

Ex-post-Evaluierung Gesundheitsprogramm Gilgit Baltistan, Pakistan



Titel	Gesundheitsprogramm Gilgit Baltistan		
Sektor und CRS-Schlüssel	12220 - Basisgesundheitsdienste		
Projektnummer	2004 65 039		
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)		
Empfänger/ Projektträger	Ministry of Economic Affairs and Statistics / Directorate of Health Gilgit Baltistan (DoH), internationale Gesundheits-NGO (int. NGO), lokale NGO Familienplanung (FP NGO), lokale NGO Tuberkulose-Bekämpfung (Tb NGO)		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	4,55 Mio. EUR / Haushaltsmitteldarlehen; 2,94 Mio. Haushaltsmittelzuschuss		
Projektlaufzeit	2007 - 2017		
Berichtsjahr	2021	Stichprobenjahr	2020

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

Das Ziel auf Impact-Ebene war die Verbesserung der Gesundheitssituation der ärmeren Bevölkerungsschichten in Gilgit Baltistan (GB). Auf Outcome-Ebene war das Ziel die verbesserte Nutzung einer angemessenen und effizienten Versorgung der Zielgruppe, insbesondere von Müttern und Kindern, durch Basis-gesundheitseinrichtungen und die Stärkung des Referenzsystems. Hierfür wurde ein Ansatz mit vier Trägern - dem öffentlichen Directorate of Health (DoH) sowie einer internationalen NGO die Basisgesundheitsseinrichtungen und Krankenhäuser betreibt (int. NGO) und zwei lokalen NGOs im Bereich Familienplanung (FP NGO) und Tuberkulose-Bekämpfung (Tb NGO) - gewählt. Alle Träger wurden bei der Verbesserung ihrer Gesundheitsinfrastruktur, insbesondere Ausstattung unterstützt sowie bei der Stärkung personeller Kapazitäten durch Trainings. Um die Zusammenarbeit zwischen öffentlichem und privatem Sektor zu stärken, wurde in einem Krankenhaus ein PPP-Konzept mit DoH und der int. NGO pilotiert.

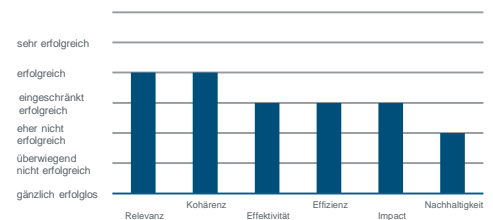
Wichtige Ergebnisse

Aufgrund COVID-bedingter Reisebeschränkungen konnte kein Projektbesuch stattfinden. Die Bewertung stützt sich daher ausschließlich auf im Rahmen der „remote“-Evaluierung von beteiligten Akteuren zur Verfügung gestellten bzw. allgemein zugänglichen Informationen.

Es ist plausibel, dass das FZ-Vorhaben zu einer Verbesserung und Ausweitung von Gesundheitsdienstleistungen in unterversorgten Gebieten beitrug (Outcome) und damit einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Zielgruppe leistete (Impact):

- Mit der strukturellen Stärkung des Gesundheitssektors in GB wurde mit einem plausiblen Ansatz ein anspruchsvolles Ziel verfolgt. (Relevanz)
- Die privaten Träger (für DoH keine Daten verfügbar) erreichten eine erhöhte Nutzung ihrer Leistungen; Mängel bestehen jedoch weiterhin hinsichtlich der Kapazitäten des DoH, dem Referenzsystem und der Zusammenarbeit zwischen privatem und öffentlichem Sektor (Effektivität)
- Der Ansatz mit vier Trägern und entsprechend Koordinationsaufwand und parallelen Strukturen, u.a. für Beschaffung, senkt die Allokationseffizienz, darüber hinaus führten Verzögerungen zu Abzügen.
- Auf Impactebene konnten die Mütter- und Säuglingssterblichkeit reduziert werden, die Fertilitätsrate in der Region stieg jedoch weiter an und stellt ein erhebliches Entwicklungshemmnis dar. (Impact)
- Die Nachhaltigkeit der Wirkung der Maßnahmen ist nur bei der int. NGO gegeben, bei den anderen drei Trägern ist sie durch finanzielle Engpässe nach Ende der FZ-Finanzierung eingeschränkt; besonders kritisch sind in dieser Hinsicht fehlende Kapazitäten für die Instandhaltung bei DoH.
- Aufgrund von Mängeln bei der Nachhaltigkeit wird das Vorhaben als nicht erfolgreich bewertet.

Gesamtbewertung: eher nicht erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Die Erstellung eines Masterplans kann ein hilfreicher Ausgangspunkt für die Abstimmung zwischen öffentlichem und privatem Sektor und für die Ausrichtung von Vorhaben an den wesentlichen Bedarfen sein.
- Fehlende Instandhaltungskapazitäten bei DoH konnten vorübergehend durch Wartungsverträge abgedeckt werden; aufgrund mangelnder längerfristiger Finanzierung blieb die Nachhaltigkeit trotzdem begrenzt. Der private Sektor (int. NGO) verfügt über Wartungseinheiten, hier gibt es ggfs. Synergiepotentiale.
- Eine strukturelle Stärkung des Gesundheitssektors in einem Kontext wie GB erfordert ein längerfristiges Engagement und nachhaltige Finanzierungskonzepte um Zugang, Qualität und Erschwinglichkeit sicherzustellen.

Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 4

Teilnoten:

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

Relevanz

Das FZ-Vorhaben zielte auf die Verbesserung der Gesundheitssituation der ärmeren Bevölkerungsschichten in Gilgit Baltistan (GB). Die seit 2009 teilautonome Region mit heute rund 1,5 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern liegt im Norden Pakistans und ist Teil des politisch umstrittenen Gebiets Kaschmir.

Die Säuglings- und Müttersterblichkeit in GB lagen zu Beginn des FZ-Vorhabens deutlich über dem pakistanischen Durchschnitt.¹ Übertragbare Krankheiten wie Durchfallerkrankungen, Atemwegsinfektionen, Tuberkulose (Tb) und vermeidbare Kinderkrankheiten machten den größten Teil der Krankheitslast und Todesfälle aus. Der ungedeckte Bedarf an Familienplanung von verheirateten Frauen im gebärfähigen Alter ist in den letzten Jahren zwar deutlich zurückgegangen, betrug in GB 2017 aber immer noch 26 % im Vergleich zu 17 % auf nationaler Ebene. Auch aus diesem Grund weist die Region eine der höchsten Fertilitätsraten des Landes auf (4,7 Kinder/Frau in GB im Vergleich zu 3,6 Kinder/Frau in Pakistan gesamt, PDHS 2017/2018), was als ein wesentliches Entwicklungshemmnis gilt.

Der öffentliche Gesundheitssektor in GB galt zum Zeitpunkt der Projektprüfung und gilt nach wie vor als stark unterfinanziert und ist gleichzeitig der wichtigste Anbieter von Gesundheitsleistungen, die in der Regel kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Das öffentliche Angebot wird durch private Gesundheitsdienstleister ergänzt, die zwar oftmals einen bessern Ruf jedoch uneinheitliche Qualitätsstandards haben und zumeist Gebühren verlangen. Zu den wesentlichen Herausforderungen im Gesundheitsbereich in GB zählen die mangelnde Abdeckung durch Gesundheitsdienste, vor allem in den teils schwer zugänglichen ländlichen Bergregionen, die mangelhafte Ausstattung der Krankenhäuser, sowie ein genereller Mangel an medizinischem Fachpersonal (eine Ärztin bzw. ein Arzt pro 4.100 Einwohnerinnen und Einwohnern im Vergleich zu 1:1.206 im pakistanischen Durchschnitt im Jahr 2012²,). Die Kernprobleme wurden richtig erkannt und die Auswahl des Interventionsgebiets erscheint auch ex-post sinnvoll.

Die Wirkungskette ist plausibel. Durch eine Verbesserung des Zugangs zu Basisgesundheitsseinrichtungen öffentlicher sowie privater Träger sowie durch die Stärkung des Referenzsystems, zielten die FZ-finanzierten Maßnahmen auf die erhöhte Nutzung einer angemessenen und effizienten Gesundheitsversorgung der ärmeren Bevölkerungsschichten in GB, insbesondere von Müttern und Kindern (Outcome). Ein besonderer Fokus lag dabei auf Verbesserungen in den Bereichen Familienplanung und Tuberkulosebehandlung. Die erhöhte Nutzung einer verbesserten Versorgung sollte zu einer Verbesserung der Gesundheit ärmerer Bevölkerungsschichten im Projektgebiet beitragen (Impact). Ein zu Beginn der Umsetzung gemeinsam mit öffentlichen und privaten Partnern auf Basis einer Bedarfsanalyse erstellter Masterplan für den Gesundheitssektor in GB sollte die Grundlage für die Zusammenarbeit und den Fokus für den Ausbau der Gesundheitsdienstleistungen bilden. FZ-finanzierte Maßnahmen sollten die Verbesserung von Infrastruktur und Ausstattung öffentlicher und privater Gesundheitseinrichtungen und die

¹ Müttersterblichkeit zu Beginn des Vorhabens geschätzt auf 600/100.000 Lebendgeburten verglichen mit 276/100.000 national; Säuglingssterblichkeit zu Beginn geschätzt auf 122/1.000 Lebendgeburten verglichen mit 78/1.000 national (Pakistan Demographic and Health Survey 2006/07)

² Laut aktuelleren Zahlen hat sich die Situation in GB an den Durchschnitt in Pakistan angeglichen liegt aber nach wie vor deutlich unterhalb der WHO-Empfehlung von 4,45 Ärzten pro 1000 Menschen (Quelle: Pakistan Human Resource Health Vision 2018-2030)

Stärkung der personellen Kapazitäten u.a. durch Trainings umfassen. Um die Zusammenarbeit zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssektor zu fördern sollte darüber hinaus in einem Krankenhaus ein Public Private Partnership-Konzept (PPP) pilotiert werden.

Die geplanten Aktivitäten waren insgesamt geeignet, dringende Versorgungslücken und strukturelle Schwachstellen im Gesundheitssektor in GB zu adressieren.

Die mittelbare Zielgruppe der ärmeren Bevölkerung ist auch aus ex-post Sicht relevant und sollte insbesondere durch die Stärkung der ländlichen Gesundheitsinfrastruktur adressiert werden. Auch der Fokus auf Familienplanung und Tb ist angesichts der beschriebenen Gesundheitssituation im Projektgebiet nachvollziehbar. Träger waren im öffentlichen Sektor das Department of Health von GB (DoH) sowie im Privatsektor 3 Nichtregierungsorganisationen (NGOs): eine internationale NGO die in der Projektprovinz sowohl Basisgesundheitsseinrichtungen als auch Krankenhäuser betreibt (int. NGO)), eine lokale NGO die auf Familienplanung spezialisiert ist (FP NGO) sowie eine auf Tb-Bekämpfung spezialisierte lokale NGO (Tb NGO) (unmittelbare Zielgruppe).

Die Zusammenarbeit mit vier Trägern ist trotz der dadurch bedingten erhöhten Komplexität des Vorhabens plausibel. Die Einbindung und Stärkung des DoH war unabdingbar, da einerseits dem öffentlichen Gesundheitssektor in GB eine zentrale Bedeutung zukommt und andererseits politische Unterstützung in der volatilen Projektregion als wesentliche Bedingung für den Erfolg des Vorhabens gilt. Die int. NGO ist der wichtigste private Akteur im Gesundheitssektor von GB und genießt durch die gute Qualität der angebotenen Leistungen ein hohes Vertrauen in der Bevölkerung. Die FP NGO und die Tb NGO wiederum verfügen in ihren jeweiligen Schwerpunktbereichen (Familienplanung bzw. Bekämpfung von Tb) jeweils über bedeutende Expertise und waren auch in abgelegenen Gebieten der Region verankert. Der herausfordernden Koordinierung der vier Träger wurde in der Vorhabens-Konzeption durch die Rolle des Durchführungsconsultants Rechnung getragen.

Das Vorhaben steht im Einklang mit den Gesundheitszielen der pakistanischen Regierung und mit der 2013 verabschiedeten Sektorstrategie der deutschen EZ im pakistanischen Gesundheitssektor. Das FZ-Vorhaben ist zudem ausdrücklicher Bestandteil der regionalen Gesundheitsstrategie der Provinzregierung in GB und deckt sich in weiten Teilen mit deren Prioritäten.

Die Relevanz wird als den Erwartungen entsprechend bewertet.

Relevanz Teilnote: 2

Kohärenz

Das Vorhaben ist Teil des EZ-Programms "Unterstützung der Gesundheitssystementwicklung in Pakistan", das zum Ziel hat, insbesondere armen und vulnerablen Gruppen Zugang zu qualitativ hochwertigen und erschwinglichen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Es ist das einzige Vorhaben mit ausschließlichem Fokus auf die unterversorgte Region GB.

Synergiepotential bestand mit dem FZ-Vorhaben "Ländliche Familienplanung" (u.a. BMZ-Nr. 2009 66 150), dass u.a. auch in GB über eine andere lokale NGO und deren Netz aus Franchise-Kliniken angebots- und nachfrageseitig die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen rund um reproduktive Gesundheit und Familienplanung förderte. Diese lokale NGO war in engem Austausch mit dem DoH. Im Rahmen der EPE wurden jedoch keine Hinweise auf eine koordinierte Marktabdeckung mit Kontrazeptiva gemäß "total market approach" gefunden. Zum Austausch zwischen den Projektpartnern der unterschiedlichen FZ-Vorhaben liegen keine Informationen vor.

Darüber hinaus bestanden Synergiepotentiale mit dem FZ-Vorhaben "Gesundheitsfinanzierung" (BMZ-Nr. 2009 66 168) die teilweise realisiert wurden. Im Rahmen des genannten Vorhabens wurde die Einführung einer Krankenversicherung für die Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze in Khyber Pakhtunkhwa (KP) und GB unterstützt. Die Versicherung deckt ein großes Spektrum stationärer medizinischer Behandlungen u.a. Geburtshilfe aber auch operativer Eingriffe (u.a. auch in Einrichtungen der int. NGO) sowie zum Teil auch den Krankentransport ab. Einige im Rahmen des Vorhabens geförderte Leistungen der privaten Träger sind bereits in das Versicherungssystem integriert und eine Ausweitung ist zukünftig angedacht.

Der Prozess zur Erstellung eines Masterplans für den Gesundheitssektor in GB und die Abstimmung zwischen den vier Projektträgern in der Umsetzung des FZ-Vorhabens sind aus Kohärenzgesichtspunkten

positiv zu bewerten. Aktuell stimmen sich DoH und die int. NGO aussagegemäß u.a. in der Bekämpfung von COVID 19 ab und nutzen die über das FZ-Vorhaben geförderten Einrichtungen für Impfungen und Behandlungen.

Aufgrund der politisch sensiblen Lage sind andere Geber in der Region wenig präsent, sodass es keine Schnittmengen mit anderen Initiativen im Gesundheitssektor gab und daher auch keine Koordination stattfand.

Die Kohärenz wird als den Erwartungen entsprechend bewertet.

Kohärenz Teilnote: 2

Effektivität

Das Ziel auf Outcome-Ebene war die erhöhte Nutzung einer angemessenen und effizienten Versorgung ärmerer Bevölkerungsschichten in GB, insbesondere von Müttern und Kindern, durch Basisgesundheits-einrichtungen und die Stärkung des Referenzsystems.

Bei Projektprüfung wurde als Indikator die Kontrazeptive Prävalenzrate (alle Methoden³) auf Provinz-ebene festgelegt und wertbestückt. Für die EPE soll gemäß aktuellem "state of the art" die Veränderung der Prävalenzrate moderner Methoden⁴ betrachtet werden. Auf Basis der von den Trägern übermittelten Daten wurden im Rahmen der EPE weitere Indikatoren auf Outcome-Ebene definiert. Für diese konnten jedoch ex-post keine Zielwerte bestimmt werden (d.h. eine Steigerung wird hier positiv bewertet). Die Beurteilung der Effektivität des FZ-Vorhabens war aufgrund der unzureichenden Datenbasis und der mangelnden Erreichbarkeit der Träger, vor allem im öffentlichen Sektor, herausfordernd. Für die Messung von Verbesserungen des Referenzsystems wurden keine Indikatoren festgelegt und liegen keine aussagekräftigen Daten vor. Auch für das DoH wurden im Rahmen der EPE keine quantitativen Daten zur Verfügung gestellt. Daher erfolgt die Beurteilung der erreichten Outcomes hier rein qualitativ aufgrund von Interviews und Dokumentenanalyse, die Aussagekraft ist entsprechend eingeschränkt.

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

Indikator ⁵	Status PP	Zielwert PP	Status AK	Status EPE
(1) Kontrazeptive Prävalenzrate moderner Methoden in GB	28,2 % (2012) 27 % (Health Masterplan)	-- 33 % (alle Methoden)	--	30,2 % (PDHS ⁶ 17/18); 39 % (alle Methoden, PDHS 17/18)
(2) int. NGO: Auslastungsgrad der unterstützten Krankenhäuser (Bed Occupancy Rate) in GB	45-82 % (2009)	n/a	71-91 % (2017)	45-70 % (2020)
(3) int. NGO: stationäre Behandlungen in GB	8.444 (2009)	n/a	11.541 (2017)	11.150 (2020)

³ "Alle Methoden" umfasst auch die sogenannten natürlichen Methoden wie Abstinenz während der fruchtbaren Tage im Zyklus der Frau u.a. ermittelt mit Hilfe der Temperaturmethode, Geburtenkontrollkette o.ä.

⁴ "Moderne Methoden" umfassen hormonelle und mechanische Verhütungsmittel u.a. Kondom, Pille, IUD, Diaphragma, Implantat etc. die gemäß Pearl Index eine deutlich höhere Sicherheit bieten.

⁵ Quelle: Die Zahlen wurden von den jeweiligen Trägern selbst berichtet.

⁶ Quelle: Pakistan Demographic and Health Survey.

(4) int. NGO: Ambulante Behandlungen in GB	297.464 (2009)	n/a	320.629 (2017)	340.374 (2020)
(5) FP NGO: Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten in GB	39.301 (2007)	n/a	300.568 (2017)	491.555 (2020)
(6) FP NGO: Erreichte CYP durch Verkauf von Kontrazeptiva in GB	9.881 (2007)	n/a	47.693 (2017)	52.663 (2020)
(7) Tb NGO: Diagnostizierte Tb-Fälle in GB	2.799 (2007)	n/a	2.613 (2017)	2.055 (2019)
(8) Tb NGO: Behandlungserfolgsrate Tb in GB	91 % (2007)	n/a	97 % (2017)	98 % (2019)

Die privaten Akteure setzten die Maßnahmen im Rahmen des FZ-Vorhabens im Wesentlichen wie geplant um, was sich in einer positiven Entwicklung der Outcome-Indikatoren niederschlägt. So ist es plausibel, dass die Maßnahmen insbesondere im Bereich Familienplanung und reproduktive Gesundheit im Rahmen des FZ-Vorhabens einen Beitrag zur positiven Entwicklung der kontrazeptiven Prävalenzrate moderner Methoden in GB geleistet haben⁷. So konnte die FP NGO die Zahl der behandelten Patientinnen auch durch die Ausweitung eines Family Health Hospitals deutlich erhöhen und die durch den Vertrieb von Verhütungsmitteln erreichten "Couple Years of Protection" (CYP) signifikant steigern.

Die int. NGO steigerte die Zahl der Klinikaufnahmen und ambulanten Behandlungen und erreichte in den Krankenhäusern einen relativ hohen Auslastungsgrad von über 70 %, der aussagegemäß lediglich aufgrund der Lockdowns im Rahmen der COVID 19-Pandemie leicht zurückging.

Die Anzahl der von der Tb NGO durchgeführten Tb-Behandlungen blieb im Verlauf des Vorhabens relativ konstant. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass der Zugang zu einigen betroffenen Gruppen im abgelegenen Gebieten für die Outreach Teams sehr herausfordernd bleibt. Darüber hinaus berichteten mehrere Stakeholder übereinstimmend, dass die Inzidenz von Tb in GB gesunken sei, hierzu liegen jedoch keine offiziellen Zahlen vor. Die Behandlungserfolgsrate wurde im Verlauf des Vorhabens gesteigert und liegt mit inzwischen 98 % deutlich über dem pakistanischen Durchschnitt, was die Tb NGO insbesondere auf die Weiterbildung des medizinischen Fachpersonals zurückführt.

Der öffentliche Sektor konnte im Rahmen des FZ-Vorhabens sein Angebot an Gesundheitsdienstleistungen im Projektgebiet aussagegemäß sowohl quantitativ als auch qualitativ verbessern u.a. durch die verbesserte Ausstattung von Kreissälen auf der sekundären Ebene von Distriktkrankenhäusern sowie "Civil Hospitals". Darüber hinaus gab DoH an, dass medizinisches und Verwaltungspersonal im Rahmen des Vorhabens an Trainings teilnahm, was zu einer Stärkung der personellen Kapazitäten beitrug. In Interviews mit verschiedenen Stakeholdern wurde jedoch im Rahmen der EPE auf weiterhin bestehende deutliche Schwächen bezüglich Organisation und Leistungsfähigkeit des DoH hingewiesen.

Dank der verbesserten Ausstattung und Trainings können in den geförderten Krankenhäusern nun durch qualifiziertes Personal Untersuchungen und komplexere Behandlungen durchgeführt werden, für die zuvor Reisen in die Hauptstadt Islamabad nötig waren. Da eine Behandlung in der Hauptstadt für die Bevölkerungsmehrheit finanziell nicht möglich war, trug das FZ-Vorhaben somit dazu bei, dass ein erweitertes

⁷ Der Zielwert zum Zeitpunkt der Prüfung bezog sich auf "alle Methoden" und wurde mit 39 % sogar deutlich übertroffen.

Spektrum an Gesundheitsdienstleistungen für viele Menschen erstmals verfügbar gemacht wurde. Die Geräte werden aussagegemäß intensiv genutzt, wobei keine Informationen zur diagnosebezogenen Qualität und damit Angemessenheit der Versorgungsleistungen vorliegen. Die Qualität der Behandlungen in Basisgesundheitseinrichtungen wurde laut Aussagen verschiedener Interviewpartner insbesondere durch die Trainings für "Lady Health Worker" gestärkt. Darüber hinaus liefern die im Rahmen der EPE geführten Interviews anekdotische Evidenz für eine deutlich gestiegene Akzeptanz von Familienplanungsdiensten. Ein positiver Beitrag des öffentlichen Sektors auf die Outcome-Ziele ist plausibel.

Das Referenzsystem profitierte nach Angaben von DoH-Interviewpartnern vor allem von der Reparatur und Anschaffung von Krankenwägen, von einem erweiterten Behandlungsspektrums der öffentlichen Einrichtungen sowie der informellen Vernetzung des Gesundheitspersonals, die durch gemeinsame Trainingseinheiten befördert wurde. Private Einrichtungen sind jedoch weiterhin ungenügend in das Referenzsystem integriert. Eine strukturelle Stärkung des Referenzsystems konnte im Rahmen der EPE nicht festgestellt werden.

Im als PPP von der int. NGO mit dem DoH betriebenen Krankenhaus kam DoH laut der int. NGO seinen vertraglich festgelegten finanziellen Verpflichtungen nicht nach. Diese umfassen u.a. Zuschüsse zu Elektrizitätskosten oder auch die Subventionierung von ausgewählten Gesundheitsdienstleistungen, die von der int. NGO zu günstigen (nicht-kostendeckenden) Preisen angeboten werden. Stattdessen lieferte DoH mangelhafte Medikamente. Die int. NGO erwägt daher, das Krankenhaus zukünftig selbstständig zu betreiben, was u.a. eine Erhöhung der Gebühren zur Folge hätte. Der PPP-Pilot wird damit zum Zeitpunkt der EPE als nicht erfolgreich bewertet.

Der geringen Zahlungsfähigkeit der Zielgruppe wurde durch die Mischung aus verschiedenen Trägern teilweise Rechnung getragen. DoH, die FP NGO und die Tb NGO erheben keine oder sehr geringe Gebühren und erlassen diese auch teilweise bei besonders hoher Bedürftigkeit. Die int. NGO dagegen erhebt in ihren Einrichtungen Behandlungskosten, wodurch besonders arme Patientinnen und Patienten von Behandlungen ausgeschlossen werden könnten. Während in Notfällen Gebühren in der Regel erlassen werden, liegen im Rahmen der Evaluierung auch nach mehrfacher Nachfrage keine Informationen über ein formalisiertes Verfahren für den Zugang zahlungsunfähiger Patienten vor. Die im Rahmen der EPE erhobene anekdotische Evidenz aus der Befragung einer Stichprobe von Patientinnen und Patienten der Einrichtungen der int. NGO, der FP NGO und der Tb NGO zeigt zwar eine durchgehend hohe Zufriedenheit mit Qualität und Erschwinglichkeit der erbrachten Leistungen.⁸ Auch nutzten einige der im Rahmen der EPE befragten Patientinnen und Patienten die Krankenversicherung, um Behandlungskosten in Einrichtungen der int. NGO zu decken (siehe auch unter Kohärenz). Im Hinblick auf die Effektivität ist dennoch eher kritisch zu beurteilen, dass die Maßnahmen, die mit der int. NGO umgesetzt wurden und rund 1/3 der Gesamtfinanzierung des Vorhabens ausmachten, möglicherweise in geringerem Maße der Zielgruppe des Vorhabens zugutekamen als die der anderen Träger.

Während die Outcome-Indikatoren auf eine positive Entwicklung in der Nutzung einer verbesserten medizinischen Versorgung hindeuten, zeigen die Erkenntnisse im Rahmen der EPE weiterhin deutliche Mängel in Bezug auf die Kapazitäten des DoH und die Kooperation zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssektor im Referenzsystem. Inwiefern der im Rahmen des FZ-Vorhabens verbesserte Zugang vor allem der Zielgruppe der armen Bevölkerung zugutekam, lässt sich insbesondere für städtische Krankenhäuser und Einrichtungen der int. NGO nicht abschließend beurteilen. Die Effektivität wird daher als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Effektivität Teilnote: 3

Effizienz

Sowohl im Hinblick auf die Produktions- als auch die Allokationseffizienz ist zunächst positiv zu bewerten, dass im Rahmen des Masterplans die zu Beginn des Vorhabens vorhandenen Kapazitäten im Gesundheitssektor identifiziert wurden. Zur tatsächlichen Nutzung des Masterplans für die Investitionsent-

⁸ Im Rahmen der EPE wurde Personal von zwei Krankenhäusern der int. NGO, zwei FP NGO-Einrichtungen und eines Tuberkulose-Zentrums befragt. Die Auswahl deckt verschiedene Einrichtungstypen und Träger ab und erfolgte aufgrund der Relevanz der Einrichtungen für das Vorhaben. Zusätzlich wurden 22 Patientinnen und Patienten der Einrichtungen befragt, darunter 9 der int. NGO, 10 der FP NGO und 3 der Tb NGO.

scheidungen im Rahmen des FZ-Vorhabens liegen für die EPE jedoch keine Informationen vor (siehe auch unter Nachhaltigkeit).

Durch die Umsetzung über vier unterschiedliche Träger kam es zu Ineffizienzen wie der Nutzung von unterschiedlichen Beschaffungskanälen sowie einem erheblichen Koordinationsaufwand. Ein daraus resultierendes besser koordiniertes und damit effizienteres Zusammenwirken des öffentlichen mit den privaten Trägern im Referenzsystem kann im Rahmen der EPE nicht bestätigt werden (siehe auch unter Effektivität). Auch ein abgestimmter "total market approach" im Bereich Kontrazeptiva, der die Allokationseffizienz im Bereich Familienplanung für GB hätte maximieren können, scheint nicht umgesetzt (siehe auch unter Kohärenz). Teilweise konnten durch gemeinsame Trainings Synergieeffekte gehoben werden. Insgesamt zeichnet sich jedoch das Bild einer eher eingeschränkten Allokationseffizienz

Das Beschaffungssystem des DoH wurde mit Hilfe eines externen Consultants gestärkt, sodass die Ausstattung für DoH-Einrichtungen im Rahmen des FZ-Vorhabens über kompetitive nationale und internationale Ausschreibungen erworben wurde. Die privaten Träger organisierten die Beschaffung über ihre jeweiligen Zentralen außerhalb der Region und konnten so auf etablierte Strukturen zurückgreifen sowie teilweise innerhalb ihrer Organisation Skaleneffekte realisieren. Über diese Hinweise hinaus liegen keine ausreichenden Informationen zur Bewertung der Produktionseffizienz der einzelnen Träger vor.

Im Laufe des FZ-Vorhabens kam es immer wieder zu Verzögerungen, sodass sich die Laufzeit von knapp 5 auf über 10 Jahre mehr als verdoppelte. Verhandlungen mit der Zentralregierung über die Auszahlungsmodalitäten verursachten schon zu Beginn des Vorhabens eine erhebliche Verzögerung. Ebenso kam es durch die kontinuierliche administrative Schwäche des DoH und die teils mehrfach jährlichen Personalwechsel auf der Position des "Secretary Health" immer wieder zu deutlichen Verzögerungen im Verlauf des Vorhabens.

Zur Bewertung der Betriebseffizienz liegen im Rahmen der EPE keine ausreichenden Informationen vor. Die int. NGO erreicht über die Behandlungsgebühren einen Kostendeckungsgrad von über 80 % in den Krankenhäusern bzw. 50 % in den Basisgesundheitsseinrichtungen. Zum Kostendeckungsgrad der Einrichtungen von DoH, der FP NGO und der Tb NGO liegen keine Informationen vor. Der öffentliche Sektor, in dem keine oder sehr niedrige Gebühren verlangt werden, ist von Finanzierungsengpässen betroffen, wie u.a. das Beispiel des PPP-Krankenhauses zeigt (siehe auch unter Effektivität und Nachhaltigkeit). Die FP NGO verlangt in ihren Einrichtungen geringe oder keine Gebühren und ist nicht in der Lage, ihren Angestellten kompetitive Gehälter zu zahlen, was zu einer hohen Personalfuktuation beiträgt. Die Gehälter des Personals der Tb NGO werden durch die Regierung gedeckt. Die nachhaltige Finanzierung bleibt insbesondere bei DoH, bei der FP NGO und der Tb NGO, zu einem geringeren Maße aber auch im PPP mit der int. NGO, eine Herausforderung (siehe auch unter Nachhaltigkeit). Im Kontext von GB kann die Finanzierung bis auf weiteres nicht über kostendeckende Nutzergebühren erreicht werden, sondern ist auf andere Quellen (Gebermittel, Budgetzuweisungen bzw. ggfs. Erstattungen im Rahmen von Krankenversicherung) angewiesen (siehe auch unter Effektivität und Nachhaltigkeit).

Aufgrund der Einschränkungen der Allokationseffizienz und der Zeiteffizienz wird die Gesamteffizienz des Vorhabens als eingeschränkt erfolgreich eingestuft.

Effizienz Teilnote: 3

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Auf Impactebene zielte das FZ-Vorhaben darauf ab, die Gesundheitssituation ärmerer Bevölkerungsschichten in GB zu verbessern. Die Zielerreichung kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator	Status PP	Zielwert PP	Status AK	Status EPE
(1) Müttersterblichkeit in GB (pro 100.000 Lebendgeburten)	600 (1998/99, berichtet in	60 % Rückgang (AK)	450 (PDHS 2012/13),	157 (MMS ⁹ 2019), 74 % Rückgang

⁹ Quelle: Pakistan Maternal Mortality Survey

	Health Masterplan)		25 % Rückgang	
(2) Säuglingssterblichkeit in GB (pro 1.000 Lebendgeburten)	122 (1998/99, berichtet in Health Masterplan)	60 % Rückgang (AK)	71 (PDHS 2012/13), 42 % Rückgang	63 (PDHS 2017/18), 48 % Rückgang
(3) Fertilitätsrate in GB	-	-	3,8 (2012/13)	4,7 (PDHS 2017/18)
(4) Melde-Rate Tb (Case Notification Rate) in GB	214/100.000 (NTBCP ¹⁰ 2009)	-	216/100.000 (NTBCP 2016)	277/100.000 (NTBCP 2019)

Die bei PP berichteten Werte zu Mütter- und Säuglingssterblichkeit stammen aus einer Erhebung von 1998/99 (keine aktuelleren Daten verfügbar) und sind daher nur eingeschränkt mit den Daten aus neueren Erhebungen vergleichbar.

Die Impactindikatoren haben sich weitgehend positiv entwickelt. Für Mütter- und Säuglingssterblichkeit waren die bei PP zugrunde gelegten Daten bereits deutlich veraltet. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Zahlen in GB seit Beginn der Umsetzung des FZ-Vorhabens deutlich zurückgegangen sind. Sie liegen nun unterhalb bzw. auf Höhe des pakistanischen Durchschnitts (Müttersterblichkeit 186/100.000; Säuglingssterblichkeit 62/1.000). Eine durch die int. NGO durchgeführte Erhebung im Einzugsgebiet ihrer Einrichtungen zeigte ebenfalls eine Verbesserung der Säuglings- oder Müttersterblichkeit im Verlauf des Vorhabens.¹¹

Die Melderate für Tb-Fälle ist vor allem in den letzten Jahren stark gestiegen und ist mittlerweile die höchste in ganz Pakistan. Da es keinen Hinweis auf eine gestiegene Tb-Inzidenz in der Region gibt, sondern eher ein Rückgang vermutet wird, und die Falldetektionsrate ebenfalls die mit Abstand höchste in Pakistan ist, lassen sich hieraus Fortschritte in der Identifikation von Tb-Fällen ableiten. Es scheint plausibel, dass das FZ-Vorhaben hierzu einen wichtigen Beitrag leistete.

Die hohe Fertilitätsrate dagegen ist in den letzten Jahren weiter angestiegen und ist nun, neben den ehemaligen "Federally Administered Tribal Areas" (FATA), die höchste in ganz Pakistan (nationaler Durchschnitt 3,6 Kinder/Frau). Die Erfolge mit Blick auf die kontrazeptive Prävalenzrate haben hier bislang noch keinen Einfluss gezeigt. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von soziokulturellen Normen, die sich nur langsam verändern über den Wunsch nach männlichen Nachkommen bis hin zu sehr kurzen Geburtenabständen oder auch Anwendungsfehlern bei Kontrazeptiva und sprechen insgesamt weiter für einen hohen Bedarf an Aufklärungsaktivitäten.

Die übergeordnete entwicklungspolitische Wirkung des FZ-Vorhabens wird aufgrund der gestiegenen Fertilitätsrate als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3

Nachhaltigkeit

Während die int. NGO den Betrieb seiner Einrichtungen aufrechterhalten kann, mussten die FP NGO und die Tb NGO nach Wegfall der FZ-Förderung aussagegemäß besonders kostenintensive Aktivitäten reduzieren. Dies betrifft insbesondere die Aufklärungsmaßnahmen der FZ NGO in abgelegenen Regionen von GB, die nach Ende des FZ-Vorhabens zurückgefahren wurden, was langfristig die Erfolge bei der

¹⁰ Quelle: National Tb Control Programme

¹¹ Laut Erhebung der int. NGO verbesserte sich die Säuglingssterblichkeit zwischen 2009 und 2016 von 22/1.000 Lebendgeburten zu 18/1.000 Lebendgeburten. Die Müttersterblichkeit verbesserte sich von 83/100.000 Lebendgeburten zu 25/100.000 Lebendgeburten.

Akzeptanz von Familienplanung vor allem im ländlichen Raum beeinträchtigen könnte (siehe auch unter Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen).

Auch die Tb NGO hat das Engagement im Bereich Aufklärung aussagegemäß zurückgefahren. Die im Rahmen des FZ-Vorhabens geförderte einrichtungsbasierte bzw. durch Gesundheitspersonal durchgeführte DOTS-Strategie¹² in der Tb-Bekämpfung kann aus Kostengründen von der Tb NGO in GB nicht mehr umgesetzt werden. Laut von der Tb NGO im Rahmen der EPE geteilten Informationen wird die Kontrolle der Medikamenteneinnahme gemäß DOTS nun durch Haushaltsmitglieder sichergestellt. Der Tb NGO fehlen in GB aussagegemäß Mittel für Patientenbesuche. Inwiefern durch die Einschränkungen des Engagements der Tb NGO die Risiken für die Verbreitung von Tb und multiresistenter Tb steigen, kann im Rahmen der EPE nicht abschließend bewertet werden.¹³

Die im Rahmen des FZ-Vorhabens umgesetzten Trainingsmaßnahmen für medizinisches Personal wurden von den Trägern nur teilweise institutionalisiert. Während die int. NGO ein Trainingsprogramm etabliert hat, betonen die anderen Träger den dringenden Bedarf nach weiterer Unterstützung, um die Trainings fortzuführen. Die verbesserten Kapazitäten des DoH scheinen im Wesentlichen auf die Kohorte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begrenzt, die im Rahmen des Vorhabens an administrativen Schulungen teilnahm. Im Rahmen der EPE erwähnten DoH-Mitarbeiter die Erstellung eines neuen Masterplans, ein Entwurf wurde jedoch nicht zur Verfügung gestellt, sodass sich die Qualität und der Nutzen für die weitere Entwicklung des Gesundheitssektors einer abschließenden Bewertung entziehen.

Ein weiteres hohes Risiko für eine nachhaltige Wirkung des Vorhabens liegt in der mangelnden Instandhaltung der medizinischen Ausstattung insbesondere im öffentlichen Sektor. Auch aufgrund der Erfahrungen aus der ersten Projektphase wurde dies bei der Konzeption berücksichtigt und 5 Jahres-Garantien mit Lieferanten vereinbart. Die befragten DoH-Mitarbeiter gaben jedoch an, dass es seit Ablauf der Garantie häufiger zu Störungen und Ausfällen der Geräte kommt. Während die int. NGO in ihren Krankenhäusern technische Teams für die Wartung beschäftigt, konnte das DoH mangels qualifizierten Personals aber auch finanzieller Ressourcen keine Wartungseinheiten etablieren. Mit Ablauf der Garantie scheint eine adäquate Wartung und Instandhaltung des im Rahmen des FZ-Beitrags finanzierten Ausstattung in den öffentlichen Einrichtungen (rd. 46 % des FZ-Beitrags, rd. 57 % des Gesamtbeitrags) nicht gewährleistet. Inwiefern eine Ausweitung der Krankenversicherung perspektivisch zur Lösung des Finanzierungsproblems insbesondere auch für Wartung beitragen kann, kann im Rahmen der EPE nicht bewertet werden (siehe auch unter Kohärenz).

Im Rahmen der EPE wurden bezüglich der Versorgung mit Medikamenten und Kontrazeptiva nach Abschluss des FZ-Vorhabens bei den privaten Trägern keine Einschränkungen berichtet. Teilweise ist die nachhaltige Finanzierung jedoch angesichts berichteter Finanzierungsengpässe (z.B. bei der FP NGO und der Tb NGO) fraglich. Im öffentlichen Sektor bestehen u.a. aufgrund der Berichte der int. NGO im Rahmen des PPP-Krankenhauses begründete Zweifel an der nachhaltigen Gewährleistung der Versorgung mit Medikamenten.

Zusammenfassend weist das FZ-Vorhaben in Bezug auf Nachhaltigkeit deutliche Schwächen auf. Für die Wirkungen relevante Aktivitäten wie Trainings und Aufklärungskampagnen zu Familienplanung und Tb finden zum Zeitpunkt der EPE aufgrund mangelnder Finanzierung nur noch eingeschränkt statt.. Auch die bereits zum Zeitpunkt der EPE beginnenden Einschränkungen der Nutzung der finanzierten Ausstattung in Einrichtungen des öffentlichen Sektors sprechen ohne eine konkrete Perspektive für die Finanzierung eines Wartungskonzepts für einen Rückgang der Wirksamkeit eines beträchtlichen Teils der FZ-finanzierten Maßnahmen. Mit Ausnahme der Maßnahmen, die mit der int. NGO umgesetzt wurden, wird die Nachhaltigkeit des Gesamtvorhabens daher insgesamt als nicht ausreichend bewertet.

Nachhaltigkeit Teilnote: 4

¹² Die DOTS-Strategie wurde in 1994 von der WHO zur Bekämpfung von Tb eingeführt und umfasst eine Kombination aus Management- und technischen Komponenten u.a. in Bezug auf die Diagnose und die standardisierte, durch medizinisches Personal kontrollierte, Behandlung positiver Fälle aber auch bezügl. des Monitorings/Reportings von Fällen und der Sicherstellung der ununterbrochenen Verfügbarkeit von Tb-Medikamenten.

¹³ Quelle: WHO (2020): Consolidated guidelines on tuberculosis.

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den Kriterien **Relevanz, Kohärenz, Effektivität, Effizienz, übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen** als auch zur abschließenden **Gesamtbewertung** der entwicklungspolitischen Wirksamkeit 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 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 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 Oberzelebene („Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“) **als auch** die Nachhaltigkeit mindestens als „eingeschränkt erfolgreich“ (Stufe 3) bewertet werden.