

Ex-post-Evaluierung – Pakistan

>>>

Sektor: Bekämpfung von Infektionskrankheiten (CRS-Code: 12250)
Vorhaben: Stärkung des Tuberkulosekontrollprogramms im Nordwesten Pakistans (2000 66 290)*, FZ/TZ-Kooperationsvorhaben
Träger des Vorhabens: Regierung der Provinz Khyber Pakhtunkhwa, vertreten durch das Gesundheitsministerium und sein Provinz-Tuberkuloseprogramm (PTP)



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2015

		Vorhaben (Plan)	Vorhaben (Ist)
Investitionskosten (gesamt)	Mio. EUR	10,1	9,4
Eigenbeitrag	Mio. EUR	1,5	1,0
FZ-Finanzierung (BMZ-Mittel)	Mio. EUR	6,1	5,9
TZ (BMZ-Mittel)	Mio. EUR	2,5	2,5

*) Vorhaben in der Stichprobe 2015

Kurzbeschreibung: Das FZ/TZ-Kooperationsvorhaben sollte die Bekämpfung der Tuberkulose (Tb) in Khyber Pakhtunkhwa (KP), ehemals North West Frontier Province (NWFP), und in den Federally Administered Tribal Areas (FATA) entsprechend der von der WHO empfohlenen DOTS-Strategie (directly observed treatment, short-course) unterstützen. Die Komponente der finanziellen Zusammenarbeit (FZ) beinhaltete die Beschaffung von Tb-Medikamenten, Bau und Einrichtung von Laboren (insbesondere diagnostische Ausstattung) sowie von Schulungs- und Verwaltungsgebäuden, Lieferung von Fahrzeugen zur Supervision und Lehrmitteln für die Gesundheitsaufklärung sowie Consultingleistungen. Die Schwerpunkte der technischen Unterstützung (TZ) lagen auf der Stärkung der Diagnose- und Behandlungskapazitäten von Ärzten und medizinisch-technischem Personal entsprechend der DOTS-Strategie, Verbesserung des Managements des Tb-Kontrollprogramms und Aufklärungsarbeit.

Zielsystem: Mit der Verbesserung von Diagnose und Behandlung der unterschiedlichen Formen der Tb (Programmziel) sollte ein Beitrag zur Unterbrechung der Infektionskette geleistet werden (Oberziel).

Zielgruppe: Zielgruppe war die gesamte in der Programmregion lebende Bevölkerung (heute ca. 25 Millionen). Da Tb insbesondere Personen mit schlechten sozialen Lebensverhältnissen trifft, wurde angenommen, dass die arme Bevölkerung von dem Vorhaben besonders profitiert. Aufgrund von Sicherheitsrisiken konnte das Vorhaben in FATA nicht umgesetzt werden. Auch die geplante Berücksichtigung von Gefängnisinsassen als besondere Risikogruppe der Tb konnte wegen mangelnder Kooperationsbereitschaft der Sicherheitskräfte nicht erfolgen.

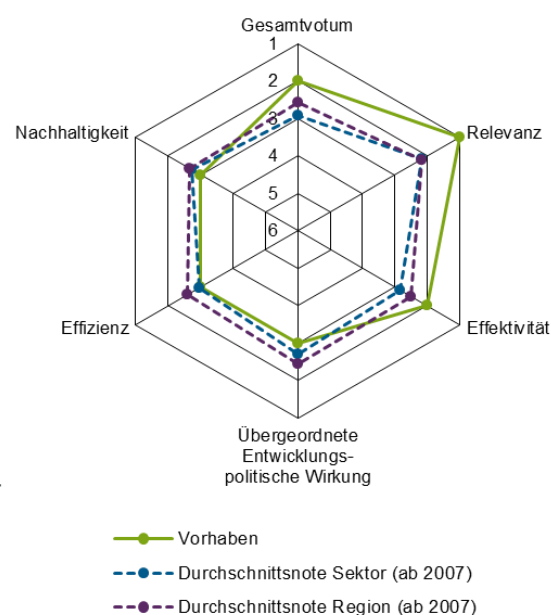
Gesamtvotum: Note 2

Begründung:

Trotz der schwierigen Sicherheitslage konnten in Khyber Pakhtunkhwa große Fortschritte bei der Tb-Bekämpfung im öffentlichen Gesundheitssektor gemacht werden. Die Bevölkerung der konfliktreichen Region hat verbesserten und kostenlosen Zugang zu Diagnose und Behandlung und öffentliche Strukturen wurden gestärkt. Das nationale Tuberkuloseprogramm gilt als Erfolgsgeschichte in Pakistan.

Bemerkenswert:

Der unregulierte private Gesundheitssektor, in dem die Behandlung und Diagnose von Tb größtenteils nicht gemäß WHO-Empfehlungen geschehen, stellt die Tb-Kontrolle insgesamt weiterhin vor große Herausforderungen hinsichtlich der Entdeckung und Behandlung von Tb-Fällen sowie der Vermeidung von Medikamentenresistenzen. In der laufenden Phase (BMZ-Nr. 2009 66 143) wird dies durch die Einbindung von Nichtregierungsorganisationen angegangen.



Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 2

Einordnung des Vorhabens

Khyber Pakhtunkhwa (KP) und die Federally Administered Tribal Areas (FATA) stellen den regionalen Schwerpunkt terroristischer Anschläge durch die pakistanischen Taliban und andere radikale Gruppierungen in Pakistan dar. Die prekäre und volatile Sicherheitssituation bedingt durch Anschläge, Entführungen und Militäroperationen führte dazu, dass das Projekt in FATA nicht umgesetzt werden konnte und auch große Teile von KP immer wieder nicht zugänglich waren. Trotz leichter Verbesserungen in den letzten Jahren war KP auch 2014 die Region mit den meisten terrorismusbedingten Opfern. Vor diesem Hintergrund fließt neben der Erreichung der bei Projektprüfung (PP) gesetzten, maßnahmenspezifischen Ziele auch die Rolle des Projektes in Hinblick auf Stabilisierung und Strukturbildung in dieser besonders konfliktgeprägten Region in die Bewertung mit ein.

Relevanz

Pakistan gehört zu den Ländern mit einem erheblichen Aufkommen an Tuberkulose (Tb). Weltweit liegt Pakistan an vierter Stelle bezüglich der Tb-Inzidenz mit geschätzten 500.000 Neuerkrankungen im Jahr 2013. 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 sind an Tb erkrankt. Der Anteil multiresistenter Tb (MDR-TB) an neuen Tb-Fällen beträgt der ersten nationalen Studie zur Medikamentenresistenz zufolge 4,3 % (2012) und ist damit höher, als zuvor angenommen. Schätzungen besagen, dass Tb für etwa 5 % der nationalen Krankheitslast in Pakistan verantwortlich ist.

Bei dem hier evaluierten Vorhaben handelt es sich um das erste FZ-Vorhaben zur Bekämpfung der Tuberkulose in KP, Pakistan. Die Unterstützung wurde in einer zweiten Phase (BMZ-Nr. 2009 66 143) fortgeführt, die voraussichtlich Ende 2015 abgeschlossen wird. Zum Zeitpunkt der PP im Jahr 2002 hatte das pakistanische Gesundheitsministerium Tb gerade zum nationalen Notfall erklärt und die von der WHO empfohlene DOTS-Strategie (Directly Observed Treatment, Short-Course) zur Bekämpfung der Tb wurde landesweit eingeführt. Das FZ-Vorhaben stand somit im Einklang mit dem Ziel der pakistanischen Regierung, Tb zu bekämpfen. In KP, der Projektregion, wurde die Einführung der DOTS-Strategie zunächst mit öffentlichen Mitteln finanziert. Diese waren und sind nach wie vor jedoch sehr begrenzt. Erst mit Beginn der FZ-Finanzierung im Jahr 2006 gewann das Provinz-Tuberkuloseprogramm (PTP) an Dynamik, Reichweite und Qualität. Die erste Phase der FZ-Unterstützung konzentrierte sich auf die Diagnose und Behandlung zunächst der unkomplizierten Tb und beinhaltete die Beschaffung von Erstlinienmedikamenten, Baumaßnahmen (inkl. des Referenzlabors und des Büro- und Schulungsgebäudes des PTPs), die Ausstattung des Referenzlabors sowie von 48 peripheren Laboren, die Lieferungen von 28 Fahrzeugen zur Supervision, Materialien für Trainingsmaßnahmen und Consultingleistungen. Darüber hinaus erhielt das PTP technische Unterstützung durch die deutsche TZ zur Stärkung der Diagnose- und Behandlungskapazitäten von Ärzten und des medizinisch-technischen Personals entsprechend der DOTS-Strategie, Verbesserung des Managements des Tb-Kontrollprogramms und Aufklärungsarbeit. Dieses breite Konzept war geeignet, um die bei Projektprüfung bestehenden Engpässe in Diagnose und Behandlung der Tb anzugehen und zur Bekämpfung der Tb beizutragen. Als wichtigster Geber des Tb-Programms in KP hatte die deutsche Entwicklungszusammenarbeit durch die Kombination aus FZ und TZ das Potenzial, die standardisierte Tb-Kontrolle gemäß WHO-Richtlinien im öffentlichen Gesundheitssektor auszuweiten und zu verfestigen. Mit der Provinz KP und den FATA wurden die bei PP ärmsten Regionen Pakistans ausgewählt, deren Relevanz sich während des Vorhabens durch die sich verschärfende Sicherheitssituation und die gestiegene Anzahl an afghanischen Flüchtlingen sowie Binnenflüchtlingen noch erhöhte.

Der große Anteil bisher nicht regulierter privater Gesundheitsdienstleister, die sich bei Diagnose und Behandlung von Tb nicht an WHO-Empfehlungen halten, sowie die Möglichkeit, Tb-Medikamente rezeptfrei in Apotheken und Geschäften zu kaufen, stellen die Bekämpfung der Tb in Pakistan vor erhebliche Schwierigkeiten. Eine erfolgreiche Behandlung von Tb-Patienten ist im Privatsektor nicht gewährleistet und eine ineffektive, unterbrochene oder frühzeitig abgebrochene Behandlung fördert die Entstehung von

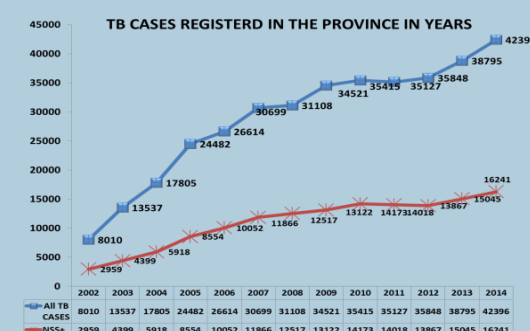
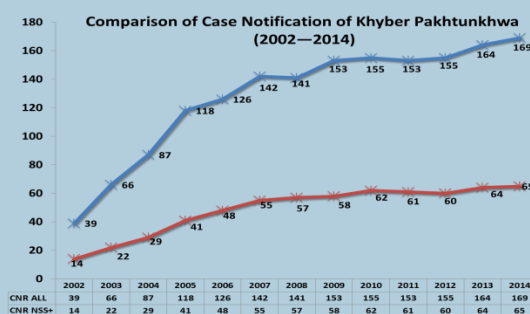
Resistenzen. Obwohl dies bereits bei Projektprüfung erkannt wurde, begannen die Maßnahmen zur Einbindung des Privatsektors erst gegen Ende der zweiten Phase. Allerdings war die Stärkung des PTP und die Verfestigung der grundlegenden Prozesse einer standardisierten Tb-Kontrolle im öffentlichen Sektor eine notwendige Voraussetzung für die spätere Einbindung des Privatsektors. Gleiches gilt für die Behandlung von MDR-TB, die ebenfalls in der zweiten Phase der FZ-Unterstützung begann. Die Bekämpfung der Tb ist ein Ziel der Millennium Development Goals (MDGs), zu denen sich Deutschland und Pakistan verpflichtet haben. Zudem war Gesundheit während des Vorhabens ein Schwerpunktsektor der deutsch-pakistanischen Zusammenarbeit. Insgesamt bewerten wir die Relevanz als sehr gut.

Relevanz Teilnote: 1

Effektivität

Programmziel des Vorhabens war die Verbesserung von Diagnose und Behandlung der unterschiedlichen Tb-Formen in KP. Dieses Ziel ist aus heutiger Sicht angemessen. Bei Projektprüfung wurden zur Messung der Zielerreichung folgende Indikatoren gewählt: (1) die flächendeckende Implementierung der DOTS-Strategie; (2) der Anstieg des Anteils ausstrichpositiver Behandlungsfälle an der Gesamtzahl der zu erwartenden ausstrichpositiven Tb-Patienten (Fallfindungsrate, case detection rate) auf mindestens 70 % und (3) der Anstieg des Anteils der erfolgreichen Behandlungen durch die DOTS-Therapie bei neuen ausstrichpositiven Fällen (Heilungsrate, treatment success rate) auf mindestens 85 % bis zum Ende der Programmlaufzeit. Während des Projekts wurde der Indikator (4) Anteil der MDR-TB an neuen Tb-Fällen von unter 3 % hinzugefügt.

Indikator 1: Implementierung der DOTS-Strategie	
Ziel:	100 % im öffentlichen Sektor
Status Ex-post-Evaluierung:	100 % im öffentlichen Sektor
<p>Die DOTS-Abdeckungsrate von 100 % im öffentlichen Sektor wurde laut PTP im Jahr 2004 und damit schon vor Beginn des FZ-Vorhabens erreicht. Im Laufe des FZ-Vorhabens wurden jedoch erhebliche qualitative und quantitative Fortschritte in Diagnose und Behandlung gemacht. Mikroskopische Diagnostik findet heute in ca. 230 und ambulante Behandlung der unkomplizierten Tb in ca. 800 öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in KP statt. Überprüfung der Medikamenteneinnahme geschieht nicht in den Gesundheitseinrichtungen, sondern durch sogenannte "treatment supporter" am Wohnort der Patienten. Derzeit kooperieren etwa 300 private Kliniken in KP in der Tb-Kontrolle mit dem PTP. Der Beitrag privater Gesundheitsdienstleister zur Fallfindung in KP liegt bei ca. 26 % und ist überwiegend auf NGOs mit eigenen Kliniken zurückzuführen.</p>	
Indikator 2: Fallfindungsrate	
Ziel:	Mindestens 70 %
<p>Dieser Indikator wird aufgrund großer Unsicherheiten bzgl. der tatsächlichen Tb-Inzidenz in der Bevölkerung von der WHO nicht mehr als Indikator empfohlen. Eine kürzlich national durchgeführte und recht verlässliche Erhebung schätzt allerdings, dass die Fallfindungsrate bei nur 58 % liegt. Pakistan ist weltweit für 7 % aller unentdeckten Tb-Fälle verantwortlich und liegt damit auf Rang 3 hinter Indien und Nigeria. Die Entwicklung der Fallfindung zeigt jedoch auch, dass Pakistan große Fortschritte in der Diagnose von Tb gemacht hat. In KP ist die Anzahl registrierter Tb-Patienten (alle Tb-Formen) von 8.010 im Jahr 2002 auf 42.400 im Jahr 2014 angestiegen und die Fallfindung pro 100.000 Personen von 39 auf 169. Seit 2002 wurden über 300.000 Tb-Patienten in KP behandelt.</p>	



Quelle: PTP 2014

CNR: Case notification rate; NSS+: New sputum smear-positive

Indikator 3: Heilungsrate bei neuen ausstrichpositiven Tb-Fällen

Ziel: Mindestens 85 %

Status Ex-post-Evaluierung: 96 % (geheilt und Behandlung abgeschlossen)
(MDR-TB: 70 % in der 2012er Kohorte)

Seit Einführung der DOTS-Strategie im Jahr 2002 liegt die Heilungsrate in KP über dem WHO-Ziel von 85 %. Während die Heilungsrate für MDR-TB als sehr verlässlich gilt, bestehen bezüglich der Heilungsrate für unkomplizierte Tb gewisse Zweifel. Angesichts der MDR-TB-Rate bei neuen Fällen von 4,3 %, der sehr hohen Mobilität der Bevölkerung, des schwierigen Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen zumindest in den Bergregionen und der Schwächen in der untersten Ebene der Gesundheitsversorgung scheint die Heilungsrate von 96 % unwahrscheinlich. Darüber hinaus ist zu beachten, dass sich auch hier die Heilungsraten nur auf den öffentlichen Sektor beziehen. Zu den Heilungsraten von Patienten, die von privaten Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen behandelt werden, gibt es keine Informationen.

Indikator 4: Anteil MDR-TB an neuen Tb-Fällen

Ziel: Unter 3 %

Status Ex-post-Evaluierung: 4,3 % (national); 19 % bei Patienten, die zum wiederholten Mal behandelt werden

Die bei PP gesetzten Ziele wurden demnach teilweise erreicht. Das Vorhaben hat zu einer deutlichen Ausweitung der kostenlosen medizinischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung in KP inklusive der Flüchtlinge in einer konfliktgeprägten Region geführt. Zusätzlich wurden durch das Vorhaben die Kompetenzen und Kapazitäten des PTPs aufgebaut und gestärkt und damit die Fähigkeit des Staates, öffentliche Dienstleistungen für die Bevölkerung zu erbringen, gefördert. Die Effektivität wird daher als gut bewertet.

Effektivität Teilnote: 2

Effizienz

Im Vorhaben kam es insbesondere am Anfang zu erheblichen Verzögerungen (vier Jahre zwischen PP und Beginn). Die Ursachen sind vielfältig und beinhalten u. a. die kritische Sicherheitslage, die Auswirkungen der Flutkatastrophe von 2010, Unklarheiten und Abstimmungsschwierigkeiten zwischen KfW, Consultant und PTP (z.B. bzgl. des Finanzierungsvertrags) sowie veränderte Richtlinien der WHO bzgl. der Anforderungen an Laborsicherheit. Insgesamt wurde in der Phase 1 weniger umgesetzt als geplant. Beispielhaft hierfür steht die erhebliche Verzögerung im Bau des BSL-3 Labors. Dieser wurde zunächst auf Phase 2 verschoben und wird nun voraussichtlich im letzten Halbjahr vor Auslauf der FZ-Finanzierung fertiggestellt. Die Verzögerung ist nicht nur mit zusätzlichen Kosten verbunden, sondern hat auch Auswirkungen auf die Effektivität und die Nachhaltigkeit der Tb-Kontrolle (s.u.).

Die DOTS-Strategie an sich gilt als effiziente Methode zur Behandlung der Tb. Die Sputumdiagnostik und die ambulante Behandlung mit Tb-Medikamenten als Kernkomponenten der DOTS-Strategie sind relativ kostengünstig und bieten hohe Ergebnissicherheit und Behandlungserfolgswahrscheinlichkeit. Die standardisierte Berichterstattung ermöglicht eine verbesserte Überwachung des Verlaufs der Krankheit sowohl für den einzelnen Patienten als auch landes- und weltweit. In KP wie auch in ganz Pakistan wurde DOTS erfolgreich im öffentlichen Gesundheitssektor eingeführt. Die Sputumdiagnostik wird in separaten Laboren in 230 Gesundheitseinrichtungen durchgeführt, die Behandlung der unkomplizierten Tb erfolgt auch auf der untersten Ebene des öffentlichen Gesundheitssektors, d. h. in ca. 800 Einrichtungen. Diese Integration verhindert kostenintensive Parallelstrukturen, allerdings ist die Tb-Behandlung auf der untersten Ebene auch von den allgemeinen Schwächen dieser Gesundheitseinrichtungen betroffen (z.B. Abwesenheit des Personals). Der Zugang zur Behandlung von MDR-TB ist bisher auf 4 Krankenhäuser in der gesamten Provinz beschränkt. Sowohl die Behandlung der unkomplizierten als auch der MDR-TB geschieht ambulant. Die Einnahme der Medikamente wird nicht in Gesundheitseinrichtungen beobachtet. Die Patienten erhalten die Tb-Medikamente für einen Monat und werden von einem ausgewählten "treatment supporter" aus ihrer Familie oder ihrem Wohnort unterstützt und kontrolliert. Dies verringert Kosten für das Gesundheitssystem und den Patienten, der Effekt auf die Einnahme der Medikamente bleibt unklar.

Für die Patienten ist die Behandlung der Tb kostenlos. Unterstützungsleistungen in Form von Lebensmitteln und Transportkosten gibt es nur für Patienten mit MDR-TB. Für das Gesundheitssystem bedeuten multiresistente Formen der Tb erhebliche Kosten: Während die Kosten der Medikamente für die Behandlung der unkomplizierten Tb ca. 100 USD pro Patient betragen, belaufen sie sich auf ca. 5.000 USD für MDR-TB.

Die Beschaffung der Erstlinienmedikamente wurde durch die Global Drug Facility umgesetzt, einen im Rahmen der "Stop TB Partnership" ins Leben gerufenen Mechanismus zur Beschaffung qualifizierter Tb-Medikamente entsprechend den WHO-Standards. Seit Beginn der FZ-Förderung kam es zu keinem Medikamentenengpass. Der derzeitige Bestand reicht bis April 2016 für Erwachsene und bis August 2015 für Kinder. Die Medikamente werden im neuen ventilierten Lager adäquat aufbewahrt und durch ein akkurates System verwaltet. Sie werden vierteljährlich nach Bedarf in die Gesundheitszentren der Provinz ausgeliefert. Die Vor-Ort-Besuche ergaben, dass die FZ-finanzierten Gebäude, die Ausstattung und die Fahrzeuge von guter Qualität sowie in gutem Zustand und in Nutzung sind. Die 48 ausgestatteten peripheren Labore sind laut Aussagen des PTP noch alle in Betrieb. KP ist derzeit noch die einzige Provinz mit einem web-basierten Reporting-System. Auf unterster Ebene geschieht die Dokumentation der Behandlung auf Papier und wird auf Distriktebene im System erfasst. Bis vor kurzem war die Fallfindung überwiegend passiv, sodass Möglichkeiten einer effizienten Fallfindung in Hochrisikogruppen nicht ausgeschöpft wurden. Dies bezieht sich insbesondere auf die Untersuchung der Kontakte von diagnostizierten Personen. Derzeit werden Patienten in öffentlichen Gesundheitszentren nach ihren Kontakten befragt, die Nachver-

folgung ist jedoch schwach. Es gibt z.B. noch kein Register für Kontakte. Aktive Fallfindung wurde Anfang des Jahres durch die Einbeziehung von NGOs eingeführt.

Effizienz Teilnote: 3

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

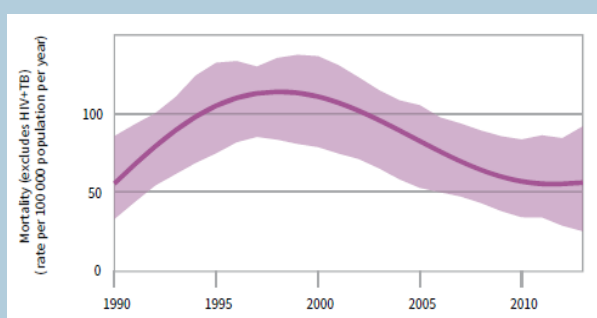
Übergeordnetes entwicklungspolitisches Ziel war es, einen Beitrag zur Unterbrechung der Tb-Infektionskette zu leisten. Gemäß des aktuellen globalen Tb-Berichts der WHO wird Pakistan die MDG-Ziele im Bereich Tb nicht erreichen (sinkende Inzidenzrate, Halbierung der Tb-Mortalität und der Tb-Prävalenz gegenüber 1990). Bei Ex-post-Evaluierung betrachten wir den Trend in der Inzidenz und die Tb-Mortalität.

Indikator 1: Umkehrung des Trends in der Tb-Inzidenz

Pakistan gehört zu den wenigen "high TB-burden countries", in denen die Neuansteckungsrate noch nicht fallend ist. Die geschätzte Inzidenz ist seit den 1990er Jahren stabil bei ca. 275 pro 100.000 Einwohner. Auch eine Umkehrung in der Fallfindung, die bei gleichbleibender Diagnose auf einen Rückgang der Übertragung hindeutet, ist noch nicht zu erkennen.

Indikator 2: Senkung der Tb-Mortalität

Die nationale Tb-Mortalität ist seit 2000 zurückgegangen. In den letzten Jahren hat sie sich jedoch bei ca. 55 pro 100.000 Einwohner stabilisiert.



Quelle: WHO 2014

Daten auf Provinzebene sind leider nicht verfügbar. National konnte die Übertragung der Tb während der Projektlaufzeit nicht unterbrochen werden. Der Rückgang der Mortalität steht jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der Verbesserung der Diagnose und Behandlung gemäß der DOTS-Strategie auch in KP. Trotz des anhaltenden Konflikts wurde in der Tb-Bekämpfung somit eine Stabilität in der Versorgung erreicht, die zu Gesundheitsverbesserungen in der Bevölkerung geführt hat. Daher bewerten wir die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen insgesamt als noch zufriedenstellend.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3.

Nachhaltigkeit

Pakistan hat in den vergangenen 15 Jahren deutliche Fortschritte bei der Tb-Bekämpfung gemacht. In KP wurden die Fortschritte zum größten Teil mit deutscher Unterstützung realisiert. Das nationale Tb-Programm gilt als erfolgreichstes unter den krankheitsspezifischen Programmen in Pakistan und KP zeichnet sich in einigen Aspekten besonders aus. Das hier evaluierte Vorhaben wurde in einer zweiten Phase weitergeführt und erweitert, z.B. um die Behandlung von MDR-TB und Maßnahmen zur Einbindung des Privatsektors. Die FZ-Unterstützung endet voraussichtlich Ende 2015. Ownership und institutio-

nelle Kapazitäten des NTP sowie des PTP in KP sind hoch. Das Personal ist gut ausgebildet und zeichnet sich durch hohe Motivation und großes Engagement aus. Viele sind schon seit vielen Jahren in der Tb-Bekämpfung tätig. Nach dem Ende der FZ-Unterstützung wird das PTP öffentliche Mittel erhalten und ist Subempfänger der neuen Zusage des Global Funds. Erstlinienmedikamente sowie das Gesundheitspersonal in den Diagnose- und Behandlungszentren werden aus öffentlicher Hand bezahlt, während die Global Fund-Mittel für die teuren Zweitlinienmedikamente und die Behandlung von MDR-TB benötigt werden. Auch die MDR-TB-Patienten, die derzeit im Rahmen des FZ-Vorhabens Behandlung erhalten, werden vom Global Fund übernommen. Die grundlegenden etablierten Prozesse der Tb-Bekämpfung werden daher mit hoher Wahrscheinlichkeit nach Ende der Unterstützung aufrechterhalten.

Kritischer ist die Situation hinsichtlich der notwendigen Fortschritte im Bereich Diagnostik von MDR-TB. Infolge der erheblichen Verzögerungen ist das BSL-3 Labor noch immer nicht fertiggestellt. Derzeit wird die Medikamentenempfindlichkeitstestung im Referenzlabor durchgeführt, das die Sicherheitsstandards der WHO nicht ausreichend erfüllt. Zudem werden nur Patienten, deren Behandlung fehlgeschlagen ist oder die erneut behandelt werden müssen, auf Resistenzen getestet. Das BSL-3 Labor wird bei Fertigstellung das Labor mit den höchsten Sicherheitsstandards im Land sein. Angesichts der auslaufenden zweiten Phase und des knappen Budgets danach bestehen jedoch Bedenken, ob die Kapazitäten und das Potenzial im Bereich der Medikamentenempfindlichkeitstestung ausgeschöpft werden können. Für die Wartung einiger der im Rahmen des FZ-Vorhabens gelieferten Geräte für solche Testung gibt es derzeit noch keine Finanzierungsquellen. Die baldige Durchführung von Medikamentenempfindlichkeitstestung für 100 % aller neuen sputum-positiven Fälle, wie es als Ziel der zweiten Phase definiert wurde, erscheint unwahrscheinlich. Aufgrund der hohen Rate an MDR-TB und des geringen Zugangs zu MDR-TB-Behandlung sowie des noch immer ungenügend in die standardisierte Tb-Kontrolle eingebundenen Privatsektors bedeutet dies ein Risiko für die nachhaltige Bekämpfung der Tb. Auch die andauernde kritische Sicherheitssituation stellt nach wie vor ein Risiko für die Tb-Bekämpfung dar, weil sie den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen für Erkrankte aber auch für das Personal erschwert.

Nachhaltigkeit Teilnote: 3

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:

Stufe 1	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
Stufe 2	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
Stufe 3	zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
Stufe 4	nicht zufriedenstellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
Stufe 5	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
Stufe 6	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.