

# Ex-post-Evaluierung – Pakistan

>>>

**Sektor:** Gesundheit, Familienplanung, HIV/AIDS (Infrastruktur im Bereich Basis-gesundheit, CRS-Code 12230)

**Vorhaben:** KV-Gesundheitsprogramm in der Region FATA (BMZ-Nr. 2008 66 517\*)

**Träger des Vorhabens:** FATA Sekretariat



## Ex-post-Evaluierungsbericht: 2019

Alle Angaben in Mio. EUR	Vorhaben A (Plan)	Vorhaben A (Ist)
Investitionskosten (gesamt)	5,88	5,81
Eigenbeitrag	0,50	0,50
Finanzierung	5,38	5,31
davon BMZ-Mittel	5,38	5,31

\*) Vorhaben in der Stichprobe 2018

**Kurzbeschreibung:** Durch das Vorhaben, das in Kooperation mit der GIZ durchgeführt wurde, sollte ein Beitrag zur Verbesserung der prekären Gesundheitssituation der Bevölkerung in der Armut- und Krisenregion FATA, d.h. der Federally Administered Tribal Areas in Pakistan, geleistet werden. Die FATA waren und sind für (internationale) Besucher aus Sicherheitsgründen seit Jahren nicht zugänglich. Erst im Jahr 2018 wurden die FATA in das pakistanische Provinz-Governance-System eingegliedert. Das Vorhaben sollte Verbesserungen der Gesundheitsversorgung durch die Finanzierung von Tuberkulosediagnostik und -behandlung sowie die Förderung der Mutter-Kind-Versorgung und der Gesundheitsdienstleistungsangebote in entlegenen Gebieten erzielen. Die Maßnahmen sollten teilweise durch das FATA-Sekretariat, aber vornehmlich durch FATA-erfahrene Nicht-Regierungsorganisationen (NRO) durchgeführt werden. Das Vorhaben wurde im Rahmen einer FZ/TZ Kooperation konzipiert. Mit den genannten Maßnahmen wurden die bereits in FATA begonnenen TZ-Projekte (TB-Kontrolle und Reform des Gesundheitswesens) ausgeweitet und fortgesetzt.

**Zielsystem:** Das Ziel auf Impact-Ebene (entwicklungspolitisches Oberziel) war es, zur (auf Grund der schwierigen lokalen Bedingungen) kurzfristigen Verbesserung der Gesundheitssituation der armen Bevölkerung in den FATA beizutragen. Dabei sollte das Programm auch als friedensbildender Beitrag in einer der konfliktreichsten Regionen der Welt wirken (duale Zielsetzung). Das Ziel auf Outcome-Ebene (FZ-Modulziel) war es, den Zugang und die Qualität der öffentlichen Gesundheitsversorgung für die Zielgruppe zu schaffen bzw. zu verbessern.

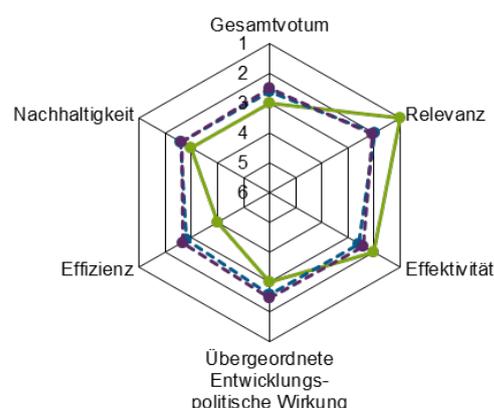
**Zielgruppe:** Zielgruppe war die Bevölkerung der FATA-Region, insbesondere Frauen und Kinder.

## Gesamtvotum: Note 3

**Begründung:** Das FZ-Vorhaben war angesichts der prekären Gesundheitssituation in dem Krisengebiet FATA sehr relevant. Die Herausforderungen in der Umsetzung konnten dabei jedoch nur teilweise adressiert und überwunden werden. Der Krisenkontext und ein unerfahrener Projektträger erschwerten nicht nur Planung, Umsetzung und Monitoring, sondern wirkten sich auch negativ auf die Wirkungen und Nachhaltigkeit des Vorhabens aus.

**Bemerkenswert:** Da Reisen internationaler Consultants in das Projektgebiet zu kaum einem Zeitpunkt möglich waren, hat sich die Zusammenarbeit mit FATA-erfahrenen NRO bewährt. Ergebnisse konnten über eine Internetseite jederzeit eingesehen werden, umfangreiches Fotomaterial dokumentierte in Berichten den Projektfortschritt.

Das Risiko, dass die durch die FZ finanzierten Güter nicht nur der Zielgruppe zugutekommen, sondern in diesem fragilen Kontext auch anderen Gruppen, wie z.B. Talibankämpfern, konnte bis zuletzt durch das Projektdesign nicht mitigiert werden.



—●— Vorhaben  
 - - - ● - - - Durchschnittsnote Sektor (ab 2007)  
 - - - ● - - - Durchschnittsnote Region (ab 2007)

# Bewertung nach DAC-Kriterien

## Gesamtvotum: Note 3

### Teilnoten:

Relevanz	1
Effektivität	2
Effizienz	4
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	3
Nachhaltigkeit	3

### Grundsätzliche Anmerkung

Die politische Entwicklung in der Gesamtregion<sup>1</sup> hat dazu geführt, dass sich die Sicherheitslage in den Federally Administered Tribal Areas (FATA) Pakistans seit Programmbeginn drastisch verschlechtert hat. Bereits bei Projektprüfung (PP) war eine örtliche Prüfung in dem Krisengebiet nicht möglich, so dass das Vorhaben gemäß Tz. 47 der FZ- und TZ-Leitlinien als Eilvorhaben bei Naturkatastrophen, Krisen und Konflikten geprüft wurde und die Konzeption entsprechenden Einschränkungen hinsichtlich der Datenlage, Indikatorenerhebung, Vergabeverfahren und des Monitorings unterlag. Systematische Befragungen bzw. Erhebungen vor Ort waren nicht möglich. Ansprechpartner sowohl beim Träger als auch bei den an der Umsetzung beteiligten Consultants oder anderen Gebern im Gesundheitssektor waren zum Zeitpunkt der Ex-post-Evaluierung (EPE) nicht mehr zu kontaktieren bzw. konnten zu dem Vorhaben keine Auskunft geben. Auf Grund der auch heute noch sicherheitskritischen Lage in der Region wurde die EPE somit als Schreibtischprüfung auf Basis von verfügbaren Dokumenten und ergänzenden Informationen wie Studien und Umfragen (Sekundärdaten) durchgeführt und die bei der Abschlusskontrolle 2017 verwendeten Angaben auf ihre Plausibilität und fortgesetzte Gültigkeit überprüft und ggf. ergänzt.

Das Vorhaben hatte per Konzeption keinen Anspruch, nachhaltige strukturelle Wirkungen zu erzielen. Dennoch wird die Nachhaltigkeit des Vorhabens, das nicht nur die Beschaffung von Verbrauchsmitteln, sondern auch Bau- und Ausbildungsmaßnahmen zum Inhalt hatte, so weit wie möglich bewertet, insbesondere anhand der Frage, inwieweit eine Grundlage für eventuelle Anschlussvorhaben gelegt wurde (Anschlussfähigkeit).

### Relevanz

Die FATA, die Stammesgebiete im Nordwesten Pakistans, waren bis 2018 ein von den Briten 1947 übernommenes, pakistanisches Sonderterritorium, das keine eigenständige Provinz bildete, sondern direkt der Zentralregierung unterstellt war. Die Verwaltung der Gebiete erfolgt durch das zivile FATA-Sekretariat, das 2002 aus der Provinzregierung von Khyber Pakhtunkhwa herausgelöst wurde und seinen Sitz in Peshawar hatte. Das gesamte Territorium, aufgeteilt in sieben sog. „Agencies“, erstreckte sich über eine Länge von mehr als 1000 km entlang der Grenze zu Afghanistan. Das Gebiet, das als Rückzugsgebiet der afghanischen Taliban gilt, ist die wirtschaftlich rückständigste und auf Grund ihrer Topographie und ihrer überwiegend an Clan- und Stammesloyalitäten orientierten Gesellschaftsordnung die am schwersten zugängliche und eine den politischen Prozessen weitestgehend entzogene Region Pakistans.

Der sozioökonomische Entwicklungs- und Gesundheitszustand in den FATA war bei PP (2009) sehr niedrig. Rd. 60 % der Bevölkerung lebten unterhalb der Armutsgrenze. Die Alphabetisierungsrate war mit 17 %, bei Frauen sogar nur 3 %, extrem niedrig. Die Gesundheitsversorgung der Region war prekär, was sich an den schlechten Werten der sektoralen Indikatoren zeigte (Kernproblem). Es mangelte in den FA-

<sup>1</sup> Am 2. März 2017 gab die pakistanische Regierung ihre Absicht bekannt, die Stammesgebiete schrittweise in die angrenzende nord-westliche Provinz Khyber Pakhtunkhwa einzugliedern. Die Eingliederung sollte etwa 5 Jahre dauern. Am 31.5.2018 unterzeichnete Präsident Mamnoon Hussain das Änderungsgesetz, mit dem das Territorium aufgelöst wurde und die Zusammenlegung mit der Provinz Khyber Pakhtunkhwa erfolgte.

TA an Zugang zu Gesundheitsdiensten (2.290 Einwohner pro Krankenhausbett<sup>2</sup>) und allgemeiner Akzeptanz v.a. für die Mutter-Kind-Versorgung und Familienplanung sowie an medizinischem Personal. In den FATA lag die Arztdichte bei PP bei einem Arzt für 7.670 Einwohner (Pakistan 1:1.404). Die Müttersterblichkeit mit 380/100.000 Geburten, die Säuglingssterblichkeit mit 86/1.000 Lebendgeburten und die Kindersterblichkeit (unter 5 Jährige) zählten mit 104/1.000 Lebendgeburten zu den höchsten in der Region. Schwangerschaftsvorsorge fand und findet kaum statt (nur für 25,7 % der Frauen im Vergleich zu Afghanistan mit 63,4%) und falls überhaupt, dann wird sie häufig von Freunden oder Verwandten durchgeführt. Weniger als 30 % der Geburten wurden professionell begleitet und nur 26,5 % der Frauen wurden nach der Geburt durch eine Hebamme oder einen Arzt überwacht und/oder beraten. Darüber hinaus erkrankten immer noch Menschen in den FATA wie in ganz Pakistan an Poliomyelitis (Kinderlähmung), ein Virus, das außer in Pakistan nur noch in Afghanistan und Nigeria endemisch ist. Außerdem gehörte Pakistan zu PP wie heute zu den Ländern mit einem erheblichen Aufkommen an Tuberkulose (TB). Das Land lag 2008 an sechster Stelle weltweit bezüglich der TB-Inzidenz mit geschätzten 297.000 Neuerkrankungen pro Jahr. Hinzu kommt eine hohe Last durch TB-Formen, die Resistenzen gegen die Standardmedikamente aufweisen. Gemäß einer nationalen Prävalenzstudie von 2010/2011 liegt die TB-Prävalenz bei 342 pro 100.000 Personen, d. h. etwa 620.000 Einwohner waren bei Projektbeginn an TB erkrankt. Unterernährung erhöhte die Anfälligkeit für Krankheiten weiter.<sup>3</sup> Aggregierte und zuverlässige Daten für die FATA liegen nicht vor. Es ist jedoch plausibel anzunehmen, dass die Situation in den FATA schlechter ist als für Gesamtpakistan.

Dringender Bedarf bestand somit in der Verbesserung der Notfallversorgung, der Mutter-Kind-Behandlung sowie für den Anschluss der FATA an das DOTS-Programm<sup>4</sup> zur Tuberkulosebekämpfung. Diese identifizierten Maßnahmen waren grundsätzlich geeignet, zur Zielerreichung beizutragen: Durch die Verbesserung des Zugangs, der Erreichbarkeit und der Qualität der öffentlichen Gesundheitsversorgung sollte ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der armen Bevölkerung in den FATA geleistet werden. Der an sich auch hoch relevante Aspekt der Familienplanung musste auf Wunsch des Trägers ausgeklammert werden. Insgesamt sollte das Vorhaben auch friedensbildend in einer der konfliktreichsten Regionen der Welt wirken, wobei im vorliegenden Kontext nicht mehr als ein Beitrag in Form eines Signals an die Bevölkerung zu erwarten war, dass sie bei der Basisversorgung nicht vergessen wird. Mit dieser Einschränkung ist die angenommene Wirkungskette aus heutiger Sicht plausibel. Die Definition eines Stabilisierungsziels (duale Zielsetzung) in dieser besonderen konfliktgeprägten Region state-of-the-art.

In Pakistan waren und sind die sog. Out-of-Pocket-Zahlungen (OOP), private Zahlungen für Gesundheitsdienste, besonders hoch. Bei PP lag der Anteil der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitssektor bei nur 33 %. Weder Medikamente noch wichtige Verbrauchsmaterialien konnten in ausreichendem Maß finanziert werden. Dass in Folge des Vorhabens zusätzliche laufende Kosten für den öffentlichen Gesundheitsträger verursacht werden, wurde bei der Konzeption in Kauf genommen. Es wurde versucht, diese Kosten durch die Umschichtung von existierendem Personal (auf mobile Gesundheitsdienste) zu begrenzen.

Um auf die volatile Sicherheitslage, die daraus resultierenden Planungsschwierigkeiten und die schwachen Kapazitäten des FATA-Sekretariats, das als Träger fungierte, zu reagieren, wurden Maßnahmen von geringer Komplexität identifiziert, die über lokale NROs und das FATA-Sekretariat (mit Consultant Unterstützung) umgesetzt werden sollten. Dieser Ansatz ist als angemessen zu bewerten. Ferner wurde das Programm per Konzeption als offenes Programm definiert, um weitere Details erst im Rahmen der Durchführung festzulegen. Diese Flexibilität und die stets ausgesprochene Zurückhaltung in den Erwartungen an Wirkungen des Vorhabens waren deutlich in der Konzeption verankert.

Das FZ-Vorhaben wurde als Modul in einem gemeinsamen EZ-Programm im Gesundheitssektor und damit in enger Abstimmung mit der TZ durchgeführt, deren Projekte in den Stammesgebieten (TB-Kontrolle und Reform des Gesundheitswesens) komplementär durch FZ-finanzierte Infrastruktur unterstützt wurden. Das hier evaluierte Vorhaben ergänzte das FZ-Engagement in der Nordwestgrenzprovinz (Basisgesundheit, BMZ-Nr. 2000 66 282, Tuberkulose-Kontrollprogramm, BMZ-Nr. 2000 66 290<sup>5</sup>, TB-Kontrollprogramm in KP / FATA II, BMZ-Nr. 2009 66 143, Reproduktive Gesundheit, BMZ-Nr. 2005 65 010), in

<sup>2</sup> Das sind 0,44 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner. In 2010 liegt der Wert der OECD-Länder bei 4,9 Betten pro 1.000 Einwohner.

<sup>3</sup> MICS FATA 2009, Pakistan Demographics and Health Survey (PDHS) 2006-2007, Population Census 1998.

<sup>4</sup> DOTS steht für Directly Observed Treatment, Short course und ist die empfohlene (ambulante) Behandlung für TB.

<sup>5</sup> Ex-post-Evaluierungsbericht 2015; Note 2.

Azad Jammu & Kashmir (Wiederaufbau Gesundheitsinfrastruktur, BMZ-Nr. 2005 66 398) und in den Nördlichen Bergregionen (Gesundheitsprogramm, BMZ-Nr. 2004 65 039). Es gliederte sich in den "Sustainable Development Plan" (SDP) 2006-2015 der pakistanischen Regierung ein, der auch Ziele im Gesundheitsbereich definiert, und entsprach der damaligen Zielsetzung der G8-Initiative für Pakistan - eingestuft als fragiles Ankerland - und der Zielsetzung der BMZ-Schwerpunktsetzung im Gesundheitssektor.

Aus heutiger Sicht war das Vorhaben hoch relevant, um unter den gegebenen schwierigen Bedingungen einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in den FATA zu leisten.

### Relevanz Teilnote: 1

#### Effektivität

Modulziel war es, Zugang und Qualität der öffentlichen Gesundheitsversorgung für die Zielgruppe zu schaffen bzw. zu verbessern. Im Einzelnen sollten die Tuberkulosedagnostik und -behandlung gestärkt sowie die Notfall- und Mutter-Kind-Versorgung sowie die Gesundheitsdienstleistungsangebote in entlegenen Gebieten verbessert werden. Bei PP und während der Projektdurchführung wurden a.G. der Sicherheits- und Informationslage keine Indikatoren definiert.

Der Verzicht auf die Definition von Projektzielindikatoren wird auch aus heutiger Perspektive als angemessen bewertet. Der Zugang in das Projektgebiet bleibt auch bei EPE auf Grund der volatilen Sicherheitslage verwehrt und viele Ansprechpartner sind nach den politischen Neuentwicklungen (Integration der FATA) nicht mehr im Amt, so dass eine Verifikation der Nutzung der finanzierten Infrastruktur und Services nicht belastbar erfolgen kann. Über den baulichen, medizinischen und personellen Zustand der Gesundheitsdienste lagen auch bei EPE keine eindeutigen Informationen vor. Indizien für die Modulzielerreichung können allenfalls verlässliche Daten liefern, die es erlauben, den Zustand bei PP mit dem bei EPE zu vergleichen, um die Effekte der beschafften Güter abzuleiten. Es liegt keine aussagekräftige Beschreibung der Ausgangssituation vor.

Eine 2017 von der WHO und der Khyber Medical University durchgeführte Studie<sup>6</sup> gibt Einblicke in die aktuelle Situation der Gesundheitsinfrastruktur: Da das Team dabei 90 % der 996 Gesundheitseinrichtungen in den FATA besuchte, ist es plausibel anzunehmen, dass auch die ca. 100 FZ-geförderten Einrichtungen einen Teil dieser Untersuchung bildeten. Im Ergebnis boten alle 851 besuchten Gesundheitseinrichtungen Basisgesundheitsdienstleistungen an, 300 der Einrichtungen wiesen jedoch irgendeine Form von Schäden an der Infrastruktur oder der Ausstattung auf. Ärzte gab es nur in Krankenhäusern der höchsten Referenzstufe. Ansonsten waren die Basisgesundheitsseinrichtungen v.a. mit "Medical Officers" und "Lady Health Visitors" ausgestattet. Besonders hoher Bedarf für medizinisches Personal herrscht weiterhin in Nord und Süd Waziristan und in Mohmand. Auf Grund der Sicherheitslage wurden die in Nord Waziristan geplanten FZ-Maßnahmen nie durchgeführt. Untersuchungen von schwangeren Frauen finden bis auf in Krankenhäusern der höchsten Versorgungsstufe kaum statt. Nur 25 % der Krankenhäuser (Distriktebene, dritte Ebene des Referenzsystems), 43 % der Tehsil Headquarter Krankenhäuser (zweite Ebene des Referenzsystems), 36 % der ländlichen Gesundheitseinrichtungen, 16 % der Basisgesundheitsseinrichtungen, 7 % der Gemeindegesundheitsdienste und 5 % der Civil Dispensaries (erste Ebene des Referenzsystems) bieten Schwangerschaftsvorsorge an. Den Gesundheitseinrichtungen mangelt es immer noch an Ausstattung. Nur 46,7 % der besuchten Einrichtungen verfügten über einen Kühlschrank, 22 % über Geburtsbesteck, 19 % über Sterilisationsausstattung und 23,7 % über ein Entbindungsbett.

Die mutmaßlich geeignetste Methode zur Einschätzung des Projekterfolgs des FZ-Vorhabens bleibt damit die Bewertung der durchgeführten und erbrachten Leistungen<sup>7</sup> (Outputs) als Beitrag zur Zielerreichung. Nachweise über die Lieferungen und Leistungen erbringen die NROs über die Website des Vorhabens.<sup>8</sup>

- Komponente Tuberkulosebekämpfung: in enger Anlehnung an das o.g. TB-Kontrollprogramm erfolgten Lieferung und Verteilung von Medikamenten, Reagenzien, Verbrauchsmaterialien und Ausstattung zur

<sup>6</sup> WHO (2017): Health Resource Availability and Mapping System in Health Facilities of FATA. Peshawar, Pakistan.

<sup>7</sup> Abschlussbericht des Consultants und Website des Vorhabens: FATA Basic Health Programme (<http://www.fatabhp.com/programme/tb-control-programme.asp>) (aufgerufen am 15.3.2019).

<sup>8</sup> FATA Basic Health Programme: <http://www.fatabhp.com/index.asp> (aufgerufen am 11.3.2019).

TB-Diagnose, der Bau eines TB-Lagers, der Wiederaufbau eines TB-Zentrums und Renovierungs- bzw. Sanierungsarbeiten in fünf weiteren TB-Zentren sowie die Bereitstellung von Fahrzeugen und die Durchführung von Informationskampagnen und Ausbildung von Labortechnikern. Die Einführung eines Electronic Management Information Systems erleichtert die Verwaltung der Patienten. Diese Maßnahmen sind allesamt sinnvoll und dem Kontext angemessen und tragen - bei Nutzung - zur Zielerreichung bei.

- Mobile Versorgungssysteme: Mobile Teams konnten Gesundheitsdienstleistungen auch in entlegenen Gebieten anbieten. In speziell ausgerüsteten Fahrzeugen wurden eine Basisdiagnostik, kleinere Operationen und Zahnbehandlungen ermöglicht.<sup>9</sup>

- Mutter- und Kindversorgung: Die Fortbildung von medizinischem Personal (Traditional Birth Attendants) und eine Basisgeräteausstattung von ambulanten Praxen bzw. Ambulatorien, Lieferung von Entbindungsbestecken wurden in Anlehnung an das o.g. Programm zur Reproduktiven Gesundheit durchgeführt. Gesundheitseinrichtungen wurden renoviert und ausgestattet. Demographic Health Survey (DHS)-Umfragen ergaben, dass 71 % der Frauen in den FATA während der Schwangerschaft mindestens einmal betreut wurden, allerdings hatten nur 25,6 % der Frauen mehr als vier Vorsorgeuntersuchungen.

- Notfallversorgung: Die Verbesserung der Notfallversorgung in ausgewählten Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen verschiedener Referenzstufen wurde durch eine lokale NRO durchgeführt, die bereits Erfahrung bei ähnlichen FATA-Projekten gesammelt hatte.

Die Begleitung der Beschaffungen durch den Durchführungsconsultant sowie die Umsetzung der Komponenten durch FATA-erfahrene NROs und die Abstimmung mit der TZ stellten sicher, dass die angeschaffte Ausrüstung dem technischen Bedarf entsprach und diese funktionsgerecht in Betrieb genommen wurde. Deswegen wird - trotz begrenzter Informationen über die Nutzung - die Effektivität des Vorhabens als noch gut bewertet.

### Effektivität Teilnote: 2

#### Effizienz

Die Durchführung des Vorhabens erstreckte sich auf 95 statt auf geplante 36 Monate. Für ein Vorhaben, das gemäß Tz. 47 der FZ- und TZ-Leitlinien als Eilverfahren geprüft wurde und bei dem es darum ging, in einem Krisengebiet rasch Maßnahmen durchzuführen, ist solch eine Verzögerung sehr kritisch zu bewerten. Eine gewisse zeitliche Verzögerung wurde bei PP als Risiko identifiziert. Ursächlich waren schließlich u.a. lange Genehmigungsprozesse für das Programmbudget zur Finanzierung lokaler Kosten und die mangelnde Erfahrung des FATA-Sekretariats, das als Träger des Vorhabens verantwortlich für die Umsetzung war. Das FATA-Sekretariat hatte erst zwei Jahre vor PP Entscheidungsbefugnis für die Planung und Entwicklung der FATA erhalten und war eine unerfahrene Institution, die erst noch Durchführungskompetenz aufbauen musste. Die Organisations- und Ablaufstruktur, das Management (Planung, Koordination etc.) von Aktivitäten, Transparenz des Rechnungswesens und die personelle wie finanzielle Ausstattung ließen erhebliche Defizite erkennen. Aufgrund dieser geringen Kapazitäten und institutionellen Schwächen wurde vereinbart, nur die Teilkomponente „Mobile Gesundheitsdienste“ über das FATA-Sekretariat durchzuführen. Die übrigen Teilkomponenten wurden über zwei FATA-erfahrene NRO und einen Consultant abgewickelt. Hierdurch sollten weitere Verzögerungen verhindert werden - bestehende Abstimmungsschwierigkeiten wirkten sich dennoch negativ auf die Effizienz aus. Obwohl die Herausforderungen bzgl. der Umsetzungsschwäche des FATA-Sekretariats erkannt wurden und auch die prekäre Sicherheitslage bereits bei PP herrschte, stiegen die Consultingkosten, die diese Schwäche ausgleichen sollten, um 188 % (750.952 EUR statt 400.000 EUR) und damit weit über das geplante Budget hinaus. Ohne diesen erheblichen Einsatz von Consultants wäre allerdings eine Umsetzung im sicherheitskritischen Kontext bei hohen erwarteten Risiken kaum möglich gewesen. Ebenfalls wurde der Bedarf für Reparaturen von medizinischem Gerät und Infrastrukturversorgung (Wasser, Strom) aus dem Dispositionsfonds unterschätzt. Diese Kosten stiegen um über 200 %. Dass Plan- und Ist-Kosten am Ende gleich waren, lag an der Flexibilität der Durchführung mit entsprechenden Auswirkungen auf die Beschaffung.

<sup>9</sup> Eine Ausstattung dieser Fahrzeuge mit GPS-Trackern wurde vom Partner abgelehnt, so dass tatsächliche Routen nicht nachvollzogen werden konnten.

Die Produktionseffizienz wird durch Kostensteigerungen negativ beeinflusst. Dem stehen Effizienzgewinne durch den offenen Projektansatz und die Anwendung der Tz. 47 mit entsprechend schlanken Umsetzungsverfahren gegenüber. Für die Allokationseffizienz ergibt sich ein gemischtes Bild. Die breite Palette von Maßnahmen wirkte mit hoher Wahrscheinlichkeit besonders relevanten Engpässen in den verschiedenen Komponenten entgegen. Auch wenn eine Wirkung der Maßnahmen nicht genauer abschätzbar ist, ist hier von einem positiven Einfluss auf die Wirksamkeit des EZ-Programms und damit die Allokationseffizienz auszugehen. Deutlich negativ wird die Allokationseffizienz durch die eingetretenen Verzögerungen beeinflusst, insbesondere angesichts des fragilen Kontextes und der durch die Anwendung der Tz. 47 dokumentierten Eilbedürftigkeit.

Das Risiko der Mittelfehlverwendung blieb bis zum Schluss bestehen, auch wenn eine solche nicht nachgewiesen wurde: Im Rahmen der Abschlusskontrolle konnte der Träger die erforderlichen Vertragsunterlagen und Verwendungsnachweise nicht vorlegen, da diese nach seinen Angaben vom lokalen, nicht mehr verfügbaren Consultant in Gewahrsam genommen wurden. Der Dispositionsfond wurde ordnungsgemäß und ohne Beanstandung durch einen Wirtschaftsprüfer geprüft.

**Effizienz Teilnote: 4**

### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das Ziel auf Impact-Ebene (entwicklungspolitisches Oberziel) war es, zur (auf Grund der schwierigen lokalen Bedingungen) kurzfristigen Verbesserung der Gesundheitssituation der armen Bevölkerung in den FATA beizutragen. Dabei sollte das Programm auch als friedensbildender Beitrag in einer der konfliktreichsten Regionen der Welt wirken (duale Zielsetzung).

Es wurden weder bei PP Indikatoren auf Wirkungsebene definiert, noch während der Projektumsetzung und der Abschlusskontrolle Aussagen zur entwicklungspolitischen Wirksamkeit getroffen. Auf Grund der Kleinteiligkeit der Maßnahmen unter den schwierigen Bedingungen ist eine Zuordnung zu übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen kaum möglich. Dennoch kann ein Trend aufgezeigt werden, in den sich die Wirkungen der FZ-Maßnahmen eingliedern lassen:

Die Konfliktsituation in den FATA hat sich seit PP mit Angriffen der pakistanischen Taliban auf NATO-Konvois, der militärischen Offensive der pakistanischen Armee und damit einhergehenden Vergeltungsanschlägen der Taliban zunehmend verschlechtert. Im Zuge dieses Konflikts haben sich auch die Lebensbedingungen für die Menschen immer weiter verschlechtert: 700.000 Menschen sind Binnenflüchtlinge in den FATA, viele Familien haben ihre Familienoberhäupter und damit die Einkommensquelle verloren, die bereits defizitäre Gesundheitsversorgung hat sich weiter verschlechtert und viele Menschen, v.a. Frauen, leiden an mentalen Krankheiten in Folge der psychischen Belastungen durch die kriegerischen Auseinandersetzungen<sup>10</sup>.

In einem von UNOCHA mit Unterstützung der Weltbank durchgeführten Vulnerability Assessment in den FATA (2017), in dessen Rahmen 3.688 Haushalte interviewt wurden, zeigen sich wenig positive Entwicklungen: Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen auf Gemeindeebene hatten nur 3 % der Befragten in den FATA, Zugang zu einer Basisgesundheitsversorgung im weiteren Umkreis immerhin 36 %. Zugang zu Mutter- und Kindversorgung hatte keine der Befragten. Dabei müssen die Menschen in den FATA im Schnitt 7 km bis zur nächstgelegenen Gesundheitseinrichtung zurücklegen. Hier hatten die mobilen Versorgungssysteme des FZ-Vorhabens und anderer Geber das Potential, Dienstleistungen anzubieten. Den Zusammenhang zwischen zunehmender Transportdauer zu einem Krankenhaus und sinkender Nutzung der Einrichtung in Pakistan belegt u.a. Frölich et al. (2019)<sup>11</sup> in einer FZ-finanzierten Wirkungsstudie. Nur 23 % der Befragten bezeichneten die Qualität der Gesundheitsversorgung als gut. Frauen werden trotz des Diskriminierungsverbots in Pakistan weiterhin stark benachteiligt. Im Global Gender Gap Report des World Economic Forum, der Lebensbedingungen von Männern und Frauen vergleicht, belegte Pakistan 2015 in der Gesamtwertung den 144. Platz von 145. Die häusliche Gewalt gegen Frauen ist gemäß DHS-Umfragen eine der höchsten der Welt. In diesem Umfeld können Vorhaben zur Mutter-Kind-Versorgung

<sup>10</sup> Wazir, M.; Din, I. (2015): Impact of War on Terror on Maternal Mortality in FATA.

<sup>11</sup> Frölich, M, Landmann, A., Helmsmüller, S, Hoffmann, K. (2019): Impact Evaluation of the Support to Social Health Protection Programme in Pakistan. Final Report.

nur langsam Wirkung entfalten. Das Bild bleibt gemischt: Gemäß den Daten des DHS 2017-2018 liegt die Geburtenrate in den FATA bei durchschnittlich 4,8 Kinder pro Frau und bleibt damit die höchste des Landes. Nur 49,1 % der Geburten in den FATA wurden professionell betreut. Die Sterblichkeitsraten der unter 5-Jährigen in den FATA ist 2018 auf 33/1.000 Lebendgeburten gesunken, die Müttersterblichkeit hat sich hingegen auf 395/100.000 Geburten 2014 verschlechtert (Pakistan: 178/100.000).

Verlässliche Daten für die Inzidenzrate von Tuberkulose, die TB-Mortalität und die TB-Prävalenz gibt es für die FATA nicht. Da Pakistan jedoch weiterhin zu den wenigen "high TB-burden countries" gehört, in denen die Neuansteckungsrate noch nicht fallend ist<sup>12</sup>, ist es plausibel anzunehmen, dass dies auch für die FATA gilt.

Im Hinblick auf die duale Zielsetzung ist es schwer zu belegen, dass die kleinteiligen Maßnahmen des FZ-Vorhabens einen friedensbildenden Beitrag geleistet haben. Die trotz des anhaltenden Konflikts geförderte Stabilität der Gesundheitsversorgung und die Präsenz der deutschen EZ (wenn auch über Consultants und NRO) hat potentiell dazu beigetragen, das Leid der Leute zu mindern und eine Botschaft der Unterstützung für die Zivilgesellschaft zu senden. Dennoch konnte auf Grund der Unzugänglichkeit des Gebiets und der Sicherheitslage nicht ausgeschlossen werden, dass nicht nur die Zielgruppe in den Genuss der Leistungen der FZ kommt, sondern auch andere Gruppen wie z.B. die Taliban.

Auf Grund des bereits bei PP als niedrig definierten Anspruchsniveaus ("ersten bescheidenen Beitrag") kann davon ausgegangen werden, dass das Vorhaben durch die bereitgestellten Lieferungen und Leistungen kurzfristig zur Verbesserung der prekären Gesundheitssituation in den FATA beigetragen hat.

### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3

#### Nachhaltigkeit

Aufgrund des Nothilfecharakters (Eilverfahren bei Naturkatastrophen, Krisen und Konflikten; Tz. 47 der FZ- und TZ-Leitlinien) hatte das Vorhaben einen eingeschränkten Nachhaltigkeitsanspruch. Die Evaluierung der Nachhaltigkeit stellt im schweren Krisengebiet FATA eine besondere Herausforderung dar.

Da Krisen eine schnelle Handlungsfähigkeit voraussetzen und vor allem auf schnelle Effekte und kurzfristige Wirkungen abzielen, wird die Nachhaltigkeit hier im Sinne der Anschlussfähigkeit an Folgevorhaben interpretiert, wobei Maßnahmen damit nicht per se strukturelle Wirkungen entfalten müssen. Falls strukturelle Wirkungen für Projekte im Fragilitätskontext nicht erreicht werden können, sollte die Möglichkeit einer Anknüpfung von längerfristigen Maßnahmen in einem weniger fragilen Zielzustand möglich sein.

Diese Anschlussfähigkeit ist für die geleisteten Maßnahmen wie die Lieferung von Verbrauchsgütern, Medikamenten und einfacher Ausstattung kaum gegeben. In wie weit zum Zeitpunkt der EPE die weitere Medikamentenversorgung und ausreichende Personalausstattung gesichert war, bleibt unklar. Maßnahmen zur Ausstattung (u.a. Bau von PV-Anlagen), Neubau und Rehabilitierung von Laboren und Gesundheitsstationen, Finanzierung und Schaffung von Strukturen für mobile Gesundheitsdienstleistungen sowie Ausbildung und Training von Gesundheitspersonal haben hingegen das Potential, auch längerfristig zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung beizutragen. Darüber hinaus sollen auch Folgevorhaben von der institutionalisierten Zusammenarbeit mit den Nichtregierungsorganisationen profitieren. Über den Status der Infrastruktur, über die Wartung und das Budget für Wartung liegen allerdings keine Informationen vor.

Soweit möglich wurden mit dem FATA-Sekretariat staatliche Strukturen eingebunden. Durch die politische Vereinigung der FATA mit Khyber Pakhtunkhwa, die sich daraus ergebende neue Rolle des ehemaligen FATA-Sekretariats und die damit einhergehenden personellen Wechsel kann hier jedoch kaum von einer Anschlussfähigkeit ausgegangen werden.

Die Bewertung der Nachhaltigkeit kann aufgrund des eingeschränkten Nachhaltigkeitsanspruches zu PP als gerade noch zufriedenstellend bewertet werden.

#### Nachhaltigkeit Teilnote: 3

<sup>12</sup> Vgl. EPE 2015: Stärkung des Tuberkulosekontrollprogramms im Nordwesten Pakistans (BMZ Nr. 2000 66 290); Note: 2

### Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

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

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

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

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

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

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

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

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

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