemessenheit (angemessen; teilweise angemessen; nicht angemessen)	Begründung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP Optional: Zielniveau EPE	Status PP (2006)	Status AK (2021)	Optional: Status EPE (2023)
Indikator 1 (PP)	Anstieg des Anteils von Frauen in der Altersgruppe der 15-49-Jährigen, die eine moderne Verhütungsmethode nutzen (kontrazeptive Prävalenzrate).		Anstieg	44,2	46,7 (2019)	43 (NDHS) Wert nicht erfüllt
Indikator 2 (PP)	Verbesserung der Medikamentenverfügbarkeit in Basisgesundheitsseinrichtungen		Anstieg	k.A.	92,6 (2014 WHO)	Über 90 % (NHFS 2021 und Stichproben vor Ort) Wert erfüllt
Indikator 3	In mindestens 80 % der Gesundheitseinrichtungen im EZ-Programmbereich hat sich die			k.A.	22% zufrieden 71% sehr zufrieden 7% außerordentlich	79 – 89% (NHFS 2021 und Stichproben vor Ort)

	anhand von Nutzerbefragungen bewertete Qualität der Versorgung gegenüber der Voruntersuchung in 2004 verbessert (Erhebung durch GTZ in 2010)				zufrieden (GIZ, 2010-11?)	Aufgrund fehlender Vergleichbarkeit mit Vorwerten wird dieser Indikator nicht gewertet.
--	--	--	--	--	---------------------------	---

Projektziel auf Impact-Ebene				Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)		
Bei Projektprüfung: Das Vorhaben sollte einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung und zur Erreichung der gesundheitsbezogenen Millennium-Entwicklungsziele (MDGs) in Nepal leisten (Oberziel=Impact-Ziel)				angemessen		
Bei EPE (falls Ziel modifiziert):				Keine Modifikation		
Indikator	Bewertung der Angemessenheit (angemessen; teilweise angemessen; nicht angemessen)	Begründung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP / EPE (neu)	Status PP (2006)	Status AK (2021)	Status EPE (2023)
Indikator 1 (PP)	Senkung der Müttersterblichkeitsrate		Senkung	218/415 pro 100.000 Lebendgeburten	239 (NDHS 2016) 190 (WHO Schätzung)	151 (National Population and Housing Census 2021) 174 (WHO)
Indikator 2 (PP)	Senkung der Säuglingssterblichkeitsrate		Senkung	48 pro 1000 Lebendgeburten	23 (NDHS 2016)	28 (NDHS 2022)

Indikator 3 (PP)	Senkung der Sterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren.		Senkung	61 pro 1000 Lebendgeburten	38 (NDHS 2016), laut JAR bereits in 2014 erreicht	33 (NDHS 2022)
Indikator 4 (PP)	Senkung der Fertilitätsrate		Senkung	3,1	2,3 (NDHS 2016)	2,1 (2022)

Anlage Risikoanalyse

Risiko	Relevantes OECD-DAC Kriterium
Verschlechterung der Sicherheitslage, Wiederaufflammen des Bürgerkrieges - temporär eingetreten während des Erdbebens 2015	Relevanz, Nachhaltigkeit
Akzentverschiebung der künftigen Gesundheitspolitik - eingetreten bzgl. Dezentralisierung	Nachhaltigkeit
Durchführungsverzögerungen und daraus resultierende Kostensteigerungen - eingetreten	Effizienz
Unzureichende Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen mit Personal, medizinischen Geräten und Betriebsmitteln, unzureichende Instandhaltung der medizinischen Infrastruktur – teilweise eingetreten	Nachhaltigkeit
Geringe Nutzung von Gesundheitsleistungen - teilweise eingetreten	Effektivität, Impact, Nachhaltigkeit
Unzureichende Reformumsetzung - Eingetreten bzgl. Dezentralisierung, da unklare Kompetenzen und Finanzverteilung	Nachhaltigkeit
Unzureichende Finanzierung des Gesundheitswesens – nach wie vor problematisch, allerdings wurde die Krankenversicherung eingeführt	Nachhaltigkeit

Anlage Projektmaßnahmen und deren Ergebnisse

Im Rahmen des FZ-Vorhabens waren folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. Landesweite Bereitstellung von Basismedikamenten für den Zeitraum Mitte 2008 bis Mitte 2010 und oralem Rehydratationssalz (ORS) für den Bedarf von drei Jahren für Dorfgesundheitsposten (SHP), Gesundheitsposten (HP) und Gesundheitszentren (PHCC)
2. Landesweite Bereitstellung von Kontrazeptiva über den öffentlichen Sektor, NGOs und Social Marketing sowie Bereitstellung von ORS über Social Marketing
3. Bau und Ausstattung von bis zu 8 Lagerhäusern auf Distriktebene zur weiteren Unterstützung der Ausweitung eines dezentralen, nachfrageorientierten Logistiksystems („pull system“).
4. Unterstützung und Expansion von Social-Franchising-Ansätzen im Bereich Familienplanung, sexuelle und reproduktive Gesundheit einschließlich Entwicklung und ggf. pilothafter Erprobung eines Gutscheinsystems
5. Etablierung eines Managementsystems für die Instandhaltung medizinischer Geräte und Vergabe von Wartungsverträgen an privatwirtschaftliche Konzessionäre (Public-Private-Partnerships)
6. Fortführung eines von der GIZ verwalteten Start-up Funds zur Durchführung kleinerer Investitionsmaßnahmen (Rehabilitierung und Ausstattung von Basisgesundheitsseinrichtungen) in den Programmdistrikten sowie in Sammellagern für ehemalige Maoistenkämpfer (PLA-cantonments) und deren umliegenden Gemeinden
7. Begleitende Consultingleistungen

Es sollten folgende Ergebnisse erzielt werden:

1. Zeitgerechte Bereitstellung qualitativ hochwertiger und kostengünstiger Medikamente für Basisgesundheits-einrichtungen.
2. Verbesserung des Zugangs zu Familienplanung und reproduktiven Gesundheitsdiensten unter Einbeziehung nicht-staatlicher Träger.
3. Verbesserung der Wartung medizinischer Ausstattung in ausgewählten Einrichtungen unter Nutzung von komparativen Vorteilen des Privatsektors.
4. Verbesserung von Basisinfrastruktur in ausgewählten EZ-unterstützten Distrikten sowie in und um PLA-cantonments unter Einbeziehung kommunaler Eigenbeiträge.

Die 3. Phase des TZ-Vorhabens umfasste drei Komponenten: „Dezentralisierung und Qualitätsverbesserung“, Zugangserleichterung zur Gesundheitsversorgung“ sowie „Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit“. Hierfür wurden Beratung, Fortbildung und Schulung, örtliche Zuschüsse, Studien und Seminare sowie ergänzende Sachgüter bereitgestellt. Unter dem Dach des NHSP verfolgten FZ und TZ eine gemeinsame Strategie und ergänzen einander sowohl bezüglich Zielsetzung als auch auf der Leistungsebene. Bezüglich Qualität und Akzeptanz von Gesundheitsleistungen kam der Versorgung mit Basismedikamenten und Kontrazeptiva durch FZ eine Schlüsselrolle zu, wodurch auch die Wirksamkeit der TZ in Bezug auf einen verbesserten Zugang benachteiligter Bevölkerungsgruppen verstärkt wurde. Die FZ-Infrastrukturmaßnahmen über den Start-up Fund unterstützten die Wirkung der TZ-Maßnahmen. Die politikberatenden bzw. kapazitätsbildenden TZ-Maßnahmen wiederum verbessern die Voraussetzungen für die effiziente Nutzung und Wirksamkeit der FZ-Maßnahmen.

Im Wesentlichen wurden die Maßnahmen 1 und 2 im Zeitraum 2008 bis 2012 erfolgreich durchgeführt. Die Beschaffung des Bedarfes von drei Jahren für Basismedikamente und ORS wurde im Jahre 2009 erfolgreich abgeschlossen. Die Beschaffung von oralen Kontrazeptiva, Kondomen und 3-Monatsspritzen erfolgte bis Ende 2011 und deckte den initial kalkulierten Bedarf für drei Jahre. Aufgrund effizienter Beschaffungsprozesse, welche durch den Internationalen Consultant (IC) unterstützt wurden, und die Begleitung der CRS im Social Marketing und Franchising durch qualifizierte Beratungsfirmen ergaben sich höhere Verkaufserlöse und Einsparungen, die im Laufe der folgenden Jahre für den Kauf weiterer Kontrazeptiva genutzt wurden.

Die bei Planung in Erwägung gezogene Einführung eines Gutscheinsystems wurde nicht umgesetzt, einerseits aufgrund der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, andererseits da die Kapazitäten von CRS im Nachhinein als nicht ausreichend für die Umsetzung eingeschätzt wurden. Besonders zu erwähnen ist im Zusammenhang mit den

Beschaffungen, dass regelmäßige Qualitätskontrollen für alle Lieferungen integraler Bestandteil des Prozesses waren, sowohl in Form von Pre- als auch Post-Shipment Inspektionen. Diese Vorgehensweise wurde mittlerweile für alle Medikamentenbeschaffungen im öffentlichen Gesundheitswesen in Nepal institutionalisiert.

USAID änderte im Laufe des Jahres 2012 sein Konzept und förderte die Social Franchising Komponente von CRS weiterhin, jedoch nicht mehr im Rahmen des ursprünglichen gemeinsamen Gesamtvorhabens.

Unter dem Start-up Fund wurden zahlreiche kleinere Gesundheitseinrichtungen der Primärebene in mehreren Distrikten bis Ende 2012 rehabilitiert und ausgestattet. Um die institutionellen Kapazitäten auf lokaler Ebene zu stärken, wurde der Fonds in die entsprechenden Distriktentwicklungsfonds integriert. Hierdurch ergab sich ein deutlich größerer Umfang der Maßnahmen insofern, als dass die lokalen Selbstverwaltungsorgane unter deutlicher Steigerung des Eigenanteiles mehr an ihren Bedarfen umsetzten. Dieser sollte bei mindestens 10 % liegen, wurde aber vielerorts mit mehr als 30 % dokumentiert.

Die Lagerhäuser konnten nicht, wie im PV angenommen, in acht Distrikten errichtet werden, sondern nur an drei Standorten, namentlich in Jajarkot, Lamjung und Sindhupalchowk. Wesentliche Gründe hierfür waren unerwartete schwierige Terrains (begrenzte Verfügbarkeit von flachem Bauland) mit konsequenten Änderungen im Design und die schwere Zugänglichkeit der Distrikte. Ein Teil der Kostensteigerungen war auch einer größeren Dimensionierung bei gestiegenem Platzbedarf der Lagerhäuser geschuldet, sowie allgemeinen Preissteigerungen und einer ungünstigen Entwicklung des Umtauschkurses. Diese Komponente wurde in 2012 ebenfalls abgeschlossen.

Eine wesentliche Verlängerung der Laufzeit ergab sich durch die Wartungskomponente. Die Etablierung eines Managementsystems für die Instandhaltung von medizintechnischen Geräten und der Vorschlag eines Outsourcing von Wartungsverträgen an privatwirtschaftliche Firmen stellten im nepalesischen Kontext ein völliges Novum dar, was im Laufe der Jahre einen erheblichen Bedarf an Beratungs- und Consultingleistungen sowie an Kapazitätsaufbau ergab. Reguläre Wartung war nur bei sehr komplexen (und hochpreisigen) Geräten wie Magnet Resonanz Tomographien (MRT) oder Computer Tomographien (CT) üblich bekannt und in der Regel Bestandteil der Lieferverträge bei Beschaffung. Für die Konzeption mussten zunächst Art und Umfang der Geräte, die für eine Wartung in Frage kamen, nach Komplexität der Funktion definiert werden, die Art der Wartung (präventiv im Sinne von regulärer Wartung oder korrektiv im Sinne von Reparaturen), sowie die Art der Gesundheitseinrichtungen bzw. die Versorgungsebene, die in ein landesweites Wartungskonzept inkludiert werden könnten. Parallel dazu mussten Kriterien für die Qualifikationen von Firmen und eine Bestandsaufnahme von geeigneten Unternehmen erarbeitet und mit den entsprechenden Ausschreibungen die Rahmenbedingungen für deren Engagement im Rahmen eines PPP festgelegt werden.

Im Zuge lokaler Assessments wurde weiterhin festgestellt, dass die Wartung kleinerer und wenig komplexer Geräte (wie Absaugpumpen, Blutdruckmessgeräte) sowohl unter praktischen als auch ökonomischen Gesichtspunkten vor Ort stattfinden muss, dies aber den Auf- und Ausbau lokaler technischer Kapazitäten erfordert. Wenige Krankenhäuser verfügten über geschulte Techniker, die reguläre Wartungen und Kleinreparaturen durchführten. Dieser Punkt wurde im Zuge des Gesamtkonzepts zur Sicherstellung der Funktionalität von medizintechnischer Krankenhausausrüstung berücksichtigt.

Zu Beginn konnte das MoHP davon überzeugt werden, das Konzept des Outsourcing in einer Pilotphase umzusetzen und zu erproben sowie in den Distrikten zu implementieren, in denen die deutsche EZ bei diverser früherer Vorhaben intensive Unterstützung geleistet hatte (Regionen Far West und Mid West). Eine weitere Vorbedingung für den Erfolg und die Nachhaltigkeit dieser Komponente und ihrer Verankerung im Management von Gesundheitseinrichtungen war die Schaffung einer eigenständigen Einheit im Ministerium mit ausreichend Budget und Personal zur Ausdehnung des Konzeptes (bei positivem Ergebnis der Pilotphase) und seiner Fortführung nach Beendigung der externen Unterstützung (FZ). Hierzu wurde vereinbart, dass das Ministerium eine neue Einheit, die Physical Asset Management Unit (PAM-Unit), unter der Management Division (MD) bildet, welche für die Planung, Budgetierung und das Monitoring der Wartungsverträge zuständig ist. Diese Bedingung wurde, ebenso sowie die Übernahme eines Eigenanteiles von 20 % der Kosten der Wartungsverträge (während der Pilotphase), seitens des MoHP erfüllt.

Die Ergebnisse der Pilotphase, während der die Wartung von insgesamt 1.240 Geräten (mittlerer Komplexität) an über 50 Krankenhäusern und Distriktlagerhäusern in regelmäßigem Turnus präventiv, und bei Bedarf korrektiv erfolgte, ergab insgesamt positive Ergebnisse und fand auch die Aufmerksamkeit anderer Geber. Flankiert wurde die regelmäßige Wartungstätigkeit durch Trainingsmaßnahmen und Workshops für Techniker der betreuten Krankenhäuser, um deren Kompetenzen bei der Wartung von Kleingeräten zu verbessern und sie in das Reporting an den Main Contractor (MC), die Firma Hospitec Enterprises und an die PAM-Unit einzubinden. In 2014 wurde zunächst die Ausdehnung der Pilotphase auf weitere Regionen Nepals beschlossen (West, East und Central). Hierzu war die Inventarisierung der in Frage kommenden Geräte erforderlich, die als Zusatzaufgabe (Rapid Inventory Assessment (RIA))

durch den IC durchgeführt wurde. Die nepalesische Regierung hat in der Konsequenz der erfolgreichen Pilotierung beschlossen, die Instandhaltung medizinischer Geräte mit mittlerem Anspruchsniveau landesweit durch Wartungsverträge mit dem Privatsektor (PPP) sicher zu stellen, wobei die Vertragsfirmen über den nepalesischen Haushalt finanziert werden. Das MoHP bat Mitte November 2017 um weitere Unterstützung (Finanzierung der Consultingleistung) bei der Etablierung und Konsolidierung des sich bis dato positiv entwickelnden Managementsystems für Gerätewartungen. Auf Anregung des MoHP wurde in 2018 auch eine Studie zur wissenschaftlichen Auswertung und Beurteilung der Kosteneffizienz des Konzeptes in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse die Entscheidung zum landesweiten Outsourcing von Wartungsverträgen stützten. Die Studie der Universität Heidelberg wurde als wissenschaftliche Begleitforschung aus Mitteln des Studien- und Beratungsfonds (SBF) finanziert.

Im Sommer 2017 wurden Verträge an drei Firmen vergeben, welche die präventive Wartung nach vorgegebenem Zeitplan (Planned Preventive Maintenance, PPM) vornahmen, sowie auch die korrektive Wartung bei Bedarf. Insgesamt waren 178 Krankenhäuser in allen Provinzen mit einer Gesamtzahl von über 5.000 Geräten eingebunden. Die sieben Provinzen waren in drei Lose aufgeteilt und eine Laufzeit von vier Jahren mit insgesamt acht PPM-Zyklen

(turnusmäßige Besuche des jeweiligen MC alle sechs Monate) vereinbart. Die Gesamtkosten, welche vom MoHP erbracht wurden, beliefen sich bei Vertragsabschluss auf 536,36 Mio. NPR (rund 4,26 Mio. EUR). Die Vergabe von Instandhaltungsaufgaben an Privatfirmen war landesweit fest etabliert und wurde während der verlängerten Unterstützung des IC umgesetzt. Die vorgesehene Dauer wie auch die entsprechenden Kosten der Consultingmaßnahmen für die Komponente Wartung hat sich somit erheblich verlängert. Die Begleitung und Unterstützung des Ministeriums und der PAM-Unit durch einen IC war sowohl während der Pilotphase als auch danach unabdingbar und hatte bis 2019 zur Konsolidierung des landesweiten Ansatzes beigetragen.

Bedauerlicherweise führten danach Zuständigkeitsdiskussionen im Rahmen der Dezentralisierung im nepalesischen Gesundheitswesen dazu, dass das bis dato erfolgreiche Wartungssystem in dieser Form nicht mehr landesweit aufrecht erhalten konnte. Die Wartungsverträge mit den 3 Kontraktoren wurden vom MoHP nicht mehr weiterfinanziert, lediglich die Wartungstechniker in den größeren Krankenhäusern, allerdings größtenteils über zeitlich befristete Verträge. Die Nachhaltigkeit dieser bis 2019 sehr erfolgreichen Komponente wurde daher wieder eingeschränkt.

Anlage Empfehlungen für den Betrieb

Von den während der Abschlusskontrolle erteilten Empfehlungen, die die Wartungskomponente betrafen, ist tatsächlich der Abschluss *langfristiger* Arbeitsverträge für die bereits ausgebildeten und angestellten Wartungstechniker relevant, um eine bessere Mitarbeiterbindung zu erreichen, Verluste im institutionellen Know-how zu vermeiden und die Kontinuität von Überwachung und Steuerung zu sichern.

Die Empfehlungen in AK, die das Management der Verträge der Maintenance-Kontraktoren betrafen, sind nicht mehr relevant, da diese Verträge ab 2019 nicht mehr bestanden. Allenfalls relevant sind die Empfehlungen, die im Rahmen des nach der AK initiierten Maintenance Assessments getroffen wurden – hier empfiehlt sich eine genaue Überprüfung von deren Umsetzbarkeit in den neu geschaffenen dezentralisierten Strukturen.

-

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

Relevanz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 1: Ausrichtung an Politiken und Prioritäten			2	0	
1.1 Sind die Ziele der Maßnahme an den (globalen, regionalen und länderspezifischen) Politiken und Prioritäten, insbesondere der beteiligten und betroffenen (entwicklungspolitischen) Partner und des BMZ, ausgerichtet?	Inwieweit passen die Ziele zu der nationalen Strategie NHSP (2005-2010)?	Zielsystem des NHSP und Indikatoren			
1.2 Berücksichtigen die Ziele der Maßnahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapazitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.))?	Steht dem NHSP juristisch oder ethnisch irgendetwas entgegen?	Befragungen vor Ort, Zielsetzungs-Abgleich auf lokaler Ebene			
Sonstige Evaluierungsfrage 1 Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert?	Bestand vor allem Bedarf an Basismedikamenten und Kontrazeptiva in 2006? Wie sah es mit der Geräewartung aus im medizinischen Bereich?	ZG-Interviews vor Ort Abfrage bei Consultant			

Sonstige Evaluierungsfrage 2 Wurden dabei die Bedürfnisse und Kapazitäten besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht ¹ , Ethnizität, etc.) berücksichtigt? Wie wurde die Zielgruppe ausgewählt?	Zielgruppe war die Gesamtbevölkerung Nepals, die Indikatoren konzentrieren sich jedoch auf Frauen und Kinder	Stichprobenartige Befragung vor Ort			
Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZ E spezifische Frage)	Nein, s.o.	Indikatoren in PV fast allesamt genderspezifisch auf Frauenförderung ausgerichtet			
Bewertungsdimension 2: Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			2	0	
2.1 Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert?					
2.2 Wurden dabei die Bedürfnisse und Kapazitäten besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.)	Ja, denn die Zielgruppe war die Gesamtbevölkerung Nepals, die Indikatoren konzentrierten sich allerdings auf Frauen und Kinder				

¹ Wurden die Genderwirkungspotenziale und Hindernisse im Modulvorschlag angemessen analysiert (z.B. im Rahmen der Zielgruppenanalyse oder einer separaten Genderanalyse) und in der Vorhabenskonzeption berücksichtigt?

berücksichtigt? Wie wurde die Zielgruppe ausgewählt?					
2.3 Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZ E spezifische Frage)	Nein	Vorhaben hat Genderwirkungspotential auch durch die Familienplanungskomponente, fördert Vereinbarkeit von Familie und Beruf			
Bewertungsdimension 3: Angemessenheit der Konzeption			2	0	
3.1 War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet zur Lösung des Kernproblems beizutragen?	Das Programm hatte 6 Komponenten 1.Basismedikamente/OSS 2.Lagerhäuser (3 von 8) 3.Start-up-Fonds 4.Kontrazeptiva 5.Social Franchising 6.Wartungssystem PPP	Vor-Ort-Validierung, ob dies nicht zu unterschiedlich war mit den vielen Komponenten			
3.2 Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel (Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Zielsystems sowie der dahinterliegenden Wirkungsannahmen)?		Anlage 1 des PV und NHSP I			
3.3 Waren die gewählten Indikatoren und deren Wertbestückung in ihrer Gesamtheit angemessen (zur Beantwortung eine der folgenden Angaben auswählen: Indikatoren und Wertbestückung waren angemessen / teilweise angemessen / nicht angemessen)? Die Begründung erfolgt differenziert nach Indikatoren in Anlage 1. (FZ E spezifische Frage)	Grundsätzlich ja, bis auf die Zufriedenheitsanalyse, die sich auf eine verspätet durchgeführte Basiserhebung der GIZ stützte und in dieser Form zum Evaluierungszeitpunkt nicht aktualisiert werden konnte.				

3.4 Bitte Wirkungskette beschreiben, einschl. Begleitmaßnahmen, ggf. in Form einer grafischen Darstellung. Ist diese plausibel? Sowie originäres und ggf. angepasstes Zielsystem unter Einbezug der Wirkungsebenen (Outcome- und Impact) nennen. Das (angepasste) Zielsystem kann auch grafisch dargestellt werden. (FZ E spezifische Frage)	Durch Verbesserung der Verfügbarkeit und Qualität von Basisgesundheitsleistungen einschließlich Leistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sollen Gesundheitseinrichtungen in die Lage versetzt werden, Krankheiten besser vorzubeugen, zu diagnostizieren bzw. zu behandeln sowie den Bedarf an Leistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu decken. Gleichzeitig soll dadurch auch die Attraktivität und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen bzw. den von diesen erbrachten Leistungen erhöht werden.	Siehe Anlage 1 des PV und Hauptteil unter 'Relevanz'
3.5 Inwieweit ist die Konzeption der Maßnahme auf einen ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung (Zusammenspiel der sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen der Nachhaltigkeit) hin angelegt?	Zusammenhang zwischen Rückgang der Geburtenrate, wirtschaftlicher Aktivität von Frauen und nachfolgendem Wirtschaftswachstum auch in Nepal zutreffend?	Jährliche Analysen von EIU und WB
3.6 Bei Vorhaben im Rahmen von EZ-Programmen: ist die Maßnahme gemäß ihrer Konzeption geeignet, die Ziele des EZ-Programms zu erreichen? Inwiefern steht die Wirkungsebene des FZ-Moduls in einem sinnvollen Zusammenhang zum EZ-Programm (z.B. Outcome-Impact bzw. Output-Outcome)? (FZ E spezifische Frage)	Gegencheck: Gab es einen Teil A des PV?	
Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?	Da sich das Volumen des Vorhabens durch den Ausstieg von USAID mehr als halbiert hat, gab es Misserfolge in der Familienplanungskomponente, die wir berücksichtigen sollten?	USAID hatte budgetaire Gründe, ihre Kofinanzierung zurückzuziehen

	Vergleich des sonstigen Maßnahmenbündels in PV und AK, hat sich da was verändert (außer weniger Lagerhäuser, die gebaut wurden)?				
Bewertungsdimension 4: Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit			2	0	
4.1 Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?					

Kohärenz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 5: Interne Kohärenz (Arbeitsteilung und Synergien der deutschen EZ):			2	0	
5.1 Inwiefern ist die Maßnahme innerhalb der deutschen EZ komplettär und arbeitsteilig konzipiert (z.B. Einbindung in EZ-Programm, Länder-/Sektorstrategie)?	Gibt es ein EZ-Programm mit Teil A und eine Sektorstrategie?	Damaligen und heutigen Länderbeauftragten kontaktieren GIZ			
5.2 Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?	Zusammenarbeit zwischen FZ und TZ im Rahmen dieses Programms, z.B. beim Start up-Fonds und bei der Gerätewartung vor Ort	Befragung der TZ-Verantwortlichen vor Ort			

5.3 Ist die Maßnahme konsistent mit internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt (z.B. Menschenrechte, Pariser Klimaabkommen etc.)?	Ja, sie trifft die SDG Gesundheit				
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Erkenntnisse aus bisherigen Evaluierungen der FZ und TZ	Evaluierung SWAP und Distriktgesundheit			
Bewertungsdimension 6: Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung im zum Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ):			2	0	
6.1 Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?	Teile des nationalen Programms NHSP wurden mit diesem KV unterstützt	Eigenanteil der Partnerregierung am NHSP ca. 50 %			
6.2 Ist die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?	Was ist mit dem von USAID unterstützten Nepal Social Marketing and Franchise Project N-MARC und dem Nepal Family Health Program (NFHP II)? Warum hat sich USAID aus der Kofinanzierung dieses Vorhabens zurückgezogen?	Besprechung mit USAID-Mitarbeiter (NUR PANT)			
6.3 Wurde die Konzeption der Maßnahme auf die Nutzung bestehender Systeme und Strukturen (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für die Umsetzung ihrer Aktivitäten hin angelegt und inwieweit werden diese genutzt?	Welche Strukturen wurden im Rahmen der Vorgänger-Vorhaben und des NHSP aufgebaut, die jetzt genutzt werden können?	Gespräche mit den anderen Gebern vor Ort (USAID, TZ)			

6.4 Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für Monitoring/Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?	Gibt es Geberrunden im Gesundheitsbereich, z.B. im Rahmen des Joint Annual Reviews (JAR)? Wie effizient sind diese? Weiterentwicklung NHSP I zu II und des pooling – mechanisms/SWAp: hat der anteilig zugenommen an der Geberfinanzierung?	LFK vor Ort Review JAR MOF; MoHP, WB und DFID
--	---	---

Effektivität

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 7: Erreichung der (intendierten) Ziele			3	0	
7.1 Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. PU-Maßnahmen)? Indikatoren-Tabelle: Vergleich Ist/Ziel	1. CYP steigt über 44%, blieb aber bei 47% und erreichte damit nicht das Ziel des PV von 55% 2. Medikamentenverfügbarkeit verbessert, AK 92 %, und jetzt bei EPE? 3. Zufriedenheit mit der Qualität der Gesundheitsdienstleistungen über 80%? Lt AK wurden die Ziele teilweise erreicht. Bei PV gab es jedoch noch weniger konkrete Benchmarks als in der AK, lediglich von ‚Verbesserung‘ war die Rede. Nur der 3. Indikator spricht nicht von ‚Verbesserung‘, sondern nennt als Benchmark 80% (Zufriedenheit).	Zu 1. DoHS Annual report gemäß AK Tz 4.02, JAR, NHSP, UNFPA Zu 2. DoHS stock out rates gemäß S.16 der AK zu 3. Abschlussbericht der GIZ von 2021 erbeten zum Update im Rahmen des KV. Vergleich der erreichten Indikatoren mit der parallelen 3.Phase der GIZ. Gibt es hierzu eine Evaluierung?			

	Wann haben sich die hohen Benchmarks eingefügt im Laufe der BE's, und waren sie nicht zu hoch angesetzt (44 auf 55% CYP und 95% kostenlose Medikamentenverfügbarkeit in Indikator 2 (Free Drug Initiative)? Indikator 3 wurde in der AK entfernt, macht dies Sinn, oder gibt es noch eine Zufriedenheitsmessung später von der GIZ?				
Bewertungsdimension 8: Beitrag zur Erreichung der Ziele:				3	0
8.1 Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? (Lern-/Hilfsfrage)	Gab es Anpassungen des bei PV geplanten Maßnahmenbündels? Wie erfolgte die Auswahl des Finanzierungsgegenstandes im Rahmen des 'offenen Programms' (Sektorprogramms)? Wie genau erfolgte der Beschaffungsprozess für Basismedikamente, und was genau hat die FZ/TZ daran verbessert?	Vergleich der geplanten und durchgeführten Einzelmaßnahmen in AK. Hier fällt auf, dass die Familienplanungskomponente von USAID nicht weitergeführt wurde, jedoch die Gründe werden nicht klar. Weshalb wurde die die Familienplanungskomponente mit CRS und FPAN durchgeführt, und machte das Sinn im Nachhinein?			
8.2 Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?	1. Basismedikamente 2. Lagerhäuser 3. Kontrazeptiva 4. Social Franchising Fam.planung 5. Instandhaltung med. Geräte, Wartungsverträge 6. Start up-Fonds GIZ	Besichtigungen und Befragungen vor Ort nach BE/AK-Recherche und Besprechung mit TZ-Verantwortlichen Zur Wartungskomponente vor-Ort-Besuch in Far West und Mid West – LFK Reise Kontakt zu IC, der die Wartungskomponente mitbetreute			
8.3 Inwieweit ist der gleiche Zugang zu erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten (z.B.	Ist der Zugang zu allen Gesundheitsdienstleistungen in Nepal wirklich für alle Bevölkerungsgruppen kostenlos?	MoHP			

diskriminierungsfrei, physisch erreichbar, finanziell erschwinglich, qualitativ, sozial und kulturell annehmbar) gewährleistet?	Wie finanziert sich das Gesundheitssystem mittlerweile seitens der Nachfragenden? Welchen Anteil macht die seit 6 Jahren eingeführte Krankenversicherung in Nepal aus – und wer kann sie sich leisten?	
8.4 Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?	Kontributionsanalyse auf Basis von Plausibilität zur Entwicklung der Indikatoren	Vergleich PV-AK Indikatoren im Rahmen des NHSP I und III
8.5 Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	Wie sehen die aktuellen Outcome- Indikatoren 1-3 heute aus, siehe oben Frage 1 bei Effektivität?	AK, aktuelle Zahlen von MoHP und GIZ
8.6 Hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler beteiligter und betroffener Gruppen (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), beigetragen?	Wurden vulnerable Gruppen durch die Gebührenfreiheit für Gesundheitsdienstleistungen erreicht, nutzen sie die Gesundheitseinrichtungen? Die Belegungsrate für Krankenhäuser ist vergleichsweise niedrig. Warum?	Interviews im MoHP
8.7 Gab es Maßnahmen, die Genderwirkungspotenziale gezielt adressiert haben (z.B. durch Beteiligung von Frauen in Projektgremien, Wasserkomitees, Einsatz von Sozialarbeiterinnen für Frauen, etc.)? (FZ E spezifische Frage)	Wurden vulnerable Gruppen durch die Gebührenfreiheit für Gesundheitsdienstleistungen erreicht, nutzen sie die Gesundheitseinrichtungen? Die Belegungsrate für Krankenhäuser ist vergleichsweise niedrig. Warum?	Interviews im MoHP
8.8 Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? (Lern-/Hilfsfrage)	Welchen Einfluss hatte der vergleichsweise hohe Eigenbeitrag auf die Erreichung der Ziele, ist eine vergleichsweise hohe Ownership feststellbar im Gesundheitssektor?	Gespräche mit PT und GIZ sowie früheren PM (s.INPRO), frühere BE Literaturrecherche

	Welche Faktoren führten zum Erfolg/Scheitern der Wartungskomponente (PPP)?	Gespräche mit PPP für Wartung			
8.9 Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme (auch unter Berücksichtigung der vorab antizipierten Risiken)? (Lern-/Hilfsfrage)	Einfluss des Erdbebens und des Maoisten-Krieges auf die Projektdurchführung	Gespräche mit PT und GIZ sowie früheren PM (s.INPRO), frühere BE Literaturrecherche			
Bewertungsdimension 9: Qualität der Implementierung			3	0	
9.1 Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten?		Gespräche mit PT und GIZ und dem Consultant			
9.2 Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an der Maßnahme durch die Partner/Träger zu bewerten?		Gespräche mit damaligen Mitarbeitern des MoHP und damaligen Nutzern von Gesundheitsdienstleistungen Gespräche mit vormaligen PM (s.INPRO),			
9.3 Wurden Gender Ergebnisse und auch relevante Risiken im/durch das Projekt (genderbasierte Gewalt, z.B. im Kontext von Infrastruktur oder Empowerment-Vorhaben) während der Implementierung regelmäßig gemonitort oder anderweitig berücksichtigt)? Wurden entsprechende Maßnahmen (z.B. im Rahmen einer BM) zeitgemäß umgesetzt? (FZ E spezifische Frage)	Ist genderbasierte Gewalt verbreitet und bekannt in Nepal? Was wird dagegen getan? Wie hoch ist die Problematik im Rahmen des Vorhabens?	Fragen vor Ort			

Bewertungsdimension 10: Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)	Hinweis: falls keine nicht-intendierten Wirkungen vorliegen: → Keine Gewichtung → Keine Bewertung				
10.1 Sind nicht-intendierte positive/negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar)?		Nicht bekannt			
10.2 Welche Potentiale/Risiken ergeben sich aus den positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?		Nicht bekannt			
10.3 Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/Risiken der positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?		Nicht bekannt			

Effizienz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 11: Produktionseffizienz			3	0	
11.1 Wie verteilen sich die Inputs (finanziellen und materiellen Ressourcen) der Maßnahme (z.B. nach Instrumenten, Sektoren, Teilmaßnahmen, auch unter Berücksichtigung der Kostenbeiträge der Partner/Träger/andere Beteiligte und	Wie genau erfolgten die einzelnen Finanzierungsbeiträge landesweit im Rahmen des offenen Programms? Wie hat das MoHP die einzelnen Zuwendungen und Auszahlungen gesteuert?	Auswertung BE			

Betroffene, etc.)? (Lern- und Hilfsfrage)	Stimmt die Effizienzbewertung getrennt nach 1.-6. noch aus der AK Tz 4.08 ff?	
11.2 Inwieweit wurden die Inputs der Maßnahme im Verhältnis zu den erbrachten Outputs (Produkte, Investitionsgüter und Dienstleistungen) sparsam eingesetzt (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)? Z.B. Vergleich spezifischer Kosten.	Wie hoch waren die spezifischen Kosten für die Basismedikamente und Kontrazeptiva im Vergleich?	Preisvergleich durch TSV, Einordnung im lokalen Kontext unter Hinzuziehung anderer EPE aus dem Sektor Familienplanung
11.3 Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten die Outputs der Maßnahme durch einen alternativen Einsatz von Inputs erhöht werden können (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)?	Zu Kontrazeptiva: Vergleich mit Sterilisationskosten über die Zeit	
11.4 Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?	Was ist mit dem Assessment SBF 218 TEUR zur Wartungskomponente und dessen Auswertung im operativen Bereich ?	
11.5 Waren die Koordinations- und Managementkosten angemessen? (z.B. Kostenanteil des Implementierungsconsultants)? (FZ E spezifische Frage)		keine Veränderung ggü der AK It LOGAS
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Wie verhält es sich mit den Eigenbeiträgen EB?	AK Tz 3.07
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Haben die DF-Verzögerungen zu gestiegenen Gesamtkosten geführt?	AK Tz 4.14

Bewertungsdimension 12: Allokationseffizienz			3	0	
12.1 Auf welchen anderen Wegen und zu welchen Kosten hätten die erzielten Wirkungen (Outcome/Impact) erreicht werden können? (Lern-/Hilfsfrage)	Haben die anderen Geber irgendwas ‚besser‘, effizienter gemacht?	Gebermeetings mit den Koordinatoren des NHSP (WB, DFID) und mit USAID für die Famplankomponente. USAID ist mit über 10 Mio EUR ausgestiegen			
12.2 Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – die erreichten Wirkungen kostenschonender erzielt werden können?	Hat USAID irgend etwas verändert nach seinem Ausstieg, effizienter gestaltet nach vorheriger Analyse DIESES Programms ?	Gespräch mit USAID – online-Meeting mit NUR PANT vorab			
12.3 Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – mit den vorhandenen Ressourcen die positiven Wirkungen erhöht werden können?	Haben die anderen Geber irgendwas ‚besser‘, effizienter gemacht?				
Hinweis: Falls für das Vorhaben die interne Kennung PSP (Private Sector Participation; siehe Inpro unter 1.11) vergeben wurde oder grundsätzlich eine Kooperation mit privaten Akteuren (kommerziellen Banken, Unternehmen, professionellen NGOs) in der Umsetzung von FZ besteht (Privatsektor als Instrument), muss folgende Evaluierungsfrage berücksichtigt werden:					
12.4 In welcher Hinsicht war der Einsatz öffentlicher Mittel finanziell additional?	Keine Konkretisierung notwendig				

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegen- des Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 13: Über- geordnete (intendierte) entwick- lungspolitische Veränderungen			2	0	
13.1 Sind übergeordnete entwick- lungspolitische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar? (bzw. wenn ab- sehbar, dann möglichst zeitlich spe- zifizieren)	1.Senkung der Müttersterblichkeit 2.Senkung Säuglingssterblichkeit 3. Senkung Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren 4.Senkung der Fertilitätsrate	PV Anlage 1			
13.2 Sind übergeordnete entwick- lungspolitische Veränderungen (so- zial, ökonomisch, ökologisch und deren Wechselwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstig- ten feststellbar? (bzw. wenn abseh- bar, dann möglichst zeitlich spezifi- zieren)	dito	Nationale Statistiken			
13.3 Inwieweit sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderun- gen auf der Ebene besonders be- nachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe, zu denen die Maß- nahme beitragen sollte, feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann mög- lichst zeitlich spezifizieren)	Vulnerabel sind Mütter und Kinder mehr als Väter im Projektkonzept, die Indikatoren wur- den voll nach ihnen ausgerichtet. Warum?	MoHP			
Bewertungsdimension 14: Bei- trag zu übergeordneten			2	0	

(intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen				
14.1 In welchem Umfang hat die Maßnahme zu den festgestellten bzw. absehbaren übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, tatsächlich beigetragen?	Siehe Frage 1 innerhalb des Impact-Kapitels	Nationale Statistiken		
14.2 Inwieweit hat die Maßnahme ihre intendierten (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele erreicht? D.h. sind die Projektwirkungen nicht nur auf der Outcome-Ebene, sondern auch auf der Impact-Ebene hinreichend spürbar? (z.B. Trinkwasserversorgung/Gesundheitswirkungen)	Sind die bei PV geplanten ‚Senkungen‘ erreicht worden?	Nationale Statistiken		
14.3 Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	Siehe Frage darüber			
14.4 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	Frauen und Kinder sind besonders vulnerabel, also beigetragen			

die Maßnahme beitragen sollte, beigetragen?		
14.5 Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (Lern-/Hilfsfrage)	War die Anpassung des Programms an das NHSP hilfreich, d.h. die Wahl der NHSP-Ziele und die Integration in das nationale Programm? War zu diesem Zeitpunkt die in der FZ gewählte Parallelförderung noch das bessere Instrument, oder hätte man 2006 bereits dem Pooling Mechanism beitreten können/sollen?	BE's und Gespräche mit vormaligen PM
14.6 Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (Lern-/Hilfsfrage)	Welchen Einfluss hatten Erdbeben und Maoistenkrieg	BE 2015-16
14.7 Entfaltet das Vorhaben Breitenwirksamkeit? - Inwieweit hat die Maßnahme zu strukturellen oder institutionellen Veränderungen geführt (z.B. bei Organisationen, Systemen und Regelwerken)? (Strukturbildung) - War die Maßnahme modellhaft und/oder breitenwirksam und ist es replizierbar? (Modellcharakter)	Welche Art von Vorhaben wurde danach fortgeführt von uns und anderen Gebern, mehr Individual-oder Parallelförderung oder Pooling im Rahmen von SWAps?	MoHP - Interviews
14.8 Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (entwicklungspolitische Additionalität)	Hätte es ohne FZ keine Wartungsverträge gegeben? Welches war unser ‚Mehrwert‘?	Befragung vor Ort

Bewertungsdimension 15: Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen	Hinweis: falls keine nicht-intendierten Wirkungen vorliegen: → Keine Gewichtung → Keine Bewertung				
15.1 Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?	Gibt es side effects?				
15.2 Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?	Gibt es side effects?				
15.3 Hat die Maßnahme feststellbar (bzw. absehbar) zu nicht-intendierten (positiven oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Gruppen (innerhalb oder außerhalb der Zielgruppe) beigetragen (Do no harm, z.B. keine Verstärkung von Ungleichheit (Gender/ Ethnie, etc.)?	Wer sind die Vulnerablen im Rahmen unseres Programms?				

Nachhaltigkeit

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 16: Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			3	0	
16.1 Sind die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit (nach Beendigung der Förderung) zu erhalten?	Analyse der Gesamtfinanzierung im Sektor von 2006-2022, gegliedert nach Eigenbeitrag MoHP (Budget), Nutzerbeiträgen/KV und Geberbeiträgen (pooling/non-pooling). Welche Tendenz zeigt sich hier hinsichtlich der Nachhaltigkeit? Wie sieht es aus mit der Finanzierung des Personals der Gesundheitseinrichtungen? Erfolgt die regelmäßig?	Struktur des Gesundheitsbudgets 2006-2022 Befragung Gesundheitspersonal			
16.2 Inwieweit weisen Zielgruppe, Träger und Partner eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber zukünftigen Risiken auf, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten?	Vermitteln die Genannten vor Ort einen resilienten Eindruck? Welchen Einfluss hatte das Erdbeben und hatte COVID im Sektor?	PV			
Bewertungsdimension 17: Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten:			3	0	
17.1 Hat die Maßnahme dazu beigetragen, dass die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und	Zur Finanzfrage siehe Frage 1 im Kapitel Nachhaltigkeit oben Erfolgte eine Aus-oder Weiterbildung des Trägers im Hinblick auf				

willens (Ownership) sind die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit zu erhalten und ggf. negative Wirkungen einzudämmen?	eigenständige Fortführung des Vorhabens? Dies insbesondere im Hinblick auf die Wartung der Geräte.... Wie sieht es aus mit den Lieferketten für Basismedikamente und Kontrazeptiva, wurden diese ausgebaut?				
17.2 Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Zielgruppe, Träger und Partner, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	Wie hat sich das Schwergewicht Geber- zu Eigenfinanzierung im Verlauf des Vorhabens geändert?	BES, AK			
17.3 Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	Gibt es überproportionale Wirkungen bei den Benachteiligten?				
Bewertungsdimension 18: Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit			3	0	
18.1 Wie stabil ist der Kontext der Maßnahme) (z.B. soziale Gerechtigkeit, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) (Lern-/Hilfsfrage)	dito	Länderbeauftragten kontaktieren EIU Weltbank GIZ			
18.2 Inwieweit wird die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der Maßnahme durch den Kontext beeinflusst? (Lern-/Hilfsfrage)	Kann die Nachhaltigkeit der Maßnahmen 1-6 dauerhaft finanziert werden, und wenn ja, von wem (Budget, Geber, Nutzer)?				

18.3 Inwieweit sind die positiven und ggf. negativen Wirkungen der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen?	Zu konkretisieren für die Maßnahmen 1-6	Einschätzung Ak und Consultant
18.4 Inwieweit sind die Gender-Ergebnisse der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen (Ownership, Kapazitäten, etc.?) (FZ E-spezifische Frage)	Da das Vorhaben Frauen und Kinder adressierte, ist davon auszugehen, wenn die Kontrazeptiva- und Basismedikamente-Verfügbarkeit nicht stagnierte	Gespräch CRS und FPAN

