

Ex-post-Evaluierung SWAp II, Nepal

Titel	Unterstützung des Nationalen Sektorprogramms Gesundheit (Korbfinanzierung), Nepal		
Sektor und CRS-Schlüssel	Gesundheitspolitik und Verwaltung des Gesundheitswesens (CRS Kennung 12110)		
Projektnummer	BMZ-Nr.: 2010 65 440		
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung		
Empfänger/ Projektträger	Ministry of Finance (MoF)/ Ministry of Health and Population (MoHP)		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	EUR 9,98 Euro / HH-Zuschuss über Korbfinanzierung		
Projektlaufzeit	07/11-06/16		
Berichtsjahr	2023	Stichprobenjahr	2023

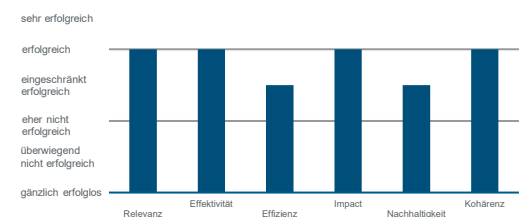
Ziele und Umsetzung des Vorhabens

Das FZ-Vorhaben diente der Unterstützung der zweiten Phase des „Nationalen Sektorprogramms Gesundheit“ (NHSP-II, 2011-2016) mittels einer Korbfinanzierung. Hierzu wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen (reproduktive Gesundheit, Kindergesundheit, Ernährung, HIV/AIDS, TB und Malaria) sowie zur Stärkung des Gesundheitssystems kofinanziert (Infrastruktur, Finanzwesen, Beschaffungswesen, Stärkung der Managementkapazitäten dezentraler Strukturen, Aus- und Fortbildung, soziale Inklusion und Gleichstellung, vertiefende Studien). Die Indikatoren wurden mehrfach angepasst.

Wichtige Ergebnisse

- Die Ziele der FZ-Maßnahme wurden zu einem Großteil erreicht. Sie leistete damit nicht nur einen wichtigen entwicklungspolitischen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung, sondern auch zu den Bemühungen des Landes, die externe Unterstützung zu harmonisieren. Der an die Korbfinanzierung geknüpfte Politikdialog führte zu guter Kohärenz, stärkte die Position des Trägers und gewährleistete eine stärkere Mitgestaltung der Partner bei der Formulierung von Sektorpolitiken sowie der Umsetzung von Reformen.
- Obwohl der Anteil der deutschen FZ am Gesamtbudget des NHSP-II von etwa 1 % gering ausfällt, war durch den verbesserten Sektordialog die Wirkung der Maßnahme deutlich stärker. Die deutsche FZ war im Politikdialog, während NHSP-II ein anerkannter Partner auf Augenhöhe, der die Werte deutscher EZ erkennbar eingebracht hat. Effizienz, Wirksamkeit und Sichtbarkeit des deutschen Engagements wurden somit signifikant erhöht.
- Effizienz und Nachhaltigkeit der Maßnahmen hätten durch Berücksichtigung einiger Komponenten (z. B. Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten, Wartungsdienste, Entsorgung/Abfallwirtschaft) noch weiter erhöht werden können. Nachfrageorientierte Maßnahmen (wie z.B. die Krankenversicherung und Rettungsdienste) fehlten überwiegend in NHSP-II, wurden jedoch in das Folgeprogramm NHSS (2016-2020) aufgenommen.

Gesamtbewertung: erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Der SWAp leistete einen wichtigen Beitrag zur Harmonisierung der externen Unterstützung. Die Korbfinanzierung ist hierfür ein geeignetes Instrument, da sie die Verantwortung bei der Regierung des Partnerlandes stärkt.
- Allerdings ist die Umsetzung in einem föderalen System Neuland und erfordert eine grundlegende Anpassung.
- Der sektorweite Ansatz (SWAp) erscheint über den Moderatorereffekt geeignet, Schnelligkeit und Wirkungsstärke der Umsetzung von Einzelmaßnahmen zu erhöhen. Dies zeigte sich insbesondere zu Krisenzeiten (Erdbeben 2015, Corona 2020/21).
- Effizienz und Nachhaltigkeit der Maßnahmen hätten durch Berücksichtigung einiger Komponenten (z. B. Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten, Wartungsdienste, Entsorgung/Abfallwirtschaft) erhöht werden können.

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

Abkürzungsverzeichnis

Aama	Aama Surakshya Programme
ANC	Ante-natal care
AusAID	Australian Agency for International Development
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CEOs	Chief Executive Officers
CHE	Catastrophic health expenditure
CMNN	Communicable, maternal, neonatal and nutritional diseases
DALYs	Disability Adjusted Life Years lost
DFID	Department for International Development
eLMIS	Electronic Logistics Management Information System
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GESI	Gender Equality and Social Inclusion Strategy“
HALE	Healthy Life Expectancy
HDI	Human Development Index
HEART	Health & Education Advice and Resource Team
HP	Health Post
IDA	International Development Association
IECCD	International Economic Cooperation Coordination Division
JAR	Joint Annual Health Review
JAR	Joint Annual Review
JCM	Joint Consultative Meetings
M&E	Monitoring & Evaluation
MCH	Mother and Child Health Care, Mütter- und Kindergesundheit
mCPR	Modern method contraceptive prevalence rate
MDG	Millennium Development Goal
MIS	Maternity Incentive Scheme
MoF	Ministry of Finance
MoHP	Ministry of Health and Population
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
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

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Die Demokratische Bundesrepublik Nepal ist noch immer eines der ärmsten Länder Asiens, aber die Situation hat sich in den letzten Jahren tendenziell positiv entwickelt. Mit einem Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 1.208 US\$ pro Kopf und Jahr (2020) gehört es zu den ‚Lower-Middle-Income-Countries‘, aber im Jahr 2010 wurde Nepal noch zu den ‚Low-Income-Countries‘ mit einem BIP von 589 US\$ p.a. gezählt. Auch der Human Development Index (HDI) stieg von 2014 bis 2021 von 0,56 auf 0,60. Folglich sind das BIP pro Kopf und der HDI zwar niedriger als in allen Nachbarländern, aber die Tendenz ist eindeutig positiv [1, 2].

Auch aus politischer Perspektive können einige Veränderungen festgestellt werden. Im Rahmen des nepalesischen Dezentralisierungsprozesses (‚Federalisation‘) ermöglichte die Verfassung vom 20.09.2015¹ die Gründung von sieben Provinzen, was ebenso wie der Friedensvertrag (Comprehensive Peace Accord, November 2006) und

¹ The Constitution of the Kingdom of Nepal, 2015. Date of red seal and Gazette Publication: 2015/11/1 (Section 8, additional issue 32).

der nachfolgende Friedensprozess zur politischen Stabilisierung des Landes beigetragen hat. Im Global Peace Index belegt Nepal heute den 73. von 161 Plätzen [3] und erzielt mit einem Index von 1,947 einen besseren Wert als jedes seiner Nachbarländer. Allerdings liegen die Governance-Indikatoren von Nepal noch immer signifikant unterhalb des südasiatischen Durchschnitts.² Aber auch hier gilt, dass die Tendenz positiv zu bewerten ist. So verbesserte sich der Rang im Fragile State Index von 2006 bis 2022 von 95 auf 81 [4].

Problematisch erscheint noch immer die große Disparität im Land, d. h., es treten große Unterschiede zwischen Provinzen, städtischen und ländlichen Räumen, Sozialgruppen, Ethnien, Kasten und den Geschlechtern auf, welche sich in Einkommen, Bildungschancen, Lebensqualität und Gesundheit zeigen [5-7].

Die Gesundheit der Bevölkerung nimmt weiterhin einen hohen Stellenwert in der Landespolitik ein, was sich auch in der stetigen Folge großer nationaler Programme seit der Jahrtausendwende widerspiegelt. Auf das National Health Sector Programme I (NHSP-I von 2005-2010) [8] folgte NHSP-II (2010-2016) und daran anschließend die National Health Sector Strategy (NHSS 2016-2022). Allerdings finden diese Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheit in einem dynamischen Umfeld statt: Erstens forderten zwei externe Schocks das Gesundheitswesen heraus (2 Erdbeben in 2015; Corona 2020-2022). Zweitens erforderten die demografische und epidemiologische Transition, die Veränderung der Mobilität und der Siedlungsstrukturen Veränderungen im Gesundheitswesen, d.h., es musste eine stetige Anpassung der Strategien und Maßnahmen erfolgen [9]. Fort- und Weiterbildung von medizinischem und pflegerischem Personal (z. B. für chronisch-degenerative Erkrankungen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes) und veränderte Einzugsbereiche erfordern eine dynamische Anpassung der jeweils aktuellen Gesundheitspolitik.

NSHP-II war eine Antwort der Regierung Nepals und der Gebergemeinschaft auf den vergleichsweise schlechten Zustand des Gesundheitswesens in Nepal. Ursprünglich war das Programm von Mitte Juli 2010 bis Mitte Juli 2015 geplant, wurde dann jedoch bis Mitte Juli 2016 verlängert, um einerseits die Phase nach dem Erdbeben 2015 abzufangen und andererseits einen Anschluss an das Nachfolgeprogramm NHSS (2016-2022) zu gewährleisten.

Kurzbeschreibung des Vorhabens

Die FZ-Maßnahme kofinanzierte die zweite Phase des „Nationalen Sektorprogramm Gesundheit“ (NHSP-II von 2010-2016). Die erste Phase lief von 2005-2010. NHSP-II zielt auf die Chancengleichheit im Zugang und der Nutzung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen, unter besonderer Berücksichtigung von armen und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Hierfür waren umfassende Investitionen und Ausbildungsmaßnahmen geplant. Die Gesamtkosten des NHSP-II wurden auf EUR 1 Mrd. geschätzt. Zur Finanzierung sah das Gesundheitsministerium die Bereitstellung von ca. EUR 515 Mio. vor. Die Restfinanzierung sollte durch die Gebergemeinschaft erfolgen. Um die vielfältigen Finanzierungsmodalitäten externer Unterstützung zu harmonisieren, wurde ein Korb zur Programmunterstützung eingerichtet, an dem sich die deutsche FZ mit EUR 9,98 Mio. beteiligte. An der Korbfinanzierung maßgeblich beteiligt waren Weltbank, DFID, AusAid und GAVI. Die Korbfinanzierung machte während des NHSP-II rund 25 % der gesamten Geberfinanzierung aus, die FZ hatte hieran einen Anteil von ca. 5 %.

Karte/ Satellitenbild des Projektlandes inkl. Projektgebiete/ -standorte

Das Zielgebiet des Vorhabens war das ganze Land mit einem Schwerpunkt auf vulnerable Gruppen, insbesondere in peripheren Regionen. In Abbildung 1 werden die Standorte von Gesundheitseinrichtungen aufgezeigt, die im Rahmen der Evaluierung besucht wurden. Es handelt sich aber nicht um Schwerpunkte von NHSP-II, da dieses landesweit agierte.

² „Governance in Nepal remains problematic, even though the pandemic has provided some impetus for improvement“, so dass Nepal als „highly defective democracy“ eingestuft wird [4].

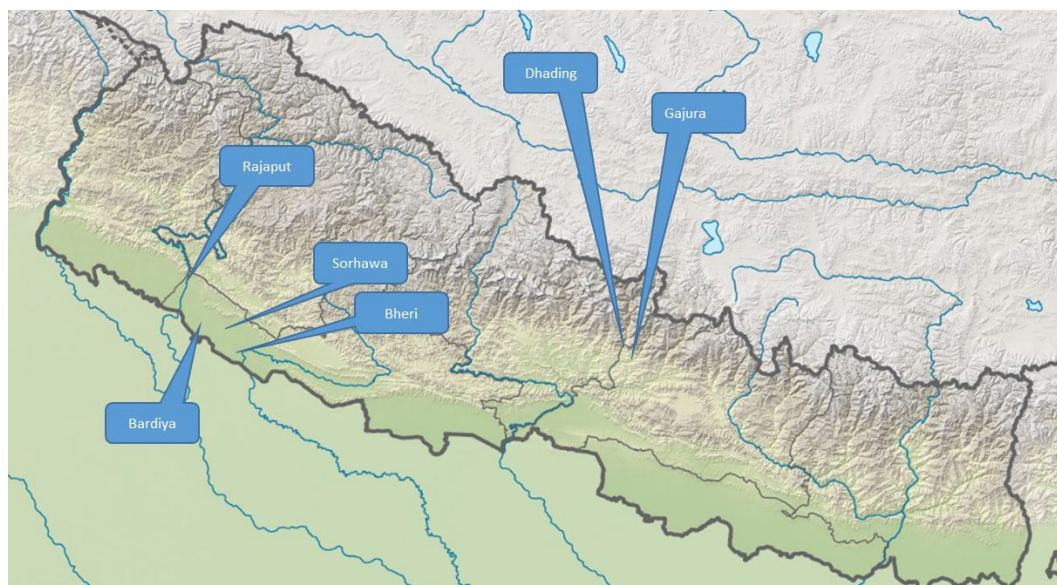


Abbildung 1: Karte von Nepal mit den im Rahmen der Mission besuchten Krankenhäusern und Primary Health Care Centers (Health Posts wurden nicht eingezeichnet). Quelle: [10]

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

Die Gesamtkosten des NHSP-II beliefen sich auf ca. EUR 1,1 Mrd., wovon EUR 9,98 Mio. FZ-Mittel über eine Korbfinanzierung bereitgestellt wurden (Einzahlung über einen gemeinsamen Finanzierungsmechanismus von nepalesischer Regierung und Gebern, s.Kap. Effektivität und Kohärenz). Die exakten Ist-Kosten des NHSP II konnten auch im Rahmen der Abschlusskontrolle nicht beziffert werden. Dies liegt zum Teil an den Wechselkurschwankungen und der unplanmäßigen Verlängerung bis 2016, zum Teil aber auch an einer unvollständigen Dokumentation in den Berichten.

		Inv. (Plan)	Inv. (Ist)
Investitionskosten (gesamt)	Mio. Euro	1.000,00	1.109,98
Eigenbeitrag	Mio. Euro	515,00	716,00
Fremdfinanzierung	Mio. Euro	485,00	393,98
davon BMZ-Mittel	Mio. Euro	10,00	9,98

Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Relevanz

Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Das NHSP-II umfasste zwei Komponenten mit jeweils mehreren Handlungsfeldern und zahlreichen Maßnahmen und Untermaßnahmen: **Komponente 1 (Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen)** umfasst die reproduktive Gesundheit, Kindergesundheit und Ernährung sowie die Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Malaria, TB, HIV/AIDS) und **Komponente 2 (Stärkung des Gesundheitssystems)** die Stärkung der Mitarbeiterkapazitäten sowie den Bau bzw. die Aufwertung von Gesundheitseinrichtungen, die Verbesserung des Managements (Administration, Finanzen, Beschaffung, dezentrale Strukturen) sowie Inklusion. Eine Aufschlüsselung der Komponenten befindet sich im Anlagenband.

Aus der ‚Doppelstruktur‘ des (das NHSP-II kofinanzierenden) FZ-Vorhabens ergibt sich, dass dessen Relevanz in zwei Dimensionen zu bewerten ist. Erstens muss hinterfragt werden, ob die **Maßnahmen** geeignet waren, um die

gewünschten Ziele zu erreichen. Zweitens muss analysiert werden, ob die **Herangehensweise (sector-wide approach, SWAp)**³ sowie das gewählte Instrument der Korbfinanzierung geeignet waren, damit die Maßnahmen die gesteckten Ziele erreichten. Es geht also sowohl um eine Bewertung der Maßnahmen selbst als auch um die Einschätzung der Eignung des SWAp und der Finanzierungsmethodik des Korbes.

Der SWAp war das Sektorprogramm (NHSP-II) der nepalesischen Regierung im Gesundheitssektor, welches gemeinsam von Nepal und anderen Gebern finanziert wurde. Er umfasste alle Maßnahmen im Gesundheitssektor von 2010-2016. Hieran beteiligte sich das FZ-Vorhaben in Form einer Korbfinanzierung (Einzahlung auf ein gemeinsam verwaltetes Konto, von dem die Ausgaben des Gesundheitsministeriums erstattet wurden). Etwa ein Viertel aller Maßnahmen des SWAp wurde über die Korbfinanzierung, drei Viertel über direkte Finanzierung und Einzelmaßnahmen abgerechnet.

Als Teil des NHSP- II zielte das FZ-Vorhaben auf die verbesserte Bereitstellung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen unter der Berücksichtigung der Chancengleichheit für alle Bevölkerungsgruppen. Die Komponenten des Vorhabens waren hierfür geeignet, sie entsprachen vollständig den Leitlinien der internationalen Gesundheitspolitik und Nepals sowie der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Die Maßnahmen sind grundlegend geeignet, die Ziele des 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 und der entsprechenden Ausrichtung auf UHC. Es ist auch offensichtlich, dass das Vorhaben vollständig mit den Sustainable Development Goals (SDGs; insbesondere No.3 aber auch No. 1, 2, 5) übereinstimmt, so wie dies von der National Planning Commission im National Review of Sustainable Development Goals 2020 festgestellt wurde [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 adressierte explizit die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Müttern, kleinen Kindern, Bevölkerung in peripheren ländlichen Regionen, niederen Kasten und Religionsgruppen als Vulnerable. Auch wenn Teile der Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung relevant sind, ist doch ein großer Teil der Maßnahmen explizit auf diese Gruppen ausgerichtet.

Nepal hat in den letzten zwei Jahrzehnten Strategien und Leitlinien entwickelt, anhand derer die gesundheitspolitische Richtung des Landes bewertet werden kann. Neben zahlreichen krankheitsspezifischen Gesetzen (z. B. Tuberculosis Act, Safe Motherhood Act) sind der Public Health Service Act, die Nepal Health Sector Strategy 2015/16–2020/21 sowie der Social Health Insurance Act als wichtigste Meilensteine zu nennen [13].

Die aktualisierte Health Sector Strategy befindet sich derzeit im parlamentarischen Prozess und wird – nach Aussagen der Interviewpartner – sehnsüchtig erwartet, da sie in den aktuellen Entwicklungen Rechnung trägt (z. B. Personalausstattung, Non-Communicable Diseases etc.). Das NHSP-II entspricht den Zielen des Landes bzgl. der internationalen Zusammenarbeit (Foreign Aid Policy, Development Cooperation Policy, National Health Policy) [8, 14] sowie den Prinzipien der Geber (e.g. Country Cooperation Strategy WHO, [15, 16]) und dem United National Development Assistance Framework [17].

Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Ein grundlegendes Problem des Gesundheitswesens in Nepal sind nach wie vor die hohen Nutzergebühren, welche sich trotz „kostenloser“ Leistungen ergeben. Obwohl Nepal das „essential package of healthcare services“ klar definiert hat und diese Dienstleistungen grundsätzlich gebührenfrei sind [18], haben zahlreiche Studien aufgezeigt, dass die Gebühren, Transportkosten und Opportunitätskosten zu hohen Belastungen für die Haushalte führen können [19]. Hierbei sind erhebliche Disparitäten zwischen den Provinzen und den Einkommensgruppen festzustellen [20]. Grundsätzlich ist der Anteil der direkten Nutzergebühren an den Gesundheitsausgaben nicht außergewöhnlich hoch, aber in der Tendenz über die Jahre hinweg steigend (von 19 auf 21 US\$ p.c. in den Jahren 2011.-2017) [21].

Unzureichende Versorgung und der schlechte Gesundheitszustand von vulnerablen Gruppen stellen nach wie vor große Probleme des Gesundheitswesens in Nepal dar. So stellt der Health Expenditure Brief der UNICEF eine generelle Disparität in der Verteilung von Gesundheitsdienstleistungen fest, die sich in stark abweichenden Gesundheitsindikatoren auswirkt [21]. Zu den abweichenden Leistungsindikatoren gehören die Verteilung öffentli-

³ Der SWAp ist ...an approach to a locally-owned program for a coherent sector in a comprehensive and coordinated manner, moving towards the use of country systems. SWAPs represent a ...shift in the focus, relationship and behavior of donors and governments. They involve high levels of donor and country coordination for the achievement of program goals, and can be financed through parallel financing, pooled financing, general budget support, or a combination“ [11].

cher Krankenhäuser (Stadt/Land; Zentren/Peripherie), die Zugänglichkeit öffentlicher Krankenhäuser, die Verteilung öffentlicher Gesundheitszentren (Stadt/Land; Zentren/Peripherie), die Gesundheitsausgaben pro Kopf sowie die direkten Nutzergebühren (out-of-pocket spending) im Verhältnis zum Haushaltseinkommen, daraus resultierend zu hohe Gesundheitsausgaben insbesondere für vulnerable Gruppen (catastrophic health expenditure) [22].

Die Gesundheits- und demografischen Indikatoren unterscheiden sich folglich zwischen Kasten, Ethnien und Einkommenssegmenten erheblich. So verglichen Umesh et al. die Ergebnisse der Demographic and Health Survey 2011 und 2016 und stellten Disparitäten bzgl. Fertilität (überdurchschnittliche Reproduktionsrate bei Dalits⁴ und Moslems), Kontrazeptiva (unterdurchschnittliche Nutzerhäufigkeit bei Newars, Terai/Madhesi⁵ Brahmin/Chhetri und Hill Brahmins; die Dalit Kaste weist die höchste Anzahl von Kindern pro Frau und die geringsten Einkommen auf), Impfungen (Impfquoten und Drop-out Rates unterscheiden sich erheblich zwischen den Regionen), Geburtshilfe (vergleichbare Ergebnisse wie bei Nutzung von Kontrazeptiva), Kindersterblichkeit (2-3-mal höher unter Terai/Madhesi Dalits als im Landesdurchschnitt) und Unterernährung (besonders stark bei Terai/Madhesi Dalits und Terai/Madhesi) fest [23]. Insbesondere der Annual Report 2020/21 [22] zeigt durch zahlreiche Karten (z. B. Impfquote), wie stark die Disparität noch immer ist, die sich nicht nur durch die geografische Lage bzgl. Zentrum oder Peripherie, sondern vor allem durch Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kaste ausdrückt.

Die Genderwirkungspotentiale des Vorhabens erachten wir als positiv: Ein relevanter Anteil der SWAp-Komponenten betrifft Frauen, insbesondere im gebärfähigen Alter. Auch das Basic Package [18] fokussiert klar die Gesundheit von Müttern und Kindern. Darüber hinaus hat das MoHP eine „Gender Equality and Social Inclusion Strategy“ (GESI) entwickelt. Ziel von GESI ist es, eine Strategie zur Geschlechtergleichheit und sozialen Inklusion auf allen Ebenen zu verankern. Vertiefende Studien sollen weiteren Aufschluss über die Ursachen der sozialen Ausgrenzung geben, um darauf zielgerechter zu reagieren.

Angemessenheit der Konzeption

Abbildung 2 zeigt das Wirkungssystem skizzenhaft auf. Auf Grund der zahlreichen Maßnahmen und Indikatoren (vgl. Result Framework, [24]) ist eine vollständige grafische oder verbale Zuordnung von Ursachen und Wirkungen an dieser Stelle nicht möglich. Die Abbildung unterscheidet fünf Ebenen. Die beiden oberen Ebenen beziehen sich auf die Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen (Outcome) sowie deren Gesundheitswirkungen (Impact). Die unteren Ebenen spezifizieren den Input, die daraus entstehenden Outputs und die Folgewirkungen der Outputs (induzierte Outputs). Die orangenen Aktivitäten bezeichnen Prozesse, wie sie bei jedem geber(teil)finanzierten Gesundheitsprogramm auftreten, während die grünen Aktivitäten sich auf Spezifika der Korbfinanzierung bzw. des SWAps beziehen. Grundlegend ist hierbei der Wille zum Politikdialog zwischen Entwicklungspartnern und der Regierung. Daraus können Formate, Foren und Regelungen erwachsen, aber auch Vertrauen und Harmonisierung innerhalb des Sektors, die wiederum eine schnelle Abstimmung ermöglichen. Durch den Erfolg des SWAp bzw. Korbes kann vice versa die Ownership der Regierung für das ganze Programm und die Sichtbarkeit des Gesundheitswesens in der Regierung steigen.

Zentral ist hierbei, dass der Politikdialog über Vertrauen, Schnelligkeit und Ownership als Moderator auf den Erfolg der Maßnahmen einwirkt. Die Maßnahmen wären tatsächlich auch für sich allein, d. h. ohne Sektordialog im Rahmen des SWAp möglich, aber der Moderator verstärkt ihre Wirkung und beschleunigt ihr Wirksamwerden.

Grundlegend ist festzuhalten, dass die Komponenten geeignet gewählt waren, die Ziele der Gesundheits- und Entwicklungspolitik Nepals sowie die gesetzten Indikatoren zu erreichen. Allerdings erscheint die Wahl der Indikatoren (und damit Unterziele) relativ inkonsistent. Im Programmvorschlag wurde definiert: „Die Indikatoren sind identisch mit den Indikatoren des NHSP-II, die im Result Framework festgelegt sind. [...] Einmal pro Jahr erfolgt eine Evaluierung des Programmfortschritts im Hinblick auf die Zielerreichung, gemessen an den hierfür festgelegten Indikatoren. Diese wird gemeinsam vom Gesundheitsministerium und allen Gebern durchgeführt (Joint Annual Health Review, JAR). Integraler Bestandteil ist dabei auch die Bewertung des Sachstands zur Umsetzung der Maßnahmen, die im Aktionsplan zur Gewährleistung einer guten Regierungsführung und Rechenschaftspflicht vereinbart sind. Die Ergebnisse bestimmen den Politikdialog zur strategischen Programmausrichtung für das Folgejahr. Diese wird in Form der jährlichen Arbeits- und Budgetpläne festgeschrieben. Umfassende extern

⁴ Als Dalit wird die unterste Gruppe des hinduistischen Kastensystems bezeichnet, die in der traditionellen Gesellschaft als „Unrein“ oder „Unberührbar“ galten. Sie werden auch in Nepal seit Jahrhunderten diskriminiert (<https://www.hurights.or.jp/archives/focus/section2/2002/12/dalits-in-nepal-story-of-discrimination.html>).

⁵ Terai („feuchtes Land“) ist die Bezeichnung für die fruchtbare Tiefebene südlich des Himalayas. Sie erstreckt sich über Indien, Nepal und Bhutan. Die Bewohner des Terai im südlichen Tiefland von Nepal werden als Madhesi bezeichnet. Sie sind ethnisch inhomogen und machen etwa die Hälfte der Bevölkerung Nepals aus. Die Bewohner der Hügel- und Bergregionen Nepals werden Pahadi genannt.

durchgeführte Evaluierungen des Programmfortschritts sind nach der Hälfte der Laufzeit sowie im letzten Implementierungsjahr (Abschlussevaluierung) vorgesehen.“ Diese damals geplante Abschlussevaluierung des NHSP-II hat bedauerlicherweise nie stattgefunden, sie hätte wertvolle Informationen für diese Evaluierung liefern können.

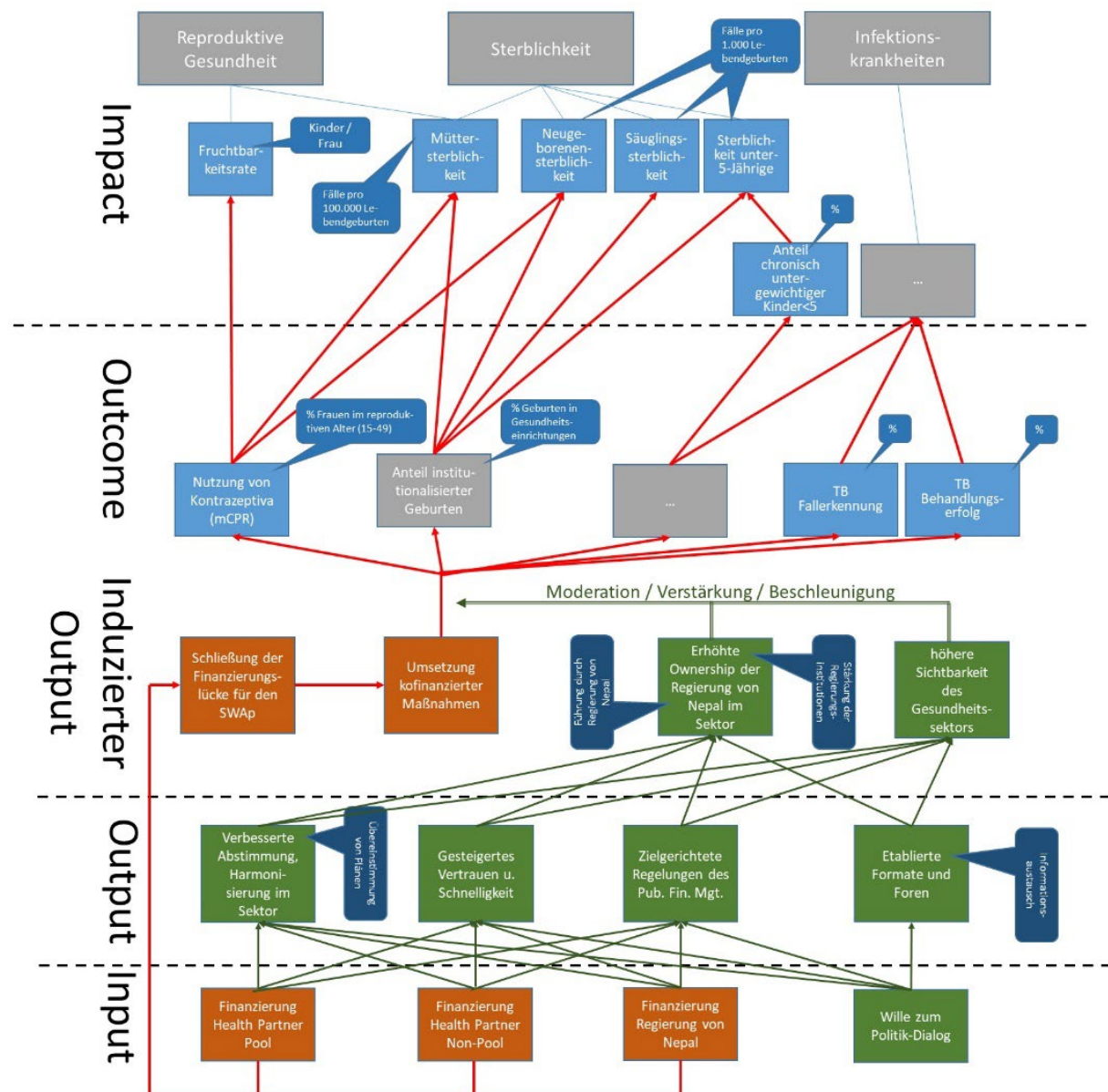


Abbildung 2 Wirkungs- und Indikatorensystem. Quelle: Eigene Darstellung.

Das Result Framework (Anlage 2 des Prüfungsberichts) unterscheidet 57 Indikatoren (11 Impact und 46 Outcome), Es wurde allerdings kein Indikator spezifisch für die Methode (Korbfinanzierung) definiert. In der ursprünglichen Form handelt es sich um eine Kennzahlenliste, aber kein Kennzahlensystem. Zudem wurde nicht spezifiziert, ob man sich auf der Outcome- oder Impact-Ebene bewegt.

Im Jahr 2011 wurden abweichend davon KfW-spezifische Indikatoren mit der Abteilung Policy Planning & International Cooperation des MoHP vereinbart und in der Berichterstattung von 2012 erstmals verwendet. Es wurden „einfach“ 10 der 11 Impact-Indikatoren für das KfW-Impactziel verwendet. Ab diesem Moment wurden diese 10 Impact-Indikatoren maßgeblich für den KfW-Beitrag zum SWAp II übernommen. Outcome-Indikatoren wurden nicht definiert.

Im Mid-Term Review, 15.02.2013, wurden die Indikatoren abweichend definiert. HEART (Health & Education Advice and Resource Team des kofinanzierenden Gebers DFID) legte am 15.02.2013 einen Mid-Term Review des Nepal Health Sector Programme II (2010-2015) vor [24]. Hier wurde nicht zwischen Outcomes und Impacts unterschieden, sondern zwischen Goal, Purpose, Outcome und Output, wobei eine Wirklogik (Outputs → Outcomes →

Purpose → Goal) vorausgesetzt wurde. Insgesamt wurden 87 Indikatoren definiert (Goal: 12, Purpose: 14, Outcomes: 19, Outputs: 42). Auf Grundlage dieser Strukturierung kann man von einem konsistenten Kennzahlensystem sprechen.

An dieser Stelle ist wichtig zu fragen, ob die FZ-Finanzierung im Rahmen des SWAp als Korbfinanzierung sinnvoll war. Bereits in den ersten Konzeptionen eines sektorweiten Programms [25-30] wurde die Zielsetzung sehr detailliert beschrieben. Es geht grundlegend um eine konsistente Koordination zwischen Gebern und Nehmern, so wie sie in den Deklarationen von Paris und Accra gefordert wurde. Die wichtigsten Ziele des SWAp im Gesundheitswesen in Nepal (NHSP-I, NHSP-II, NHSS) sind die Erhöhung der "Ownership" der Regierung von Nepal [31], die Ausrichtung der Gesundheitspolitik Nepals an den Standards der internationalen Entwicklungspolitik [13], die Steigerung der Effizienz der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen [13], die Reduktion der Transaktionskosten [13] sowie die Erhöhung der gegenseitigen Verantwortlichkeit [13].

Auf dieser Grundlage lässt sich festhalten, dass die einzelnen Maßnahmen zur Erreichung des Gesamtziels beitragen, allerdings fehlen insb. bei den FZ-Indikatoren die Instrumente zur Bewertung des SWAp. Es ist nicht nachzuvollziehen, weshalb kein SWAp-spezifischer Indikator festgelegt wurde. Insgesamt wäre es durchaus möglich gewesen, einen genaueren Indikator für die Relevanz und Funktionsfähigkeit des SWAp einzubauen, wie z.B. der Anteil der Korbfinanzierung am NHSP-II (vgl. auch [13]).

In der umfassenden **Konzeption** des sektorweiten Programms sind zahlreiche Dimensionen der sozialen und ökonomischen Nachhaltigkeit berücksichtigt, soweit sie die Gesundheit betreffen. Eine explizite Betonung von ökologischer Nachhaltigkeit (z. B. Abfallwirtschaft) erfolgte nicht. Aus Sicht des Jahres 2023 fallen einige Lücken in dem Maßnahmenbündel auf, welche die Effektivität des Gesamtvorhabens weiter hätten erhöhen können. Hierzu zählen die Vernachlässigung des Krankenhausmanagements, der Krankenhausautonomie, des Rettungswesens und die unzureichende Berücksichtigung der männlichen Ernährer der Familie und der chronisch-degenerativen Krankheiten (z.B. Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes). Auch wurde noch keine Krankenversicherung eingeführt. Besonders deutlich ist, dass sich die Maßnahmen fast vollständig auf die Angebotsseite konzentrieren, während die Nachfrageseite und hier insbesondere die Filterwirkung der Kaufkraft vernachlässigt wurden. Insbesondere bei den Aama- und 4ANC-Programmen⁶ wurden die nachfrageseitigen Effekte berücksichtigt, das spielt aber im Verhältnis zum Gesamtvolumen und zu den anderen Maßnahmen außerhalb von Aama kaum eine Rolle [33]. Die Lücken des NHSP II wurden zum Teil im Nachfolgeprogramm NHSS geschlossen, die Krankenversicherung wurde eingeführt. Der Erfolg der Maßnahmen des NHSP-II hätte jedoch durch eine noch frühzeitigere Berücksichtigung dieser Lücken im Gesamtkonzept erhöht werden können.

Betrachtet man die aktuellen Statistiken des MoHP [23, 34, 35], so fallen einige Besonderheiten auf: Insbesondere sind die Belegungsraten zum Teil sehr niedrig, die Verweildauern sehr kurz und die Unterschiede zwischen den Institutionen und Regionen gewaltig. So betrug die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern in der Provinz Madhesh (südlich von Kathmandu an der Grenze zu Indien) nur 1 Tag und die Belegungsrate nur 14 %. Es stellt sich die Frage, ob in dieser Provinz überhaupt ein funktionsfähiges Krankenhauswesen existiert. Prinzipiell sind die Maßnahmen des Vorhabens geeignet, die Qualität und Zugänglichkeit zu erhöhen, so dass auch schwerere Prozeduren mit längerer Verweildauer und eine höhere Patientenzahl möglich sein sollten. Eine stärkere Fokussierung auf diese Statistiken hätte die Relevanz der einzelnen Maßnahmen noch erhöhen können.

Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit

Das NHSP-II und mit ihm auch das FZ-Vorhaben zeigte eine hohe Flexibilität während des Erdbebens 2015. Hier wurde schnell reagiert, die Laufzeit wurde um ein Jahr verlängert. Die Absprachen zwischen den Gebern und der Regierung von Nepal verliefen rasch und reibungslos. Ebenso wurde die Krankenversicherung relativ schnell eingeführt und deckt heute – trotz mancher Rückschläge – etwa 25 % der Bevölkerung ab. Sie springt (mit einer Obergrenze von 100.000 Rupien pro Jahr/ ≈ EUR 680) ein, falls die erforderlichen Leistungen über das kostenlose Basispaket hinausgehen. Abgedeckt sind die Angebote der Primary Health Care Centers sowie der Krankenhäuser, wobei jede besuchte Einrichtung die hohe Bedeutung dieser Einnahmen aus der Krankenversicherung betont hat.

Nach Aussage aller Gesprächspartner waren das Vertrauen und die gemeinsam eingeführten Formate maßgeblich für die Schnelligkeit und Wirksamkeit der Maßnahmen in den genannten Situationen gewesen (Erdbeben

⁶ Das "Aama Surakshya Programme" (kurz: Aama) ist das offizielle Programm der Regierung Nepals zur Verbesserung der Gesundheit von Schwangeren und Müttern. Es umfasst die kostenlose institutionelle Entbindung, die Übernahme von Transportkosten sowie einen finanziellen Anreiz für vier ANC-Besuche (ante-natal care). Bereits im Jahr 2005 wurde das Maternity Incentive Scheme (MIS) initiiert und im Jahr 2009 wurden die Gebühren für Entbindungen landesweit abgeschafft. 2012 verschmolz das MIS mit dem Programm für 4 ANC-Besuche zum Aama Programm. Es ist essenzieller Bestandteil des NSHP-I und NSHP-II und NHSS [32].

2015, Krankenversicherung, Covid 2020/21). Ohne das gegenseitige Kennen wären diese raschen Reaktionen nicht möglich gewesen. Daraus kann man schlussfolgern, dass der in Abbildung 2 skizzierte Zusammenhang (insb. der Moderatoreffekt) höchst relevant ist.

Zusammenfassung der Benotung:

Zusammenfassend kann man schließen, dass die Maßnahmen und Ziele NHSP II - und damit auch des korbfanzierenden FZ-Vorhabens - nach wie vor relevant sind. Das gewählte Instrument der Korbfinanzierung – eingebunden in den SWAp des NHSP II – war als Verstärker und Beschleuniger von großer Bedeutung, was sich während der Krisenzeiten in 2015 und 2020/21 besonders bewährt hat. Die noch fehlenden Komponenten (z.B. Krankenversicherung, Ausbildung, Management, Telemedizin, Notfallrettung, stärkere Berücksichtigung chronisch-degenerativer Erkrankungen) wurden im Folgeprogramm NHSS (2016-2020) zwar überwiegend aufgegriffen, hätten die gute Relevanz von NSHP-II aber noch weiter erhöhen können.

Relevanz: 2

Kohärenz

Interne Kohärenz

Zeitgleich mit der hier zu evaluierenden Korbfinanzierung im Rahmen von NSHP-II wurden mehrere Einzelprojekte der deutschen Entwicklungszusammenarbeit finanziert und durchgeführt (vgl. Anlagen 1, Tabelle 3). Es zeigt sich, dass die meisten FZ- und TZ-Projekte vor, während und nach NHSP-II konsistent sind mit den Maßnahmen und Zielen des NHSP-II (mit Ausnahme der spezifischen Unterstützungen für die Folgenbeseitigung des Erdbebens 2015). Distriktgesundheit, Familiengesundheit, Strategieentwicklung etc. finden sich alle auch im NHSP-II wieder, so dass von einer hohen Kohärenz zwischen dem hier evaluierten Programm und den weiteren Aktivitäten der deutschen EZ auszugehen ist. Im Anlagenband finden sich die weiteren Projekte und Programme der deutschen EZ, wobei deutlich wird, dass die einzelnen Instrumente der FZ und TZ gut ineinandergreifen und sich gegenseitig ergänzen. Der größte Teil deutscher Kooperation mit Nepal erfolgte zur Zeit des NHSP-II noch im Rahmen von Einzelprojekten.

Externe Kohärenz

Wie oben beschrieben ist die Finanzierung eines SWAp ein gängiges Instrument zur Harmonisierung und Abstimmung auf sektorialem Level [30]. Im Jahr 2009 legte die Weltbank eine Evaluation von Gesundheits-SWAp von Bangladesch, Ghana, Kirgisistan, Malawi, Nepal und Tansania vor [11] und zeigte auf, dass der SWAp in Nepal vergleichsweise erfolgreich war, d. h. Harmonisierung und Abstimmung wurden auf gutem Niveau verbessert, allerdings bestanden immer noch Probleme im Bereich Monitoring & Evaluation (M&E) und der Effizienz. Wichtig ist festzuhalten, dass das primäre Ziel einer verbesserten Kohärenz durch den Health-SWAp in Nepal bis 2009 bereits als erreicht galt.

Die Interviews mit Entwicklungspartnern zeigten auf, dass der SWAp während der Vorläuferphase NHSP-I (2005-2010) als Lernphase verstanden werden konnte, in der viele Wege erst gebahnt und Prozesse entwickelt werden mussten. Besonders wichtig war es, Ansprechpartner als ‚Focal Points‘ in den Ministerien (MoHP, MoF) zu gewinnen, um den Dialog stetig aufrechterhalten zu können. NHSP-II scheint von Anfang an auf diesen Erfahrungen des NHSP-I basiert gewesen zu sein und davon profitiert zu haben.

Im Jahr 2018 legte das Ministry of Finance (MoF) von Nepal eine Bewertung der beiden SWAp im Gesundheits- und Bildungswesen vor [13]. Es wurde festgestellt, dass die International Economic Cooperation Coordination Division (IECCD) im MoF erfolgreich gearbeitet und insbesondere die Koordination und Vereinheitlichung geleitet hat.⁷ Weiterhin führte die Verfassungsreform vom 20.9.2015 in den Folgejahren im Gesundheitssektor zu einer Föderalismusreform und Dezentralisierung, also der Verlagerung von Verantwortung auf untere Ebenen. Dies führte dazu, dass die Ungleichheit zwischen den Regionen gestiegen ist, da die unteren Ebenen in den Regionen unterschiedlich gut mit den Modalitäten der SWAp zurechtkamen. Das Phänomen steigender Ungleichheit als Folge einer Föderalisierung wurde in der Literatur bereits grundsätzlich belegt [36] und kann daher nicht dem SWAp zugeschrieben werden. Insgesamt stellt die Analyse dem SWAp als Instrument ein sehr gutes Zeugnis

⁷ Die Koordination und Vereinheitlichung basierten auf der "Government of Nepal's Development Cooperation Policy 2014", die "sets out its preferences in terms of aid modalities, and encourages Development Partners to harmonize their support in a given sector by setting up pooled funds and providing their assistance through Program-Based Approaches or Sector-wide Approaches (SWAp)" [13].

aus, insbesondere da das eigentliche Ziel (Erhöhung des Gesundheitsbudgets, Verbesserung maßgeblicher Gesundheitsstatistiken) im Betrachtungszeitraum weitgehend erreicht wurde [13].

Alle Interviewpartner (Geberorganisationen, Mitarbeiter des MoHP sowie des MoF, Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtungen, Geber vor und während der Mission) betonten die besondere Bedeutung des SWAp für die gute Zusammenarbeit zwischen Regierung und den Gebern, insbesondere während der Erdbeben- und Corona-Krise. Gleichzeitig wurde seine Funktionsfähigkeit in einem föderalen System in Frage gestellt. Für eine abschließende empirische Bewertung ist es noch zu früh. Es kann allerdings festgehalten werden, dass die Föderalisierung den zukünftigen SWAp vor neue Herausforderungen stellt, während für die Phase von NHSP-II (2010-2016) noch von einer sehr hohen Kohärenz auszugehen war.

Kern des SWAp ist der Sektordialog, in den die externen Entwicklungspartner untereinander sowie mit der Regierung Nepals getreten sind. Dieser Dialog bestand in stetigem Austausch sowie einer Reihe von Institutionen und Prozessen. Die wichtigsten sind:

- **Geber-Forum:** Die Geber trafen sich regelmäßig zum Informationsaustausch, zur Abstimmung und zur gemeinsamen Priorisierung.
- **JCM und JAR:** Joint Consultative Meetings (JCM) wurden halbjährig für jeweils zwei Tage durchgeführt. Das erste Treffen fand im Februar/März statt, damit sich die Partner in die Planungen und das Budget des nächsten Finanzjahres einbringen konnten. Das zweite Meeting wurde im Juli durchgeführt, um die Konsequenzen des vom Parlament verabschiedeten Haushalts für das kommende Finanzjahr zu erwägen. Der Joint Annual Review (JAR) fand gewöhnlich im November/Dezember für drei Tage statt, um die Fortschritte des abgelaufenen Finanzjahres zu analysieren und Prioritäten für das laufende Finanzjahr zu diskutieren. JCM und JAR stellten die wichtigste formale Plattform für den Dialog zwischen Geber und der Regierung Nepals dar.
- **Treuhänderische Risikokontrolle:** Im Rahmen der treuhänderischen Risikokontrolle erfolgte ein enges Monitoring von Beschaffungs- und Finanzmanagement durch die Weltbank im Namen aller Financiers. Mit Hilfe jährlicher finanzieller und operativer Audits wurde die Umsetzung der Reformmaßnahmen im Sektor nachgehalten und geprüft. Auf dieser Grundlage wurden nach Aussage aller Interviewpartner alle Beteiligten schnell und umfassend informiert.

Die Führung des SWAp (sector lead) wechselte halbjährig, wobei die KfW auf Grundlage der vergleichsweise geringen Personalkapazität nur stellvertretender Lead war. Die GIZ hingegen konnte den Lead während NHSP-II einmal übernehmen. Insgesamt betonten die Interviewpartner eine hohe Zufriedenheit mit dem Dialog während NHSP-II. Auch Geber mit vergleichsweise geringer Beteiligung am SWAp (z. B. die FZ mit etwa 1 % des Gesamtbudgets) konnten dadurch vollständig eingebunden werden, waren als gleichwertige Partner auf Augenhöhe akzeptiert und konnten ihre Ideen in einem Maße einbringen, das ohne den SWAp nicht möglich gewesen wäre.

Insgesamt wird die Finanzierung durch externe Geber inklusive der deutschen EZ als notwendig erachtet, da der staatliche Gesundheitssektor in Nepal noch immer unzureichend funktioniert, um eine Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten, die dem Standard der Vereinten Nationen und den globalen Menschenrechten entspricht. Allerdings hat der Eigenanteil der nepalesischen Regierung am Gesamtbudget im Gesundheitssektor kontinuierlich von 2010 (58%) bis zur Corona-Pandemie in 2019/20 bis auf 79 % zugenommen, danach erlitt er einen leichten Rückgang, vgl. Schaubilder und Tabellen im Anlagenband.⁸

Zusammenfassung der Benotung:

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Maßnahmen des NHSP-II konsistent waren mit den Eigenanstrengungen der nepalesischen Regierung. Der umfassende Ansatz mit zahlreichen Gebern⁹ sowie die durchgeführten Instrumente und Prozesse implizierten eine hohe Kohäsion während NHSP-II. Eine Frucht davon war die ungemein schnelle und wirkungsvolle Reaktion der Gebergemeinschaft nach dem Erdbeben 2015, die von fast allen Interviewpartnern hervorgehoben wurde. Wir nehmen an, dass die Korbfinanzierung die positiven Wirkungen des SWAp verstärkt hat.

Kohärenz: 1

⁸ Die Statistiken der Jahre 2020-2022 wurden stark durch die Corona-Pandemie verzerrt. Beispielsweise erhielt Nepal erhebliche Summen für die Bekämpfung der Krankheit, die den Geberanteil erheblich steigen ließen. Dies ist jedoch als Externalität zu behandeln und von der Analyse auszuschließen. Es ist davon auszugehen, dass die Werte ab 2023 wieder auf die Vor-Corona-Zeitsinken werden.

⁹ Pooling partner trugen gemeinsam den Korb. Dies waren Australian Agency for International Development (AusAID), das britische Department for International Development (DFID), die Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), die International Development Association (IDA) für die Weltbank (WB) und die deutsche FZ. UNICEF, UNFPA und USAID unterstützten Maßnahmen und Projekte im Gesundheitssektor als non-pooling partners. Weitere Organisationen wurden assoziiert, z.B. die TZ.

Effektivität

Erreichung der (intendierten) Ziele

Das Programm zielte auf die Chancengleichheit im Zugang und die Nutzung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen, unter besonderer Berücksichtigung von armen und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Dieses Ziel wird als Outcome-Ziel beibehalten.

Allerdings wurden bei Programmprüfung keine konkreten Outcome-Indikatoren spezifiziert, lediglich 56 Indikatoren auf der Impact-Ebene im Rahmen des Results Framework. Erst im Laufe der Projektdurchführung bis 2011 konkretisierten sich hiervon 10 Indikatoren heraus, von denen 4 durch die Maßnahmen des NHSP-II (siehe Anlage Projektmaßnahmen) direkt beeinflussbar sind und einen (erwartet) großen Effekt auf die Wirkungen haben.

Tabelle 1 Effektivität - Outcomes

Indikator	Status bei PP	Zielwert lt. PP	Ist-Wert bei AK	Ist-Wert bei EPE
(1) Nutzung von Kontrazeptiva (moderne Methoden)	45,1 % ¹⁰	55 %	46,7 %	42,7 % (nicht erreicht)
(2) TB Fallerkennungsrate	75,8 %	85 %	83 %	95 % (erreicht)
(3) TB Behandlungserfolgsrate	89,7 %	90 %	90 %	91 % (erreicht)
(4) Institutionalisierte Geburten [NEU]	18 %	40 %	-	65 % (erreicht)

Quelle: [1, 35, 37-40]

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

Ad (1): Der Anteil der Frauen [%] im reproduktiven Alter (15–49 Jahre), der eine moderne Verhütungsmethode benutzt, ist eine wichtige Voraussetzung für die Reduktion der Fruchtbarkeitsrate (Impact-Indikator). Gemäß PV und AK stieg dieser Wert von 45,1 % bei Projektprüfung auf 46,7 % im Jahr 2019. Allerdings wurde das ursprüngliche Ziel von 55,0 % nicht erreicht. Die Werte stimmen jedoch nicht mit den Daten des Demographic and Health Survey (2002) überein. Hier liegt die Nutzung moderner Methoden der Empfängnisverhütung (mCPR) „steady at 43% from 2011 through 2022“. Allerdings ist die Entwicklung seit 1996 bis heute hervorragend, denn damals lag die Zahl noch bei 26%. Dieser Indikator war ursprünglich als Impact-Indikator deklariert, erscheint aber sinnvoller auf der Nutzungs- bzw. Outcome-Ebene.

Ad (2): Die TB-Fallerkennungsrate ist der Anteil der geschätzten neuen bzw. rückfälligen Fälle von Tuberkulose (TB), die innerhalb eines bestimmten Jahres erkannt werden [%] [41]. Sie stieg von PV bis AK von 75,8 % auf 83,0 % und bis zur EPE auf 95 % und damit über den Zielwert von 85 %. Auch diese Rate war ursprünglich dem Impact zugeordnet, entspricht aber einem (nutzungsbezogenen) Outcome-Indikator.

Ad (3): Die TB-Behandlungserfolgsrate gibt den Anteil der in einem bestimmten Jahr registrierten TB-Fälle wieder, welche die Behandlung erfolgreich abgeschlossen haben (ohne bakteriologischen Nachweis eines Therapieversagens) [%] [42]. Der Wert erreichte das Ziel von 90,0 % exakt, wobei der Wert bei Prüfung von 89,7 % bereits fast identisch war. Seither stieg der bereits relativ gute Wert nur noch geringfügig an. Auch diese Rate war ursprünglich den Impact-Indikatoren zugerechnet.

Ad (4): Der Anteil der institutionalisierten Geburten (d. h., der Geburten in einer Gesundheitseinrichtung) wurde in der EPE hinzugefügt, da er ein wichtiger Outcome für Maßnahmenkomponente I (Reproductive Health) ist. NHSP-II ging von 18 % (2011) aus und gab ein Ziel von 40 % an. Im Jahr 2020/21 stieg er auf 65 %.

Beitrag zur Erreichung der Ziele

¹⁰ Die Werte der PP und der AK lassen sich nicht reproduzieren. Gemäß Household and Health Survey (2022) die Nutzung moderner Methoden der Empfängnisverhütung (mcpr) „held steady at 43% from 2011 through 2022“.

Das Programm legte einen Fokus auf die Gesundheit von Müttern und Kindern. Der erhebliche Anstieg von institutionalisierten Geburten (von 18 % auf 65 %) zeugt davon, dass die geschaffenen Kapazitäten tatsächlich genutzt werden, andererseits aber auch noch Verbesserungspotential besteht. Es besteht kein Zweifel, dass die Maßnahmen des NHSP-II und dieses FZ-Vorhabens maßgeblich zu diesem Erfolg beigetragen haben. Allerdings bestehen gerade bei der institutionalisierten Geburtshilfe noch immer erhebliche Unterschiede: Während im Landesdurchschnitt 65 % aller Geburten in Gesundheitseinrichtungen stattfanden, waren es in der Provinz Karnali 87 % und in der Provinz Gandaki 42 % [35]. Eine Aufgliederung nach Kasten oder Religionszugehörigkeit liegt nicht vor, jedoch ist davon auszugehen, dass sich die Raten erheblich unterscheiden dürften.

Auch bei den anderen Outcomes liegt ein enger Zusammenhang zwischen Maßnahmen, Outputs und Outcomes vor. Die ungleiche Verteilung innerhalb der Provinzen lässt sich überwiegend nachweisen (Beispiel TB case notification rate Karnali: 65, Lumbini 115 / 100.000 pop.[35]). Dies lässt eine Ungleichheit zwischen Sozialgruppen annehmen. Der Fokus von NHSP-II auf die Vulnerablen ist gut geeignet, um diese Ungleichheit abzubauen. Für eine positive Verteilungswirkung sprechen u. a.:

- **Fokus auf Armutgruppen:** Die vom NHSP-II geförderten Einrichtungen (z. B. Health Posts, Primary Health Care Centers) sind nach wie vor die ersten Anlaufzentren für die arme Bevölkerung, da für diese die Transportkosten in die Städte nachfragereduzierend wirken.
- **Die Konzentration auf Mütter- und Kindergesundheit (MCH¹¹)** erscheint auch dann sinnvoll, wenn man bedenkt, dass Männer grundsätzlich eine deutlich geringere Lebenserwartung haben als Frauen. Insbesondere erwachsene Männer verfügen in der Regel über deutlich mehr Ressourcen, sind mobiler und können mehr Unterstützung mobilisieren als Frauen bzw. (kleinere) Kinder. Der Fokus auf Mutter- und Kindergesundheit führte daher sicherlich zu der beabsichtigten Stärkung vulnerabler Bevölkerungsteile.
- **Erreichbarkeit:** Eine besondere Bedeutung kommt in Nepal der physischen Erreichbarkeit zu. Gerade in peripheren Regionen entwickeln selbst bestens ausgestattete Gesundheitsdienstleister mit hoher Qualität nur eine geringe Gravität, da sie schlichtweg nicht erreichbar sind. Kommen dann noch Qualitätsdefizite, offizielle und inoffizielle Nutzergebühren, Diskriminierung verschiedener soziokultureller Bevölkerungsgruppen und mangelnde Kenntnisse im Hinblick auf die eigenen Rechte hinzu, verwundert es nicht, dass die Gesundheitsdienstleister zum Teil sehr schlecht ausgelastet sind. Es ist davon auszugehen, dass die Investitionen des NHSP-II die Anziehung generell verbessert hat.

Wie sehr die Ungleichheit in Nepal durch das NHSP-II gemildert wurde, kann im Rahmen der EPE nicht abschließend belegt werden. Die Grundversorgung (basic package) ist gebührenfrei, aber es konnte nicht überprüft werden ob vor Ort für grundsätzlich freie Dienste doch bezahlt werden muss. Ebenso besteht keine Einsicht, ob kostenpflichtige Leistungen letztlich zum Ausschluss von vulnerablen Gruppen führen. Eindeutig ist jedoch, dass die positiven Wirkungen des Programms nicht nur durch eine Besserstellung von kleinen Gruppen erreicht werden konnten. Vielmehr muss die Bevölkerungsmehrheit davon profitiert haben, auch die Vulnerablen.

Insgesamt sind die Erfolge – im Durchschnitt – beachtlich, was u. a. auf folgende Faktoren zurückzuführen ist: (1) hoher politischer Wille Nepals zur Durchführung des Programms, (2) kontinuierlicher Anstieg der Mittelzuweisung an den Gesundheitssektor, (3) konsequente Umsetzung des Programms zur Gewährleistung einer sicheren Schwangerschaft und professionell durchgeführter Geburten (*Aama Programme*, siehe Kapitel Relevanz), vgl. [43], (4) konsequente Umsetzung des Programms zum gemeindebasierte Management von Kinderkrankheiten (Integrated Management of Childhood Illness, vgl. [44]).

Zum Teil sind die Erfolge jedoch auch parallel oder im Anschluss eingeführten Maßnahmen zu verdanken, insbesondere im Bereich der nachfragebezogenen Faktoren. Ohne Frage hat die Einführung der Krankenversicherung dazu beigetragen, dass die oben genannten Indikatoren erreicht werden konnten, vgl. [45].

Qualität der Implementierung

Zuerst ist festzustellen, dass die Regierung Nepals (und insbesondere das MoHP) in den letzten Jahren zahlreiche Gesetze, Strategien und Reformen angestoßen und teilweise auch umgesetzt hat (siehe vorne). Der Wille zur Verbesserung war zweifelsohne gegeben, wenn auch deren Geschwindigkeit der Umsetzung manchmal unbefriedigend war - und das Prinzip des SWAp's noch nicht alle Abteilungen der Ministerien durchdrungen hat.

Positiv zu erwähnen ist die Gründung einer ‚Health Sector Reform Unit‘ und einer ‚Health Economics and Financing Unit‘ bei der Reorganisation des Department of Health Services. Diese Abteilungen stellten die Grundlage der Implementierung von NHSP-II dar. Im Jahr 2015 wurde eine umfassende Analyse der Budgetallokation und der Ausgaben durchgeführt [46]. Diese zeigte, dass sich die Gesundheitsausgaben während der Periode 2005-2015 verfünffacht bzw. während der Periode 2011-2015 mehr als verdoppelt haben (siehe Abbildung 2 in Anlage

¹¹ MCH: Mother and Child Health Care.

Tabellen und Schaubilder'). Die Absorptionsrate war hingegen in den meisten Jahren unterdurchschnittlich, d. h., nicht alle verfügbaren Finanzressourcen konnten auch tatsächlich eingesetzt werden.

Die Abwicklung der Korbfinanzierung erscheint – soweit dies im Rahmen einer EPE überprüfbar ist – weitgehend regelgerecht. Als Korbfinanzierer traten Weltbank, DFID, GAVI, AusAid und die deutsche FZ auf. Die Weltbank verwaltete den Korb und kontrollierte die treuhänderischen Risiken. Die Einzahlungen der Korbpartner auf ein unverzinsliches US-Dollar-Devisenkonto und das abgestimmte, einheitliche Auszahlungsverfahren funktionierte weitestgehend. Es erfolgte im Erstattungsverfahren, d.h. das Gesundheitsministerium trat mit den Ausgaben für die einzelnen Maßnahmen in Vorleistung. Diese wurden von einem gemeinsam genutzten Sonderkonto erstattet, auf das die ‚pooling partner‘ entsprechend ihres Finanzierungsanteils am Gesamtvolumen eingezahlt hatten. Für die Höhe der Einzahlungen waren die jährlichen, abgestimmten Arbeits- und Budgetpläne maßgeblich, die im Rahmen des JAR festgelegt wurden.

Wie dargestellt ist es das Ziel eines SWAps, dass durch den Sektordialog und das sich entwickelnde Vertrauen die Umsetzung und Wirkung der Maßnahmen verbessert werden (Moderatoreffekt). Auch hier ist keine empirische Messung möglich, so dass man sich auf die Perception der Interviewpartner verlassen muss. Sie haben mit großer Einstimmigkeit betont, dass während der Phase von NHSP-I die Moderation zuerst gering, jedoch dann zunehmend war, während in der Phase von NHSS der Sektordialog und wahrscheinlich auch das Vertrauen unter den Gebern und der nepalesischen Regierung gesunken sind. Eine Interviewpartnerin bezeichnete die Phase von NHSP-II als „goldenes Zeitalter“ - als der Informationsaustausch, die Koordination, Harmonisierung und gemeinsame Priorisierung vergleichsweise sehr gut funktionierten. Konkret wurde dies mit den Beispielen Erdbeben 2015, Entwicklung der Krankenversicherung und den raschen Reaktionen in der Corona-Pandemie belegt. Es lässt sich auch anhand von Protokollen nachweisen, dass die Prozesse des SWAps bis zum Ende von NHSP-II verbessert wurden. Die Transaktionskosten dürften deutlich geringer sein als bei Einzelmaßnahmen. Es ist auch wahrscheinlich, aber nicht empirisch nachweisbar, dass sich die Indikatoren durch den Moderatoreffekt ebenfalls verbessert haben.

Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Die oben erwähnte Föderalisierung trägt dazu bei, dass der Moderatoreffekt des SWAps nicht mehr so stark ist wie während der Phase des NHSP-II. Zudem förderte die Zusammenarbeit des Trägers mit den Gebern im Gesundheitssektor die Digitalisierung - mehrere Monitoringprogramme wurden während NHSP-II etabliert (z.B. Electronic Logistics Management Information System, eLMIS).

Zusammenfassung der Benotung:

Das FZ-Vorhaben hat als Bestandteil des NHSP-II die Outcome-Ziele überwiegend erreicht. In dieser Phase entfaltete der SWAp seine Moderatorenwirkung bestmöglich, so dass insgesamt von einer guten Effektivität auszugehen ist. Für die vorhergehende Einführungsphase des NHSP-I (2005-2010) und NHSS (2016-21) sähe diese Bewertung wahrscheinlich anders aus, was jedoch nicht Gegenstand dieser Untersuchung ist.

Effektivität: 2

Effizienz

Produktionseffizienz

Die Maßnahmen des NSHP-II wirkten überwiegend direkt auf die Leistungserstellung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die wichtigsten Inputs einer Gesundheitseinrichtung sind Personal, Gebäude, Geräte/Anlagen und Materialien (Medikamente, medizinische Verbrauchsmaterialien, Impfstoffe). Die Besuche zeigten, dass die Einrichtungen im Vergleich zu früheren Zeiten und zu anderen Ländern angemessen ausgestattet sind: Medikamentenengpässe treten seltener auf als früher und insbesondere Health Posts (HP) und Primary Health Care Centers (PHCC) scheinen relativ verlässlich versorgt zu sein. Bei Krankenhäusern tritt manchmal das Problem auf, dass Medikamente geliefert werden, die eher auf unteren Versorgungsebenen gebraucht werden, aber dieses Problem erscheint logistisch beherrschbar.

Die Ausstattung an notwendigen Geräten für die einzelnen Versorgungsebenen erscheint akzeptabel, auch wenn teilweise gewisse Engpässe auftreten. Etwas komplexer ist die Raumsituation, da einige Einrichtungen in den letzten Jahren deutlich zunehmende Patientenzahlen aufweisen und insbesondere im Bereich der Notaufnahme und Ambulanz an ihre Grenzen stoßen. Die Bettenauslastung ist hingegen in den Einrichtungen erschreckend

niedrig, so dass nicht von einem generellen Raumengpass auszugehen ist. Investitionen in die Infrastruktur erscheinen nach wie vor sinnvoll, sie sind aber nicht der größte Engpass.

Die Personalausstattung gibt ein gemischtes Bild. Zuerst ist festzustellen, dass die Zahl der Planstellen („sanctioned posts“) in der Regel unzureichend war, um die Einrichtungen zu betreiben. Dies wurde erkannt und Abhilfe in Form von Mitarbeiterstellen mit befristeten Verträgen geschaffen. Das führte zu einer zufriedenstellenden Personalausstattung, ist aber keine Dauerlösung. Insbesondere dort, wo diese Zeitverträge geringer dotiert sind als die Dauerstellen, impliziert diese Zweiteilung eine horizontale Lohnungerechtigkeit mit demotivierenden Impulsen. Im Vergleich zu anderen Ländern erscheinen die Einrichtungen relativ gut mit medizinischem Fachpersonal ausgestattet. Die Zahl der Pflegekräfte ist jedoch vergleichsweise gering. Im Rahmen der Erhebung war keine tiefere gehende Analyse möglich, aber es scheint ein grundlegendes Problem zu sein, dass Aufgaben, die problemlos von Pflegekräften übernommen werden könnten, aufgrund der geringen Beschäftigtenzahl von höher qualifiziertem Personal (z.B. Ärzten) geschultert werden müssen – oder gar nicht durchgeführt werden. Weiterhin ist eine hohe Fluktuation des Personals auffällig. In den meisten Häusern waren unsere Interviewpartner vergleichsweise kurz (1-3 Jahre) in den Führungspositionen.¹²

Damit erweist es sich zusammenfassend, dass die Inputs der Gesundheitseinrichtungen nicht mehr der größte Engpass im Produktionsprozess sind. Vielmehr ist die Transformation von Inputs in die richtigen Gesundheitsoutputs von höchster Relevanz für die Bestimmung der Effizienz, d. h., das Management der Einrichtung. Wie zu erwarten waren alle Leiter der Einrichtungen Fachpersonen mit medizinischem (oder pflegerischem) Hintergrund. In den Krankenhäusern sind grundsätzlich Ärzte die Chief Executive Officers (CEOs). Es gibt zwar für Krankenhäuser ein Pilotprogramm zur Anwerbung von Krankenhausverwaltern, aber dies ist erst am Startpunkt, so dass noch keine Erfahrungen vorliegen. Grundsätzlich besteht großer Ausbildungs- und Handlungsbedarf in allen Bereichen des Managements, inkl. Beschaffung, Qualitätsmanagement (QM), Prozessmanagement (PM), Entsorgung/Abfallwirtschaft, Marketing, Finanzierung, Investition, Logistik, Rechnungswesen und Informationswirtschaft. Besonders problematisch erscheint die fehlende Ausbildung in führungsrelevanten Fragen, einschließlich Planung, Organisation, Personalauswahl, Personalführung und Kontrollsystemen. Es besteht – wobei unsere Stichprobe klein war und nicht sehr belastbar ist – wahrscheinlich eine Bereitschaft, hier dazu zu lernen, aber derzeit sind diese Kurse für „normale“ Führungskräfte in Gesundheitseinrichtungen nicht verfügbar. Keiner der von uns interviewten Einrichtungsleiter hatte eine Managementausbildung absolviert. In der aktuellen Situation wird die Leitung sicherlich auch noch über Jahre hinaus in den Händen einer medizinischen oder pflegerischen Fachkraft sein. Die impliziert jedoch Effizienzverlust in zwei Dimensionen. Zum einen hat diese Person hierfür nicht die Ausbildung und kann deshalb, mit ganz wenigen Ausnahmen, die anvertrauten Ressourcen nicht so effizient nutzen wie ein professioneller Manager. Zum anderen fehlt die medizinische oder pflegerische Fachkraft in ihrem originären Zielgebiet, wenn sie als Laie Managementaufgaben übernimmt. Diese Ineffizienz kann reduziert werden, indem insbesondere für Krankenhäuser flächendeckend administrative Assistenten eingesetzt werden, welche Aufgaben wie Beschaffung, Entsorgung/Abfallmanagement, Hygiene abnehmen und somit den Leiter entlasten können.

Insgesamt erscheint es so, dass die Strukturqualität nicht mehr den Engpass darstellt. Vielmehr ist das System bereits fortgeschritten, so dass nun Aspekte der Prozessqualität von größerer Bedeutung werden. Damit werden Wartung, Anwendung von Standards, Abfallmanagement und Administration die zentralen Themen zur Erhöhung der Effizienz. Ein strukturiertes Qualitätsmanagement konnte in keiner Einrichtung nachgewiesen werden.

Während die Wartung später noch einmal aus Sicht der Nachhaltigkeit zu betrachten ist, soll hier die Effizienzwirkung analysiert werden. Die Budgets für Wartung sind unzureichend und die Zweckbestimmung wird nicht kontrolliert. In den Einrichtungen fehlen Wartungspläne. Das Wartungspersonal ist entweder nicht vorhanden oder nur rudimentär (z. B. einjähriger Kurs) ausgebildet. Vor allem aber fehlt eine Mentalität für Wartung. Insgesamt erscheint die fehlende Wartung eine relevante Ursache für technische Ineffizienz medizinischer Geräte zu sein. Jeder Beitrag (z. B. durch Anstellung von Technikern zur Stärkung der Wartung) würde deren Effizienz erhöhen. Auch mangelnde Hygiene beeinflusst die Effizienz, da sie Liegezeiten erhöht und zusätzlichen Personal- und Materialaufwand impliziert.

¹² Die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Institutionen kann auch dann durch rationales Management gestärkt werden, wenn sie als Non-Profit-Organisationen keine Gewinnerzielungsabsicht verfolgen. So konnten wir in einem Krankenhaus erfahren, dass Medikamente außerhalb der Liste essentieller, kostenloser Medikamente mit einem Aufschlag verkauft werden (insb. an Patienten mit Versicherung), wovon kleinere Verbesserungsmaßnahmen bezahlt wurden (z. B. Überdachungen). Das Konzept erschien durchdacht (inkl. einer Trennung der Pharmazie für die beiden Patientengruppen) und zeigt, dass auch unter Bedingungen ländlicher Non-Profit Krankenhäuser innovative Ideen die Wirtschaftlichkeit stärken können. Ebenso kreativ war in einem Krankenhaus der Umgang mit unbrauchbaren Geräten. Während in den meisten Einrichtungen „Müllhalden“ von altem Gerät rumlagen, hatte dieses Krankenhaus die Altgeräte verkauft. Tatsächlich zeigt es sich, dass der administrative Prozess des Verkaufs von alten Anlagen und Geräten ausgesprochen aufwendig ist, was die meisten Einrichtungsleitungen zu vermeiden suchen.

In Nepal bestehen bestimmte Faktoren, die die Effizienz grundlegend beeinflussen. Hierzu zählt zuerst die Korruption. Korruption ist ein großes Problem im Gesundheitswesen. 17 % der Patienten weltweit berichten, dass sie bereits mindestens einmal bestechen mussten, um Gesundheitsdienstleistungen zu erhalten [47]. Besonders negativ ist die Korruption, weil sie systematisch die Armen benachteiligt, die sich die entsprechenden Zahlungen nicht leisten können. Die Bestimmtheit, mit der eine Regierung Korruption bekämpft, entscheidet damit auch über Leben und Tod und somit auch über die Effizienz im Gesundheitswesen. Nepal lag im Jahr 2022 auf dem Korruptionswahrnehmungsindex auf Rang 110 von 180 [47]. In der Region war lediglich Bangladesch noch schlechter (Rang 147). Dies ist allerdings bereits eine sehr starke Verbesserung gegenüber den Vorjahren (z. B. Jahr 2010: Rang 146; Jahr 2016: Rang 131), bedeutet aber auch, dass Korruption immer noch ein Problem darstellt.¹³ Korruption ist ein Effizienzvernichter, da die notwendigen Inputs des Systems steigen, ohne dass dadurch irgendein Output erhöht werden könnte. Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen impliziert damit Effizienzsteigerung. Zweitens hat die Ungleichheit eine Bedeutung für die Effizienz. Es wurde bereits auf die weiterhin bestehende Ungleichheit der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsstatus zwischen verschiedenen Regionen und Bevölkerungsgruppen hingewiesen. Tatsächlich hat dies auch erhebliche Auswirkungen auf die Effizienz. Krankenhäuser können beispielsweise nur mit einer ausreichenden Auslastung (z. B. Belegungsrate von 80-90 %) effizient arbeiten (internationaler Standard), da es sich um fixkostenintensive Betriebe handelt. Werden bestimmte Patientengruppen systematisch von der Versorgung ausgeschlossen (z. B. wegen Diskriminierung, weiter Anreisedistanzen, Nutzergebühren etc.), so impliziert dies automatisch eine geringere Auslastung und damit geringere Effizienz der Einrichtungen. Dies erfolgt im nepalesischen Gesundheitssystem mit umfangreichen Gebühren und hohen Distanzen regelmäßig und führt zu Effizienzverlusten.

Des Weiteren spielt die Diskontinuität für die Effizienz eine Rolle. Die Phase, bis sich das föderale System auf allen Ebenen eingeschwungen hat, stellt eine Diskontinuität dar und impliziert neue Verwaltungsprozesse. Dies verursacht kurzfristig höhere Kosten und Ineffizienz. Ebenso führt die vergleichsweise hohe Personalfuktuation (insbesondere bei Ärzten) zu Produktivitätsverlusten. Gerade Führungskräfte müssen entweder längerfristig in einem Unternehmen sein oder sich auf institutionelle Gedächtnisse verlassen können. In vielen Fällen scheint dies nicht der Fall zu sein, was die Effizienz einzuschränken droht. Auch auf ministerialer Ebene ist eine Diskontinuität festzustellen, was für die oben beschriebene Moderatorwirkung des SWAp negativ ist und die Effizienz einzuschränken droht.

Betrachtet man den SWAp insgesamt, so dürfte er 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 für den Träger früher sehr aufwändige zeitversetzte bilaterale Dialog mit verschiedenen Gebern wurde durch einen gemeinsamen Austausch ersetzt. Die Interviewpartner sahen darin einen erheblichen (Effizienz-)Vorteil des SWAp.

Allokationseffizienz

Auch der SWAp selbst kann aus Effizienzperspektive analysiert werden. Da auf Outcome-Ebene keine spezifischen Indikatoren definiert wurden, muss die Analyse rudimentär bleiben. Zuerst ist festzuhalten, dass der Korb durch die Weltbank verwaltet wurde, die auch einen gewichtigen Teil der treuhänderischen Risiken trug. Damit lag auch ein großer Teil der Transaktionskosten bei der Weltbank. Das Verfahren entspricht einem eingeschwungenen Standard aus SWAp anderer Länder sowie des NSHP-I. Es wurde ein unverzinsliches US\$-Konto beim Gesundheitsministerium eingerichtet, auf das die ‚Pooling Partner‘ nach Bestätigung durch die Weltbank einzahlten. Hiermit wurden ausschließlich bereits vom MoHP verausgabte Mittel zurückerstattet. Aus unserer Sicht war die Übernahme der Rolle des Treuhänders durch die Weltbank ausgesprochen effizient.

Das Ziel des NHSP-II und entwicklungspolitische Ziel dieses FZ-Vorhabens war die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Diese kann durch die Erhöhung der Lebensqualität (gemessen in DALYs¹⁴) bzw. durch die Erhöhung der Lebenserwartung, Reduktion der Mortalität und der Healthy Life Expectancy (gemessen in HALE) gemessen werden. Es stellt sich damit die Frage, ob man durch eine andere Wahl der Maßnahmen mit gleichen Mitteln mehr „Gesundheit“ hätte erzielen können. Zuerst ist festzuhalten, dass der „Nepal Burden of Disease“ [48]

¹³ Die Himalayan Times stellt völlig zu Recht fest: „Corruption is so rampant in Nepal’s health system that we accept it as a norm. Nepalis are deprived of quality healthcare services due to the unwritten rules of corruption. Healthcare corruption threatens accessibility, utilisation and quality of healthcare service and ultimately paralyses the healthcare system. Nepali women have lost their lives during childbirth owing to consequences of corruption.“(<https://thehimalayantimes.com/opinion/corruption-in-healthcare-its-killing-nepalis>).

¹⁴ Disability Adjusted Life Years lost (DALYs) sind ein Maß der Lebensqualität, das seit dem Weltentwicklungsbericht 1993 ein Standard der internationalen Bewertung von Lebensqualität darstellt. Die Healthy Life Expectancy (HALE) drückt die Zahl der Jahre aus, die eine Person bei voller Gesundheit zu leben erwarten kann (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry>).

sehr eindeutig drauf verweist, dass sich seit 1990 und auch während der Programmlaufzeit des NHSP-II die Gesundheitssituation überwiegend verbessert hat: Sterblichkeit, Mortalität, Verlust sowie DALYs und HALE haben sich in diesem Zeitraum signifikant verbessert, wobei sich die Zusammensetzung (z.B. Anteil der Sterbefälle) von Infektionskrankheiten zu chronisch-degenerativen Erkrankungen verschoben hat (Non Communicable Diseases/NCDs, wie z.B. Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Unfälle). Im Jahr 2019 waren 71 % der Todesfälle und 61,2 % des Verlustes an DALYS auf NCD zurückzuführen, jedoch nur 21 % bzw. 29,3 % auf die Erkrankungen, die im Fokus von NHSP-II bzw. des FZ-Vorhabens standen, d. h. Infektionserkrankungen sowie die Diagnosen im Zusammenhang mit MCH.¹⁵ Die zunehmende Bedeutung von Unfällen wurde bis zum Beginn des Folgeprogramms NHSS im Jahr 2021 komplett ignoriert.¹⁶

Zusammenfassend kann man schließen, dass die Maßnahmen von NHSP-II und des darin enthaltenen FZ-Vorhabens die überwiegenden Gesundheitsprobleme der Durchschnittsbevölkerung des Landes unzureichend adressiert haben. Durch eine stärkere Fokussierung auf diese Erkrankungen hätte man mit den eingesetzten Ressourcen mehr „Gesundheit“ erreichen, also eine erhöhte Allokationseffizienz erzielen können. Auch die vorne genannten Komponenten, die später dann im Folgeprogramm NHSS hinzugefügt wurden (Krankenversicherung, Telemedizin, Krankenhausmanagement etc.) hätten die allokativen Effizienz des NHSP-II noch weiter erhöhen können.

Die Gesundheitseinrichtungen in Nepal sind vergleichsweise klein, insbesondere bzgl. der Bettenzahl. Dies hat Konsequenzen, welche für die allokativen Effizienz relevant sind. Zum einen sind die Prinzipien der Fixkostendegression zu beachten, die alle für eine Konzentration der Dienstleistungen auf größere Einheiten sprechen. Die Fallkosten bei kleinen Einheiten sind unweigerlich – ceteris paribus – höher als bei großen. Zum anderen ist die Gewährleistung einer guten Ergebnisqualität auch im Gesundheitswesen von der Übung und damit der Wiederholung von Prozessen abhängig, insbesondere bei seltenen Komplikationen. Auch hier sind kleine Einheiten naturgemäß im Nachteil: Wenn eine Hebamme im Monat nur noch drei Geburten durchführt, dann ist die letzte Komplikation so lange her, dass sie diese nicht mehr beherrschen kann.

In Nepal hat die Mobilität erheblich zugenommen. Tuktuks, Motorräder und öffentlicher Personennahverkehr sind viel mehr verfügbar als bei/zu Beginn von NSHP-II. Damit dürfte die im Rahmen des Dezentralisierungsprozesses politisch gewünschte Etablierung von Kleinstkrankenhäusern (mit 15 Betten) in jeder Municipality aus zwei Perspektiven problematisch sein. Zum einen sind sie zunehmend unnötig, da die Patienten lieber in die leistungsstärkeren Häuser gehen. Zum anderen sind sie ineffizient, da keine Skaleneffekte eingefahren werden können. Der im NHSP-II verankerte Leitsatz, dass das ganze Land mit Geburtskliniken zu überziehen ist (Ideal: in jedem Ward), erscheint aus dieser Perspektive ex-post ineffizient. Gleichzeitig sind die kleinen Einheiten (Gesundheitseinrichtungen mit Basisgesundheitsdienstleistungen) für die zunehmende Inzidenz von NCDs unabdingbar. Wichtig wäre eine Regionalplanung der Gesundheitseinrichtungen, die auf Basis von Einzugsbereichsanalysen eine effiziente Standortplanung etabliert und somit die allokativen Effizienz erhöhen könnte. Wir haben Beispiele von innovativen Kreisen (Municipalities) kennengelernt, die richtungsweisend sind. So hat beispielsweise ein Kreis entschieden, statt ein eigenes Kleinstkrankenhaus selbst zu bauen und zu betreiben, lieber das bestehende Distriktkrankenhaus finanziell zu unterstützen. Dies ist aus Sicht der allokativen Effizienz sehr begrüßenswert, da es Fallkosten reduziert und Qualität steigert. Aber dieses Beispiel ist noch selten.

Auffällig ist, dass NHSP-II sich ausschließlich auf den öffentlichen Sektor konzentriert, obwohl in Nepal private und gemeinnützige Organisationen eine große Rolle in der Gesundheitsversorgung spielen [49]. Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben betrug im Jahr 2019 24,81 % [1], d. h., der private Haushalt entscheidet überwiegend über den Gesundheitsanbieter, wobei bei einigen Dienstleistungen sogar der Anteil privater und gemeinnütziger Anbieter steigt (z. B. Geburtshilfe) [50, 51]. Sogar Dienstleistungen, die in staatlichen Einrichtungen grundsätzlich gebührenfrei angeboten werden (sollen), werden zunehmend in privaten Einrichtungen nachgefragt und bezahlt.¹⁷ Auch NGOs (z. B. Religionsgemeinschaften) betreiben Krankenhäuser, Leprozentren, Aufklärungsprogramme etc.¹⁸ Angesichts der großen Bedeutung des Ausgaben im Privat- und NGO-Sektor von 75% der gesamten Gesundheitsausgaben muss an dieser Stelle hinterfragt werden, ob diese Konzentration des NHSP-II auf den öffentlichen Sektor der Diversität der Gesundheitsanbieter in Nepal gerecht wurde bzw. ob durch eine Einbeziehung dieser Dienstleister insbesondere in abgelegenen Gebieten (z. B.

¹⁵ CMNN: Communicable, maternal, neonatal and nutritional diseases. NCDs: Non-Communicable Diseases. NCDs sind in der Regel chronisch-degenerative Erkrankungen, wie z.B. Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Diabetes M. Typ II. Übertragbare Krankheiten sind Infektionen, wie z.B. Malaria, Masern oder Tuberkulose.

¹⁶ Goal Indicator No. 6 der NHSS: „Life lost due to road and traffic accident (RTA) per 100,000“.

¹⁷ In einer Studie konnte gezeigt werden, dass von 2006 bis 2016 der Anteil der MCH-Dienstleistungen im Privatsektor gestiegen ist, obwohl diese Leistungen grundsätzlich gebührenfrei sind. Vor allem Frauen mit höherer Schulbildung und mit höheren Einkommen entbinden bevorzugt in privaten Kliniken [50].

¹⁸ Einen Überblick geben die Verbände der NGOs unter <https://www.ngofederation.org/> und <https://www.ain.org.np/>.

Lepraarbeit in abgelegenen Gebieten) die allokativen Effizienz hätte erhöht werden können. Dies ist allerdings spekulativ und kann nicht evidenzbasiert erfolgen. Die allokativen Effizienz hätte durch eine Stärkung der Telemedizin, des Rettungswesens, der Ausbildung, des Krankenhausmanagements und der betrieblichen Autonomie weiter erhöht werden können.

Bei unseren Besuchen vor Ort konnten wir feststellen, dass sich der Föderalismus in vielen Einrichtungen positiv auf die Ownership der Führungskräfte in den Einrichtungen und Municipalities auswirkte. Allerdings besteht auch die Gefahr einer Ineffizienz durch die Einbeziehung einer weiteren Provinzebene und die Delegation der Entscheidungsfindung auf untere Ebenen. Die Beschaffung von Medikamenten, medizinischen Materialien und Impfstoffen steht hierfür exemplarisch. Diese Verbrauchsgüter sind von großer Bedeutung für die Produktion von Gesundheitsdienstleistungen. Dementsprechend müssen Planung (inkl. Design der Standard Drug Lists), Ausschreibungen, Beschaffung, Qualitätskontrolle, Lagerung, Lagerentnahme, Kommissionierung, Inventur, Logistik/Transport etc. mit großer Professionalität durchgeführt werden, um Diebstahl, Lieferengpässe, Verfall etc. und damit Ineffizienz zu vermeiden. Zusätzlich erfordern einige Materialien (z. B. Impfstoffe) spezielle Vorkehrungen, wie z. B. Kühlketten, Gefrierketten, Staubfreiheit und Schutz vor (Sonnen-)Strahlung. Infolge der Föderalisierung (Verlagerung von Kompetenzen auf die Provinzen) können Materialien auf fast allen Ebenen selbständig beschafft werden. Als Konsequenz ergeben sich vergleichsweise längere Distributionswege für zentral beschaffte Materialien (z. B. Kontrazeptiva, Vitamin A). Aber auch die Beschaffung auf unteren Ebenen impliziert für das dezentralisierte System zwei Nachteile. Erstens werden das Materialmanagement und insbesondere die Beschaffung auf unterschiedliche Ebenen und Institutionen aufgeteilt. Dies impliziert höhere Kosten. Das zentrale System konnte Skalenvorteile einfahren (z. B. Rabatte, geringe Fixkosten pro Einheit) im Vergleich zum dezentralen System. Zweitens besteht ein immanentes Qualitätsproblem, da das zentrale System auch zentral die Qualität kontrollieren konnte, während dies auf dezentraler Ebene mangels Zeit und Expertise nicht mehr so einfach möglich ist. Damit besteht die Gefahr, dass das Beschaffungswesen zunehmend ineffizient wird. Allerdings wurde, insbesondere durch die Einführung des digitalen Logistikinformationssystems eLMIS, auch die Basis dafür geschaffen, dass trotz Dezentralisierung die Materiallogistik schlank bleiben könnte. Dies ist allerdings kein Selbstläufer, sondern verlangt Führung und Entscheidung. Insgesamt ist es noch zu früh für eine Bewertung, ob die Föderalisierung eher Effizienz gestärkt oder reduziert hat. Die Erwartung, dass sie automatisch zu Effizienzsteigerungen führen würde, war jedoch unzutreffend.

Zusammenfassung der Benotung:

Insgesamt sind wir der Auffassung, dass die Korbfinanzierung über die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit des Trägers und die Harmonisierung der Geberansätze eine höhere allokativen Effizienz erzielte als bei einem klassischen Investitionsansatz. Eine quantitative Bestimmung ist allerdings im Rahmen dieses Berichtes nicht möglich. Es gibt aber zahlreiche Ansätze, die ex-post betrachtet zu einer Erhöhung der Effizienz geführt hätten. Entscheidend ist, dass die Partner aus den Entwicklungen und Fehleinschätzungen gelernt haben. Dies zeigt sich an der Weiterentwicklung des SWAp im Rahmen des Folgeprogramms NHSS (Integration von Krankenversicherung, Telemedizin, Management etc.).

Insgesamt bewerten wir die Effizienz als eingeschränkt erfolgreich.

Effizienz: 3

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen

Das entwicklungspolitische Ziel des Vorhabens liegt in der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Tabelle 2 fasst die Erreichung der Ziele auf Impact-Ebene zusammen.¹⁹

¹⁹ Ursprünglich war auch die HIV-Prävalenz als Indikator definiert. Der Indikator wurde im Folgenden aus mehreren Gründen nicht in die Bewertung einbezogen. Erstens ist die Definition uneinheitlich. Im ursprünglichen Results Framework wurde als Impact-Indikator die HIV-Prävalenz bei Schwangeren im Alter von 15-24 Jahren ohne Ausgangswert festgelegt. Im Zwischenbericht [24] wurde die HIV-Prävalenz von Männern und Frauen im Alter von 15-24 Jahren bewertet (Fälle pro 100.000 Einwohner). In der AK wurde die HIV-Prävalenz bei jungen Frauen im Alter von 15-24 Jahren als Fälle dieser Zielgruppe pro 100.000 Einwohner verwendet, wobei die verwendeten Daten identisch mit denjenigen aus dem Zwischenbericht trotz anderer Grundgesamtheit sind. Zweitens fokussiert NHSP-II diesen Parameter kaum, so dass eine Zurechenbarkeit von Erfolgen kaum möglich ist. Drittens ist die HIV-Prävalenz in Nepal im Vergleich zu anderen Ländern der Region relativ niedrig und stabil.

Tabelle 2 Impact-Indikatoren

Indikator	Status PP (Daten von 2011)	Zielwert gemäß PP	Ist-Wert bei AK	Ist-Wert bei EPE (Daten von 2020)
(1) Müttersterblichkeit	229	134	258	151 (2021) – nicht erreicht
(2) Fruchtbarkeit	2,9	2,5	2,0	2,1 – erreicht
(3) Kindersterblichkeit	55	38	28	28,2 – erreicht
(4) Säuglingssterblichkeit	79	32	25	23,6 – erreicht
(5) Neugeborenensterblichkeit	50	16	16	16,20 (2021) – erreicht
(6) Untergewicht	39 %	34 %		31,5 % (2019)- erreicht

Quelle: [1, 24, 35, 52-54]

ad (1): Müttersterblichkeit. Sie gibt die Sterblichkeit von Müttern pro 100.000 Lebendgeburten als Standardindikator an. Im Vergleich zum Status von 2011 ist die Sterblichkeit gefallen, aber das ursprüngliche Ziel wurde nicht erreicht. Dementsprechend beklagt auch der Annual Report des MoHP aus dem Jahr 2020/21 den „slow pace of decrease in maternal mortality ratio“ [22].²⁰

ad (2): Fruchtbarkeit. Diese Statistik gibt die Zahl der Kinder pro Frau als Standardindikator an. Der Wert hat sich deutlich reduziert und liegt nun ziemlich genau beim Reproduktionswert (replacement value) von 2,1, d. h., das ursprüngliche Ziel wurde erreicht.

ad (3): Kindersterblichkeit. Sie misst die Zahl der Sterbefälle von Kindern unter fünf Jahren pro 1.000 Lebendgeburten als Standardindikator. Auch dieser Indikator zeigt in jeder Hinsicht einen großen Erfolg.

Ad (4): Säuglingssterblichkeit (unter-1-Jährige). Die Statistik misst die Zahl der Sterbefälle von Kindern unter einem Jahr pro 1.000 Lebendgeburten als Standardindikator. Das Ziel wurde deutlich unterschritten und die positive Tendenz setzt sich seit Ende des Projektes fort.

Ad (5): Neugeborenensterblichkeit. Der letzte Mortalitätsindikator betrachtet die Neonatalsterblichkeit, d. h., die Zahl der Todesfälle bei Kindern in den ersten 28 Lebenstagen im Verhältnis zur Zahl der Lebendgeburten als Standardstatistik. Auch hier wurde das Ziel erreicht. Der fallende Trend von 58 (1990) auf 16,2 (2021) ist ein großartiger Erfolg. Insgesamt sind die Indikatoren (3), (4) und (5) starke Proxy für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens mit Fokus auf die besonders vulnerablen Gruppen der (kleinen) Kinder.

Ad (6): Untergewicht. Hier wird der Standardindikator „Höhe im Verhältnis zum Alter < 2 SD“ für die Rate der chronisch untergewichtigen Kinder unter fünf Jahren verwendet.²¹ PP und AK verwendeten noch die Definition für akute Unterernährung, während der Zwischenbericht beide Parameter ausgibt. Die chronische Unterernährung erscheint jedoch für eine Bewertung der Ernährungssituation sinnvoller. Es zeigt sich eine deutliche Verbesserung.

Auch wenn Abbildung 2 einen eindeutigen Zusammenhang von Intervention und Impact-Faktoren nahelegt, ist eine eindeutige Zurechnung nicht möglich. Im Zeitraum seit PP haben sich makropolitisch und für einzelne Parameter sehr viele Veränderungen ergeben, so dass eine Signifikanzberechnung des Einflusses von NHSP-II auf diese Entwicklung scheitern muss. Noch viel weniger ist der Impact des vergleichsweise kleinen Beitrags der deutschen EZ von etwa einem Prozent des Budgets von NHSP-II hierzu ermittelbar.

Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Die wichtigsten Gesundheitsindikatoren Nepals (z.B. Lebenserwartung, Müttersterblichkeit, Säuglingssterblichkeit, Kindersterblichkeit, Geburtenrate) weisen seit Beginn von NHSP-II eine positive Tendenz auf [1]. Diese eindeutig positive Entwicklung ist ein starkes Indiz dafür, dass während NHSP-II wichtige Grundlagen für die Verbesserung der Gesundheitssituation geschaffen wurden. Obwohl Diskriminierung auf Grundlage von Kaste, Ethnie,

²⁰ Der National Population and Housing Census 2021 gibt einen Wert von 151 Todesfällen pro 100.000 Lebendgeburten an [55], weist aber auch explizit auf sehr unterschiedliche Statistiken in den Provinzen hin. So lag der Wert in der Lumbini sowie in der Karnali Provinz bei 207 bzw. 172, während er in der Bagmati Provinz 98 betrug. Insgesamt starben im Jahr 2021 12.976 Frauen im reproduktiven Alter (15-49 Jahre), wovon 653 Todesfälle auf Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen waren, d. h. ungefähr 5 %.

²¹ Stunting (chronic malnutrition): height-for-age <-2 standard deviation of the WHO Child growth standards median; Wasting (acute malnutrition): weight-for-height <-2 standard deviation of the WHO Child growth standards median; underweight: weight-for-age <-2 standard deviations of the WHO Child growth standards median. <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/malnutrition-in-children>.

Geschlecht, Wohnort oder Religion in Nepal offiziell verboten ist, besteht – wie oben dargestellt – noch immer eine große soziale Ungleichheit und die Streuung der gesundheitlichen Parameter ist sehr groß. Der Demographic and Health Survey 2022 [37] zeigt dies für die Indikatoren Fruchtbarkeit, Schwangerschaft von Teenagern, Nutzung von Kontrazeptiva, Kindersterblichkeit, Kinderbetreuung, Impfungen sowie Ernährungsstatus von Kindern auf. Beispielsweise sind Teenagerschwangerschaften in der Kaste der Dalit (unterste Kaste) fast dreimal so hoch wie bei den Brahmin (höchste Kaste). 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 zusammenhängt. Aber auch der Anteil vollständig immunisierter Kinder ist in den Bergregionen höher. Aus den Statistiken des MoHP geht hervor, dass auch das Geschlecht nach wie vor eine Rolle spielt. Eltern suchen im Krankheitsfall bei Mädchen Gesundheitseinrichtungen weniger auf, geben hierfür weniger Geld aus und erhalten seltener die richtige Diagnose [56].

Insgesamt haben sich also zwar die Gesundheitsindikatoren während NHSP-II im Durchschnitt verbessert, jedoch sich die Ungleichheit nicht gleichmäßig verringert. Ungleichheit bleibt zweifelsohne ein zentrales Problem Nepals. Die Kaste spielt nach wie vor in der Region eine große Rolle, gerade bei der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen [6], sogar in der Hauptstadt [57]. Es muss hier betont werden, dass die Mehrheit der Länder weltweit keine genauere Analyse der vulnerablen Gruppen erlaubt, weil keine disaggregierten Daten veröffentlicht werden. Hier ist Nepal eine bemerkenswerte Ausnahme [58].

Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Die Frage, ob NSHP-II bzw. die Korbfinanzierung 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 manche Volks- bzw. Sozialgruppen Nepals nicht ausreichend berücksichtigt und der Zuschnitt der neuen Provinzen wird kritisiert. 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. Der Staat wird auch danach bewertet und die Identifikation mit der Demokratie steht und fällt mit der Frage, ob die Lebensqualität der Bürger sich stetig verbessert. Hier leistet NSHP-II einen wichtigen Beitrag.

Zusammenfassung der Benotung:

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Impact-Indikatoren des NHSP-II und des FZ-Vorhabens während der Laufzeit von NSHP-II und danach eindeutig positive Entwicklungen aufweisen. Auch die gesundheitsbezogenen MDG haben sich in dieser Zeit größtenteils verbessert. Die im NHSP-II implizierte Unterstützung der Vulnerablen dürfte zur politischen Stabilität des Landes und zur Identifikation der Bürger mit ihrem Staat beigetragen haben, auch wenn dies nicht quantitativ bewertet und die Ungleichheit nicht vollständig beseitigt werden konnte. Insgesamt können die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen daher als erfolgreich bewertet werden.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: 2

Nachhaltigkeit

Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Betrachtet man die Nachhaltigkeit von NSHP-II und des SWAps über die Zeit, so kann festgehalten werden, dass sich die finanziellen und personellen Kapazitäten der Ministerien und des Sektors positiv entwickelt haben. Der Anteil der Geberfinanzierung sank vom Beginn von NHSP-II (2010/11) von 41 % auf 28 % (2015/16), um weiterhin bis zum Finanzjahr 2019/20 auf 21 % zu fallen. Die Corona-Jahre 2020-2022 führten zwar zu deutlich höheren Geberanteilen, was aber lediglich als pandemiebedingte Verzerrung zu bewerten ist [21, 22, 35]. Auch deflationiert sind die Wachstumsraten des Gesundheitsbudgets positiv. Tatsächlich hat der Anteil der Geber stetig abgenommen, bis durch die Corona-Pandemie diese Entwicklung umgekehrt wurde, was allerdings voraussichtlich

ein temporärer Effekt sein dürfte. Betrachtet man allein NHSP-II, so zeigt sich ebenfalls eine zunehmende Bedeutung des Eigenanteils der Regierung von Nepal.²²

Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Maximal nachhaltig wäre der SWAp, wenn er sich zu einem umfassenden Korb mit einer zunehmenden Anzahl von pooling Partnern und schließlich in eine Budgetfinanzierung weiterentwickelt hätte, bis irgendwann keine externe Unterstützung notwendig gewesen wäre. Diese „natürliche Kette“ wurde nach Aussage der Interviewpartner jedoch unterbrochen und die Entwicklung ist rückläufig. Für den derzeit zu verhandelnden SWAp IV gibt es aktuell nur einen Geber, der grundsätzlich das Instrument der Korbfinanzierung unterstützen möchte, alle anderen bewerten zwar den SWAp positiv, nicht aber die Korbfinanzierung. Jeder einzelne Partner scheint die Vorteile des SWAp nutzen zu wollen, scheut jedoch den administrativen Aufwand des zentralen Instruments der Korbfinanzierung. Die vielen Anstrengungen zur Stärkung der Korbfinanzierung während NHSP-II waren damit nicht nachhaltig.

Die Absorptionsrate kann ebenfalls als ein Indikator für Nachhaltigkeit gewertet werden. Das angestrebte Ziel von 95 % wurde noch nie erreicht. 2018/19 betrug sie 80,4 % und entsprach damit dem langjährigen Mittel [59, 60]. Es scheint so, dass Programme grundsätzlich etwas überbudgetiert werden, so dass die fehlende Absorption nicht unbedingt Ergebnis von Führungsschwäche bei der Umsetzung, sondern von Vorsicht sein könnte. Die Budgetabsorption wurde im NHSS sogar als Indikator OC 5.1 gewählt. Es wäre gut gewesen, diesen SWAp-bezogenen Indikator bereits im NHSP-II zu vereinbaren, aber die Einfügung in den Katalog des NHSS zeigt erneut die Lernfähigkeit des Systems.

Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit

Die Investitionen in das Gesundheitswesen Nepals, welche während NHSP-II getätigt wurden, sind im Durchschnitt über 10 Jahre her. Dementsprechend ist zu erwarten, dass angeschaffte **Geräte** überwiegend ihre wirtschaftliche Lebensdauer überschritten haben. Tatsächlich konnte keine vollständige Beschaffungsliste des NSHP-II gefunden werden, so dass keine abschließende Bewertung möglich ist. Es lässt sich jedoch auf Grundlage der Besuche der Gesundheitseinrichtungen grundsätzlich feststellen, dass die Ausstattung mit Anlagen und Geräten angemessen erscheint. Darüber hinaus wurden fast überall unbrauchbare Geräte gesehen, die zwar noch vorhanden, aber nicht mehr funktionsfähig sind und nicht entsorgt wurden.

Gebäude haben eine längere Nutzungsdauer, so dass Investitionen aus der Zeit von NHSP-II besichtigt werden konnten. Sie werden für den originären Zweck verwendet. Keine Einrichtung wurde geschlossen oder so umgebaut, dass sie nicht mehr der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dient. In vielen Fällen erfolgte jedoch eine Weiterentwicklung im Sinne der Aufnahme zusätzlicher Funktionalitäten. Bemerkenswert war der hohe Anteil an Anbauten, welcher aus Eigenmitteln finanziert wurde.

Allerdings zeigen einige Gebäude deutliche Degeneration auf. Dächer müssten in einigen Fällen dringend ausgebaut werden, Stromleitungen wurden unprofessionell repariert und Wasserschäden nicht beseitigt. Die technische Nutzungsdauer ist noch nicht erreicht, aber in einigen Fällen dürfte die tatsächliche Nutzungsdauer unter der technischen liegen, weil sie nicht ausreichend gewartet wurden. Folglich lässt sich eine Nachhaltigkeit konstatieren, die durch bessere Wartung erheblich hätte gewinnen können.

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

Die **Strukturen in Form von Foren, Reviews, Konsultationen** etc., die während NHSP-I entwickelt wurden, reiften nach Aussage der Interviewpartner im NHSP-II aus und wurden (zumindest anfänglich) im NHSS weitergeführt. Die Corona-Pandemie führte jedoch dazu, dass viele Routinen und Prozesse unterbrochen und auch anschließend (insbesondere durch neue Entscheidungsträger in unterschiedlichen Positionen) nicht mehr weitergeführt wurden. So wurde z.B. von Interviewpartnern berichtet, dass maßgebliche Personen die Foren nicht mehr besuchten. Auch ging die langjährige treuhänderische Verwaltung des SWAps von der Weltbank auf DFID über.

Auffällig ist, dass die **Steuerungsmöglichkeit** der Einrichtungen und des Gesamtsystems begrenzt ist, was die dauerhafte Funktionalität in Frage stellt. Weder auf der Ebene der einzelnen Einrichtung noch für das Gesamtsystem.

²² Für das Jahr 2015/16 sind die Daten leider nicht verfügbar. Es erscheint als grundlegendes Problem, dass bei einem Wechseln von einem Programm zum anderen (z. B. NHSP-II zu NHSS) das Monitoring ausschließlich auf das neue Programm umgeändert wird, so dass Statistiken für das Jahr 2015/16 kaum verfügbar sind.

tem gibt es Kostenrechnungssysteme oder Kostenstudien. 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 der Einrichtungen zu gewährleisten ist, müsste an anderer Stelle noch genauer analysiert werden. Insgesamt entzieht sich die Nachhaltigkeit auf Systemebene der Analyse. Für die einzelbetriebliche Ebene ist sie als moderat zu bezeichnen.

Zusammenfassung der Benotung:

Zusammenfassend ergibt sich ein sehr gemischtes Bild. Auf Ebene der Einrichtung erscheint die Nachhaltigkeit als durchschnittlich. Beim SWAp per se und den hierfür etablierten Prozessen verlangt die Bewertung einen Zeitbezug. Betrachtet man die Phase 2016-2018, d. h. bis zum Beginn der Umsetzung der Föderalisierung im Gesundheitswesen vor der Corona-Pandemie, kann man eine gute Nachhaltigkeit konstatieren. Betrachtet man die letzten fünf Jahre, scheinen viele Prozesse abgebrochen. Ob sich diese Fäden wieder aufnehmen lassen, ist derzeit nicht bewertbar. Extrem schwierig erscheint die Unterscheidung zwischen SWAp und Korbfinanzierung. Es ist wahrscheinlich, dass der Sector Wide Approach (also die abgestimmte Finanzierung verschiedener Komponenten im Gesundheitssektor) auch im neuen Programm maßgeblich sein wird und von (fast) allen unterstützt wird, jedoch nicht das Finanzierungsinstrument des Korbes. In Abwägung dieser Dimensionen ist die Nachhaltigkeit als eingeschränkt erfolgreich zu bewerten.

Nachhaltigkeit: 3

Gesamtbewertung:

Auf Grundlage obiger Ausführungen lässt sich festhalten, dass die Wirkungen des NHSP-II für die Bevölkerung Nepals von großer Bedeutung waren. Die gesundheitsbezogenen Indikatoren haben sich von 2010-2016 und danach deutlich verbessert. Es ist anzunehmen, dass dies auch noch für längere Zeit so sein wird. Für das Instrument des SWAps und der Korbfinanzierung lässt sich ebenfalls feststellen, dass sie erfolgreich waren. Wie dies unter den veränderten Bedingungen der Föderalisierung noch der Fall sein kann, sollte jenseits dieser Evaluation ausführlicher diskutiert werden.

Gesamtbewertung: 2

Beiträge zur Agenda 2030

NHSP-II bzw. der deutsche EZ-Beitrag waren unmittelbar auf MDG 4 (Reduktion der Kindersterblichkeit), MDG 5 (Reduktion der Kindersterblichkeit) und MDG 6 (Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten) bzw. 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 [61, 62]. Der Schwerpunkt auf Vulnerable entspricht ebenfalls der Agenda 2030 [63]. 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-II 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:

- Der SWAp während NHSP-II wird von vielen Interviewpartnern als „golden age“ der Zusammenarbeit der Geber untereinander und mit der Regierung von Nepal eingestuft. Abstimmung, Harmonisierung, gemeinsames Planen und Lernen funktionierten besser als vorher und nachher.
- Die Regierung von Nepal entwickelte während der Phase von NHSP-II eine Ownership für den SWAp und den Korb. Bis heute finden sich in den Ministerien Mitarbeiter, die auch den Korb als essenziell bezeichnen und sehr gerne diesen Weg weitergehen würden, auch bis zur Budgethilfe.

- Der Sektordialog führte zu gegenseitigem Vertrauen, was als Moderator für eine verbesserte Umsetzung der Maßnahmen diente. Schnelligkeit und Wirkstärke wurden durch die enge Zusammenarbeit maßgeblich erhöht. Dies zeigte sich auch bei der ausgesprochen schnellen Reaktion nach dem Erdbeben 2015.
- Das System kann als resilient bezeichnet werden. Während der Krisen (Erdbeben 2015, Corona-Pandemie 2020/21) reagierte das eingeschwungene System schnell, effektiv und effizient. Weiterhin kehrte das System schnell wieder in eine stabile Phase zurück.
- Das Gesundheitswesen insgesamt und insbesondere der SWAp waren auf die Föderalisierung nicht vorbereitet. Die Umsetzung eines SWAp in einem föderalen System wird noch weitere Anpassungen und neue Prozesse erfordern.
- (Präventive) Wartung ist ein grundlegendes Problem, das vor allem einen Kulturwandel erfordert.

Schlussfolgerungen und Lessons Learned: Die FZ-Maßnahme leistet nicht nur einen wichtigen entwicklungspolitischen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung, sondern auch zu den Bemühungen des Landes, die externe Unterstützung zu harmonisieren. Der an die Korbfinanzierung geknüpfte Politikdialog gewährleistet zudem eine stärkere Mitgestaltung bei der Formulierung von Sektorpolitiken und der Umsetzung von Reformen. Effizienz, Wirksamkeit und Sichtbarkeit des deutschen Engagements wurden somit signifikant erhöht. Der SWAp hat das Potential der Moderation, d. h., er kann Einzelmaßnahmen in ihrer Wirkung verstärken und ihre Umsetzungsgeschwindigkeit erheblich erhöhen. Die Korbfinanzierung ist hierfür ein besonders gut geeignetes Instrument, da sie die Verantwortung bei der Regierung des Partnerlandes stärkt. Allerdings ist die Umsetzung in einem föderalen System Neuland und erfordert eine grundlegende Anpassung, die noch nicht erfolgt ist. Nachfrageorientierte Maßnahmen fehlten überwiegend in NHSP-II, wurden jedoch im Nachfolgeprogramm NHSS umgesetzt.

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 Anlagenband), BE 2007-2022, PP und AK, Diverse Datenbanken (z. B. World Development Indicators).

Interviewpartner: 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)²³, 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.

²³ 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 verwendet. Die Skalenwerte sind wie folgt belegt:

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

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

Impressum

Verantwortlich:

FZ E
Evaluierungsabteilung der KfW Entwicklungsbank
FZ-Evaluierung@kfw.de

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

KfW Bankengruppe
Palmengartenstraße 5-9
60325 Frankfurt am Main, Deutschland

Anlagenverzeichnis:

Anlage Schaubilder und Tabellen

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 Literaturverzeichnis (Hauptteil und Anlagenband)

Anlage Schaubilder und Tabellen

Tabelle 1 Indikatoren für Provinzen

Indikator	Natio- nal	Koshi	Mad- hesh	Bag- mati	Gand- aki	Lum- bini	Karnali	Sudur Pashchim
Öffentliche Krankenhäuser [Zahl]	201	31	16	63	19	30	27	15
Primary Health Care Centers [Zahl]	189	39	33	36	25	38	12	16
Health Posts [Zahl]	3794	639	743	368	486	569	342	377
Nicht-öffentliche Einrichtungen [Zahl]	2082	141	172	1406	96	168	57	42
MR2 Abdeckung (12-23 m) [%]	87	74	83	63	80	94	92	85
Untergewichtige Kinder (12-23 m) [%]	3.4	1.4	6.5	1.5	0.9	3.1	4.5	3.8
Institutionalisierte Geburten [%]	65	60	54	62	42	80	87	83
Kontrazeptive Prävalenz [%]	39	41	44	35	34	40	37	41

Quelle: [22]

Der Annual Report 2020/21 zeigt durch zahlreiche Karten (z. B. Impfquote), wie stark die räumliche Disparität noch immer ist, die sich nicht nur durch die Peripherie, sondern vor allem durch Zugehörigkeit zu Kasten und Religion ergibt (z. B. Impfungen S. 36 Karte, Masern, S. 42, S. 43, Ernährung: S. 65, Institutionalisierte Geburten S. 93, Kontrazeptiva S. 101 ff.). Abbildung 1 zeigt die Disparitäten für einige Indikatoren auf, insb. Zahl der Gesundheitseinrichtungen pro Provinz, Ernährungssituation, Geburten in Gesundheitseinrichtungen und Verfügbarkeit von Kontrazeptiva.

Tabelle 2 Besuchte Einrichtungen

	Bagmati Province	Lumbini Province
National Hospital		Bheri National Hospital
District Hospital	Dhading District Hospital	Bardiya District Hospital
Primary Health Care Center	Gajuri PHCC	Rajapur PHCC, Sorhawa PHCC
Health Posts		Saurahawa HP, Kalika HP, Sanoshree HP, Khairapu HP
District Medical Store	Tanahu MS	Bardia MS, Banke MS

Quelle: Eigene.

Tabelle 3 Weitere Projekte und Programme der deutschen EZ während NHSP-II

Projekt/Programm	BMZ Nr.	Org.	Zeit	Betrag [Mio. €]
Familienplanungsprogramm II / HIV/AIDS-Prävention	2001 56 068	KfW	2001-09	4,1
District Health	2002 65 959	KfW	2004-21	2,5
Basisgesundheitsprogramm III	2004 65 971	KfW	2005-09	3,3
Sector Programme health and family planning	2006 66 305	KfW	2008-21	10,0
Programme Improvement of Mother and Child Care in remote Areas	2014 68 248	KfW	2015-23	10,0
National Health Sector Programme III	2014 67 851	KfW	2016-21	10,0
FZ Recovery Nepal - Health Component	2015 10 244	KfW	2015-23	20,0
FZ Wiederaufbau Nepal, Komponente: Gesundheit	2015 68 112	KfW	2015-25	20,0
Unterstützung der Mutter-Kind-Versorgung im urbanen Bereich - Paropakar Geburts- und Frauenklinik Kathmandu	2018 67 613 2018 70 153	KfW	2022-29	7,3
Unterstützung der Mutter-Kind-Versorgung im urbanen Bereich – Paropakar Geburts- und Frauenklinik Kathmandu II	2020 67 775	KfW	2022-29	5,3
Corona-Soforthilfe Unterstützung des Nationalen Sektorprogramms Gesundheit IV	2020 68 450	KfW	2020-23	10,0

KV Programm zur Förderung des Gesundheitssektors	2006.2180.5	GIZ		4,7
Health Sector Support Programme	2006.2180.5	GIZ	2007-14	9,6
HIV-Prevention for the High Risk Group of Injecting Drug User	2010.2246.6	GIZ	2011-14	2,0
Health Sector Support Programme	2012.2202.5	GIZ	2014-16	5,9
Support to Health Sector Strategy	2014.2134.6	GIZ	2016-22	18,8
Support of primary health care in selected districts after the earthquake in Nepal	2015.1827.3	GIZ	2015-15	0,5
Recovery Programme Nepal	2015.2105.3	GIZ	2015-18	10,1
Support to Health Sector strategy	2020.2133.5	GIZ	2021-24	7,6

Quelle: GIZ und KfW.

Tabelle 4 Entwicklung der Gesundheitsausgaben und der Absorptionsrate

Kriterium	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Bruttoinlandsprodukt [NRP]	1367	1527	1693	1929	2120	2248
Nationales Budget [NRP]	338	385	405	517	618	819
Budget Gesundheitsministerium [NRP]	24	25	20	30	33,51	36,7
Nationale Ausgaben [NRP]	295	339	359	450	531	601
Ausgaben Gesundheitsministerium [NRP]	18	20	19	23	24,53	29,2
Nationale Absorptionsrate [%]	87,4	88,1	88,6	87,0	85,92	73,34
Absorptionsrate Gesundheitsministerium [%]	76,3	81,2	94,1	75,1	73,9	79,6

Quelle: [46]

Tabelle 5 Finanzierungsquellen während NHSP-II [Prozent des Budgets]

Quelle	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Regierung	58,40%	60,80%	57,92%	86,67%	65,67%	78,68%
Korbfinanzierung	25,21%	24,80%	28,71%	2,47%	20,00%	4,60%
Direkte Finanzierung	16,39%	14,40%	13,37%	10,86%	14,33%	16,72%
Summe MoHP	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Quelle: [46]

Abbildung 5 zeigt die Finanzierungsquellen des MoHP während NHSP-II von 2010/11 bis 2015/16 (in weiteren Berichten nicht mehr ausgewiesen). Der Regierungsanteil ist in diesem Zeitraum deutlich gestiegen. Gleichzeitig nahm die finanzielle Bedeutung der Korbfinanzierung tendenziell ab. Der Ausreißer im Jahr 2015/16 dürften auf die Sonderprogramme nach dem Erdbeben zurückzuführen sein, der niedrige Wert der Korbfinanzierung im Jahr 2013/14 dürfte ein Fehler sein [46].

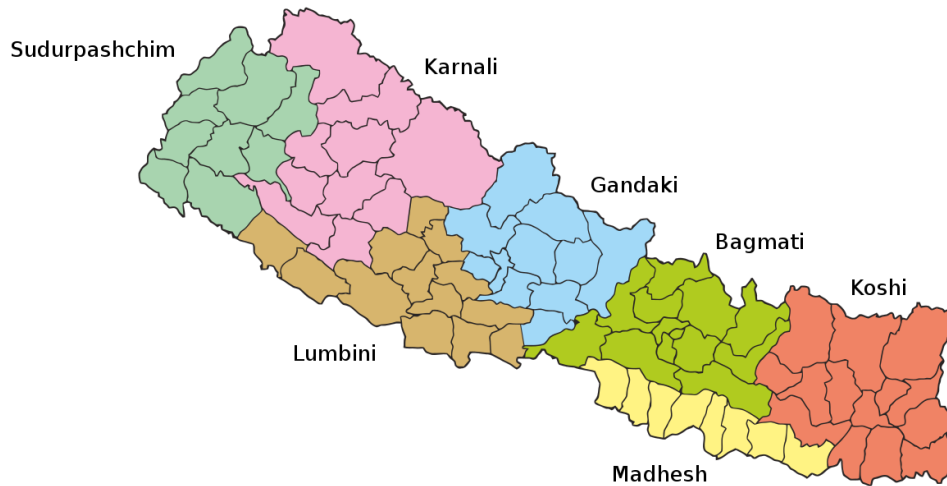
Tabelle 6 Vulnerable Gruppen und ausgewählte Indikatoren

Indikator	Klasse	Teenagerschwangerschaft [%]	Nutzung moderner Kontrazeptiva	Kinder vollständig immunisiert
Ethnie/ Kaste/ Religion	Brahmin/Chhetri	5,7	39,6	
	Dalit	15,5	44,0	
	Janajati	9,2	45,4	
	Madhesi	8,4	44,6	
	Muslim	15,5	27,6	
Wohnort	Urban	8,6	40,7	52,6
	Ländlich	11,6	46,8	51,1
Zone	Mountain	13,6	50,1	60,3
	Hill	9,3	41,1	58,7
	Terai	9,4	43,0	47,7
Provinz	Koshi	10,9	43,5	45,0
	Madhesh Province	12,4	40,5	41,9
	Bagmati Province	4,8	44,6	60,3
	Gandaki Province	11,5	35,1	79,2
	Lumbini Province	6,3	43,0	57,6
	Karnali Province	16,6	45,9	55,8
	Sudurpashchim Province	8,8	47,0	54,0
Bildung	Keine Schulbildung	27,5	54,3	38,8
	Grundschule (1–8)	14,1	42,4	50,6
	Sekundarschule (9–12)	5,4	32,9	58,8
Einkommensquintil	Niedrigst	14,8	44,7	50,0
	Zweites	13,3	46,9	45,1
	Mittleres	10,5	44,4	55,1
	Viertes	6,1	38,7	57,1
	Höchstes	2,1	39,0	55,9

Quelle: [37]

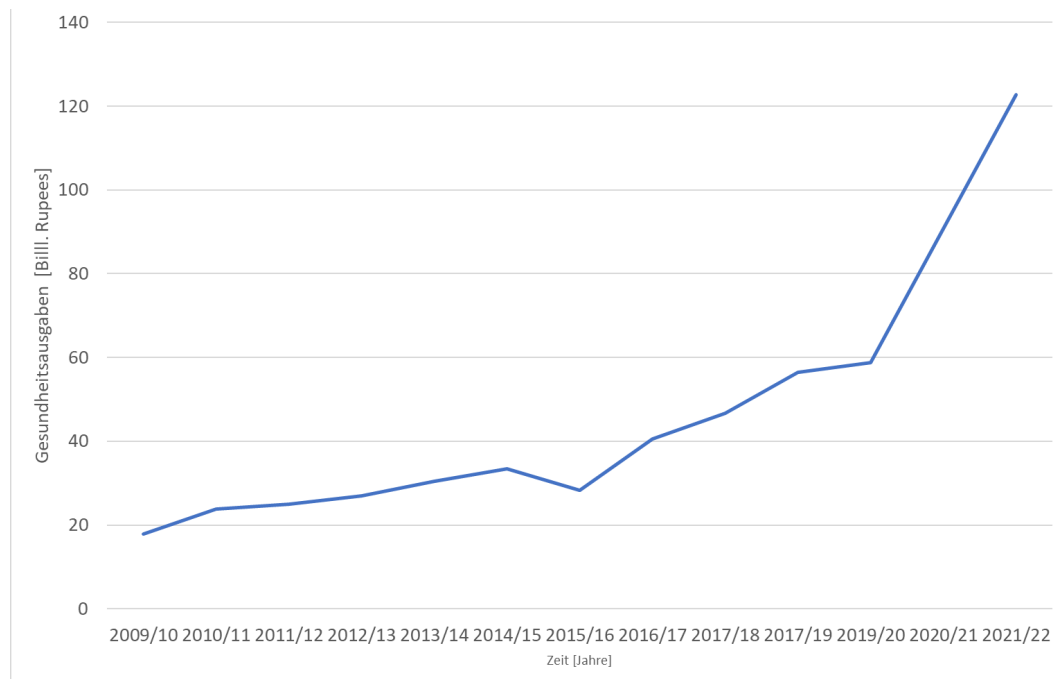
Abbildungen

Abbildung 1 Provinzen von Nepal



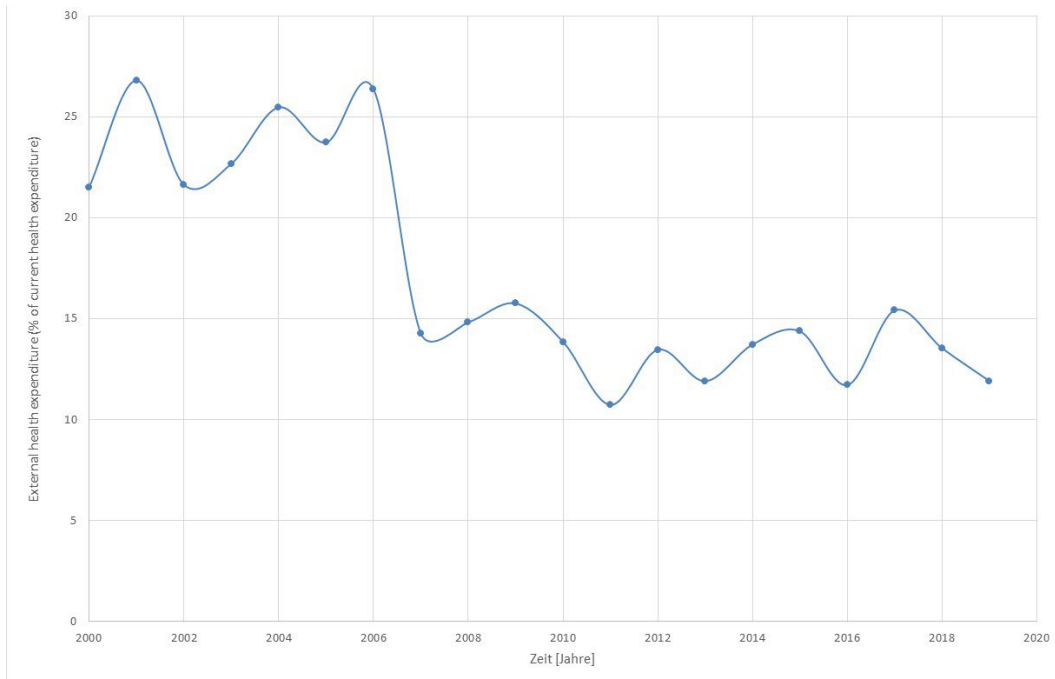
Quelle: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Provinces_of_Nepal_german_2018.svg

Abbildung 2 Gesundheitsbudget Nepals



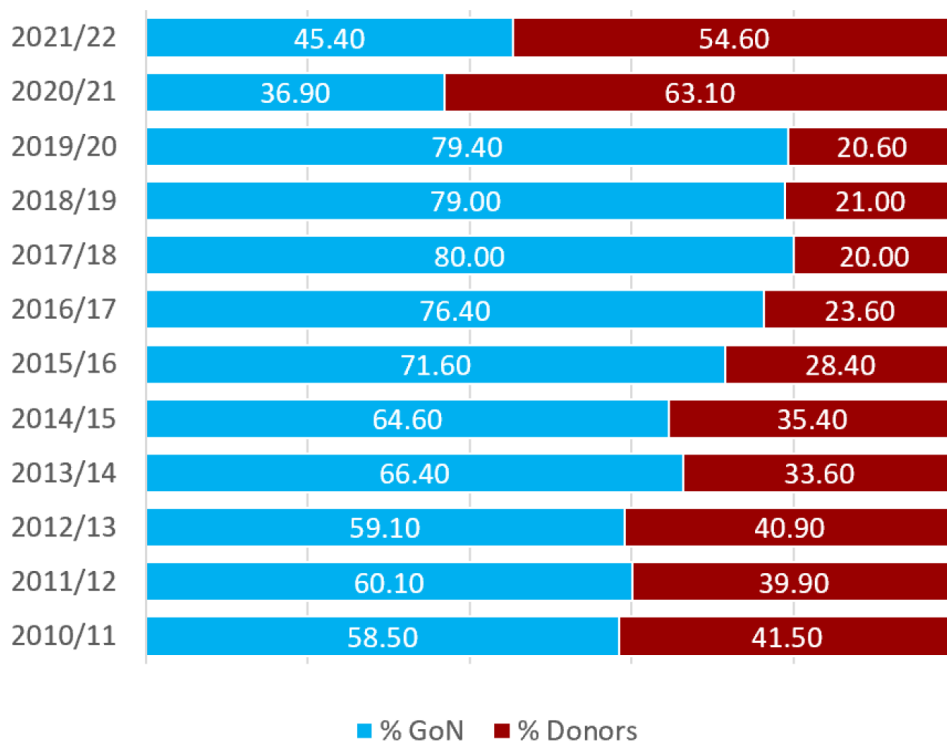
Quelle: [21]. Vgl. auch Tabelle 4.

Abbildung 3 Anteil externer Finanzierung an den Gesundheitsausgaben



Quelle: [1]. Vgl. auch Tabelle 4 und Tabelle 5.

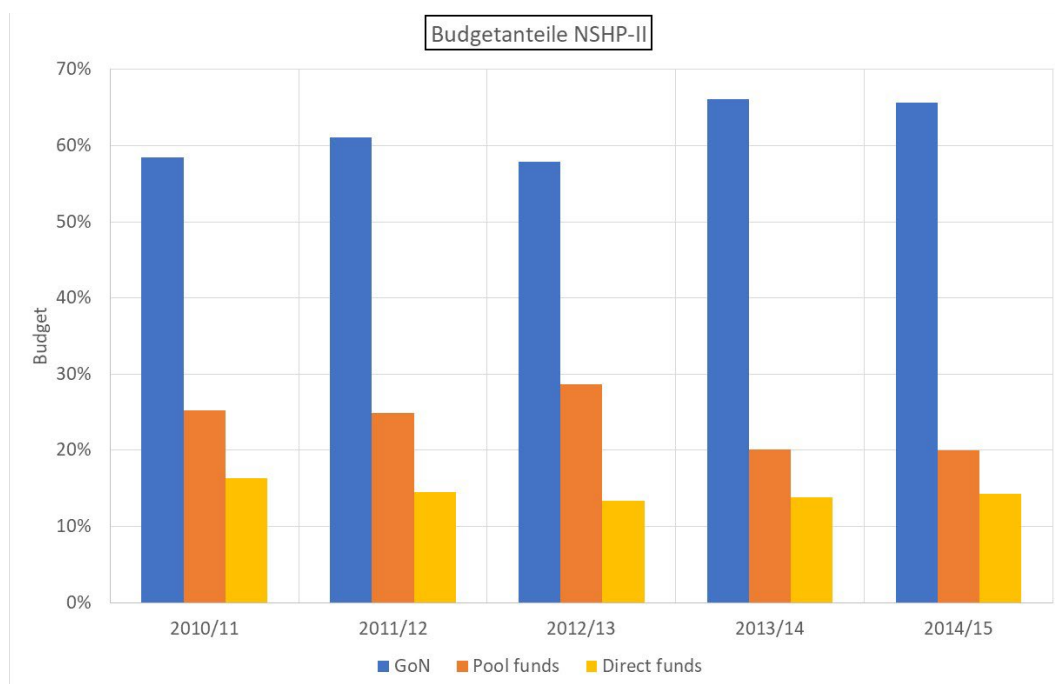
Abbildung 4 Geberanteile am Gesundheitsbudget Nepals



■ % GoN ■ % Donors

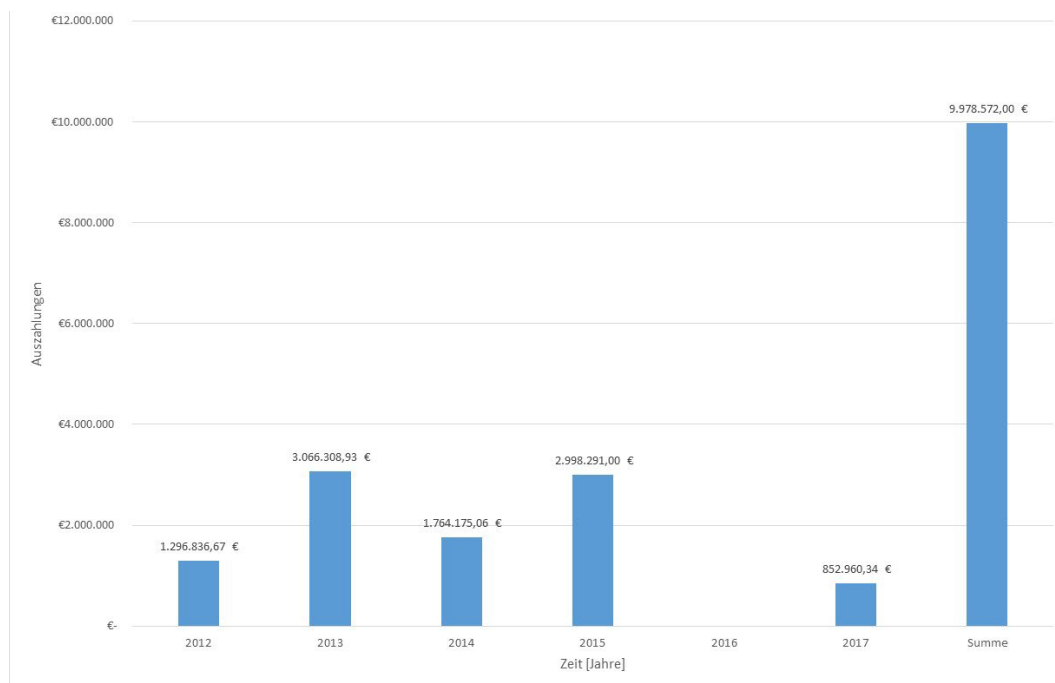
Quelle: [21]. Vgl. auch Tabelle 5.

Abbildung 5 Budgetanteile NSHP-II (2010-2015)



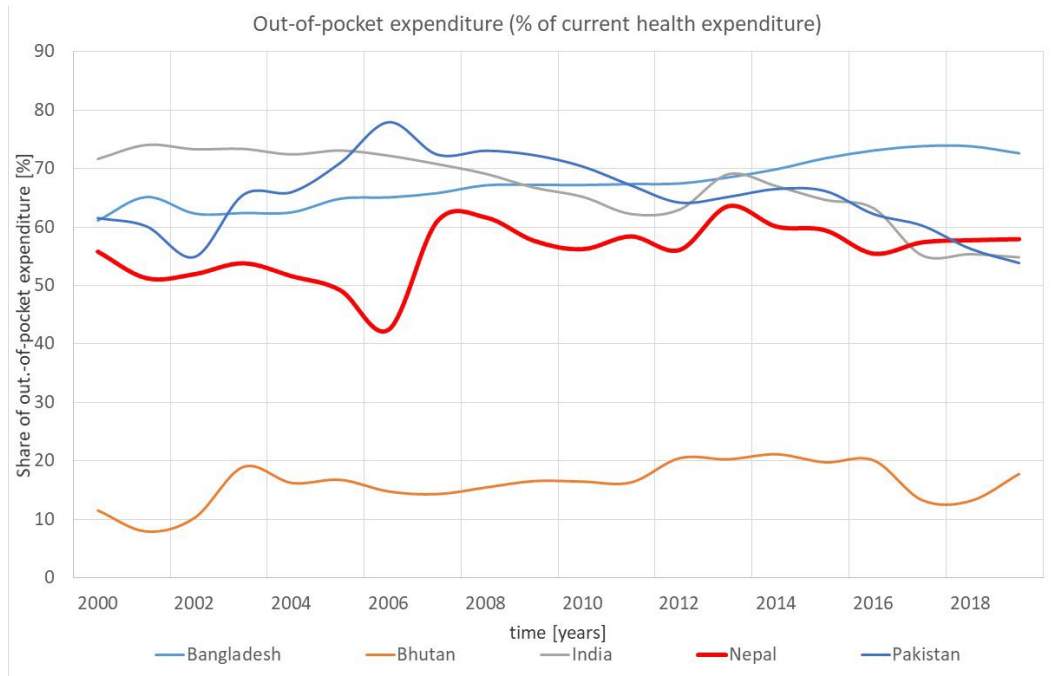
Quelle: [64]. Vgl. auch Tabelle 5.

Abbildung 6 Auszahlungen KfW für NHSP-II (2010-2017)



Quelle: KfW.

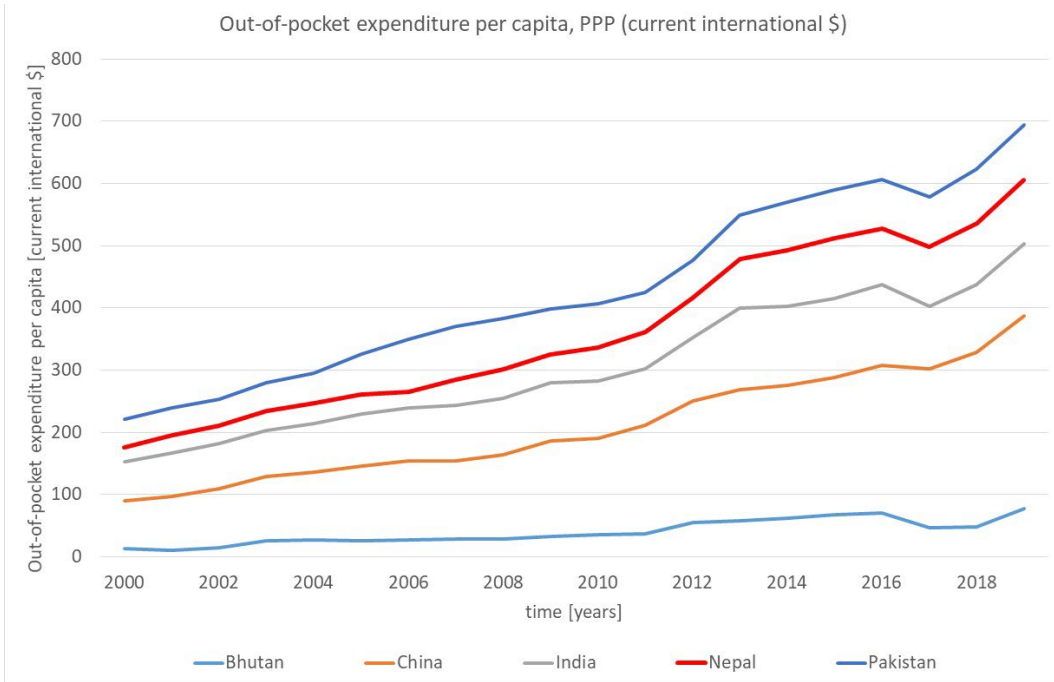
Abbildung 7 Anteil direkter Nutzergebühren



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von [1].

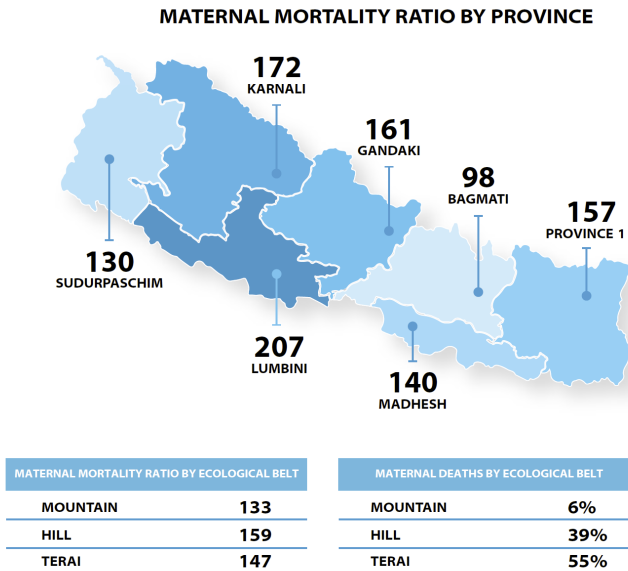
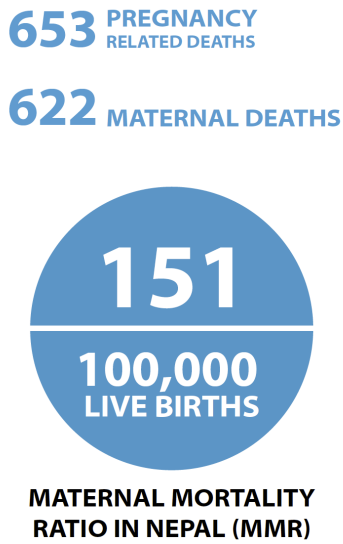
Abbildung 7 zeigt den Anteil der direkten Nutzergebühren an den Gesamtausgaben für Gesundheitsleistungen (share of out-of-pocket expenditure in total health expenditure). Es ist deutlich, dass Nepal (mit Ausnahme von Bhutan) keinen außergewöhnlich hohen Anteil in der Region hat, diese jedoch in den letzten Jahren eher gestiegen sind. Abbildung 8 zeigt die absoluten Werte, wobei die Kosten kontinuierlich steigen und Nepal vergleichsweise hohe Nutzergebühren für die privaten Haushalte aufweist. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die aktuellere Literatur. So zeigen Gartaula et al. [65], dass die Zugänglichkeit und die Haushaltskosten weiterhin das größte Problem in der institutionalisierten Geburtshilfe sind. Sapkota et al. [66] geben den Anteil von katastrophalen Gesundheitsausgaben mit 10,7 % bzw. 5,2 % (10 % bzw. 40 % Grenzwert) aus und weisen insbesondere auf den informellen Sektor als Risikogruppe hin. Rai et al. kommen zu ähnlichen Ergebnissen [67], wobei sie insbesondere die ältere Bevölkerung und Menschen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen als Risikogruppen herausarbeiten.

Abbildung 8 Direkte Nutzergebühren pro Kopf



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von [1].

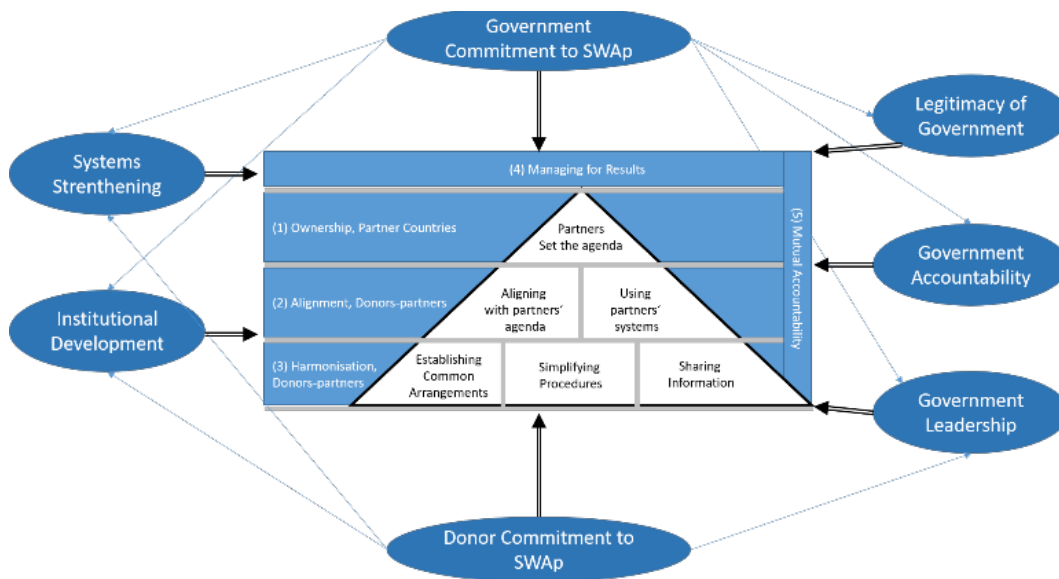
Abbildung 9 Regionale Disparität der Müttersterblichkeit



Quelle: [55].

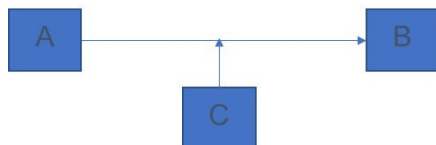
Abbildung 9 zeigt die regionale Disparität am Beispiel der Müttersterblichkeit auf.

Abbildung 10 Konzeption SWAp



Quelle: Eigene Darstellung.

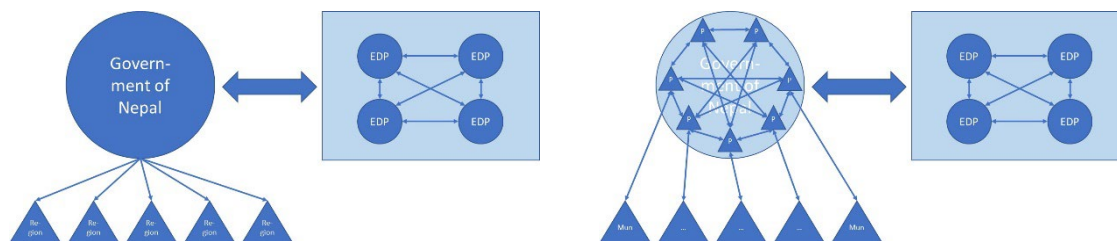
Abbildung 11 Moderatorenmodell



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 11 skizziert den Moderatoreffekt. Die Endogene (B) wird von der Exogenen (A) bestimmt, aber die Wirkungsrichtung, die Wirkungsstärke und die Schnelligkeit der Wirkung determiniert der Moderator (C). Beispielsweise bestimmt das Einkommen (Exogene, A) die Lebensqualität (B), wobei die Stärke des Effekts vom Lebensalter (Moderator, C) abhängt. Das Lebensalter ist folglich nicht nur eine Exogene, die die Lebensqualität bestimmt, sondern auch der die Wirkung des Einkommens auf die Lebensqualität wird durch das Alter bestimmt. Diese Moderation kann sich auf die Intensität, Richtung und Schnelligkeit der Einwirkung beziehen.

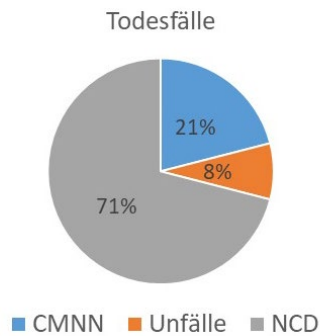
Abbildung 12 Zusammenwirken von Regierung und Geber vor (links) und nach (rechts) Föderalisierung



Quelle: eigene Darstellung.

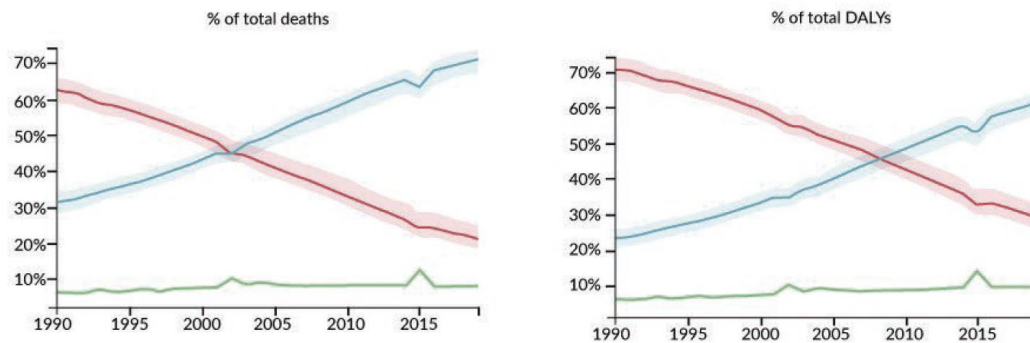
Abbildung 12 zeigt, dass vor der Föderalisierung die Geber nur mit der Regierung von Nepal (nationaler Ebene) verhandeln mussten, während nach der Föderalisierung neben dem Bundesminister auch die sieben Minister der Provinzen Verhandlungspartner sind.

Abbildung 13 Anteile von Todesfällen im Jahr 2019



Quelle: [48]¹.

Abbildung 14 Anteil von Todesfällen und Verlust an QALYs im Zeitablauf

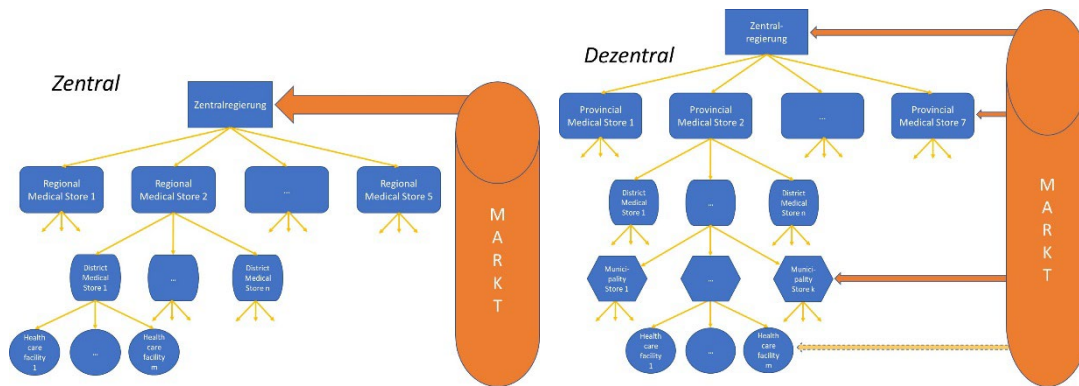


Quelle: [48].

Abbildung 14 zeigt, dass bereits zu Beginn von NHSP-II die NCDs überwogen haben. Tatsächlich trat das Land bereits im Jahr 2002/3 in die dritte Phase der epidemiologischen Transition, wo NCDs die hauptsächliche Todesursache wurden. Allerdings entspricht diese Argumentation nur dem Durchschnitt. Betrachtet man bestimmte vulnerable Gruppe, dann sieht die Verteilung anders aus. So stellt der o.g. Bericht fest, dass der Anteil der Todesfälle aufgrund von CMNN Erkrankungen bei Frauen noch immer über dem Anteil bei Männern liegt (2019: 22,7 vs. 19,7). Die durchschnittliche allokativen Effizienz von NHSP-II und des BMZ-Vorhabens hätte folglich durch eine generelle Umwidmung der Mittel auf NCDs gewinnen können, die explizite und beabsichtigte Fokussierung auf vulnerable Gruppen hätte dadurch aber Schaden genommen. Mehr Maßnahmen gegen von Unfälle (Verstärkung des Rettungsdienstes und dessen günstige Bepreisung) wären allerdings möglich gewesen und hätte allen Zielgruppen genützt.

¹ CMNN: Communicable, maternal, neonatal and nutritional diseases. NCDs: Non-Communicable Diseases.

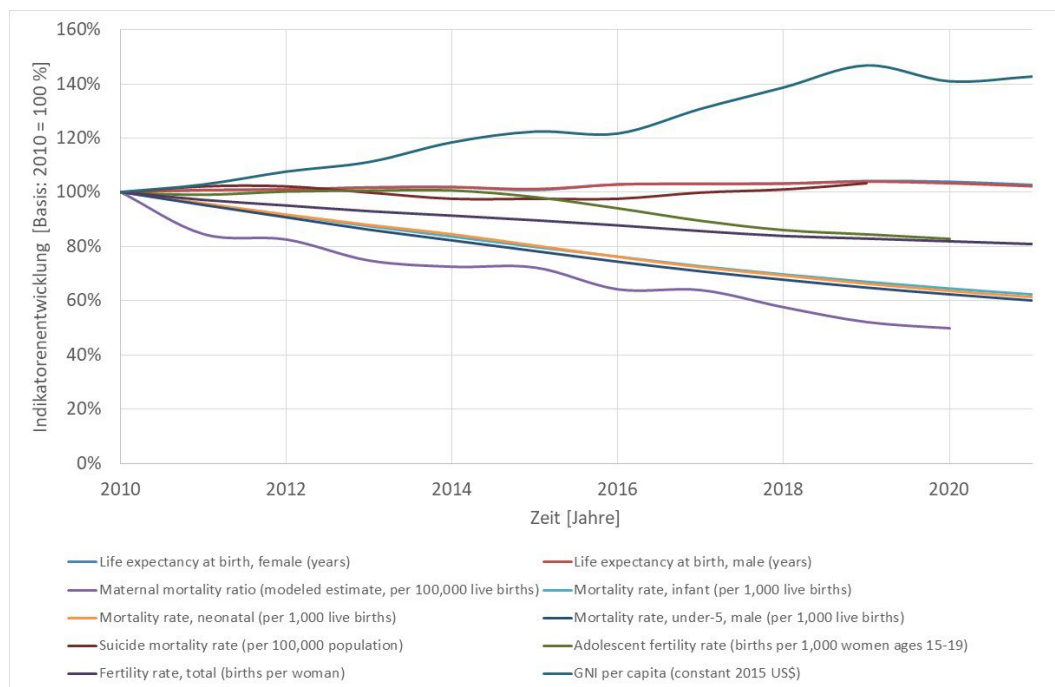
Abbildung 15 Materialfluss



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 15 zeigt den früheren und jetzigen Fluss von medizinischen Verbrauchsmaterialien in Nepal. Traditionell wurden sie auf oberer Ebene eingekauft und auf die unteren Ebenen in einem Push-System (d. h., Materialien wurden unabhängig vom Bedarf kommissioniert) geschleust, wobei Parameter wie die Bevölkerungszahl einer Region maßgeblich für die Quantität der Zustellung war. Die Logistikkette folgte von der Zentralregierung zu den fünf Regionen, dann zu den Distrikten und schließlich zur Gesundheitseinrichtung.

Abbildung 16 Ausgewählte Indikatoren



Quelle: [1].

Anlage Zielsystem und Indikatoren

Die FZ-Maßnahme dient der Unterstützung der zweiten Phase des nepalesischen Gesundheitssektorprogramms (NHSP II) mittels einer Korbfinanzierung. Das NHSP II zielte auf die Chancengleichheit im Zugang und der Nutzung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen unter besonderer Berücksichtigung von armen und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Hierfür sind umfassende Investitionen und Ausbildungsmaßnahmen erforderlich.

Die Definition des Zielsystems und insb. der Indikatoren war schwieriger als üblich, weil sich diese mehrfach geändert haben. Im Programmvorschlag wurde definiert: „Einmal pro Jahr erfolgt eine Evaluierung des Programmfortschritts im Hinblick auf die Zielerreichung, gemessen an den hierfür festgelegten Indikatoren. Diese wird gemeinsam vom Gesundheitsministerium und allen Gebern durchgeführt (Joint Annual Health Review, JAR). Integraler Bestandteil ist dabei auch die Bewertung des Sachstands zur Umsetzung der Maßnahmen, die im Aktionsplan zur Gewährleistung einer guten Regierungsführung und Rechenschaftspflicht vereinbart sind. Die Ergebnisse bestimmen den Politikdialog zur strategischen Programmausrichtung für das Folgejahr. Diese wird in Form der jährlichen Arbeits- und Budgetpläne festgeschrieben. Umfassende extern durchgeführte Evaluierungen des Programmfortschritts sind nach der Hälfte der Laufzeit sowie im letzten Implementierungsjahr (Abschlussevaluierung) vorgesehen.“

Auf Basis der nicht eindeutigen Zurechenbarkeit der verschiedenen Zielindikatoren haben wir für die EPE einen abweichenden Vorschlag zur besseren Untergliederung der Indikatoren unter Impact und Outcome entwickelt. Der Outcome-Indikator „Anteil institutionalisierter Geburten“ wurde hinzugefügt, da er im ursprünglichen Framework auch definiert war und ein guter Hinweis zur Nutzung der geschaffenen Ressourcen des Handlungsfeldes reproduktive Gesundheit ist, die einen Schwerpunkt des SWAp darstellt. Die Ableitung des Zielsystems ist dem Hauptteil zu entnehmen.

Projektziel auf Outcome-Ebene		Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)			
<p>Bei Projektprüfung: „Die FZ-Maßnahme dient der Unterstützung der zweiten Phase des „Nationalen Sektorprogramms Gesundheit“ (NHSP-II) in Form einer Korbfinanzierung. Das NHSP-II zielt auf die Chancengleichheit im Zugang und der Nutzung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen, unter besonderer Berücksichtigung von armen und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Hierfür sind umfassende Investitionen und Ausbildungsmaßnahmen erforderlich.“</p>		<p>Nach wie vor vollständig angemessen, da Zugang zu und Qualität von Gesundheitsdienstleistungen die zentralen Barrieren für eine gerechte und chancengleiche Gesundheitsversorgung darstellen.</p>			
Indikator	Bewertung der Angemessenheit	Zielniveau PP / EPE (neu)	Status PP (2011)	Status AK (2021, Daten 2014)	Status EPE (2023, Daten von 2021)
(1) Nutzung von Kontrazeptiva (moderne Methoden) (PP)	Die Nutzung von Kontrazeptiva stellt einen sehr guten Indikator für die Effektivität und Effizienz der Familienplanung als essenziellen Bestanteil des NHSP-II dar.	55 %	45,1 %	46,7 %	42,7 %
(2) TB Fallerkennungsrate (PP)	Dieser Indikator gibt einen wichtigen Aufschluss über die Erfolge bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten als zentrale Komponente von NHSP-II	85 %	75,8	83 %	95 %
(3) TB Behandlungserfolgsrate (PP)	Dieser Indikator gibt einen wichtigen Aufschluss über die Erfolge bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten als zentrale Komponente von NHSP-II	90 %	89,7 %	90 %	91 %
NEU: (4) Institutionalisierte Geburten	Dieser Indikator wurde hinzugefügt, um die Ergebnisse des Aama-Programms als zentralen Bestandteil von NHSP-II zu analysieren.				65 %

Quelle: [1, 35, 37-40]

Projektziel auf Impact-Ebene		Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)			
Bei Projektprüfung: Ziel der FZ-Maßnahme ist die Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung		Nach wie vor vollständig angemessen, da die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung ein zentrales Ziel der internationalen wie der nepalesischen Politik ist, eine Ressource für die ökonomische und gesellschaftliche Entwicklung des Landes und eine Gewähr für Stabilität und Frieden.			
Indikator	Bewertung der Angemessenheit	Zielniveau PP / EPE (neu)	Status PP (2011)	Status AK (2021, Daten 2014)	Status EPE (2023, Daten von 2021)
(1) Müttersterblichkeit (PP)	Guter Impact-Indikator für Komponente I	134	229	258	151 (2021)
(2) Fruchtbarkeit (PP)	Guter Impact-Indikator für Komponente I	2,5	2,9	2,0	2,1
(3) Kindersterblichkeit (PP)	Guter Impact-Indikator für Komponente I	38	55	28	28,2
(4) Säuglingssterblichkeit (PP)	Guter Impact-Indikator für Komponente I	32	79	25	23,6
(5) Neugeborenensterblichkeit (PP)	Guter Impact-Indikator für Komponente I	16	50	16	16,20 (2021)
(6) HIV Prävalenz bei jungen Frauen im Alter von 15-24 Jahren (PP)	Kaum durch Maßnahmen beeinflussbar, wird bei EPE ignoriert	0,06	-	0,03	0,03
NEU: (7) Untergewicht, % von chronisch untergewichtigen Kindern	besserer Indikator als akute Unterernährung	34 %	39 %		31,5 % (2019)

Quelle: [1, 24, 35, 52-54]

Anlage Risikoanalyse Alle Risiken sollen wie oben beschrieben in folgende Tabelle übernommen werden:

Risiko	Relevantes OECD-DAC Kriterium	Bewertung
Nicht ordnungsgemäße Mittelverwendung im Rahmen des SWAp	Effizienz	Risiken weitgehend nicht eingetreten durch: getrennte Verwaltung und Überwachung von Geber- und nepalesischen Haushaltsmitteln (Einzahlung der Geberbeiträge auf ein Sonderkonto) umfassendes Monitoring des Programmfortschrittes regelmäßige finanzielle Audits gute Kooperation des MoHP bei der Klärung aller Auditanfragen
Umsetzungskapazitäten des Gesundheitsministeriums	Effizienz	Risiko bedingt eingetreten: Schnelligkeit der Umsetzung hätte verbessert werden können, was aber letztlich Umsetzung verzögert, aber nicht verhindert hat.

Anlage Projektmaßnahmen und deren Ergebnisse

Es ist nicht möglich, im Rahmen einer EPE eine komplette Analyse aller Maßnahmen des NSHP-II durchzuführen, die im Umfang von einer Milliarde US\$ von 2011 bis 2016 durchgeführt wurden. Deshalb sollen hier nur einige Schwerpunkte diskutiert werden. Einen groben Überblick über die Maßnahmen geben **Tabelle 6** und **Tabelle 7**.

Tabelle 7 Komponenten und Maßnahmen des Vorhabens, Komponente I

Komponente	Handlungsfeld	Maßnahme	Untermaßnahme
Komponente 1: Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen	Reproduktive Gesundheit	Eindämmung der Müttersterblichkeit	Geografische Ausweitung der Aama Programme
		Ausbildung	Ausbildung von weiteren 3.000 Female Community Health Volunteers
			10.000 Geburtshelfern ausgebildet in abgelegenen Regionen
			Stärkung der professionellen Betreuung der Hausgeburten
		Infrastruktur	Bau von zusätzlichen Gesundheitseinrichtungen
			Sub Health Posts und alle Health Posts haben eine Entbindungsstation
			alle Health Care Center und Distriktkrankenhäuser haben eine Ausstattung zur Behandlung von entbindungsbezogenen Notfällen
		Kosten	kostenfreie institutionell durchgeführter Geburten
			Erstattung entsprechender Transportkosten wird weitergeführt
		Steigerung des Gebrauchs von Kontrazeptiva	umfangreiche Aufklärungsmaßnahmen
			Bereitstellung eines Methodenmix
			stärkere Einbeziehung von Frauengruppen und NROen
	Adolescent friendly services: für Jugendliche und Heranwachsende		
	Kindergesundheit	Reduzierung der Kindersterblichkeit	
		Gemeindebasiertes Management von Kinderkrankheiten	Präventive und kurative Maßnahmen für die wichtigsten Kinderkrankheiten
			Gemeindeebene: Aufklärungsmaßnahmen
			einfach durchzuführenden Therapien (u.a. für Durchfallerkrankungen).
			umfassende Auffrischkurse für das Gesundheitspersonal
			verstärkte Supervision
	periodische Evaluierungen		
	Ernährung	Verbesserung der Ernährungssituation	von Kindern unter fünf Jahren
			von Frauen im reproduktiven Alter - höchste Priorität
		gemeindebasiertes Ernährungsprogramm	
		multisektoraler Ansatz	Einbeziehung weiterer Ministerien
			Ausdehnung von erfolgreich durchgeführte Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ▪ gemeindebasierte Rehabilitation von akut unterernährten Kindern ▪ Verabreichung von Mikronährstoffen an Schwangere und Kinder ▪ Entwurmungskampagnen
	HIV/AIDS	Intensivierung der Aufklärungskampagnen	
		Bereitstellen von Kondomen	
		Vorkehrungen zur freiwilligen Beratung	
		Durchführung von Tests	
		Intensivierung der Maßnahmen zur Vermeidung der „Mutter zu Kind Übertragung“ während Schwangerschaft und Geburt	
		Einbeziehung von vom Gesundheitsministerium unter Vertrag genommen NROen	
	TB	Prävalenz und Inzidenz, Kenntnis, Behandlung	
Malaria	Prävalenz und Inzidenz, Kenntnis, Behandlung		

Tabelle 7 Komponenten und Maßnahmen des Vorhabens, Komponente II

Komponente	Handlungsfeld	Maßnahme	Untermaßnahme
Komponente II: Stärkung des Gesundheitssystems	Human-kapazitäten	Einstellung von zusätzlichem Personal	
		Berücksichtigung von Vertretern sozial benachteiligter Gruppen	
		Anreizsysteme für die Rekrutierung in abgelegene Regionen	
		Qualifikationsverbesserung des medizinischen Personals	
		multidisziplinär ausgerichtete Ausbildung	
		Einführung von Anreizsystemen für eine qualitativ-hochwertige Leistungserbringung	
	Bau / Aufwertung von Gesundheitseinrichtungen	Fokus auf abgelegene Regionen	
		Instandsetzung und Wartung von Gebäuden und Geräten	verbindliche Vorgaben erarbeitet Budgetierung
	Finanzwesen	Implementierung eines computergestützten Finanzmanagement-Informationssystems	
		Datenauswertung im Hinblick auf Arme und sozial benachteiligte Gruppen	
		Vereinfachung der komplexen Budgetstruktur, um Mittelallokation und Prüfung der Verwendung zu erleichtern	
		Durchführung von alternativen Kontrollmechanismen wie Performance Audits und Social Audits	
		Öffentliche Bekanntmachung sowohl von Finanzinformationen (Budget, Audits, etc.) als auch der zu erbringenden Dienstleistungen inklusive deren Kosten.	
		Komitee, das Aufgreifen von Feststellungen im Rahmen der Finanz-Audits beschleunigt	
	Beschaffungswesen	Umsetzung von internationalen Standards der Beschaffung	
		Veröffentlichung aller Ausschreibungsunterlagen auf der Internetseite des Ministeriums	
		Einführung des Konzeptes central bidding/local purchasing für dezentral durchzuführende Beschaffungen	
		Abschluss von Verträgen, die Lieferungen über mehrere Jahre umfassen, z. B. für jährlich zu beschaffende Basismedikamente	
		Einführung von Qualitätskontrollmechanismen für Medikamente und medizinische Geräte	
		Ausweitung des Verteilungsnetzwerkes durch den Bau von zusätzlichen Distriktlagerhäusern und die Aufstockung des Fuhrparks	
	Stärkung der Managementkapazitäten dezentraler Strukturen	stärkere Einbeziehung des Privatsektors	
		Entwicklung einer Strategie zur Gesundheitsfinanzierung	
		Gender	
		Strategie zur Geschlechtergleichheit und sozialen Inklusion	
	Gender Equality and Social Inclusion Strategy, GESI	Verankerung des Themas in allen Politiken, Programmen und deren Budgetierung	
		Einrichtung spezieller Einheiten sowohl auf zentraler als auch dezentraler Ebene	
		Sensibilisierung des Gesundheitspersonals im Hinblick auf die Belange benachteiligter Bevölkerungsgruppen	
		Aufklärung über ihre Rechte und deren Wahrnehmung	
	Vertiefende Studien		

Zu **Komponente I (Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen)** fällt besonders auf:

- Studien: es wurden über 30 Studien und Erhebungen durchgeführt. Dies hat zum einen die Folge, dass Entscheidungen innerhalb von NSHP-II weiterer Programme (z.B. Einführung der Krankenversicherung, NHSS) aus Evidenz basieren konnten. Zum anderen impliziert dies eine Steigerung der Steuerungsfähigkeit des Gesundheitssystems und hier insbesondere des Gesundheitsministeriums, da eine faktenbasierte Entscheidungsfindung geübt wurde.

- Müttergesundheit: Das Aama-Programm wurde landesweit ausgerollt.¹ Female Community Health Volunteers sowie Geburtshelfer wurden ausgebildet, sowie die Infrastruktur in sub-health posts und health posts um eine Entbindungsstation erweitert. Zentral ist hier auch die Einführung einer gebührenfreien Entbindung. Hier wurde auch – abweichend von allen anderen Maßnahmen des NSHP-II eine nachfrageseitige Intervention in Form der Übernahme von Transportkosten berücksichtigt. Ebenso gehörte die Bereitstellung unterschiedlicher Kontrazeptive zu dem Bündel.
- Kindergesundheit: Es wurde ein *Integrated Management of Childhood Illness* flächendeckend für Prävention und Kuration von Atemwegserkrankungen, Durchfall, Malaria und Unterernährung bei Kindern eingeführt. Die Indikatoren zeigen die positive Wirkung. Besonders positiv muss der Ansatz zur Verbesserung der Ernährung erwähnt werden.
- (Weitere) Infektionskrankheiten: Die Bekämpfung von Malaria ist insgesamt sehr erfolgreich und folgt dem internationalen Trend. Das „Get-to-zero“-Malaria Programm mit dem Ziel der Ausrottung der Malaria im Jahr 2025 dürfte jedoch eher eine Utopie bleiben, da Reinvation nicht zu verhindern ist. Die Tuberkulosesituation ist nach wie vor schwierig, Werte schwanken je nach Erhebung. So zeigte der „National TB Prevalence Survey“ (2020) um den Faktor 1,6 erhöhte Prävalenzen gegenüber früheren Studien.

Zu **Komponente II (Stärkung des Gesundheitssystems)** ist anzumerken:

- Humankapazitäten: Grundsätzlich sind die Ausbildungs- und Einstellungsaktivitäten erfolgreich. Allerdings besteht ein dringender Bedarf der Arbeitsanalyse, um neue Planstellen zu schaffen. Derzeit sind viele zusätzliche Mitarbeiter nur auf befristeten Stellen mit teilweise niedrigeren Gehältern, was die Fluktuation erhöht und die Motivation reduziert.
- Infrastruktur: Insbesondere in abgelegenen Gebieten wurden zahlreiche neue Institutionen bzw. Gebäude geschaffen oder renoviert. Es wurden auch verbindliche Vorgaben entwickelt, so z.B. Standardpläne für Gesundheitseinrichtungen einer bestimmten Größe. Allerdings dürfte die Zahl der Einrichtungen in einigen Gebieten jetzt schon zu groß sein, d.h., die zunehmende Mobilität wird zu Konzentrationen führen.
- Finanzierung: Zur Verbesserung der Finanzierung und des Finanzwesens wurde u.a. ein Finanzmanagement-Informationssystem, die Buchhaltungssoftware TABUCS (Transaction Accounting and Budget Control System) sowie ein Financial Management Improvement Plan (FMIP) eingeführt. Tatsächlich hat dies aber kaum Bedeutung für die Einrichtungen, die nach unseren Visitationen Finanzkennzahlen keinerlei Steuerungswirkung zuschreiben und diese auch nicht kennen. Management – inkl. Finanzmanagement – ist häufig rudimentär.
- Materialwirtschaft: Die Beschaffung (inkl. Ausschreibung), Lagerhaltung und Bereitstellung von Gütern wurde verbessert. Einige „Errungenschaften“ des NHSP-II (z.B. „*central bidding/local purchasing*“) wurden durch die Föderalisierung obsolet.
- Gender Equality and Social Inclusion Strategy“ (GESI): Gleichstellung wurde in vielen Fällen zum Leitmotiv des GoN und der GEBERS. Da ein großer Schwerpunkt des Programms eh auf MCH² lag, war dies zu erwarten. Soziale Inklusion von anderen Gruppen, inkl. Menschen mit Behinderung, spielte jedoch eine deutlich nachrangige Rolle.

Es ist bedauerlich, dass keine SWAp- bzw. korbspezifischen Maßnahmen und Indikatoren definiert wurden, so dass eine Überprüfung des im Hauptteil beschriebenen Moderatoreffektes möglich wäre. Hier kann nur auf die Interviews mit der insgesamt sehr guten Bewertung von SWAp und Korb durch die Interviewpartner verwiesen werden.

¹ Das „Aama Surakshya Programme“ (kurz: Aama) ist das offizielle Programm der Regierung Nepals zur Verbesserung der Gesundheit von Schwangeren und Müttern. Es umfasst die kostenlose institutionelle Entbindung, die Übernahme von Transportkosten sowie einen finanziellen Anreiz für vier ANC-Besuche (ante-natal care). Bereits im Jahr 2005 wurde das Maternity Incentive Scheme (MIS) initiiert und im Jahr 2009 wurden die Gebühren für Entbindungen landesweit abgeschafft. 2012 verschmolz das MIS mit dem Programm für 4 ANC-Besuche zum Aama Programm. Es ist essenzieller Bestandteil des NSHP-I und NSHP-II und NHSS [32].

² MCH: Mother and Child Health Care.

Anlage Empfehlungen für den Betrieb

Es wurden keine Empfehlungen für den Betrieb in der AK ausgesprochen. Wichtig bleibt zu hinterfragen, wie zukünftig eine Korbfinanzierung und ein SWAp in einem föderalen System durchgeführt werden können. Ein Interviewpartner meinte hierzu: „Anstatt uns mit einem Gesundheitsministerium zu koordinieren, haben wir nun acht Ministerien“, wobei er das Bundesministerium sowie die jeweiligen Gesundheitsministerien der sieben Provinzen meinte. Da die Provinzen eine vergleichsweise hohe Unabhängigkeit haben, macht es keinen Sinn mehr, top-down Regelungen und Maßnahmen zu vereinbaren. Vielmehr müssen Programme bottom-up aus den Provinzen kommen, was die bisherigen SWAp-Prozesse in Frage stellt.

Wie im Hauptteil angesprochen, steht Nepal vor erheblichen Veränderungen durch die demografische und die Mobilitätstransition. Hierdurch nimmt die Bedeutung kleiner Einheiten insbesondere bei (zumindest bedingt) planbaren Interventionen (z.B. Geburt) ab. Die im Rahmen der Dezentralisierung geplante Investition in 15-Betten-Krankenhäusern in jeder Provinz) erfordert nationale Überlegungen, wie deren nachhaltiger Betrieb zu finanzieren ist.

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: Ausrichtung an Politiken und Prioritäten			2	0	
Sind die Ziele der Maßnahme an den (globalen, regionalen und länderspezifischen) Politiken und Prioritäten, insbesondere der beteiligten und betroffenen (entwicklungspolitischen) Partner und des BMZ, ausgerichtet? Hier geht es um die Zielsetzung der Maßnahme.	Entsprechen die Maßnahmen dem State-of-the-Art der internationalen Gesundheitspolitik (Primary Health Care, Health Promotion, Accessibility, Paris und Accra Declaration, Universal Health Coverage, UHC)? Passen die Maßnahmen zu den SDGs und in die Gesundheitspolitik von Nepal? Sind die Maßnahmen im Einklang mit den Gebern in Nepal? Wie passen sie zu den Leitlinien des BMZ?	Die Frage ist auf jeden Fall relevant, allerdings bei einem SWAp zum Teil selbsterklärend. Primary Health Care, Ausrichtung an den Vulnerablen, Verbesserung der Zugänglichkeit, Geberharmonisierung und Stärkung der Health work force sind nach wie vor die Fundamente der nationalen wie internationalen Gesundheitspolitik, aber auch von BMZ, Geber in Nepal und allen maßgeblichen Beteiligten.			
Berücksichtigen die Ziele der Maßnahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapazitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.)?	Sind die Maßnahmen im Einklang mit der Gesundheitsgesetzgebung von Nepal? Sind sie überhaupt mit bestehenden Managementkapazitäten in der Staatsverwaltung, vor allem aber auch in den Gesundheitseinrichtungen umsetzbar? Sind die vulnerablen Gruppen ohne Lobby und Macht ausreichend berücksichtigt?	Die Zielsetzung des Programms fokussiert explizit vulnerable Gruppen (Frauen, Ethnien, remote areas).			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Inwieweit wurden die Dimensionen der Paris Deklaration berücksichtigt und umgesetzt?	SWAp berücksichtigt vollständig die Dimensionen der Paris Deklaration. [25-30]			
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Hat sich durch die Corona-Pandemie etwas Grundlegendes an der Relevanz der	Nein.			

	getroffenen Maßnahmen und Ziele geändert?			
Bewertungsdimension: Ausrichtung an den Bedürfnissen und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			2	0
Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert?	Worin unterscheiden sich die Bedürfnisse der Gesamtbevölkerung und der vulnerablen Gruppen (e.g. abgelegenen Landesregionen, Frauen, indigene ethnische Gruppen (z.B. Janajatis), niedere Kasten (z.B. Dalits), nicht hinduistische Religionsgemeinschaften (Muslime), indisch stämmige Tieflandbewohner (Madhesi)? Sind die im NHSP-II festgelegten Indikatoren angemessen?	Interview mit MoHP und Geber, aber auch in den Gesundheitseinrichtungen		
Wurden dabei die Bedürfnisse und Kapazitäten besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.) berücksichtigt? Wie wurde die Zielgruppe ausgewählt?	Welche Probleme verhindern den Zugang von vulnerablen Gruppen (z.B. Transportkosten)? Was hat das Programm, um dies zu überwinden? Wurden diese Zielgruppen im Programm ausreichend berücksichtigt?	Auf Grundlage von PP vor allem Bau von neuen Einrichtungen und Verbesserung der Qualität der Einrichtungen in abgelegenen Regionen sowie Ausbildung zusätzlichen Personals und AAMA System als integralem Bestandteil von NHSP-II (inkl. Transportkostenübernahme)		
Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZ E spezifische Frage)	Ein großes Problem in diesem Land dürfte Zugänglichkeit sein. In welchen Regionen ist dies besonders schwierig und was wurde dagegen getan (Transport)? Welche Rolle spielen Rettungsdienste? Wie ist die Versorgung der Bevölkerung in Grenzregionen? Gibt es Gebiete, wo eine Einrichtung zwar notwendig, aber aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte nicht zu finanzieren ist?	[24, 68, 69]		

	Welche Maßnahmen wurden überhaupt bei „GESI“ (Gender Equality and Social Inclusion Strategy) angewendet			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Welche Rolle spielt die Dezentralisierung? Was wurde im Gesundheitswesen dezentralisiert (Zuständigkeiten, Personal, Finanzen)? Welche Auswirkungen hat dies auf die Versorgung? Haben die Provinzen überhaupt das Personal?	Interviews Geber und Facilities		
Bewertungsdimension: Angemessenheit der Konzeption			2	0
War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet, zur Lösung des Kernproblems beizutragen?	Wie sieht die Wirkungsmatrix aus? Ist sie logisch und in sich schlüssig? Stimmt sie heute noch? War es überhaupt realistisch, mit einem FZ-Anteil von nur EUR10 Mio. eine Auswirkung zu erwarten?	Hier muss man klar zwischen NHSP-II und FZ-Anteil unterscheiden. Die Wirkung des FZ-Anteiles kann man nur annehmen, aber nicht nachweisen.		
Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel (Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Zielsystems sowie der dahinterliegenden Wirkungsannahmen)?	Ist die Annahme, dass Investitionen in Infrastruktur, Beschaffung, Management, Personal etc. mit Schwerpunkt auf vulnerable Gruppen zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung führt, realistisch?	Gemäß MDGs und SDGs eindeutig ja.		
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)	Welche Maßnahmen sollten welche Outcomes bewirken und wie würden sich diese auf Impacts auswirken? Beispiel: Ausbildung von Personal führt zu besserer Qualifikation. Das sollte wiederum eine bessere Behandlungsqualität induzieren, die wiederum die Gesundheit der Bevölkerung steigern sollte.	Es wurde keine Wirkungskette oder Wirkungsmatrix im PV definiert. Der Zwischenbericht des NSHP-II unterscheidet Outputs, Outcomes, Purpose und Goals und stellt dar, dass die vorherige Komponente jeweils eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die nachfolgende ist. Der Zusammenhang wird exemplarisch auch in obigen Evaluierungsmodell dargestellt, sowie im Hauptteil beschrieben.		

<p>Inwieweit ist die Konzeption der Maßnahme auf einen ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung (Zusammenspiel der sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen der Nachhaltigkeit) hin angelegt?</p>	<p>Welche Bedeutung hat die ökol. Nachhaltigkeit im NHSP-II? Welche Bedeutung hat die ökonomische Nachhaltigkeit im Sinne einer langfristigen Stärkung der Wirtschaftskraft? Wie hat sich voraussichtlich die Maßnahme auf die Kohäsion der Gesellschaft, auf den Friedensprozess und die Demokratisierung ausgewirkt?</p>	<p>Vor-Ort-Besuche in den Kliniken und Gesundheitsstationen ergaben kein eigenes ökol. Programm, aber Abfallwirtschaft spielt eine gewisse Rolle. Hätte noch gestärkt werden können.</p>
<p>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)? <i>(FZ E spezifische Frage)</i></p>	<p>Welche weiteren Maßnahmen der EZ gibt es? Was hat die Korbfinanzierung Besonderes leisten können, damit die Ziele der EZ (insb. Gesundheit der Bevölkerung) erreicht werden konnten?</p>	<p>Interviews mit KfW und GIZ</p>
<p>Sonstige Evaluierungsfrage 1</p>	<p>Im April 2015 kam es zu einem verheerenden Erdbeben. War das Gesundheitswesen darauf vorbereitet („resilientes Gesundheitswesen GW“)? Was hätte man im Rahmen des NSHP-II tun können, um die Kapazität des GW für Katastrophen (sowohl Selbsterhalt als auch Aufrechterhaltung und Ausbau der Dienstleistungen in der Katastrophe) zu stärken?</p>	<p>Interview (MoH, Geber) stellten heraus, dass durch die vertrauensvolle Zusammenarbeit eine vermehrte Resilienz für künftig mögliche Krisen im Rahmen des SWAp entstanden ist.</p>
<p>Sonstige Evaluierungsfrage 2</p>	<p>Welche Auswirkungen hatte die Covid-19 Pandemie auf das GW in Nepal (insb. Behandlungskapazität für Patienten, Schutz der eigenen Mitarbeiter, Ressourcen)? Hätte man sich darauf vorbereiten können?</p>	<p>Durch Interviews kam heraus, dass das Gesundheitswesen die Folgen der Pandemie auch gerade auf Grundlage der Führungsprozesse des SWAp verhältnismäßig gut meistern konnte. Langfristige Folgen sind limitiert.</p>

Sonstige Evaluierungsfragen			2	0	
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Speziell zum SWAp: Warum ist der SWAp und insb. der Korb besonders geeignet, die obigen Wirkungen zu erzielen?	[13] [23]			
Sonstige Evaluierungsfrage 2	<p>Hätte die Wirksamkeit durch die Berücksichtigung folgender Aspekte erhöht werden können:</p> <p><i>Alternative Elemente der Medizin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Telemedizin - Hygiene, insbesondere Central Sterilisation und Abfallmanagement - Rettungswesen - Obesity <p><i>Alternative Elemente der Ausbildung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interdisziplinäre Ausbildung, Kooperation als Teams - Bedeutung von Krankenhausmanagern <p><i>Starker Fokus auf Mutter-Kind-Gesundheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Und was ist mit den bread earners? <p><i>Systemalternativen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Finanzierungssystem: Krankenversicherung, user-fees, exemptions, ... - Autonomy of Hospitals 	Interviews mit MoHP und Geber			
Sonstige Evaluierungsfrage 3	<p>Warum sind einige Indikatoren auffällig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niedrige Belegungsraten - Niedrige Verweildauern <p>Hohe räumliche Disparitäten</p>	[34] [23]			

Kohärenz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Interne Kohärenz (Arbeitsteilung und Synergien der deutschen EZ):			2	0	
<p>Inwiefern ist die Maßnahme innerhalb der deutschen EZ komplementär und arbeitsteilig konzipiert (z.B. Einbindung in EZ-Programm, Länder-/Sektorstrategie)? Hier geht es um die Konzeption und Umsetzung der Maßnahme.</p>	<p>Der SWAp ist ja per se eine kohärente Maßnahme, die intensiv mit den Partnern (Nepal, Geber) abgestimmt ist, ja sogar komplett aus einem Guss ist. Unklar erscheint die Rolle der beiden anderen, gleichzeitig laufenden Programme (Distriktgesundheit und Familienplanung) zu sein. Wie arbeiteten sie zusammen? Unklar ist auch noch die Rolle der GIZ und ihrer Programme. Was haben sie genau gemacht und wie wurde kooperiert?</p>	<p>Ergibt sich aus den Dokumenten der beiden anderen Programme bzw. aus dem gemeinsamen Programm in Nepal. FZ machte mit den beiden Programmen sehr spezifisch das, was im NHSP-II insgesamt vorgesehen war. Die Programme der GIZ sind vollständig komplementär zu den Maßnahmen des NHSP-II.</p>			
<p>Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell und in der Durchführung sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?</p>	<p>Wie greifen Korbfinanzierung und Einzelprogramme ineinander? Wie arbeiten FZ und TZ zusammen? Welchen Beratungsanteil hatte unser Programm überhaupt (nach derzeitigem Kenntnisstand nichts), sollte das in Zukunft berücksichtigt werden oder kann es komplett TZ überlassen werden?</p>	<p>Interviews mit GIZ und KfW in Nepal</p>			
<p>Ist die Maßnahme konsistent mit internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt (z.B. Menschenrechte, Pariser Klimaabkommen etc.)?</p>	<p>Ist der Ansatz zur Primary Care im Einklang mit der Gesundheit als Menschenrecht? Welche Rolle spielt hier Equity? Wie sind die Deklarationen von Paris und Accra berücksichtigt? Beitrag zu den SDGs? Warum wurden Klimaziele nicht explizit berücksichtigt?</p>	<p>Primary Care in Nepal basiert vollständig auf den Deklarationen von Alma Ata, Ottawa, Paris und Accra. Der Beitrag zu den SDGs (siehe Hauptteil) ist positiv zu bewerten, insb. SDG 3 (Health and Wellbeing)</p>			

Sonstige Evaluierungsfrage 1	Falls die einzelnen Dimensionen der Deklaration von Paris nicht schon vorher berücksichtigt wurden, könnten sie hier noch mal aufgerufen werden.	[25-30]			
Bewertungsdimension: Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung im zum Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ):			1	+	Gute Geberabstimmung ist zentral in einer Korbfinanzierung
Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?	Wie war die Zusammenarbeit im NHSP-II mit den nationalen Partnern? Wie wurden Entscheidungen getroffen? Wie wurde sichergestellt, dass die Entscheidungen im Einklang mit den nationalen Strategien sind? Wie wurden die Eigenanstrengungen des Partners bestärkt?	Mid-Term Review [24] gibt etwas Aufschluss hierüber, auch Interviews. Ansonsten ist Nepal so zentral im SWAp, dass Subsidiarität und Kohärenz eigentlich selbsterklärend sind. Stärkung des Managements im Gesundheitswesen: Interview Stärkung der Capacity im MoF: Mid-Term Review [24], auch AK			
Sind die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?	Dito.	Wesen des SWAp, muss nicht mehrfach erklärt werden.			
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 Bedeutung haben die einzelnen Geber im NSHP? Wer war pooling und nicht-pooling Partner? Wer fehlte? Wie liefen die Abstimmungsprozesse? Wie arbeiten Joint Annual Review (JAR) und Joint Financing Agreement (JFA)?	Siehe AK zu pooling; Abstimmungsprozesse: Interviews mit Geber und MoH/MoF Dokumente zu JAR und JFA.			
Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) genutzt?	Welches Monitoring und Evaluierungssystem wurden vom NHSP-II verwendet? Wie hat es funktioniert? Gibt es systemische Lücken (z.B. Messung von Erreichbarkeit)?	Lücken: Qualität und Erreichbarkeit sind schwer zu messen. Gibt es ein gemein-			

onalen Organisationen) für Monitoring/Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?	Was wurde gelernt? Wie wurde der Governance and Accountability Action Plan umgesetzt?	sames Verständnis von Qualität und Erreichbarkeit? Wurden Instrumente entwickelt, diese zu messen?
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Was bedeutete effektive Geberkoordination im Zusammenhang mit der Korbfinanzierung? Hat das funktioniert?	Interviews mit Geber, MoHP und MoF: Ja.
Sonstige Evaluierungsfrage 2	Ist der SWAp überhaupt geeignet, um eine s.g. Hebelwirkung zu erzielen?	dito: Ja.

Effektivität

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Erreichung der (intendierten) Ziele			2	0	
Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. PU-Maßnahmen)? (Soll-Ist Vergleich Indikatorentabelle)	Welche Ziele der FZ-Maßnahme wurden erreicht (siehe Tabelle oben)? Wie ist die zeitliche Abfolge (z.B. Erreichen 2016/2021/2023), soweit Daten verfügbar?	überwiegend ja, siehe Tabelle Hauptteil, Kapitel Effektivität			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Warum wurden Indikatoren des NHSP verändert und welche Relevanz hat das für FZ-Indikatoren?	Mid-Term Review [24]			
Bewertungsdimension: Beitrag zur Erreichung der Ziele:			2	0	
Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Was für Outputs hat das Programm wirklich erbracht?	Mid-Term Review [24], insb. Anteil der erreichten Indikatoren. Was wurde angepasst? Warum?			
Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?	Wie sind die Auslastungsstatistiken? Fallzahl inpatient und outpatient, Impfungen, Nutzung Kontrazeptiva...	Auslastung ist grundsätzlich sehr gering, schwankt erheblich zwischen Regionen [22, 35]			

<p>Inwieweit ist der gleiche Zugang zu erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten (z.B. diskriminierungsfrei, physisch erreichbar, finanziell erschwinglich, qualitativ, sozial und kulturell annehmbar) gewährleistet?</p>	<p>Accessibility spielt eine zentrale Rolle im Programm. Wie sind die Ergebnisse für die einzelnen vulnerablen Gruppen (siehe vorne)? Wie ist die (soweit nicht schon vorne) Erreichbarkeit? Welche weiteren Barrieren und Filter treten auf?</p>	<p>Statistiken für vulnerable Gruppen zeigen deutliche Unterschiede auf. [22, 35]</p>
<p>Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?</p>	<p>Welche Bedeutung hat der Anteil von 1 % am NHSP-II durch den FZ-Anteil?? Ist das mehr oder weniger als 1 %?</p>	<p>Alle Interviewpartner sind sich einig darin, dass die Hebelwirkung erheblich ist. Der Beitrag der deutschen FZ zum Moderatoreffekt ist deutlich höher als der finanzielle Anteil.</p>
<p>Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?</p>	<p>Wie hat sich die Gesundheit der Gesamtbevölkerung entwickelt? Wie der vulnerablen Gruppen? Was hat FZ dazu beigetragen?</p>	<p>Deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes über (fast) alle Bevölkerungsgruppen; NHSP-II hat daran mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit einen großen Anteil.</p>
<p>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?</p>	<p>Siehe oben</p>	
<p>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)</p>	<p>Was genau ist „Gender Equality and Social Inclusion“ in diesem Kontext? Welche Ergebnisse kamen dabei raus?</p>	<p>Das GESI-Konzept wurde allein schon durch die Fokussierung auf MCH umgesetzt. MCH ist nach wie vor ein Zentraler Fokus der deutschen FZ [24, 68, 69].</p>
<p>Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend</p>	<p>Hat KfW durch ihren Beitrag den SWAp positiv beeinflusst und Prozesse gangbar gemacht? Ist die KfW mit ihrem vergleichsweise kleinen Beitrag ein relevanter Partner</p>	<p>Interviews mit KfW, Geber, MoHP, MoF</p>

für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	gewesen? Konnte sie spezifische Prioritäten der EZ (z.B. vulnerable Gruppen, Equity) einbringen?				
Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme (auch unter Berücksichtigung der vorab antizipierten Risiken)? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Welche Risiken bestanden? Wie sollten diese Risiken aufgefangen werden? Was hat dazu geführt, dass sie sich nicht materialisiert haben? Was hat dazu geführt, dass sie eingetreten sind? Was hätte man besser machen können?	AK, Interviews mit KfW, Geber, MoHP, MoF			
Bewertungsdimension: Qualität der Implementierung			2	0	
Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme (z.B. Projektträger, Berücksichtigung von Ethnizität und Gender in entscheidungsfindenden Gremien) im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten?	Gab es überhaupt jenseits der Finanzierung Aktivitäten durch die FZ? Begleitforschung? Wie sind die Gremien aufgebaut (z.B. Parität nach Geschlecht, Landesteilen, Berufsgruppen)?	Laut AK kein FZ-Consultant, aber DFID und andere führten Beratung durch. Interviews, insb. Geber in KfW Landesbüro			
Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an der Maßnahme durch die Partner/Träger zu bewerten?	Wie ist die Führungs- und Verwaltungskapazität des MoHP und des MoF? Wie ist die Absorptionsfähigkeit der Ministerin einzuschätzen? Waren die Gesundheitseinrichtungen und Programme in der Lage, die Programme umzusetzen?	Mid-Term Review HEART, Interviews MoF, Geber			
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	Siehe die Ausführungen zu ‚Gender‘ zuvor	[69]			

Rahmen einer BM) zeitgemäß umgesetzt? (FZ E spezifische Frage)					
Bewertungsdimension: Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)			2	0	
Sind nicht-intendierte positive/negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar)?	Welche nicht-intendierten Wirkungen hatte das Programm auf Mitarbeiter im Gesundheitswesen (z.B. Berufsidentifikation, Verweildauer im Beruf; Ausbildungsstand)? Wie hat sich die Einstellung der Gesundheitsmitarbeiter verändert? Welche Bedeutung hatte das Programm für die erfolgreiche Einführung der Krankenversicherung?	Interviews in Gesundheitseinrichtungen, Literatur Steigerung der Qualität führt zu Akzeptanz der Versicherung?			
Welche Potentiale/Risiken ergeben sich aus den positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?	Konnte durch das Programm die Resilienz über Erdbeben und Pandemien gesteigert werden (siehe vorne)? Kann man daraus etwas lernen?	Interview Gesundheitseinrichtungen und MoHP			
Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/Risiken der positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?		Umfassende, regelmäßige Diskussionen und Anpassungen im Rahmen des SWAp-Dialogs.			
Sonstige Evaluierungsfragen			3	0	
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Wie hat sich die Landessituation überhaupt entwickelt? Was davon ist NHSP?	Problem: bis 2018 positiv, danach zunehmend schwierig.			

Effizienz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Produktions-effizienz			3	0	
Wie verteilen sich die Inputs (finanziellen, und materiellen Ressourcen) der Maßnahme (z.B. nach Instrumenten, Sektoren, Teilmaßnahmen, auch unter Berücksichtigung der Kostenbeiträge der Partner/Träger/andere Beteiligte und Betroffene, etc.)? (Lern- und Hilfsfrage)	Wofür wurden die NHSP-II Gelder letztlich ausgegeben? Für welche Landes-teile? Für welche Projekte?	Siehe Tabellen in Anlage Projektmaßnahmen. Eine genauere Aufteilung konnten wir vom MoHP auch im Rahmen ihres Mid Term Reviews nicht erhalten			
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.	In welche Maßnahmen wurde überhaupt investiert? Infrastruktur, Ausbildung, ...? Was kann man in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen davon sehen? Wie ist der Zustand der Gebäude? Wie ist der Zustand der Geräte? Wie viel Personal ist vorhanden? Wie sind die Qualifikation und Motivation des Personals?	Wie im Hauptteil dargestellt, erfolgen im Rahmen von NHSP-II Investitionen in Sachgüter. Acht Jahre nach Ende der Projektlaufzeit ist jedoch nur noch ein Teil davon innerhalb seiner technischen Nutzungsdauer. Grundlegend konnte auf der Visitation jedoch immer wieder festgestellt werden, dass Geräte und Gebäude zweckentsprechend verwendet werden, auch wenn die Wartung ein Problem ist.			
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.)?	Was fehlte bei den Maßnahmen, was die Effizienz erheblich erhöhen hätte können?	Beispiel Hygiene: Entsorgung, Zentralsterilisation und andere Formen der Hygiene sind in allen besuchten Einrichtungen unzureichend. Beispiel Geräte: Die Geräte der besuchten Einrichtungen sind durchgängig auf einem angemessenen Niveau. Beispiel Gebäude: Die Gebäude der besuchten Einrichtungen sind zweckmäßig. Wartung: Ausgaben für Wartung, Verfügbarkeit von qualifiziertem Wartungspersonal			

		nal und Wartungsplanung sind in allen besuchten Einrichtungen verbesserungswürdig.			
Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?	Welche Verzögerungen traten bei der Umsetzung auf? Was konnte davon im NHSS abgefangen werden?	Größtenteils Interviews, teilweise AK: 1 Jahr Verzögerung des NHSP-II von 2015 bis 2016 aufgrund des Erdbebens. Mögliche Verzögerungen spielen keine große Rolle, da das NHSS unmittelbar nachfolgte.			
Waren die Koordinations- und Managementkosten angemessen? (z.B. Kostenanteil des Implementierungsconsultants)? (FZ E spezifische Frage)	Wie hoch waren die Koordinations- und Managementkosten im NHSP und bei der FZ?	keine Quelle gefunden			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Kennen wir die Kosten der Gesundheitsversorgung überhaupt? Gab es je ein Costing?	Es wurde kein Costing durchgeführt. Kosten sind nur auf Makroebene bekannt, z.B. [1]			
Bewertungsdimension: Allokationseffizienz			3	0	
Auf welchen anderen Wegen und zu welchen Kosten hätten die erzielten Wirkungen (Outcome/Impact) erreicht werden können? (Lern-/Hilfsfrage)	Hätte die Infrastruktur renoviert statt neugebaut werden können? Hätte man „besser“ bauen sollen? Wurden die richtigen Geräte geliefert? Hätte man die Wartungsverträge bezahlen sollen? Wurden die richtigen Personen und Berufe ausgebildet? Wie lange bleiben die Ausgebildeten im Beruf bzw. in der Einrichtung?	Interviews mit Mitarbeitern des MoHP sowie Besichtigungen ergaben, dass die richtigen Gebäude und Geräte geliefert wurden. Zahlen zur Personalfuktuation liegen nicht vor.			
Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – die erreichten Wirkungen kostenschonender erzielt werden können?	Gibt es Bereiche, in denen wir einsparen hätten können?	Interviews in den Einrichtungen zeigten, dass die Maßnahmen als durchweg angemessen angesehen werden.			

Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – mit den vorhandenen Ressourcen die positiven Wirkungen erhöht werden können?	Was hätte man besser machen können? Wäre durch zusätzliche Managementkompetenz in den Einrichtungen, MoHP und MoF die Mittelverwendung besser geworden?	Es fehlte definitiv ein Fokus auf Krankenhausmanagement.
--	---	---

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension: Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen			1	0	
Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Hat die Maßnahme beigetragen, dass Gesundheit innerhalb der Politik an Bedeutung gewonnen hat? Wurden durch die Maßnahme die Regierung und ihr Management gestärkt? Wurden nationale Programme geändert oder weiterentwickelt? Welche Bedeutung hatte NHSP-II für die Entwicklung der Krankenversicherung (KV)?	Das sind überwiegend Einschätzfragen, per Interview bei MoHP, MoF und Geber. Insgesamt zeigt sich, dass die Wirkung der Maßnahmen ausgesprochen positiv war. NHSP-II ist das „Golden Age“ der Zusammenarbeit, auch gerade bzgl. Wirkung.			
Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen (sozial, ökonomisch, ökologisch und deren Wechselwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstigten feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Wie hat sich die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung während der Maßnahme verbessert? Wie hat sich die Situation vulnerabler Gruppen verbessert? Was davon hat unmittelbar mit NHSP-II zu tun?	Hier ist die Zuordnung erneut das größte Problem. Die Wirkungen des NHSP-II auf die Gesundheit der Bevölkerung sind sehr wahrscheinlich, aber nicht 100% zurechenbar. Die Wirkung der im NHSP-II zu 1% enthaltenen FZ-Maßnahme ist kaum noch zurechenbar, die grundsätzlich positive Einschätzung wurde daher per Interviews abgefragt. Siehe oben.			
Inwieweit sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler	Da Vulnerable ja Teil der Zielgruppe sind, werden sie immer schon mitgeführt.	Wie im Hauptteil beschrieben, adressiert das Programm explizit vulnerable Gruppen. Hierzu zählen u.a. Mütter, Kinder, Bevölkerung in abgelegenen			

Teile der Zielgruppe, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)		und ländlichen Regionen, Armutgruppen, Mitglieder niedriger Kasten und bestimmter Religionszugehörigkeit.			
Sonstige Evaluierungsfrage 1	Haben die Einrichtungen überhaupt das Personal, um die ganzen Reformen und Veränderungen (z.B. neues Equipment, neue Aufgaben) umzusetzen? Wenn nein, was könnte getan werden? Wenn ja, wie könnte man das stärken?	Die „Ideen“ und Reformen aus Kathmandu möchten innerhalb von NHSP-II adäquat sein, aber bei der Bevölkerung kommt nur etwas an, wenn es vor Ort Menschen gibt, die das umsetzen können. Ihre Ausbildung in Management ist unzureichend.			
Bewertungsdimension: Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen			2	0	
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?	Kann man einen Zusammenhang von Gesundheit und pol. Stabilität und Frieden herstellen? Wenn ja, welche Bedeutung hatte hierfür das NHSP-II?	Gesundheit schafft Zufriedenheit und reduziert damit das Konfliktpotential. Literaturanalyse und Interviews (MoHP, MoF, Geber)			
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)	Welche der oben genannten Gesundheitswirkungen sind für die Bevölkerung besonders relevant? Welche davon haben eine besondere Priorität in der Regierung?	Auch hier besteht die Frage der Zurechenbarkeit. Die Indikatoren haben sich im Laufe der Programmdurchführung verbessert. Aber dass sie wegen NHSP-II besser wurden, ist nicht eindeutig belegt.).			

<p>Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) developmentspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?</p>	<p>Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) developmentspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?</p>	<p>Die intendierten Begünstigten sind die Vulnerablen. Wie dargestellt, wurden sie explizit gefördert. Insgesamt hat sich die Ungleichheit im Land nicht verbessert. Es ist allerdings fraglich, was passiert wäre, wenn NHSP-II nicht explizit diese Gruppen fokussiert hätte.</p>
<p>Hat die Maßnahme zu übergeordneten developmentspolitischen Veränderungen bzw. Veränderungen von Lebenslagen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, beigetragen?</p>	<p>dto.</p>	<p>dto.</p>
<p>Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten developmentspolitischen Ziele der Maßnahme? <i>(Lern-/Hilfsfrage)</i></p>	<p>Wie hat die Korbfinanzierung dazu beigetragen, dass die developmentspolitischen Ziele erreicht wurden? Welche Prozesse hätten verbessert werden müssen? Wie gut war die Absorptionsfähigkeit der Ministerien?</p>	<p>Siehe Mid-Term Review HEART und AK für Details zu Kapazität des Systems. Insgesamt hat gerade der Korb dazu beigetragen, dass der SWAp erfolgreich war.</p>
<p>Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten developmentspolitischen Ziele der Maßnahme? <i>(Lern-/Hilfsfrage)</i></p>	<p>Welche Rolle spielte das Erdbeben 2015 in der Zielerreichung? Welche Rolle spielte der Friedensprozess bzw. die neue Verfassung in der Zielerreichung?</p>	<p>Durch das Erdbeben wurde NHSP-II um ein Jahr verlängert. Anschließend nahmen die Wiederaufbaumaßnahmen großen Raum ein, so dass manche Ziele nach 2016 vernachlässigt wurden. Die neue Verfassung impliziert die Föderalisierung und damit eine komplexere Entscheidungssituation für den SWAp.</p>

<p>Entfaltet das Vorhaben Breitenwirksamkeit?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inwieweit hat die Maßnahme zu strukturellen oder institutionellen Veränderungen geführt (z.B. bei Organisationen, Systemen und Regelwerken)? (Strukturbildung) - War die Maßnahme modellhaft und/oder breitenwirksam und ist es replizierbar? (Modellcharakter) 	<p>Welche Rolle spielte NHSP-II bzw. die Korbfinanzierung bei der -Entwicklung der Krankenversicherung? Was hat sich durch NHSS verändert und verbessert? Was hat NHSP-II damit zu tun? Kann man etwas daraus lernen, was über Nepal hinausgeht?</p>	<p>Das aufgebaute Vertrauen stellte nach Aussage der Interviewpartner eine Grundlage weiterer Maßnahmen dar, u.a. der Krankenversicherung. Erste Studien hierzu wurden während NHSP-II erstellt. NHSS hat die Lücken von NHSP-II gefüllt.</p> <p>Lernen: siehe Lessons Learnt im Hauptteil.</p>
<p>Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (entwicklungspolitische Additionalität)</p>	<p>Wie wäre die Situation heute ohne NHSP-II? Da es ja auf jeden Fall eine staatliche Unterstützung gegeben hätte, muss die Frage genauer lauten: Wenn es keine Gelder aus dem Ausland gegeben hätte? Und was wäre, wenn es Einzelprojekte, d.h. ohne Kooperation gewesen wären? Wie hätte sich das z.B. auf die „Partnerprovinzen“ vs. vulnerable Gruppen ausgewirkt?</p>	<p>Spekulation, durch Interviews abgefragt. Klar ist, dass Einzelprojekte nicht den Gesamtüberblick haben und die Gefahr besteht, dass bestimmte Gruppen und Regionen vernachlässigt werden.</p>
<p>Sonstige Evaluierungsfrage 1</p>	<p>Hat die Harmonisierung der Geber wirklich funktioniert? Hatte die FZ-Maßnahme nur 1 % Einfluss, oder durch eine „Hebelwirkung“ mehr?</p>	<p>Die Interviewpartner haben durchwegs Wert darauf gelegt, dass die Harmonisierung gut funktioniert hat und die KfW ein bedeutender Partner war, dessen Wirkung weit über seinen finanziellen Anteil hinausging.</p>
<p>Sonstige Evaluierungsfrage 2</p>	<p>Welche Bedeutung hat die Korruption für die Transformation von EZ in Gesundheit?</p>	<p>Auf Makro-Ebene bezeugt der Corruption Perception Index eine Verbesserung in Nepal bei weiterhin hohem Niveau; Im Gesundheitswesen impliziert dies eine Effizienzvernichtung.</p>

<p>Bewertungsdimension: Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen</p>			3	0	
<p>Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?</p>	<p>Welche nicht-intendierten entwicklungspol. Veränderungen traten ein, die etwas mit NHSP-II zu tun haben könnten? Stability, Democracy, Corruption?</p>	<p>Entsprechende Indizes; Interviews mit Gebern, MoHP und MoF für Zusammenhänge. Schwierig festzustellen. Die meisten Interviewpartner gehen davon aus, dass soziale Gerechtigkeit und verlässliche Gesundheitsversorgung essenziell für die Stabilität und Demokratie sind.</p>			
<p>Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?</p>	<p>Genau in diesem Wortlaut.</p>	<p>Nicht messbar.</p>			
<p>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.)?)</p>	<p>Equity: Sie hat sich die Gleichberechtigung (Equity) verändert? Nicht nur in Zahlen, sondern auch in ihrer Bedeutung in den Köpfen der Entscheidungsträger?</p>	<p>Interviews mit Gebern, MoHP und MoF: Insgesamt dürfte das Bewusstsein für Gerechtigkeit gestiegen sein, aber dies lässt sich im Rahmen dieser Studie nicht nachweisen.</p>			

Nachhaltigkeit

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)			
Bewertungsdimension: Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			3	0	
<p>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?</p>	<p>Welche Geräte, die während der NSHP-II-Phase gefördert wurden, werden noch zweckgemäß verwendet, sind voll funktionsfähig, sind gut gewartet? Welche Gebäude, die während der NSHP-II Phase gefördert wurden, werden noch zweckgemäß verwendet, sind voll funktionsfähig, sind gut gewartet? Welche Mitarbeiter, die während der NSHP-II Phase aus- und weitergebildet wurden, sind heute noch im Dienst?</p>	<p>Da keine Beschaffungslisten vorlagen, konnte diese Erhebung nicht durchgeführt werden. Allerdings wurde von anderen Programmen und den Besuchen in Gesundheitseinrichtungen geschlossen, dass tatsächlich eine relativ zweckorientierte Verwendung vorliegt.</p>			
<p>Inwieweit weisen Zielgruppe, Träger und Partner eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber zukünftigen Risiken auf, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten?</p>	<p>Falls nicht schon oben besprochen: Wie resilient waren die Gebäude und Anlagen bzgl. Erdbeben 2015? Wie resilient waren die Gesundheitsdienste während der Corona-Pandemie? Wie ist der Personalumschlag?</p>	<p>Einschätzung durch Interviews, MoHP, Geber und Einrichtungsleitung ist positiv, bis auf die häufigen Personalwechsel</p>			
<p>Sonstige Evaluierungsfrage 1</p>	<p>Was wurde aus NHSP-II für NHSS gelernt? Wie erfolgreich war NHSS und welche Bedeutung hatte hierfür NHSP-II, insb. der Prozess des Alignment Harmonization im SWAp?</p>	<p>Aus der AK für NHSS (Phase III) und den Interviews mit MoHP und Gebern kam heraus, dass die Harmonisierung gerade während NHSP-II gut funktioniert hat. Mit diesem Sozialkapital startete NHSS. Lücken wurden geschlossen. [13]</p>			
<p>Sonstige Evaluierungsfrage 2</p>	<p>Wie hat sich die Budgetfinanzierung im Gesundheitssektor von 2010-2022 entwickelt (Eigenbeitrag Budget, Eigenbeitrag Nutzer/KV, Geber pooling, Geber Einzelprojekte)? Welche Tendenz ist festzustellen und warum?</p>	<p>Siehe Health Budget Brief (UNICEF 2020), Budget Analysis of Health Sector, bzw. Abbildung 2, Abbildung 3.</p>			

<p>Bewertungsdimension: Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten:</p>			3	0	
<p>Hat die Maßnahme dazu beigetragen, dass die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) sind, die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit zu erhalten und ggf. negative Wirkungen einzudämmen?</p>	<p>Wie hat sich die Bereitschaft der Regierung Nepals verändert, Gesundheit der Bevölkerung und insb. von vulnerablen Gruppen hohe Priorität zu geben? Wie hat sich die Fähigkeit des MoHP und MoF entwickelt, diese Großprogramme zu managen? Wie hat sich die Ownership entwickelt?</p>	<p>Der Mid-Term Review [24] und Interviews ergaben, dass die Kapazität des Ministeriums zuerst stark zugenommen hatte. Nach der Föderalisierung lag jedoch der Schwerpunkt nicht mehr auf dem SWAp. Weiterhin führten die Einschränkung der Kommunikation während der Corona-Pandemie und der Weggang von Entscheidungsträgern zu einem Verlust an Vertrauenskapital.</p>			
<p>Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Zielgruppe, Träger und Partner, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?</p>	<p>Wie viel Personal in MoHP, MoF und Einrichtungen, die während der Phase von NSHP-III Verantwortung hatten, sind überhaupt noch heute im Gesundheitssektor tätig?</p>	<p>Interviews mit MoHP, Geber und Einrichtungsleitung bestätigten ein hohe Fluktuation</p>			
<p>Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?</p>	<p>Konnte die Gesundheit von Frauen und Kindern und anderen Vulnerablen langfristig gestärkt werden? Sind dadurch langfristige Vorteile (z.B. Bildung von Kindern, Arbeitsfähigkeit) entstanden, die über das Ende von NSHP-III hinausgehen?</p>	<p>Interviews mit MoHP, Geber und Einrichtungsleitung: anzunehmen.</p>			
<p>Sonstige Evaluierungsfrage 1</p>	<p>Welche Erfahrungen aus den Krisen (Erdbeben, Corona) konnten die Führungskräfte sammeln? Hätte ein spezifisches Training in Management, Change Management und Krisenmanagement einen Unterschied gemacht?</p>	<p>Interviews mit MoHP, Geber und Einrichtungsleitung ergaben, dass Nepal relativ gut durch die Krise gekommen ist. Es wurde betont, dass eine sehr enge und schnelle Zusammenarbeit auf Basis der gemeinsamen Erfahrungen möglich war.</p>			
<p>Sonstige Evaluierungsfrage 2</p>	<p>Wie können die nachfrageseitigen Faktoren überwunden werden?</p>	<p>Nachhaltige Finanzierung des GW (Geber, Eigenanteil, Nutzer/ Versicherung): Entwicklungen, Abdeckung, bezahlbar für Arme</p>			

<p>Bewertungsdimension: Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit</p>			2	0	
<p>Wie stabil ist der Kontext der Maßnahme) (z.B. soziale Gerechtigkeit, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>Was hat sich seit Ende von NHSP-II im Sektor zum Guten oder Schlechten verändert? Sind frühere Probleme geschwächt oder neue entstanden?</p>	<p>Interview, AK NHSS, health indicators seit 2016: grundsätzlich gute Entwicklung der Indikatoren SWAp.</p>			
<p>Inwieweit wird die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der Maßnahme durch den Kontext beeinflusst? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)</p>	<p>Falls nicht schon vorher: Welche Rolle spielten Erdbeben 2015, Corona, Demokratisierung, Dezentralisierung und Friedensprozess für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung</p>	<p>Siehe vorne.</p>			
<p>Inwieweit sind die positiven und ggf. negativen Wirkungen der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen?</p>	<p>Falls nicht schon vorne betrachtet: Wie funktional sind die Investitionen in Gebäude, Geräte und Personal noch nach 7 Jahren?</p>	<p>Siehe vorne.</p>			
<p>Inwieweit sind die Gender-Ergebnisse der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen (Ownership, Kapazitäten, etc.)? (FZ E spezifische Frage)</p>	<p>Wie schätzten die Stakeholder das „Gender Mainstreaming“ bzw. „Vulnerable Mainstreaming“ ein?</p>	<p>Interviews, Einschätzungsfragen: Beide Parameter sind bei Interviewpartnern präsent, jedoch ist eine Messung nicht möglich.</p>			
<p>Sonstige Evaluierungsfragen</p>					
<p>Sonstige Evaluierungsfrage 1</p>	<p>Grundlegend: wir haben sich die Gesundheitsstatistiken und Wirtschaftsstatistiken seit Ende von NHSP-II entwickelt? Welche Bedeutung könnte hierfür der SWAp haben?</p>	<p>Interviews, Einschätzungsfragen. Grundsätzlich positive Entwicklung. Beitrag des SWAp nicht nachweisbar.</p>			

Anlage Literaturverzeichnis

1. World Bank. *World Development Indicators*. 2023 [cited 2023 14.03.2023]; Available from: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>.
2. UNDP. *Human Development Index*. 2023 [cited 2023 29.03.2023]; Available from: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>.
3. Institute for Economics & Peace, *Global Peace Index 2020*. 2020, Institute for Economics & Peace: Sydney.
4. The Fund for Peace. *Fragile States Index*. 2023 [cited 2023 23.09.2023]; Available from: <https://fragilestatesindex.org/>.
5. Umesh, G., et al., *Inequalities in health outcomes and access to services by caste/ethnicity, province, and wealth quintile in Nepal*. DHS Further Analysis Report, 2019(117).
6. Thapa, R., et al., *Caste exclusion and health discrimination in South Asia: A systematic review*. Asia Pacific Journal of Public Health, 2021. **33**(8): p. 828-838.
7. Dhungel, K.R., *Income Inequality in Nepal*. Law and Economy, 2022. **1**(3): p. 51-54.
8. Ministry of Health, *Nepal Health Sector Programme Implementation Plan 2004-2009*, M.o. Health, Editor. 2004, Government of Nepal: Kathmandu.
9. 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.
10. Commons, W. *Nepal rel location map.svg*. 2023 [cited 2023 24.07.2023]; Available from: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Nepal_rel_location_map.svg?uselang=de.
11. Vaillancourt, D., *Do Health Sector-Wide Approaches Achieve Results?* 2009: Washington, DC: World Bank.
12. Government of Nepal, *National Review of Sustainable Development Goals. Report. 2020*, N.P. Commission, Editor. 2021, Government of Nepal: Kathmandu.
13. 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.
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. WHO, *Country Cooperation Strategy Nepal*. 2018, World Health Organisation: Kathmandu.
16. WHO, *WHO country cooperation strategy 2013-2017: Nepal*. 2013, World Health Organisation: Kathmandu.
17. United Nations, *United National Development Assistance Framework for Nepal. 2013-2017*. 2012, United Nations: Kathmandu.
18. USAID, *Essential package of health services: country snapshot Nepal*. 2015, Bethesda, Maryland: Abt Ass.
19. 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.
20. Gupta, I. and S. Chowdhury, *Correlates of out-of-pocket spending on health in Nepal: implications for policy*. WHO South-East Asia journal of public health, 2014. **3**(3-4): p. 238-246.
21. UNICEF, *Health Expenditure Brief*. 2018, UNICEF Nepal: Kathmandu.
22. Department of Health Services, *Annual Report D.o.H.S. 2019/20*, Editor. 2021, Government of Nepal Kathmandu.
23. Umesh, G., et al., *Inequalities in health outcomes and access to services by caste/ethnicity, province, and wealth quintile in Nepal*. . DHS Further Analysis Report, 2019. **117**.
24. HEART, *Nepal Health Sector Programme II (NHSP II) Mid-Term Review*. 2013, HEART (Health & Education Advice and Resource Team): London.
25. Peters, D. and S. Chao, *The sector-wide approach in health: What is it? Where is it leading?* The International journal of health planning and management, 1998. **13**(2): p. 177-190.
26. OECD, D., *Paris declaration on aid effectiveness*. <http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/FINALPARISDECLARATION.pdf>, 2005.
27. Peters, D.H., L. Paina, and F. Schleimann, *Sector-wide approaches (SWAps) in health: what have we learned?* Health policy and planning, 2013. **28**(8): p. 884-890.
28. Ahsan, K., et al., *Fifteen years of sector-wide approach (SWAp) in Bangladesh health sector: An assessment of progress (in) Health Policy and Planning*. 2015.
29. Woode, M.E., D. Mortimer, and R. Sweeney, *The impact of health sector-wide approaches on aid effectiveness and infant mortality*. Journal of International Development, 2021. **33**(5): p. 826-844.
30. UNFPA, *Sector Wide Approaches: A Resource Document for UNFPA Staff*. 2005, United Nations Population Fund: New York.
31. Rabinowitz, G. *Literature Review on aid ownership and participation*. 2015 [cited 2023 25.03.2023]; Available from: <https://www.powerofownership.org/wp-content/uploads/2017/06/ODI-Literature-Review-aid-ownership-and-participation-formated-for-web.pdf>.
32. Options, Oxford, and HERD, *Review of the Maternity Incentive and Free Delivery Care Programme in Nepal*. 2020, Government of Nepal, UKaid: Kathmandu.
33. Upreti, S., et al., *Rapid Assessment of the Demand Side Financing Schemes: Aama programme and 4ANC, 2012*. 2012, Government of Nepal; HERD: Kathmandu.
34. Department of Health Services, *Annual Report D.o.H. Services*, Editor. 2020, Government of Nepal Kathmandu.
35. Department of Health Services, *Annual Report D.o.H.S. 2021/21*, Editor. 2022, Government of Nepal Kathmandu.
36. Abimbola, S., L. Baatiema, and M. Bigdeli, *The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence*. Health policy and planning, 2019. **34**(8): p. 605-617.

37. Ministry of Health and Population, *Demographic and Health Survey 2022. Key Indicators Report*. 2022, Nepal: Kathmandu.
38. Bohra, N., et al., *NHSP-2 Logical Framework (2010-2015). Achievements in 2011 against targets*. 2012, Government of Nepal: Kathmandu.
39. WHO. *Global Health Observatory Data*. 2023 [cited 2023 11.04.2023]; Available from: <https://www.who.int/gho/database/en/>.
40. Ministry of Health and Population, *TB Burden in Nepal*. 2020, Government of Nepal: Kathmandu.
41. WHO. *Case detection rate for all forms of tuberculosis*. 2023 [cited 2023 24.05.2023]; Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3162>.
42. WHO. *Tuberculosis treatment success rate*. 2023 [cited 2023 24.05.2023]; Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4462>.
43. Toolan, M., et al., *A systematic review and narrative synthesis of antenatal interventions to improve maternal and neonatal health in Nepal*. *AJOG Global Reports*, 2022. **2**(1): p. 100019.
44. Kandel, N. and J. Lamichhane, *Female health volunteers of Nepal: the backbone of health care*. *The Lancet*, 2019. **393**(10171): p. e19-e20.
45. Pokharel, R. and P.R. Silwal, *Social health insurance in Nepal: A health system departure toward the universal health coverage*. *The International journal of health planning and management*, 2018. **33**(3): p. 573-580.
46. Ministry of health and Population, *Annual Progress Report of Health Sector Fiscal Year 2015/16*. 2017, Government of Nepal: Kathmandu.
47. International, T. *Health*. 2023 [cited 2023 24.07.2023]; Available from: <https://www.transparency.org/en/our-priorities/health-and-corruption>.
48. Ministry of Health and Population, et al., *Nepal Burden of Disease 2019. A Country Report based on the 2019 Global Burden of Disease study*. 2021, Government of Nepal: Kathmandu.
49. AIN, *A mapping of INGOs contribution to health sector in Nepal. Effort towards reaching MDGs and NHSP II 2011*, Association of International NGOs in Nepal: Kathmandu.
50. Adhikari, R.P., et al., *Trends in and determinants of visiting private health facilities for maternal and child health care in Nepal: comparison of three Nepal demographic health surveys, 2006, 2011, and 2016*. *BMC pregnancy and childbirth*, 2021. **21**(1): p. 1-10.
51. Hamal, M., et al., *Social accountability in maternal health services in the far-western development region in Nepal: an exploratory study*. *International journal of health policy and management*, 2019. **8**(5): p. 280.
52. Sitaula, S., et al., *Prevalence and risk factors for maternal mortality at a tertiary care centre in Eastern Nepal-retrospective cross sectional study*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2021. **21**: p. 1-8.
53. Karkee, R., et al., *Policies and actions to reduce maternal mortality in Nepal: perspectives of key informants*. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 2022. **29**(2): p. 1907026.
54. Thapa, S., *Maternal Mortality Levels and Trends in Nepal: A Brief Update*. *Journal of Nepal Health Research Council*, 2021. **19**(1): p. 196-200.
55. 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.
56. 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.
57. French, A.N., *Dalits and mental health: investigating perceptions, stigma and barriers to support in Kathmandu, Nepal*. *Journal of Global Health Reports*, 2020. **4**: p. e2020009.
58. WHO. *Health Inequality Monitor*. 2023 [cited 2023 01.05.2023]; Available from: <https://www.who.int/data/inequality-monitor>.
59. Ministry of Health and Population, *Progress of the Health and Population Sector, 2021/22*. 2022, Government of Nepal: Kathmandu.
60. Ministry of Health and Population, *Progress of the Health and Population Sector, 2020/21*. 2021, Government of Nepal: Kathmandu.
61. National Planning Commission, *Nepal and the Millennium Development Goals. Final Status Report 2000-2015* 2016, Government of Nepal: Kathmandu.
62. Reportn, S.D. *SDG Nepal*. 2023 [cited 2023 24.07.2023]; Available from: <https://dashboards.sdgindex.org/profiles/nepal>.
63. National Planning Commission, *Nepal and the Millennium Development Goals. Final Status Report 2000-2015*. 2016, Kathmandu: Government of Nepal.
64. Ministry of Health and Population, *Joint Annual Review Report 2014/2015*. 2016, Government of Nepal: Kathmandu.
65. Gartaula, P., et al., *Out of Pocket Expenditure on Health Service Delivery at a Tertiary Care Women's Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study*. *JNMA: Journal of the Nepal Medical Association*, 2020. **58**(232): p. 1024.
66. Sapkota, V.P., U.P. Bhusal, and G.P. Adhikari, *Occupational and geographical differentials in financial protection against healthcare out-of-pocket payments in Nepal: Evidence for universal health coverage*. *Plos one*, 2023. **18**(1): p. e0280840.
67. Rai, S., et al., *Catastrophic health expenditure on chronic non-communicable diseases among elder population: A cross-sectional study from a sub-metropolitan city of Eastern Nepal*. *Plos one*, 2022. **17**(12): p. e0279212.
68. KfW, *Programm vorschlag Unterstützung des Nationalen Sektorprogramms Gesundheit (Korbfinanzierung), Nepal, BMZ Nr. 2010 65 440*. 2011, Kreditanstalt für Wiederaufbau: Frankfurt a.M.
69. Ministry of Health and Population, *Progress of Health Sector in Fiscal Year 2015/16 (Report Submitted to the Participants of JAR 2017)*. 2017, Government of Nepal: Kathmandu.