

Ex-post-Evaluierung

Reproduktive Gesundheit / Verbesserung der Mutter-Kind-Versorgung, Usbekistan

Titel	Programm Gesundheit. Komponente Reproduktive Gesundheit / Verbesserung der Mutter-Kind-Versorgung
Sektor und CRS-Schlüssel	Gesundheit, Familienplanung, HIV/AIDS 13020
BMZ-Nummer	2007 65 503 (Investition), 2007 70 099 (Begleitmaßnahme, BM)
Auftraggeber	BMZ
Empfänger und Träger	E: Usbekische Republik, vertreten durch das Ministerium für Außenwirtschaftliche Beziehungen, Investitionen und Handel T: Gesundheitsministerium
FZ-Finanzierungsvolumen und -instrument	Investition: 23, 96 Mio. EUR, davon 4,96 Mio. EUR HH-Mittel Darlehen, 18,99 Mio. EUR HH-Mittel Zuschuss; BM: 3,03 Mio. EUR
Projektlaufzeit	2012–2023 Berichtsjahr 2026 Stichprobenjahr 2025

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

Das Ziel auf Outcome-Ebene war eine Verbesserung der (1) Nutzung moderner Familienplanungsdienste unter Berücksichtigung der individuellen Entscheidungsfreiheit von Frauen, der (2) Schwangerschaftsvorsorge und der (3) Qualität der Diagnose und Behandlung von Kindern in Usbekistan. Das Ziel auf Impact-Ebene war eine Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit in Usbekistan. Hierzu wurden Masterpläne für eine nachhaltige Modernisierung der geförderten nationalen und regionalen multidisziplinären Kinderkrankenhäuser erarbeitet, medizinische Geräte bereitgestellt, Kontrazeptiva beschafft sowie Trainings und Fortbildungen durchgeführt.

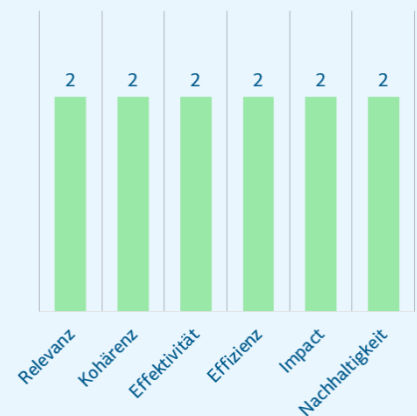
Wichtige Ergebnisse

Das Vorhaben entfaltete entwicklungspolitische Wirksamkeit und wird insgesamt als „erfolgreich“ bewertet:

- Die Förderung der Gesundheit von Müttern und Kindern ist nach wie vor von großer Bedeutung und stellt einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung des Landes dar.
- Das Projektende war verzögert, die meisten ursprünglich budgetierten Beschaffungen erfolgten jedoch wie geplant. Ein Engpass der Finanzierung von Kontrazeptiva konnte überwunden werden und die stationäre sowie ambulante Versorgung von Kindern auf nationaler und regionaler Ebene wurde maßgeblich verbessert. Lediglich die geplante Einführung des Mutterpasses konnte nicht abgeschlossen werden, und die entwickelten klinischen Pfade spielen keine große Rolle mehr.
- Eine innovative Leistung war die Ausarbeitung von Masterplänen zur Weiterentwicklung, Effizienz- und Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung der Kinderkrankenhäuser. Hier wurde ein „neues Denken“ ansatzweise praktiziert - von der klassischen Abteilungshierarchie zu einem wirklichen Prozessdenken.
- Wünschenswert wäre, die vertikale Gliederung der Gesundheitsversorgung noch stärker aufzubrechen und alle Leistungsanbieter der Mutter-Kind-Gesundheit stärker zu verzahnen. Dies stand jedoch jenseits des budgetären Rahmens des Vorhabens.

Gesamtbewertung

erfolgreich



1: sehr erfolgreich – 6: gänzlich erfolglos

Schlussfolgerungen

- Bilaterale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist nach wie vor von großer Bedeutung. Sie erweist sich als schnell und effektiv. Die Grundlage ist eine langfristige Vertrauensbasis, die durch jahrelange Kontakte und Zusammenarbeit gewachsen ist.
- Die integrative Abstimmung von Investitions- und Begleitmaßnahmen ist für die erfolgreiche Implementierung bedeutsam. Für die meisten Führungskräfte der Krankenhäuser und in der Politik war die Qualität der Prozesse und Beschaffungen eine Inspiration zu einem besseren Management über dieses Vorhaben hinaus.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	3
Übersicht	4
Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens	4
Kurzbeschreibung	7
Aufschlüsselung der Gesamtkosten	8
Karte der Projektregion	8
Stärken und Schwächen des Vorhabens	9
Projektübergreifende Lessons Learned	9
Bewertung nach OECD DAC-Kriterien	10
Relevanz	10
Kohärenz	15
Effektivität	19
Effizienz	25
Impact	31
Nachhaltigkeit	36
Gesamtbewertung	43
Beitrag zur Agenda 2030	43
Methodik	44
Evaluierungsmethodik	44
Bewertungsmethodik	48
Impressum	48
Anlagen	

Abkürzungsverzeichnis

ADB	Asiatische Entwicklungsbank (Asian Development Bank)
AK	Abschlusskontrolle
ANC	Ante-natal care
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BM	Begleitmaßnahmen
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CDQPQMW	Center for the Development of Professional Qualification of Medical Workers
CPI	Korruptionswahrnehmungsindex
CPR	Kontrazeptive Prävalenzrate (contraceptive prevalence rate)
DAC	Development Assistance Committee
DALY	Disability Adjusted Life Year (lost)
DI	Democracy Index
DRG	Diagnosis Related Group (DRG)
EPE	Ex-post-Evaluierung
EUR	Euro
FSI	Fragile State Index
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
FZ E	FZ-Evaluierung
GBD	Global Burden of Disease
GDI	Gender Development Index
GFA	Gesellschaft für Agrarprojekte in Übersee (GFA Consulting Group GmbH, Hamburg)
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HBMR	Mutterpass (home-based maternity records)
HDI	Human Development Index
Int\$	Internationale Dollar
Inv.	Investition
ISO	International Standardization Organization
IUD	interuterine Kontrazeption
MCH	Mutter-Kind-Gesundheit (Maternal and Child Health)
mCPR	Moderne kontrazeptive Prävalenzrate (modern contraceptive prevalence rate)
MDG	Millennium Entwicklungsziel (Millennium Development Goal)
MoH	Gesundheitsministerium (Ministry of Health)
MV	Modulvorschlag
NCD	Nicht übertragbare Krankheiten (non-communicable diseases)
OCMMC	Oblast Children Multi-profile Medical Centers
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OOP	direkte Nutzergebühren (out-of-pocket)
PP	Projektprüfung
PPP	Kaufkraftparität
PV	Projektvorschlag
RSSPMC	Republican Specialized Scientific Practice Medical Center of Paediatrics
SDG	Ziel für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goal)
SHIF	State Health Insurance Fund
SOP	Standard Operating Procedures
TashPMI	Tashkent Paediatric Medical Institute Clinic
TIPME	Tashkent Institute for Post-graduate Medical Education
TMA	Tashkent Medical Academy
ToT	Training-of-Trainers
TZ	Technische Zusammenarbeit
UNDP	Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (United Nations Development Program)
UNFPA	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (United Nations Population Fund)
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (United Nations Children's Fund)
USD	US-Dollar
UZB	Republik Usbekistan
WB	Weltbank (World Bank)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

Übersicht

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Die Republik Usbekistan (UZB) ist ein zentralasiatisches Land, das 1991 unabhängig wurde. UZB ist ein lower-middle income country und liegt im Vergleich zu den Nachbarländern bzgl. klassischer Entwicklungsindikatoren etwa im Mittelfeld Zentralasiens. Die ökonomische Entwicklung ist positiv zu bewerten, was sich u.a. an einem fast konstanten Wachstum des Bruttoinlandsprodukts pro Kopf (PPP konstante Int\$ 2021) von 4,75 % p.a. zeigt [1] und aufsteigend von einem Wert von 3411 Int\$ (Jahr 2000) zu einem Wert von 10.450 Int\$ (Jahr 2024) führte (vgl. Tabelle 1).¹ Diese positiven Entwicklungen zeigen sich auch im Gesundheitswesen.

Land	Population	GDP per capita (current US\$)	GDP per capita, PPP (current international \$)	Kategorie	HDI ²	FSI ³	DI ⁴	CPI ⁵	GDI ⁶
Afghanistan	42.647.492	414	2.202	LIC	0,496 +	103,9	0,00	17	0,660
Kasachstan	20.592.571	14.005	40.813	UMIC	0,837 +	57,8	3,21	40	1,004
Kirgisistan	7.224.614	2.419	8.009	LMIC	0,730 +	74,9	1,86	25	0,959
Tadschikistan	10.590.927	1.341	5.406	LMIC	0,691 +	72,8	2,21	19	0,926
Turkmenistan	7.494.498	8.572	20.408	UMIC	0,764 +	62,2	0,79	17	..
Usbekistan	36.361.859	3.162	11.879	LMIC	0,740 +	64,8	1,86	32	0,951

Tabelle 1: Entwicklungsindikatoren von Usbekistan und seinen Nachbarländern.

Quelle: [1].

Die Gesundheitssituation und die Gesundheitsversorgung haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. So stieg beispielsweise die Lebenserwartung bei Geburt von 65,46 (2000) auf 72,39 (2023) Jahre, wobei Frauen (68,62↗75,40) und Männer (62,40↗69,45) davon profitierten [1]. Andere Statistiken (siehe Kapitel Impact) haben sich ebenfalls sehr positiv entwickelt.⁷ Usbekistan ist hierbei bereits weit in der epidemiologischen Transition fortgeschritten, d.h., die wichtigsten Ursachen für Todesfälle und Verlust an Lebensqualität sind nicht übertragbare Krankheiten (Non-Communicable Diseases, NCDs). Schätzungen zufolge waren sie im Jahr 2022 für 85 % aller Todesfälle in Usbekistan verantwortlich, was über dem globalen Durchschnitt von 74 % liegt. Von den zehn häufigsten Todesursachen in Usbekistan im Jahr 2019 waren sechs auf nicht übertragbare Krankheiten zurückzuführen [6]. Eine Analyse der wirtschaftlichen Belastung aus dem Jahr 2018 schätzt die wirtschaftlichen Verluste durch nicht übertragbare Krankheiten auf rund 9,3 Billionen Som, was 4,7 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) Usbekistans im Jahr 2016 entspricht [7]. Schon hier zeigt es sich, dass die Stärkung des Gesundheitswesens von großer Bedeutung für die Wohlfahrt und ökonomische Entwicklung von Usbekistan ist.

Das Recht der Bevölkerung auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung ist in der usbekischen Verfassung gegründet und hat in der Politik eine vergleichsweise große Bedeutung. Die garantierte Grundversorgung⁸ (Basic Benefit Package) umfasst präventive und kurative Dienstleistungen der Primärversorgung, insbesondere bei "sozial bedeutsamen und risikoreichen" Erkrankungen, d.h. bei den meisten übertragbaren sowie ausgewählten nicht übertragbaren Krankheiten. Dies inkludiert auch die Notfallversorgung. Die Grundversorgung ist für die Bevölkerung – im Prinzip – gebührenfrei, was auch ein Basispaket an Arzneimitteln abdeckt. Die kostenlose Versorgung in Sekundär- und Tertiärkrankenhäusern ist nur für vulnerable Gruppen gedeckt, d.h. insbesondere für Arme, Alte, Kinder, Veteranen und Chronisch-Kranke, während alle anderen Bevölkerungsgruppen für die Leistungen bezahlen müssen.

Das heutige Gesundheitswesen ist das Ergebnis eines Transitionsprozesses vom Semashko-Modell der Sowjetzeit (1917–1992) zu einem moderneren, auf die Patientenbedürfnisse des 21. Jahrhunderts ausgerichteten System [8]. Man kann durchaus bescheinigen, dass diese Transition erfolgreich war [9], auch wenn man in einigen Aspekten die starke Prägung des Semashko-Modells noch wahrnimmt. Dies betrifft insbesondere die strikte Ausrichtung an nationalen Budgets, die starke Fokussierung auf die Regierungseinrichtungen, geringe Autonomie, strikte Hierarchie und eine starke Spezialisierung insbesondere in der Sekundär- und Tertiärversorgung. Wie Abbildung 1 zeigt, gibt es in der Sekundär- und Tertiärversorgung zahlreiche spezialisierte Krankenhäuser. Die Spezialisierung erfolgt – wie international üblich – auf zwei Ebenen: zum einen nach Krankheiten bzw. Organsystemen (z.B. kardiologische Krankenhäuser, Traumkrankenhäuser, etc.), zum anderen nach Bevölkerungsgruppen (z.B. Kinderkrankenhäuser, Militärkrankenhäuser, etc.). Die hier zu betrachtenden regionalen Kinderkrankenhäuser (Oblast Children Multi-profile Medical Centers, OCMMC) spezialisieren sich auf eine Bevölkerungsgruppe (Kinder), haben innerhalb ihrer Organisation jedoch Subdisziplinen bzw. Abteilungen, wie z.B. Kinderchirurgie, Kinderdiabetologie, Kinderkardiologie. Die Sekundär- und Tertiärkrankenhäuser sind folglich regelmäßig nach Fachgruppen unterteilt, d.h., es gibt meist mehrere, vergleichsweise kleine, aber hoch spezialisierte Krankenhäuser in einer Stadt. Dies war zur Zeit der Dominanz der Infektionskrankheiten sinnvoll (z.B. Trennung von Geburtshilfe und Kinderklinik, um die Übertragung von

¹ Vgl. **Tabelle 1**.

² HDI: Human Development Index [2]. (0–1).

³ FSI: Fragile State Index [3]. (0–120).

⁴ DI: Democracy Index [4]. Hier: Functioning of Government (0–10).

⁵ CPI: Korruptionswahrnehmungsindex [5]. (0–100).

⁶ Gender Development Index. "GDI measures gender inequalities in achievement in three basic dimensions of human development: health, measured by female and male life expectancy at birth; education, measured by female and male expected years of schooling for children and female and male mean years of schooling for adults ages 25 years and older; and command over economic resources, measured by female and male estimated earned income." [6].

⁷ Zur Gesundheitssituation in Usbekistan siehe insbesondere [2]. Als Datenbasis in diesem Report wurden insbesondere herangezogen [1], die Global Burden of Disease Database [3], die SDG-statements [4] sowie das Statistikportal der Republik Usbekistan [5].

⁸ Republic of Uzbekistan (1996): Law on health protection, 29 August 1996. № 265-I. Tashkent.

Infektionskrankheiten von Kindern auf Mütter und Neugeborene zu vermeiden), erscheint jedoch im Zeitalter der chronisch-degenerativen Erkrankungen mit ihren stark medizinisch-interdisziplinären Behandlungsregimen kontraproduktiv.

Auf der Ebene der Primärversorgung muss zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unterschieden werden. In größeren Städten und in einigen dichter besiedelten Distrikten gibt es auch mehrere Krankenhäuser, die nach Fachgruppen aufgeteilt sind, d.h., es kann in einer Stadt auch ein allgemeines Stadtkrankenhaus und ein Stadtkinderkrankenhaus parallel geben. Im ländlichen Raum hingegen lässt die Distriktbevölkerungszahl eine derartige Spezialisierung nicht zu, so dass ein s.g. Multiprofil-Distriktkrankenhaus existiert, wo Kinder- und Erwachsene gemeinsam in einem Haus behandelt werden. Der Schwerpunkt der ambulanten Versorgung liegt in den Gesundheitszentren, die je nach Größe und Ausstattung noch einmal unterschieden werden (vgl. Abbildung 1). Sie sind per se horizontal ausgerichtet, d.h., hier werden alle Krankheiten und alle Bevölkerungsgruppen in einer Einrichtung betreut.

Das heutige Gesundheitssystem ist noch immer stark hierarchisch und folgt im Prinzip der stark zentralisierten Verwaltungsstruktur des Landes. An der Spitze steht das Gesundheitsministerium (MoH), das Leistungsanbieter, Finanzierer und Verwalter in einer Organisation ist. Es folgen die Ebenen der nationalen Krankenhäuser (republikanische Ebene), der Regionen (Oblast-Ebene) und der Distrikte (Rayon-Ebene), wobei größere Städte funktional als Distrikte zu zählen sind. Ihnen sind jeweils Gesundheitseinrichtungen der unterschiedlichen Versorgungsebene zugeordnet. Einen Überblick über die komplexe Struktur der Gesundheitsversorgung gibt Abbildung 1.⁹

Seit 1991 wurden einige administrative Zuständigkeiten weiter an die Oblast- und Rayon-Verwaltungen delegiert, von einer Autonomie auf unteren Ebenen kann jedoch nicht ausgegangen werden. Hiervon unabhängig ist die zunehmende Zahl privatwirtschaftlicher Gesundheitseinrichtungen, die ca. 30 % (2024) der Gesundheitsversorgung ausmachen¹⁰, jedoch im Folgenden nicht weiter betrachtet werden.

Die Versorgung von Kindern und Frauen hat im Gesundheitswesen Usbekistans eine hohe Priorität. Sie findet vor allem auf der Ebene der Primärversorgung statt (d.h. in den Family Doctor Points, Family Polyclinics¹¹, District Multi-profile Polyclinics sowie in Distriktkrankenhäusern). Auf regionaler Ebene gibt es spezialisierte Krankenhäuser (13 multidisziplinäre Kinder-Oblast-Krankenhäuser, 13 Perinatal Centers), auf der nationalen Ebene ein nationales pädiatrisches Zentrum und ein Zentrum für Müttergesundheit, wobei entsprechende Patienten auch im chirurgischen nationalen Zentrum versorgt werden. Bei Anwendung des „klassischen“ Semashko-Prinzips ergeben sich insbesondere bei der Behandlung von Kindern Schnittstellenprobleme und Reibungen. Hat beispielsweise ein Kleinkind ein Herzproblem, das chirurgisch zu therapieren ist, so muss geklärt werden, ob das Kind in der Herzchirurgie für Erwachsene oder in der Kinderklinik mit Kinderchirurgie behandelt werden soll. Da es auch nicht in allen Regionalzentren entsprechende Fachkrankenhäuser gibt, wird die Entscheidung nicht überall gleich ausfallen. Pädiater sehen hierbei vor allem das Alter des Patienten als Kriterium, während Kardiochirurgen tendenziell die komplexe Herzchirurgie als ausschlaggebend einstufen. Für das Personal der Gesundheitszentren ist es nicht immer einfach, an das „richtige“ Krankenhaus zu überweisen, so dass Verwirrung und Fehleinweisungen entstehen. Eine Integration der (sub-)spezialisierten Einrichtungen in einem Haus mit der Möglichkeit unkomplizierter Konsile wäre zweifelsohne für die Versorgung der Patienten und die Ressourcenverbräuche positiv, würde jedoch sehr hohe Investitionen in den Krankenhausneubau erfordern, die derzeit nicht möglich sind.

Die Gesundheit von Müttern [10, 11] und Kindern [12, 13] hat sich in den letzten Jahren durchaus verbessert. Besonders deutlich wird dies bei der Müttersterblichkeit. Betrug sie im Jahr 1985 noch 72 pro 100.000 Lebendgeburten, so sank sie bis zum Jahr 2000 auf 42 und bis 2023 auf 26.¹² Trotzdem bleiben große Herausforderungen. Hierzu zählen gemäß der Literatur soziale und räumliche Ungleichheit [15–18], limitierter Zugang zu Leistungen und Produkten (z.B. Kontrazeptiva [19]) sowie die Zunahme der NCDs in Kombination mit Kinder- und/oder Müttergesundheit [11]. Selbstredend sind die Finanz- und Personalsituation ebenso große Herausforderungen. Noch immer sind Schwangerschaft und Geburt für Mutter und Kind in Usbekistan eine Periode großer Gesundheitsrisiken, was sich in den entsprechenden Indikatoren widerspiegelt.¹³

Die Regierung Usbekistans reagierte auf diese Herausforderungen mit einer Reihe von umfassenden Gesundheitsreformen [21, 22]. Sie inkludieren u.a. Ausbildung, Finanzierung, Leistungserstellung, Digitalisierung, Forschungsförderung und Privatisierung. Tabelle 2 zeigt die wichtigsten Reformgesetze seit 2017. Von besonderer Bedeutung ist hierbei Presidential Decree No. UP-5590 „About complex measures for radical enhancement of health care system of the Republic of Uzbekistan“ (2018), das die Grundlage für die derzeitigen Reformen legte. Es umfasst vor allem eine grundlegende Änderung der Gesundheitsfinanzierung, eine veränderte Leistungserstellung der Primärebene mit einer Stärkung des nicht-ärztlichen Personals (s.g. „Brigaden“) verbunden mit einer erhöhten Unabhängigkeit der Einrichtungen sowie eine stärkere Digitalisierung.

⁹ Einen vertieften Überblick geben [6]. Grundsätzlich ist die Struktur des Gesundheitswesens komplexer, als dies hier in der Kürze der Darstellung aufgezeigt werden kann. Beispielsweise unterscheiden sich rurale und urbane Distrikte erheblich. In der Republik Karakalpakstan weicht die Terminologie teilweise ab. Hier werden die Regionalkrankenhäuser der Sekundärebene bereits als „Republican Hospitals“ bezeichnet, da Karakalpakstan eine Republik darstellt. Weiterhin ist die Struktur dynamisch. Beispielsweise werden in 15 Distrikten Usbekistans gerade Formen der Integration von ambulantem und stationärem Sektor mit neuen Rollen der Distriktgesundheitsverwaltung (district health associations) pilotiert.

¹⁰ UZ DAILY (2024): Number of private healthcare institutions in Uzbekistan exceeds 9,000, 22/12/2024

¹¹ Da es sich nicht um städtische Anbieter, sondern um nicht-spezialisierte Anbieter handelt, ist „poly“ die korrekte Schreibweise, auch wenn in der Literatur häufiger „poli“ (von polis, Stadt) geschrieben wird.

¹² Vgl. [14].

¹³ Vgl. Kapitel „Impact“ sowie [20].

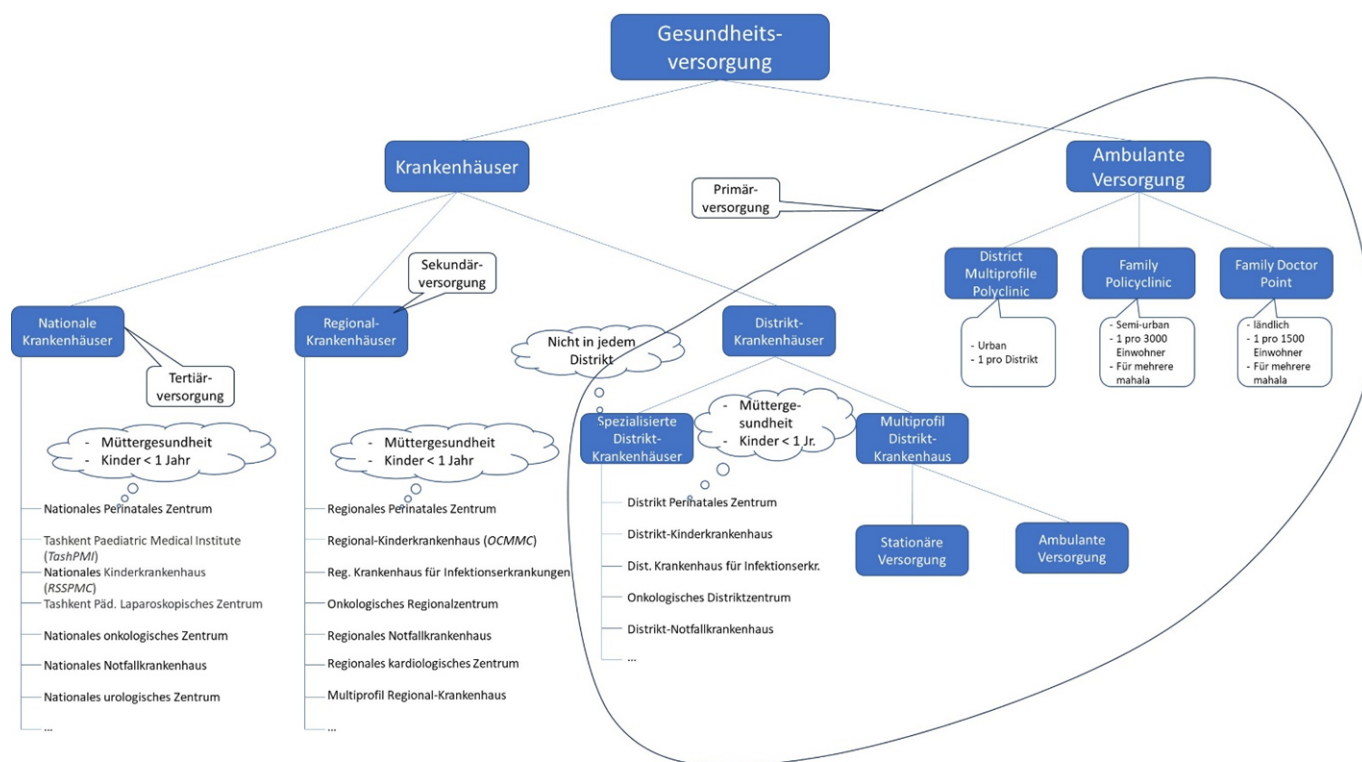


Abbildung 1: Gesundheitssystem Usbekistans.

Quelle: Eigene Darstellung.

Ein wesentlicher Bestandteil der Reformen ist ein neues Finanzierungssystem durch die schrittweise, landesweite Einführung des State Health Insurance Funds (SHIF) sowie innovativer Finanzierungsmechanismen der Gesundheitseinrichtungen [23].¹⁴ Tabelle 3 zeigt die grundlegenden Formen der Finanzierung. Ambulante Dienstleister der Primärebene werden durch eine Capitation (Kopfprämie) vom SHIF finanziert, d.h., pro eingeschriebenem Bewohner erhält die Einrichtung einen bestimmten Betrag und muss hierfür (im Prinzip) alle Dienstleistungen gebührenfrei erstellen. In Krankenhäusern muss grundlegend unterschieden werden, ob der Patient überwiesen wurde oder ohne vorherige Untersuchung und Überweisung die Dienste aufsucht. Im letzten Fall muss er die Gebühren bezahlen, im ersten Fall ist die Behandlung auf der Primärebene gebührenfrei. Auf höheren Ebenen (Oblast- und National-Ebene) ist die Behandlung nur dann ohne Gebühr für den Patienten, wenn er zu einer vulnerablen Gruppe gehört. Da Mütter und Kinder grundsätzlich zu dieser Gruppe gezählt werden, ist ihre Behandlung grundlegend kostenlos.

Die Refinanzierung der Krankenhäuser der Primär- und Sekundärebene erfolgt in den Regionen, die das neue Finanzierungssystem bereits eingeführt haben, ebenfalls über den SHIF. Tabelle 4 zeigt den Zeitplan für die Einführung der Krankenversicherung in den Regionen. Es zeigt sich, dass in Kürze das ganze Land vollständig unter der neuen Finanzierungsform stehen wird, obgleich während der Projektlaufzeit noch die vollständige Finanzierung aus der Treasury erfolgte, die den Krankenhäusern ein leistungsunabhängiges Budget zuwies. Nach Einführung des SHIF wird ein fixer Anteil (85 % des geplanten Gesamtbudgets) nach wie vor als festes Budget alloziert, während ein variabler Anteil (15 % des geplanten Budgets) nur ausbezahlt wird, wenn entsprechende Leistungen erbracht wurden (mit Ausnahme der ambulanten Primärebene). Hierzu wurde ein Fallpauschalensystem entwickelt, das in Usbekistan regelmäßig als Diagnosis Related Group (DRG) bezeichnet wird.¹⁵

Jahr	Rechtsgrundlage	Titel	Inhalt
2017	Presidential Decree	On measures to further improve the organization of primary healthcare in Republic of Uzbekistan	Ausweitung der Abdeckung der hochwertigen medizinischen Grundversorgung und Verbesserung der Vorsorge (Familienpolikliniken)
2018	Presidential Decree No. UP-5590	About complex measures for radical enhancement of health care system of the Republic of Uzbekistan	Konzept zur Entwicklung des Gesundheitssystems 2019–2025 als mittel- bis langfristige Politik
2019	Law	On the Protection of Reproductive Health of Citizens	Verbesserung der reproduktiven Gesundheit, Prävention und Behandlung von Unfruchtbarkeit
2020	Presidential Resolution of the Republic of Uzbekistan No. PP-4890	On Measures to Introduce a New Health System Organization [Health Management] Model and Public Health Insurance Mechanisms in the Syrdarya Region	Pilotprojekt zur staatlichen Krankenversicherung im Gebiet Syrdarya
2022	Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Regulation	A National Health System Strategy for Uzbekistan: Transforming the performance of the health system of Uzbekistan by 2030	Nationale Gesundheitsstrategie

¹⁴ Ambulante Primärversorgung: Capitation (Kopf-Prämien) mit entsprechender Einschreibung in einer Gesundheitseinrichtung. Stationärer Sektor: Fallpauschalen (case-based payments).

¹⁵ Bei den case-based payments handelt es sich (noch) nicht um ein DRG-System, sondern um eine stark vereinfachte Fallpauschale.

2024	Resolution No. 619	On the approval of the Regulation on the Reimbursement Program	Erstattungsprogramm für ambulant verschriebene Medikamente auf elektronischer Verschreibung
2024	Presidential Resolution PP No. 311	On measures to implement mechanisms of state health insurance	Staatliche Krankenversicherung in Taschkent und Syrdarya
2025	Presidential Decree No. UP-88	On Measures for the Consistent Continuation of Healthcare Reform	Pilotprojekte, Umstrukturierung der medizinischen Grundversorgung und Reformen der Grundsätze der medizinischen Versorgung
2025	Presidential Resolution PP No. 185	On Additional Measures for the Implementation of Reforms in the Healthcare System	Ergänzungen zu UP 88: Optimierung des Personals, Umstrukturierung der Einrichtungen auf Bezirksebene usw.

Tabelle 2: Reformgesetze des Gesundheitswesens von Usbekistan seit 2017.

Ebene	Referenz	Vulnerable	Nicht-Vulnerable
Primär, ambulant		Capitation (Kopfprämie)	Capitation (Kopfprämie)
Primär, stationär	Überwiesen	SHIF 85/15	SHIF 85/15
	Nicht-überwiesen	Out-of-pocket	Out-of-pocket
Sekundär	Überwiesen	SHIF 85/15	SHIF 85/15
	Nicht-überwiesen	Out-of-pocket	Out-of-pocket
Tertiär (Republikanische Ebene)	Überwiesen	SHIF fee-for-service	Out-of-pocket
	Nicht-überwiesen	Out-of-pocket	Out-of-pocket

Tabelle 3: Gesundheitsfinanzierung in Usbekistan unter SHIF.

Zeitpunkt	Region
01.10.2024	Tashkent City; Syrdarya
01.01.2025	Karakalpakstan
01.07.2025	Navoi, Samarkand
01.10.2025	Bukhara, Khorezm, Kashkadarya
01.04.2026	Surkhandarya, Fergana
01.07.2026	Andijan, Tashkent
01.10.2026	Namangan, Jizzak

Tabelle 4: Einführung des State Health Insurance Funds in den Regionen.

Die EPE findet folglich in einer Zeit des Umbruchs statt, was insbesondere bei der Frage der Nachhaltigkeit der Maßnahme zu beachten sein wird.

Kurzbeschreibung

Das Vorhaben „Reproduktive Gesundheit / Verbesserung der Mutter-Kind-Versorgung“ (2007 65 503, 2007 70 099 (BM)) wurde in Usbekistan von 2012 bis 2023 durchgeführt und zielte darauf ab, die Gesundheitssituation von Frauen und Kindern zu verbessern. Der Schwerpunkt lag dabei insbesondere auf der Kinder- und Müttergesundheit sowie der reproduktiven Gesundheit. Zu diesem Zweck umfasste das Vorhaben in erster Linie die Bereitstellung moderner medizinischer Geräte für geförderte nationale und regionale multidisziplinärer Kinderkrankenhäuser sowie die Erstellung von Masterplänen für eine nachhaltige Modernisierung der Krankenhäuser (Komponente I), die Beschaffung von Kontrazeptiva und (geplant, aber nicht realisiert) die Einführung von Mutterpässen (Komponente I), sowie Trainings- und Fortbildungsmaßnahmen (hinsichtlich der Verteilung der Maßnahmen unter der Investitionskomponente und BM siehe Abbildung 6).

Die Zielgruppe des Vorhabens umfasste vor allem Frauen im reproduktiven Alter sowie Kinder unter 14 Jahren. Die FZ-Mittel zur Umsetzung dieses Vorhabens betrugen insgesamt rd. 27,0 Mio. EUR.

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

	Phase 1 (Plan)	Phase 1 (Ist)	BM (Plan)	BM (Ist)	Gesamt (Plan)	Gesamt (Ist)
Investitionskosten (gesamt) in Mio. EUR	38,463	38,456	3,046	3,031	41,509	41,487
Eigenbeitrag in Mio. EUR	14,500	14,500	0	0	14,500	14,500
Externe Finanzierung in Mio. EUR	23,963	23,956	3,046	3,031	27,013	26,986
davon BMZ-Mittel in Mio. EUR	23,963	23,956	3,046	3,031	27,013	26,986

Tabelle 5: Kostenaufschlüsselung.

Karte der Projektregion

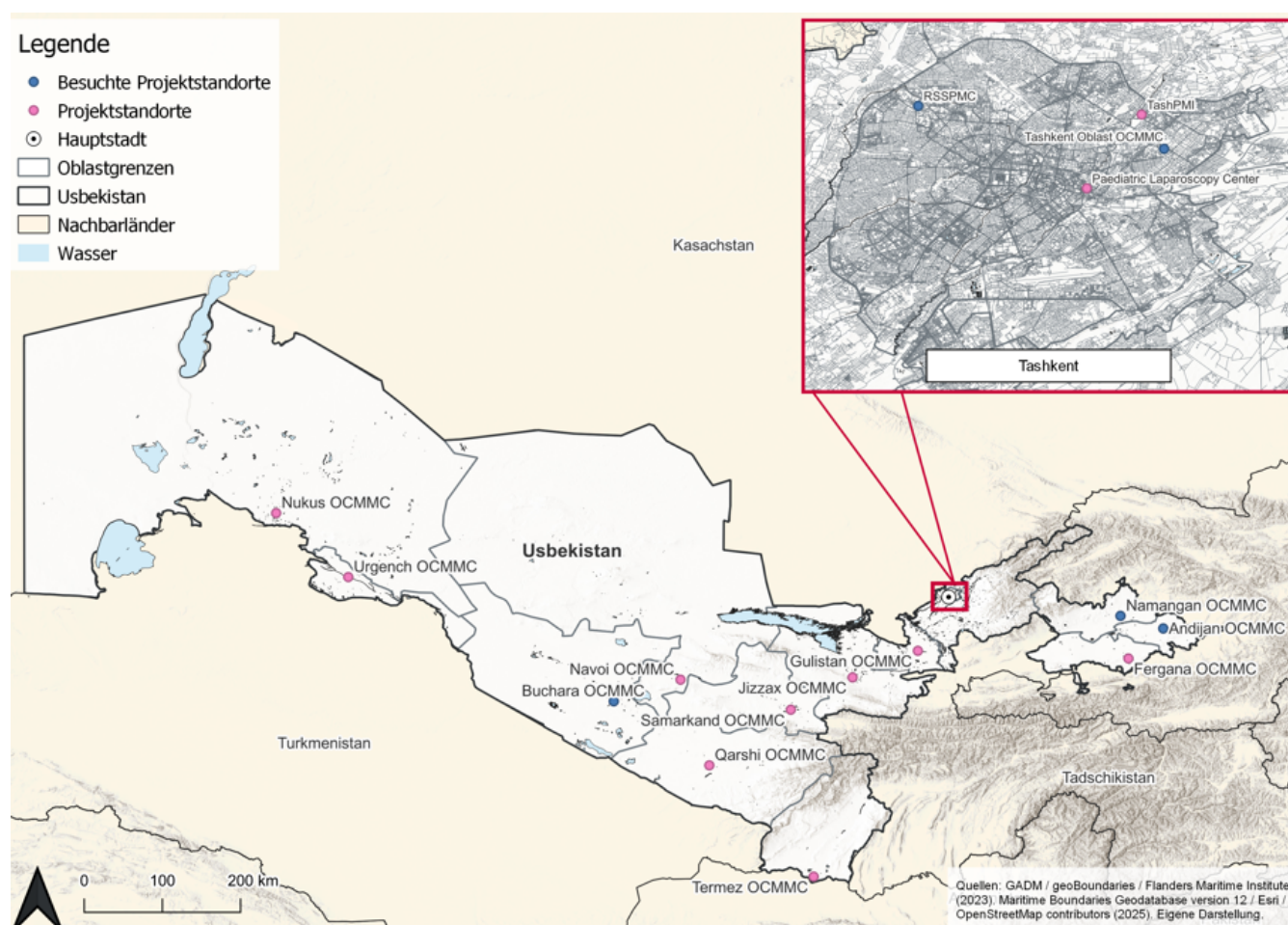


Abbildung 2: Karte von Usbekistan mit den Standardorten.¹⁶

Quelle: eigene Darstellung (KfW Entwicklungsbank auf Grundlage von OpenStreetMap, Global Administrative Database (GADM) V.4.1).

¹⁶ Usbekistan ist in zwölf Regionen, Tashkent City sowie die Republik Karakalpakstan gegliedert. Auf Usbekisch werden die Regionen als Viloyate oder Wiloyat, auf Russisch als Oblast bezeichnet. Jede Region ist in Kreise (auf Usbekisch tuman, auf Russisch rajons) bzw. kreisfreie Städte aufgeteilt. Die teilweise erheblich abweichende Schreibweise ergibt sich aus der parallelen Verwendung von Usbekisch, Russisch und Englisch (z.B. Jizzakh, Jizzax, Dschissach, Dschisak).

Ebene	Region	Name	Betten 2010	Betten 2024	Einzugsbevölkerung 2024	Be- sucht
Oblast	1 Andijan	Andijan OCMC	240	540	1.246.957	X
Oblast	2 Buchara	Buchara OCMC	195	225	679.680	X
Oblast	3 Jizzax	Jizzax OCMC	110	183	567.095	
Oblast	4 Qashqada- ryo	Qarshi OCMC	455	475	1.383.026	
Oblast	5 Navoi	Navoi OCMC	125	195	375.700	
Oblast	6 Namangan	Namangan OCMC ¹⁷	395	395	1.138.596	X
Oblast	7 Tashkent	Tashkent Oblast OCMC	240	260	1.597.431	X
Oblast	8 Samarkand	Samarkand OCMC	320	415	1.140.185	
Oblast	9 Surxondaryo	Termez OCMC	300	380	328.301	
Oblast	10 Syrdaria	Gulistan OCMC	150	230	1.034.639	
Oblast	11 Fergana	Fergana OCMC	225	355	1.446.188	
Oblast	12 Karakalpa- kstan	Nukus OCMC	165	235	689.819	
Oblast	13 Xorazm	Urgench OCMC	275	301	701.460	
National		Republican Specialized Scientific Practice Medical Center of Paediatrics (RSSPMC)	275	385	UZB	X
National		Tashkent Paediatric Medical Institute Clinic (TashPMI)	300	340	UZB	
National		Tashkent Paediatric Laparoscopy Center ¹⁸	70	40	UZB	

Tabelle 6: Liste einbezogener Institution.¹⁹

Stärken und Schwächen des Vorhabens

Zu den Stärken zählen insbesondere:

- Lieferung moderner Geräteausstattung für die Kinderkrankenhäuser auf hohem Qualitätsniveau, um die diagnostische und therapeutische Kompetenz in der Pädiatrie des Landes und somit die Versorgungssituation für Kinder erheblich zu verbessern.
- Lieferung der Kontrazeptiva, um eine temporäre Versorgungslücke für die Bevölkerung zu schließen.
- Ausbildungsprogramm im Rahmen eines Twinning (partnerschaftliches Lernmodell zwischen zwei Krankenhäusern)
- Ausarbeitung von Entwicklungs- bzw. Masterplänen als Grundlage für eine nachhaltige Modernisierung des Gesundheitswesens.
- Gute Abstimmung von Investitions- und BM, um eine nachhaltige Effizienz zu gewährleisten.

Zu den Schwächen zählen insbesondere:

- Erhebliche Verzögerungen bei der Umsetzung.
- Die Einführung eines neuen Mutterpasses²⁰ zur verbesserten Schwangerschaftsvorsorge wurde nicht umgesetzt.
- Komponenten I und II verlaufen fast dichotom. Angesichts der Interdependenz von Mütter- und Kindergesundheit wäre eine bessere Verzahnung der beiden Komponenten hilfreich gewesen.
- Klinische Pfade bzw. Standard Operation Procedures wurden zwar entwickelt, spielen aber in der klinischen Arbeit der visitierten Krankenhäuser nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Projektübergreifende Lessons Learned

- Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit (BMZ) beabsichtigt derzeit, die bilaterale Kooperation im Gesundheitswesen zu reduzieren. Das Beispiel Usbekistan zeigt allerdings, dass direkte Investitionen in das Gesundheitswesen von den Partnern im Rahmen bilateraler Zusammenarbeit sehr geschätzt werden.
- In den Interviews wurde immer wieder betont, wie bedeutend eine gute Gesundheit von Müttern und Kindern für die Entwicklung des Landes, die Wohlfahrt und das Vertrauen der Bevölkerung in die Regierung ist.
- Insbesondere die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen erweist sich als effektive und effiziente Möglichkeit, vergleichsweise schnell konkrete Engpässe zu überbrücken, da sie geringere Abstimmungsbedarfe als die multilaterale Zusammenarbeit hat.
- Die Basis der effektiven, effizienten und nachhaltigen Zusammenarbeit ist eine solide Vertrauensbasis, die über Jahre verlässlicher Kooperation entsteht. Dies wirkt sich bspw. positiv auf die Beschaffung hochwertiger Geräte und Prozessanpassung aus.
- Durch die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen wird auch die multilaterale Kooperation gestärkt, weil das Vertrauen in die Partner gestärkt wird.

¹⁷ Das Projekt unterstützte ebenfalls das "City Paediatric hospital in Namangan" mit Ausstattung für die Neonatologie. Siehe hierzu Kapitel Allokationseffizienz.

¹⁸ Der PV ging noch davon aus, dass das Tashkent Paediatric Laparoscopy Center mit dem RSSPMC fusioniert würde. Das Gesundheitsministerium entschied jedoch, es innerhalb der Medical University Clinic zu belassen. Das Center wurde auf Wunsch des MoH 2014 der Liste geförderter Einrichtungen hinzugefügt.

¹⁹ Der PV sah auch die Förderung des Tashkent City Pediatrics Hospital vor. Aufgrund der umfassenden Rekonstruktion und Reorganisation wurde jedoch bereits 2013 beschlossen, das Haus nicht ins Projekt aufzunehmen.

²⁰ PV und AK verwenden den Singular „Mutterpass“ und den Plural „Mütterpässe“. In der EPE wird einheitlich der Begriff „Mutterpass“ als Dokumenttyp verwendet.

- Die technische Beratung zur Nutzung und Erhaltung der Kapazitäten ist von großer Bedeutung für vergleichbare Investitionsprojekte im Gesundheitswesen, da allein die Schulung, Wartung und Steuerung eine Inwertsetzung der Kapazitäten ermöglicht. Medizinische Geräte tragen zur Strukturqualität bei, die jedoch nur durch Maßnahmen der Prozessqualität (Prozesse, Wartung, Schulung, Führung) zu Ergebnisqualität für Patienten werden kann.
- Die Äquivalenz von technischer und ökonomischer Nutzungsdauer erfordert es, eine Garantieverlängerung für medizinische Geräte zu vereinbaren und ausreichend Finanzmittel für Wartungsverträge bereitzustellen.
- Für die meisten Führungskräfte der Krankenhäuser und in der Politik war die Qualität der Prozesse und Beschaffungen eine Inspiration zu einem besseren Management über dieses Projekt hinaus.
- Eine enge Verzahnung von Komponenten ist gerade bei Mutter- und Kindergesundheit erstrebenswert, da die Gesundheit beider Gruppen interdependent ist.
- Die Kapazität der Regierung von Usbekistan zur Reinvestition und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist gestiegen, wodurch andere Felder (z.B. Ausbildung, Digital Health oder Forschung) an Relevanz gewinnen.

Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Relevanz

1. Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Die Gesundheit von Müttern und Kindern (Maternal and Child Health, MCH) hat in Usbekistan und international eine hohe Relevanz. Auf Grundlage der analysierten Dokumente und der Interviews kann man schließen, dass die Ziele der Maßnahme vollständig an den Politiken und Prioritäten der relevanten Partner ausgerichtet sind. Die damaligen Millennium Development Goal (MDG) 4 (Reduktion der Kindersterblichkeit) und MDG 5 (Verbesserung der Gesundheit von Müttern) wurden vollständig von den Maßnahmen des Vorhabens unterstützt, und auch das aktuelle Ziel 3 für nachhaltige Entwicklung (SDG 3: Gewährleistung eines gesunden Lebens für alle Menschen jeden Alters und Förderung ihres Wohlergehens) mit den Zielen 3.1 (Reduktion der Müttersterblichkeit) sowie 3.2 (Reduktion der vermeidbaren Todesfälle von Neugeborenen und Kindern < 5) befindet sich vollständig im Einklang mit den Zielen des FZ-Projekts [24]. Die Bereitstellung von Kontrazeptiva sowie die Verbesserung der Qualität der Leistungserstellung für Mütter und Kinder sind Schwerpunkte der internationalen Gesundheitspolitik, wie sie in der Verfassung der WHO (1948), der Alma-Ata Deklaration (1978), der Safe Motherhood Initiative (1987), den Safe Motherhood Actions (1999), der UN Global Strategy for Women's and Children's Health (2010), der Muskoka Initiative (2010) und der "Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)" statuiert wurde (vgl. insbesondere [25]). Die bilateralen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit sind stark im Bereich Kinder- und Müttergesundheit engagiert, z.B. die WHO [26, 27] und die UNFPA [28].

Das BMZ nahm diese internationale Prioritätensetzung auf (BMZ Sektorkonzept Gesundheit, [29]; BMZ Kernthemenstrategie Gesundheit, Soziale Sicherung, Bevölkerungsdynamik [30]) und stellte in dem Dokument „Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte stärken“ insbesondere die selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit in den Fokus. Im Rahmen seiner Länderstrategie zur bilateralen Zusammenarbeit mit der Republik Usbekistan bekennt sich das BMZ im Rahmen des Kernthemas „Gesundheit, soziale Sicherung und Bevölkerungsdynamik“ zu einer Modernisierung und Ausweitung der Gesundheitsversorgung zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit [31]. Das BMZ unterstützt die usbekische Regierung bei der Umsetzung ihrer nationalen Gesundheitsstrategie mit einem klaren Fokus auf MCH.²¹ Dies zeigt sich nicht nur an den Dekreten und Gesetzen der letzten Jahre, sondern auch an einer zunehmenden Finanzierung der Mutter-Kind-Gesundheitsprogramme durch die Regierung von Usbekistan.

Auch die Versorgung mit Kontrazeptiva hat eine hohe Bedeutung im öffentlichen Gesundheitswesen Usbekistans. Hierfür arbeitet das MoH von Usbekistan intensiv mit der UNFPA²² zusammen, um Programme zu entwickeln, die jungen Menschen bei der Familienplanung helfen und unbeabsichtigte Schwangerschaften verhindern. Bis 2014 war UNFPA unmittelbar an der Beschaffung und Finanzierung von Kontrazeptiva beteiligt, musste sich dann aber aus der Finanzierung zurückziehen, da der Stand der wirtschaftlichen Entwicklung Usbekistans eine UNFPA-basierte Finanzierung nicht mehr zuließ. UNFPA konnte nur noch für Beschaffung und Qualitätssicherung zuständig sein, nicht aber für die Finanzierung der Kontrazeptiva. Gleichzeitig war deutlich, dass die Regierung von Usbekistan so vergleichsweise kurzfristig noch nicht deren Finanzierung übernehmen konnte und bat deshalb die deutsche Bundesregierung, die temporäre Finanzierungslücke zu schließen. Das Ziel einer verbesserten Gendergerechtigkeit ist hierbei sehr prominent, wobei Zugang zur Müttergesundheit und Kontrazeptiva wichtige Aspekte sind. Mit einem Gender Inequality Index von 0,291 liegt Usbekistan im unteren Drittel der Länder der Erde, aber etwa in der Mitte der Region [18, 32]. Die Verfolgung weiterer Ziele, wie z.B. Menschenrechte, Inklusion, Armutsbekämpfung und Digitalisierung waren durch die FZ-Maßnahme ebenfalls intendiert, wenn auch eher sekundär.

²¹ Vgl. die Nationale Gesundheitsstrategie (Tabelle 2) sowie die Nationale MCH-Strategie (Tabelle 8).

²² UN-Organisation, die sich für sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie für Geschlechtergleichstellung einsetzt.

2. Ausrichtung an Bedürfnissen und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Die Ziele der FZ-Maßnahme sind auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten von Usbekistan und von Müttern und Kindern ausgerichtet, d.h. das Fehlen von modernen medizinischen Geräten und Ausstattung, von Kontrazeptiva, einer angemessenen Schwangerschaftsvorsorge sowie fehlende Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung waren bedeutende Hemmnisse für die Bedürfnisbefriedigung der Bevölkerung sowie die Entwicklung des Landes. Das Vorhaben adressierte damit das Kernproblem einer Gefährdung von Müttern und Kindern bei gleichzeitig schlechter Gesundheitsversorgung.

Tatsächlich erhält die Gesundheit von Müttern und Kindern finanziell und in der internationalen wie nationalen Diskussion vergleichsweise hohe Bedeutung, so dass hinterfragt werden muss, ob angesichts der Krankheitslast nicht eine Überkonzentration auf Mütter und Kinder erfolgt, während andere Bereiche vernachlässigt werden. Hier ist jedoch zu beachten, dass Mütter und Kinder als sehr vulnerable Gruppen anzusehen sind. Frauen und Kinder brauchen überproportionale Unterstützung, weil sie vielerorts von Männern bzw. Erwachsenen abhängig sind und deshalb unterproportional Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen können und ansonsten häufig von der Förderung durch Familien, Gesellschaft und Staat ausgeschlossen werden.

In Abbildung 3 und Abbildung 4 wird der Zusammenhang der unbeabsichtigten Schwangerschaften sowie der Kindergesundheit mit der ökonomischen Entwicklung des Landes aufgezeigt. Der Mangel an Kontrazeptiva führt zu unbeabsichtigten Schwangerschaften, was wiederum die Zahl der Kinder erhöht und den Abstand zwischen Geburten reduziert. Dadurch steigt wiederum die Zahl der Abtreibungen. In Abhängigkeit von Alter und Familienstand der Schwangeren ergeben sich unmittelbare Auswirkungen auf Ausbildung, Armut, Stigmatisierung sowie Gesundheit von Mutter und Kind, was sich wiederum zeitnah und/oder zukünftig auf die ökonomische Entwicklung auswirkt. Eine Versorgungslücke mit Kontrazeptiva ist damit auch ökonomisch höchst relevant.

Auch die Kindergesundheit hat zeitnahe und zukünftige Auswirkungen auf die ökonomische Entwicklung. Sie impliziert eine Erhöhung der Mortalität der Kinder, was wiederum die Bruttogeburtenrate erhöhen und den Geburtenabstand reduzieren kann. Damit ist ein Teufelskreis eingeleitet, weil dadurch erneut die Kindergesundheit leidet. Eine schlechte Kindergesundheit impliziert aber auch einen höheren Anteil und eine höhere Schwere von Behinderungen, was sich über die schlechtere oder teurere Ausbildung auf das Humankapital der Gesellschaft und damit auf die ökonomische Entwicklung auswirkt. Gleichermaßen impliziert eine schlechte Kindergesundheit Kosten der Gesundheitsversorgung und damit negative Auswirkungen auf die ökonomische Entwicklung. Investitionen in Mütter- und Kindergesundheit sind damit immer auch Investitionen in die ökonomische Entwicklung und stehen damit im Zentrum der nationalen und internationalen Entwicklungsbemühungen.

Durch die Fragmentierung der pädiatrischen Versorgung in verschiedene Subspezialisierungen – insbesondere auf den höheren Ebenen der Gesundheitsversorgung – wies und weist das Gesundheitssystem erhebliche Strukturschwächen auf. So werden bspw. auf der regionalen Ebene, neben den multidisziplinären Kinder-Oblast-Krankenhäusern, Krankenhäuser nach Fachdisziplinen unterschieden, d.h. es bestehen weitere separate Notfall-, Infektions-, Onkologische Abteilungen in Spezialkrankenhäusern mit separaten Kinderabteilungen. Ebenso existieren beispielsweise Perinatalzentren und Pädiatrische Zentren, obwohl Mütter-, Neugeborene und andere Kinder nach internationalem Standard an einem Ort zu behandeln sind. Die wichtigsten Maßnahmen erstrebten eine bessere Verknüpfung von der für Kinder relevanten Krankenhäuser in einer Region. Insbesondere soll vermieden werden, dass schwerkranke Kinder abgewiesen und in andere Krankenhäuser überwiesen werden müssen. Vorgesehen war daher – anhand der Masterpläne – die Integration von Subspezialitäten in die multidisziplinären Kinderkrankenhäuser. Der Fokus fiel dabei auf eine Integration von Notfallabteilung in die Aufnahmeabteilung sowie die Bereitstellung von Isolationszimmern in den Fachabteilungen und Intensivstationen – das Gesamtsystem ist allerdings nach wie vor immer noch höchst vertikal aufgebaut. Das Vorhaben implizierte einige Aspekte der Integration, ohne dass dies jedoch die nationalen Versorgungstraditionen grundlegend ändern könnte (siehe Kapitel zu Effektivität).

Darüber hinaus adressierten die Masterpläne u.a. eine Reduzierung der Überkapazitäten und Doppelstrukturen sowie rationelle Krankenhausplanung und Reorganisation mit zeitgemäßen patientenorientierten Abläufen.

Das Vorhaben berücksichtigt nicht explizit Disparitäten innerhalb der Zielgruppe, fördert jedoch alle Regionen Usbekistans und leistet damit einen Beitrag zur Überwindung sozialer Ungleichheit. Der „Uzbekistan Pilot Multidimensional Poverty Index Report“ [33] zeigt auf, dass die Quote multidimensionaler Armut unterschiedlich ist und dass ländliche Regionen sowie Frauen besonders benachteiligt sind. Insgesamt ist der Anteil der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze rückläufig [34], aber noch immer sind bestimmte Gruppen und Regionen unterprivilegiert. Abbildung 5 zeigt die regionalen Armutsquoten im Jahr 2021, die von unter 2 % bis über 10 % der Bevölkerung reicht. Wichtig ist hierbei festzuhalten, dass Kinder und Mütter tendenziell zu den ärmeren und schwächeren Bevölkerungsgruppen mit wenig Empowerment zählen [12, 15, 27]. Gerade Kinder in periphere Regionen sind häufig von Armut betroffen [15], aber auch die Statistiken zu sozioökonomischen Parametern von Frauen und Müttern weisen eine hohe regionale Streuung auf.

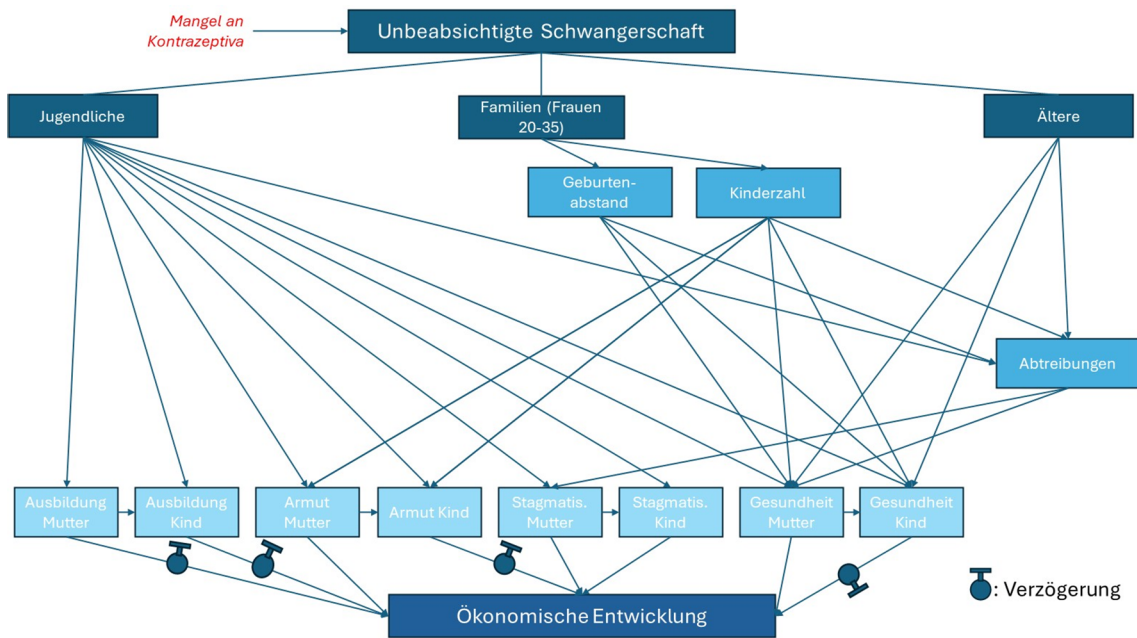


Abbildung 3: Zusammenhang von unbeabsichtigten Schwangerschaften und ökonomischer Entwicklung.
Quelle: Eigene Darstellung.

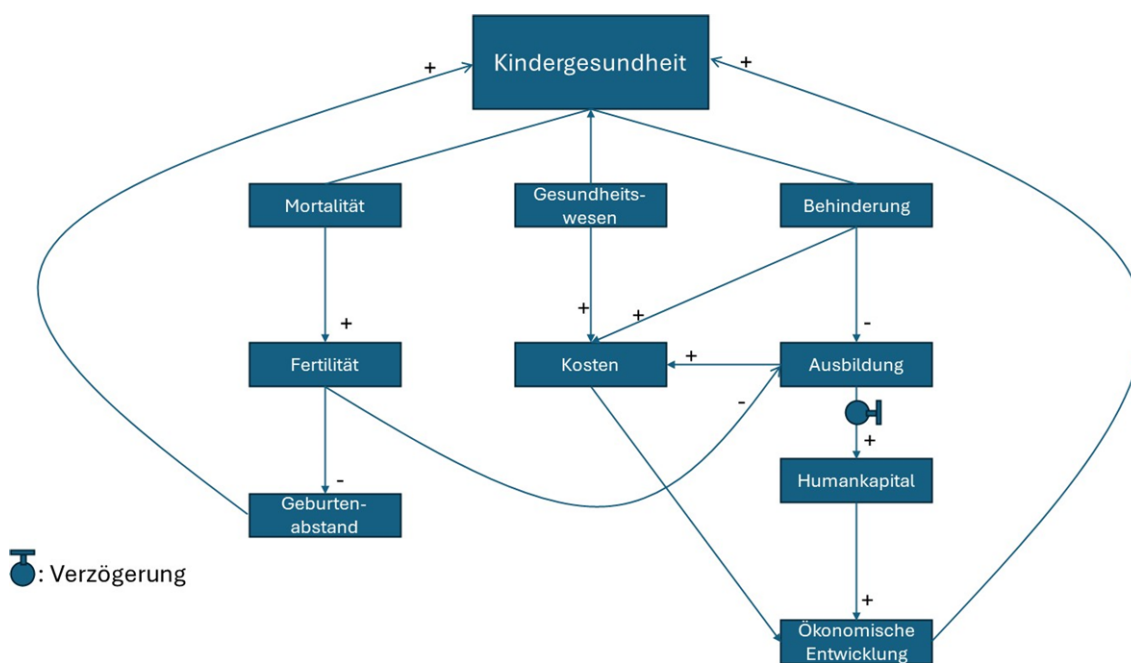


Abbildung 4: Zusammenhang von Kindergesundheit und ökonomischer Entwicklung.
Quelle: Eigene Darstellung.

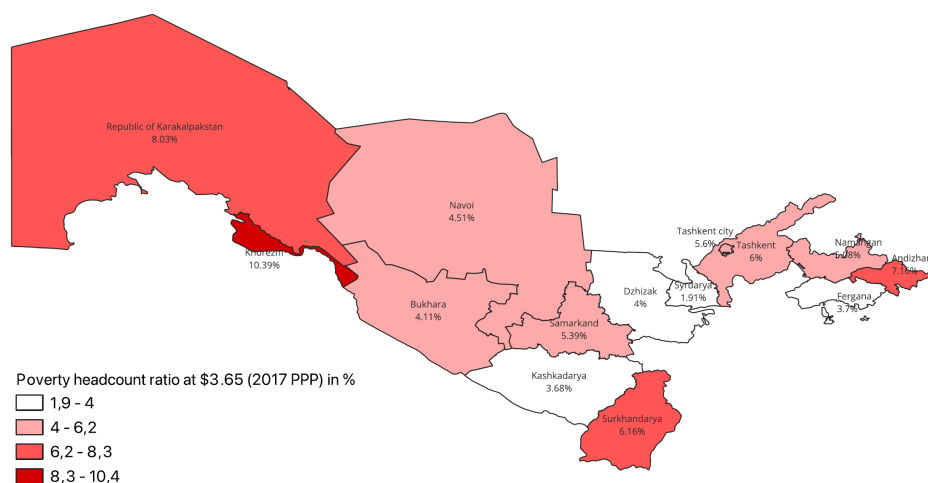


Abbildung 5: Poverty Headcount Ratio²³.

Datenquelle: [35]

Wie Tabelle 6 zeigt, wurden 13 multidisziplinäre Kindermedizinzentren (12 Regionen und Republik Karakalpakstan) sowie Einrichtungen auf nationaler Ebene (TashPMI, RSSPMC, Tashkent Paediatric Laparoscopy Center)²⁴ einbezogen. Das Programm zielt damit auf eine maximale Wirkung im ganzen Land, was den Bemühungen der usbekischen Regierung zu gleichwertigen Lebensverhältnissen entspricht.

Es ist auf Grundlage der bestehenden Monitoringmechanismen nicht auszuschließen, dass der Maximalversorger RSSPMC die gelieferte Technologie überproportional für zahlende Patienten einsetzt. Dies ist auf Basis der bestehenden Daten jedoch auch nicht nachweisbar. Bei Pädiatrie sowie in den Regionalkrankenhäusern ist dies jedoch deutlich weniger wahrscheinlich als bei anderen Leistungen (z.B. spezialisierte Bildgebung für Erwachsene).

3. Angemessenheit der Konzeption

Das in der FZ-Maßnahme adressierte Kernproblem ist die hohe Krankheitslast und Gefährdung von Müttern und Kindern bei gleichzeitig schlechter Versorgung. Abbildung 6 zeigt die Wirkungskette. Es wird deutlich, dass die Outputs der Komponente I ausschließlich auf die Nutzung moderner Familienplanungsdienste sowie auf die Verbesserung der Schwangerschaftsvorsorge (Outcome) ausgerichtet sind. Die Outputs der Komponente II hingegen fokussieren die Verbesserung der Diagnose und Behandlung von Kindern (Outcome). Zusammen leisten sie einen Beitrag zur Verbesserung der Mütter-Kindergesundheit (Impact). Diese Wirkungskette ist klar und verständlich und in der Literatur ausführlich belegt [36–38]. Das Finanzvolumen sowie die Verteilung der Budgets auf die Komponenten (geplant: Komponente I: 11,9 %; Komponente II: Rest) entspricht der Bedeutung von MCH bzw. seiner Elemente.

Durch die Beschaffung von Kontrazeptiva, die Einführung des Mutterpasses und die Modernisierung der nationalen und regionalen multidisziplinären Kinderkrankenhäuser anhand der entwickelten Masterpläne (Rationalisierungsmaßnahmen (z.B. durch die Reduzierung von Doppelstrukturen und Überkapazitäten), der Reorganisation mit zeitgemäßen patientenorientierten Abläufen, der Integration von Subspezialitäten) und durch die Ausstattung mit modernen medizinischen Geräten (Output-Ebene) sollten eine bessere Versorgung der Frauen mit modernen Kontrazeptiva und deren steigender Nutzung unter Berücksichtigung ihrer individuellen Entscheidungsfreiheit erreicht und die Schwangerschaftsvorsorge sowie die Diagnostik und Behandlung von Kindern verbessert werden (Outcome-Ebene). Begleitet wurde dies durch klinische, Wartungs- sowie Managementtrainings und die Ausrichtung einer pädiatrischen Konferenz. Auf Impact-Ebene soll dies zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit in Usbekistan führen. Die Bedeutung von Mutter-Kind-Gesundheit für die langfristige Gesundheit der Bevölkerung, Wachstum und Wohlstand ist offensichtlich [20, 39].

Wie Abbildung 3 zeigt, haben unbeabsichtigte Schwangerschaften nicht nur negative ökonomische Auswirkungen, sondern auch Auswirkungen auf die Mütter- und Kindergesundheit [40–42]. Gerade auch die gesundheitlichen Auswirkungen von (unprofessionellen) Abtreibungen sind eindeutig. Hierbei ist zu beachten, dass der größte Teil der (religiösen) Bevölkerung Usbekistans der Hanafi School des Sunni Islam folgt [43], die offiziell Abtreibungen vor dem 120. Tag nicht grundsätzlich ablehnt [44]. Trotzdem

²³ Die Karte wurde auf Basis der Datenquelle von Thomas Gickhorn (2024) erstellt.

²⁴ Laut PV sollte auch ein regionales pädiatrisches Krankenhaus von Tashkent City sowie ein chirurgisches Zentrum in Samarkand einbezogen werden. Diese Einrichtungen existieren jedoch nicht. Es ist nicht mehr nachvollziehbar, welche Institutionen gemeint sind. Gemäß AK erhielt auch das Republikanische Zentrum für minimal-invasive und endokrinologische Chirurgie Geräteelieferungen, „nachdem es in das Republikanische Zentrum für Kinderchirurgie integriert worden war (Durchführungsbedingung)“. Die Geräteelieferungen sind nachweisbar, die Integration hat jedoch nicht stattgefunden.

werden Frauen, die abgetrieben haben, nach Aussagen der Interviewpartner zunehmend der Diskriminierung ausgesetzt. Auch aus dieser Perspektive ist Komponente I relevant.

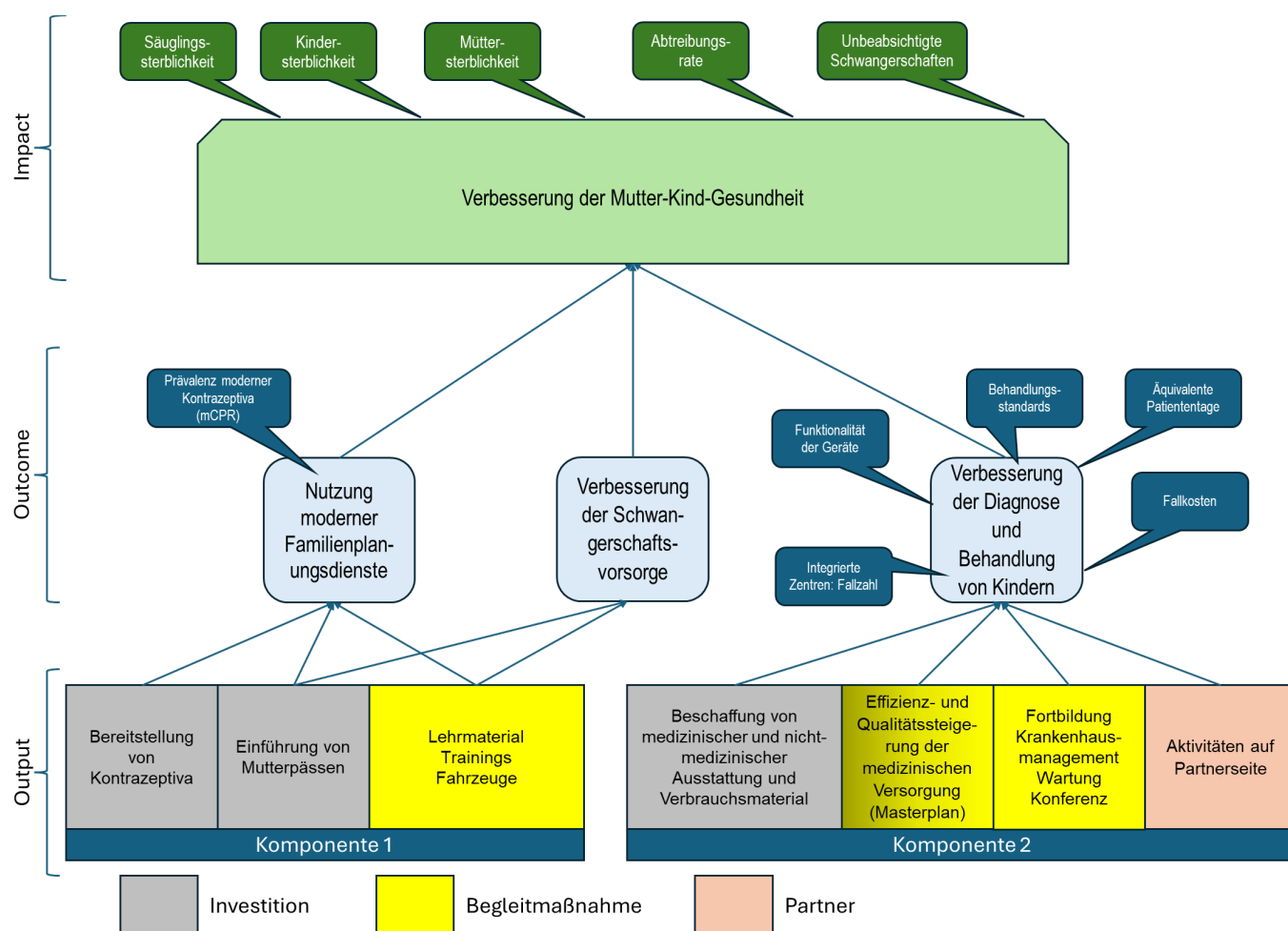


Abbildung 6: Rekonstruierte Wirkungskette.
Quelle: Eigene Darstellung.

Für Komponente II, die unmittelbar an Umfang und Qualität der Leistungserstellung ansetzt, ist der Zusammenhang zur Kindergesundheit eindeutig. Auf Basis der Literatur kann davon ausgegangen werden, dass der von Donabedian beschriebene Zusammenhang von Struktur- (z.B. Geräte, Schulungen, Personal), Prozess- (z.B. Durchführung von bestimmten Prozeduren) und Ergebnisqualität (z.B. Patientenbehandlung, Patientenzufriedenheit, Heilung) gegeben ist [45].

Der Zusammenhang der Gesundheit von Müttern und der Gesundheit von Kindern kann ebenfalls als klar belegt gelten [46], was jedoch in dem Vorhaben nur unzureichend zum Ausdruck kommt. Eine engere Verzahnung der beiden Komponenten hätte die Relevanz unterstreichen können. Es zeigt sich, dass die Komponenten I und II fast dichotom sind. Angesichts der Interdependenz von Mütter- und Kindergesundheit wäre eine bessere Verzahnung der beiden Komponenten hilfreich gewesen. Dies entspricht auch der internationalen Gesundheitspolitik, die Mütter- und Kindergesundheit als MHC-Einheit versteht, die zwar systematisch unterschieden, jedoch praktisch nicht getrennt werden sollten [46]. Es erscheint nicht zielführend, wenn Kinder in einem pädiatrischen Zentrum gut behandelt werden, während die Mütter mit höherer Wahrscheinlichkeit sterben, weil die Versorgung nicht ausreichend ist. Bei der Konzeption hätte man die Interdependenz von Mütter- und Kindergesundheit stärker berücksichtigen können. Komponente II zielt dabei ausschließlich auf die Modernisierung aller multidisziplinären Kinderkrankenhäuser bzw. auf die Verbesserung der Diagnose und Behandlung von Kindern auf regionaler und nationaler Ebene ab. Der Mutterpass sollte eine wichtige Komponente der Müttergesundheit darstellen, der allerdings auch „nur“ den Bereich Schwangerenvorsorge abdeckte (Komponente I). Die Diagnose und Behandlung in den Kliniken sind im Vorhaben hingegen nur auf Kinder bezogen.

Bezüglich des Indikatorensystems ist fraglich, warum im Projektvorschlag (PV) zwar von „modernen Kontrazeptiva“ gesprochen wird, bei den Indikatoren dann jedoch ohne Begründung die „contraceptive prevalence rate“ (CPR) statt der „modern contraceptive prevalence rate“ (mCPR) gewählt wurde [47]. Weiterhin fällt auf, dass kein Indikator für die Verbesserung der Schwangerschaftsvorsorge gewählt wurde (z.B. ANC-Besuche; Verwendung des Mutterpasses). Ebenso sind die Indikatoren für die Verbesserung der Diagnose und Behandlung von Kindern unzureichend. So zielten diese bspw. primär auf die Existenz der

Behandlungsstandards ab oder darauf, ob die Integration von Abteilungen vollzogen ist (Output-Ebene) – relevant ist jedoch, ob Standards auch angewandt werden und integrierte Abteilungen funktionsfähig und ausgelastet sind (Outcome-Ebene). Darüber hinaus werden im Rahmen der Evaluierung Indikatoren zur Messung der Leistung der Krankenhäuser sowie der Effizienz herangezogen.

Eine explizite Ausrichtung auf soziale, ökologische und ökonomische Dimensionen der Nachhaltigkeit erfolgt nicht. Es ist aber gut belegt, dass durch eine rechtzeitige und angemessene medizinische Versorgung von Müttern und Kindern und einem daraus resultierenden Rückgang der Krankheits- und Todesfälle erhebliche volkswirtschaftliche und sozioökonomische Positivfolgen entstehen können. Grundsätzlich gelten Schwangere und Kinder als vulnerable Gruppen in UZB, für deren Behandlung auf allen Ebenen keine Gebühren verlangt werden, solange sie das Überweisungssystem einhalten. Auch in Tertiärkrankenhäusern sind die Leistungen für alle Mitglieder vulnerabler Gruppen gebührenfrei. Es ist deshalb auch nicht bemerkenswert, dass das Vorhaben keine sozialen Unterschiede (z.B. Peripherie, Armut) berücksichtigt.

Ökologische Zielsetzungen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Insgesamt erscheint das Vorhaben gemäß der Konzeption geeignet, zu dem Ziel des EZ-Programms „Gesundheit in Zentralasien“ beizutragen, das eine Verbesserung der Schlüsselbereiche Mutter-Kind-Gesundheit, rechtsbasierte sexuelle und reproduktive Gesundheit, Tuberkulose- und HIV-Prävention anstrebt.

4. Reaktion auf Veränderungen/Anpassungsfähigkeit

Während der Umsetzungsphase traten keine tiefgreifenden strukturellen Änderungen auf, jedoch erhebliche Verzögerungen, die zu Anpassungen führten (vgl. Kapitel Produktionseffizienz). Darüber hinaus wurden Umschichtungen des Budgets möglich bzw. nötig, als klar wurde, dass der Mutterpass nicht wie geplant eingeführt werden konnte. Dieses Dokument sollte nach einer Verfügung des MoH 2012 landesweit eingeführt werden. Nach der Revision des Mutterpasses zu einer vereinfachten Version eines 'home-based maternity records' (HBMR), wurde das Dokument im Dezember 2015 in Namangan pilotiert und anschließend von MoH genehmigt. Es kam aber nicht zur landesweiten Produktion des HBMR. Dadurch konnten 2,5 Mio. EUR vom Mutterpass zur Beschaffung zusätzlicher medizinischer Ausstattung (Zusatz zu den Besonderen Vereinbarungen vom 03.11.2016) umgewidmet werden. Es erfolgte eine Aufforderung des MoH an die Regionen, den HBMR aus eigenen Mitteln zu finanzieren und zu produzieren, was allerdings nur in Namangan (mit 60.000 Kopien) und Samarkand (mit 70.000 Kopien der Vorgängerversion) erfolgte. Die Finanzierung der Mutterpässe aus usbekischen Eigenmitteln ist entgegen der Zusage von MoH nicht erfolgt.

Zusammenfassende Bewertung der Relevanz: erfolgreich (2)

Insgesamt kann man aber festhalten, dass die Einzelmaßnahmen des FZ-Vorhabens in ihrer Gesamtheit ausgesprochen relevant für die Gesundheit der Zielgruppe sind. Die Tatsache, dass die Einführung des Mutterpasses scheiterte, lässt die Frage aufkommen, ob die Relevanz des Dokuments von allen Partnern wirklich gesehen wurde. Selbst wenn man dies verneint und die Relevanz von Anfang an in Frage stellt, bleibt bei einer Gewichtung der einzelnen Komponenten mit den Budgetanteilen eine insgesamt hohe Relevanz. Das Vorhaben war gut konzipiert, enthält maßgebliche Elemente der Mütter-Kinder-Gesundheit und hatte das Potential für einen bedeutenden Beitrag zur Gesundheitsversorgung in Usbekistan. Die Relevanz des FZ-Vorhabens ist deshalb als erfolgreich (Stufe 2) zu bewerten.

Kohärenz

5. Interne Kohärenz

Wie dargestellt, fügt sich das Vorhaben konsistent in die BMZ Kernthemenstrategie [30] ein, die in Kapitel 4.3 (Bevölkerungsdynamik; sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte) den Zugang zu Diensten der reproduktiven Gesundheit in unseren Partnerländern explizit als Ziel formuliert und die Stärkung der Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheit (in Verbindung mit der Muskoka-Initiative) als maßgeblich verpflichtend für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit deklariert. Dementsprechend ist MCH schon seit langem ein zentraler Bestandteil der deutschen Entwicklungszusammenarbeit in FZ und TZ, der vollständig in die jeweilige Länderstrategie eingebunden und zwischen den Partnern arbeitsteilig konzipiert ist.

Tabelle 7 zeigt die weiteren Vorhaben und Programme der EZ während der Projektlaufzeit. Tatsächlich spielt die Gesundheit von Kindern und Müttern in den meisten Programmen eine Rolle, wenn auch nicht immer so explizit benannt wie in dem hier zu evaluierenden Vorhaben. Man kann aber von einer kontinuierlichen MCH-Ausrichtung durchaus sprechen. Weiterhin zeigt sich eine Synergie zwischen den Vorhaben der deutschen FZ und TZ. Es muss betont werden, dass die Abstimmungen zwischen den beiden Durchführungsorganisationen eng erfolgt, was sich auch seit längerem in einer guten Kooperation in bestimmten Maßnahmenfeldern zeigt:

Müttergesundheit: Die deutsche TZ führte das Vorhaben „Management medizinischer Hochtechnologie in Usbekistan“ (2019 – 2024) durch, das vor allem die Ausbildung in minimalinvasiver Chirurgie und in Bildgebung inkludierte, d.h. in den

Funktionalitäten, deren Infrastruktur von dem hier zu evaluierenden Projekt gefördert wurde. Hierzu bestand eine intensive Zusammenarbeit in der ärztlichen Ausbildung mit der Tashkent Medical Academy (TMA)²⁵ und dem TIPME²⁶ zur Entwicklung von Curricula und Unterrichtsmaterialien. Aus dem Consultant Report 2012 geht hervor, dass die erste Version des Mutterpasses von der deutschen TZ entwickelt wurde. Spätere Anpassungen wurden abgesprochen.

Kindergesundheit: Pädiatrie (Neonatologie, Kinderchirurgie) ist eines der sechs Themengebiete, in denen die deutsche TZ insbesondere mit dem Republican Paediatric Hospital zusammenarbeitet. Beispielsweise wurde die School of Paediatric Radiology dabei unterstützt, ein Training für Kinderradiologen aufzubauen, um alle OCMMCs mit speziell geschulten Kinderradiologen zu unterstützen. Weiterhin wurden die Neonatologen in den Perinatalzentren (insbesondere in den Bereichen minimalinvasiver Chirurgie und Bildgebung) in den Bereichen Ultraschall und Komplikationsassessment geschult.

Wartungsdienste: Im Bereich Wartungsdienste war von Anfang an eine enge Absprache mit der TZ festzustellen. So nutzte der Consultant im Rahmen der BM für die Schulung in Wartungsplanung das Programm openMedis, das von der TZ (mit)verantwortet wurde.²⁷ Ebenso führte die TZ-Trainings in Wartung und Wartungsmanagement in den Perinatalzentren und Notfallkrankenhäusern durch. Der Schwerpunkt lag jedoch auch hier auf der Kooperation mit den Universitäten, um biomedizinische und Wartungsingenieure auszubilden, um somit langfristig ausreichend Personal für die Wartung der medizinischen Ausstattung zu haben. Die Beschaffungslisten der FZ waren der TZ bekannt, so dass Lehrinhalte (Technik, Qualitätsmanagement, Kalibrierung, ...) darauf abgestimmt werden konnten. Weiterhin unterstützte TZ die Etablierung des "Republican maintenance center" mit Ablegern in jeder Region, die für die Krankenhäuser der jeweiligen Region die Wartung und Reparatur auf Anfrage durchführen. Bis heute unterstützt die TZ das s.g. procurement center in der Strategieentwicklung, das auch ein maintenance center enthält. Weiterhin berät die TZ das Ersatzteilmanagement, was auch ein digitales Inventar als Basis zukünftiger Anlagenlebenszyklen umfasst. Für die Geräte, die im Rahmen des hier zu evaluierenden Vorhabens geliefert wurden, ist die Existenz von Wartungs- und Reparaturdiensten sowie eines Lebenszyklusmanagements ein zentraler Nachhaltigkeitsfaktor.

Managementtraining: Mit dem laufenden Project (2024 – 2027) zur Unterstützung bei der Umsetzung der usbekischen Gesundheitsstrategie fördert die TZ lokale Partner (insb. TMA und TIPME) bei der Entwicklung geeigneter akademischer und praktischer Managementkurse für Krankenhausführungskräfte. Diese Komponente gliedert sich nahtlos in die Trainingskurse der FZ im Rahmen dieses Projektes an.

Die Tatsache, dass die deutsche FZ und TZ teilweise in denselben Städten unterschiedliche Krankenhäuser unterstützen, kann positiv oder negativ bewertet werden. Positiv ist, dass dadurch eine breitere Abdeckung in der Region und über Fachgrenzen hinweg (z.B. Perinatalzentren und Pädiatrische Zentren)²⁸ erfolgt. Negativ ist hingegen, dass das Risiko bestand, dass beispielsweise professionelle Wartung in Krankenhäusern verfügbar ist, die keine moderne Ausstattung erhalten haben, während die von FZ unterstützten Krankenhäuser zwar moderne Geräte, aber keine ausgebildeten Wartungsmitarbeiter haben. In der Realität wurde das Problem dadurch beseitigt, dass Schulungen und Trainingsmaterialien von einem Träger deutscher EZ unterstützten Krankenhäuser auch den Mitarbeitern der vom anderen Träger unterstützten Krankenhäuser zugänglich waren.

Schließlich zeugt die Tabelle davon, dass die deutsche EZ das Ziel umsetzt, verschiedene Ebenen und Subsektoren zu unterstützen, d.h., nicht nur Tertiärkrankenhäuser, sondern auch niedrigere Versorgungsebenen; nicht nur Therapie, sondern auch Ausbildung; nicht nur die Hauptstadt, sondern explizit periphere Regionen.

Ergänzend zu Tabelle 7 soll noch erwähnt werden, dass sich das hier zu evaluierende FZ-Vorhaben als Fundament für die derzeit geplanten Vorhaben darstellt. So ist ein Projekt zur „Modernisierung pädiatrischer Kliniken und Blutbanken“ in Vorbereitung, das zweifelsohne auf der entwickelten Expertise und Vertrauensbasis basiert.

Weiterhin kann proklamiert werden, dass die Maßnahme konsistent mit den internationalen Standards der Mütter- und Kindergesundheit ist, was bereits unter Relevanz diskutiert wurde (insb. MDGs, SDGs, Alma-Ata Deklaration, Safe Motherhood Initiative, Safe Motherhood Actions, UN Global Strategy for Women's and Children's Health, Muskoka Initiative, "The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)". Die Evidenz für eine extrem hohe Kohärenz zwischen nationaler Gesundheitspolitik, deutscher Entwicklungspolitik und den Maßnahmen von FZ und TZ ist geradezu überwältigend, was allerdings beim Thema MCH kaum anders zu erwarten ist.

²⁵ Die Tashkent Medical Academy (TMA) fusionierte mit dem Tashkent Paediatric Medical Institute und dem Tashkent State Dental Institute zur Tashkent State Medical University (TSMU).

Das primäre Aufgabengebiet ist die Ausbildung akademischer Mitarbeiter des Gesundheitswesens, z.B. Ärzte, Pflegende, Pharmazeuten etc.

²⁶ Das „Center for the Development of Professional Qualification of Medical Workers“ (CDQPQMW) wurde bis 2024 „Tashkent Institute for Post-graduate Medical Education“ (TIPME) genannt. TIPME ist jedoch im Sektor noch gebräuchlicher als CDQPQMW. Es dient der Fortbildung in Berufen des Gesundheitswesens, insb. von Ärzten, Pflegenden und Therapeuten.

²⁷ Zur aktuellen Nutzung siehe Kapitel Nachhaltigkeit.

²⁸ Ein Perinatalzentrum ist ein hochspezialisiertes Krankenhaus für die Betreuung von Schwangeren, Früh- und Neugeborenen. Es vereint eine Geburtsklinik und eine neonatologische Abteilung, um Risikoschwangerschaften sowie kranke und sehr unreife Frühgeborene medizinisch zu versorgen. In Usbekistan sind die Perinatalzentren auch auf Oblast-Ebene angesiedelt. Das OCMMC hingegen ist ein Kinderkrankenhaus, das mit unterschiedlichen Abteilungen (z.B. Kinderchirurgie, Kinderneurologie, pädiatrische Infektionsabteilung, pädiatrische Innere, ...) ausgestattet ist. Selbstredend gibt es hier Überlappungen, aber im stark vertikalen Gesundheitssystem von Usbekistan sind die Krankenhäuser regelmäßig getrennt.

Projekt/Programm	Durchführungsorganisation	Laufzeit	Volumen [EUR]
Programm zur Bekämpfung der Tuberkulose IV	KfW	12.04.06 – 31.03.14	3.672.094,84
Regionalvorhaben: Gesundheit in Zentralasien	GIZ	2009 – 2018	29
Regionalvorhaben: HIV/AIDS	GIZ	01.01.09 – 31.12.2011	6.500.000,00
Programm zur Bekämpfung der Tuberkulose V	KfW	07.05.08 – 30.09.25	2.000.000,00
Schwerpunktprogramm Gesundheit, Komponente Fortbildung von Ärzten und medizinischem Personal	GIZ	06.05.11 – 26.09.14	2.029.020,20
Regionalvorhaben: Systementwicklung in sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte Zentralasien	GIZ	01.01.12-31.12.14	3.500.000,00
Schwerpunktprogramm Gesundheit, Komponente Bekämpfung der Tuberkulose, Phase VI	KfW	14.07.11 – 31.12.23	2.972.747,54
Schwerpunktprogramm Gesundheit, Komponente Kardiologisches Zentrum	KfW	30.12.11 – 13.09.24	2.970.300,40
Schwerpunktprogramm Gesundheit, Rehabilitation des Regionalen Medizinizentrums Surkhandarya	KfW	08.10.12 – 30.09.25	3.000.000,00
Schwerpunktprogramm Gesundheit, Rehabilitation des Regionalen Medizinizentrums Surkhandarya (Begleitmaßnahme)	KfW	08.10.12 – 30.09.25	500.000,00
Modernisierung von medizinischen Multiprofil-Zentren der Gebietsebene in vier Regionen der Republik Usbekistan	KfW	25.06.13 – 30.09.25	9.000.000,00
Modernisierung von medizinischen Multiprofil-Zentren der Gebietsebene in vier Regionen der Republik Usbekistan (BM)	KfW	25.06.13 – 30.09.25	1.000.000,00
Schwerpunktprogramm Gesundheit, Komponente Fortbildung von Ärzten und medizinischem Personal	GIZ	01.09.14 – 31.03.19	5.097.394,68
Modernisierung von medizinischen Multiprofilzentren der Gebietsebene II (Inv.)	KfW	20.02.15 – 30.09.25	10.000.000,00
Modernisierung von medizinischen Multiprofilzentren der Gebietsebene II (BM)	KfW	20.02.15 – 30.09.25	1.000.000,00
Modernisierung von medizinischen Multiprofilzentren der Gebietsebene III (Inv.)	KfW	14.03.18 – 30.09.25	8.500.000,00
Modernisierung der medizinischen Multiprofilzentren der Gebietsebene III (BM)	KfW	14.03.18 – 30.09.25	500.000,00
Modernisierung von medizinischen Multiprofilzentren der Gebietsebene IV (Inv.)	KfW	05.08.22 – 31.12.27	10.300.000,00
Modernisierung von medizinischen Multiprofilzentren der Gebietsebene IV (BM)	KfW	05.08.22 – 31.12.27	1.000.000,00
Management medizinischer Hochtechnologie in Usbekistan (MedTech)	GIZ	15.03.19 – 28.10.24	11.000.000,00
Unterstützung der digitalen Reform im Gesundheitssektor	KfW	08.08.22 – 31.12.28	45.000.000,00
Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Aral-See Region	KfW	19.05.23 – 31.08.28	30.000.000,00
Unterstützung der digitalen Reform im Gesundheitssektor	KfW	05.08.22 – 31.12.28	5.500.000,00
Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Aral-See Region	KfW	19.05.23 – 31.08.28	2.000.000,00
Unterstützung der COVID-19 Bekämpfung im Gesundheitswesen	KfW	15.10.24 – 31.12.27	10.000.000,00
Unterstützung bei der Umsetzung der usbekischen Gesundheitsstrategie	GIZ	01.02.24 – 31.01.27	10.000.000,00
Modernisierung medizinischer Aus- und Weiterbildung in Termez unter Einbeziehung von Afghan*innen	KfW	08.11.2023 – 31.12.28	13.500.000,00
Modernisierung medizinischer Aus- und Fortbildung in Termez unter Einbeziehung von Afghan*innen	GIZ	18.10.23 – 31.12.26	4.000.000,00
Regionalvorhaben: Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit in Zentralasien	GIZ	18.12.23 – 31.12.25	3.000.000,00

Tabelle 7: Weitere Projekte und Programme der deutschen EZ während der Projektlaufzeit.

Quelle: Transparenzportal BMZ, GIZ und KfW.

6. Externe Kohärenz

Die Strategien Usbekistans zeigen eine klare Priorisierung von Mutter-Kind-Gesundheit, was sich aktuell auch in der Aufteilung des „Uzbekistan Vision 2030 Fund“ zeigt, der unter Führung von UNICEF, UNFPA, WHO primär der Verbesserung der Gesundheit der Neonatalen und Müttern dienen soll. Die FZ-Maßnahme hat die Eigenanstrengungen der Regierung von Usbekistan erheblich unterstützt, ein modernes Gesundheitssystem mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen aufzubauen, die die Bedürfnisse der Bevölkerung erfüllen und von dieser geschätzt werden. Tabelle 8 zeigt hierfür exemplarisch die wichtigsten Regularien der Gesundheitsreform seit 2019 auf. Auffällig ist, dass Gesundheit bei den Dekreten und öffentlichen Erklärungen des Präsidenten in den letzten 6 Jahren eine außergewöhnlich große Rolle gespielt hat. Neben Dekreten zu besonders vulnerablen Gruppen,³⁰ ist es bedeutend, dass es ein eigenes Presidential Decree zu MCH und reproduktiver Gesundheit gibt. Es schreibt u.a. die Fusion des während der Projektlaufzeit zuständigen Republican Center of Reproductive Health mit anderen Einrichtungen zum „Republican Specialized Mother and Child Health Care Scientific Practical Center“ vor, das u.a. für die Versorgung mit Kontrazeptiva zuständig ist.

Die Dekrete, Gesetze und Verordnungen dienen zum einen einer Finanzierungsreform (Einführung des State Health Insurance Funds als erster Schritt zu einer sozialen Krankenversicherung), zum anderen der verbesserten Struktur des Angebots. Die Gesundheit von Müttern und Kindern ist hierbei stets ein Schwerpunkt der Regierung Usbekistans, die für MCH zuständige Deputy Ministerin des MoH von großem Gewicht innerhalb des Ministeriums. Sie hat MCH auch im Rahmen der Vision 2030 prominent platziert. Die Interviewpartner äußerten hierbei mehrfach, dass die guten Erfahrungen mit der deutschen

²⁹ Anteil konnte nicht geklärt werden.

³⁰ Decree of the President of the Republic of Uzbekistan on measures to establish a system for providing medical care and free delivery of medicines to sick children diagnosed with spinal muscular atrophy, dated 25 April 2022, No. 217; Decree of the President of the Republic of Uzbekistan on measures to implement the national strategy of the Republic of Uzbekistan to combat childhood cancer for 2025-2030 dated 19 May 2025 No. 186; Decree of the President of the Republic of Uzbekistan on the approval of the Programme of measures for the organisation of medical and social assistance to children suffering from rare (orphan) diseases and other hereditary genetic diseases for 2026-2030 dated 3 November 2025 No. 331.

Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen im Sektor als Ermutigung für kontinuierliche und mutige Transformation des Sektors angesehen werden.

Jahr	Gesetzgebung	Name	Inhalt
2017	Presidential Decree	On measures to further improve the organization of primary healthcare in Republic of Uzbekistan	Ausweitung der Abdeckung hochwertiger medizinischer Grundversorgung und Verbesserung der Vorsorge (Familienpolikliniken)
2018	Presidential Decree No. UP-5590	On comprehensive measures to fundamentally improve the healthcare system	„Konzept zur Entwicklung des Gesundheitssystems 2019–2025“ als mittel- bis langfristige Politik
2019	Law	On the Protection of Reproductive Health of Citizens	Beziehungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit, Prävention und Behandlung von Unfruchtbarkeit
2022	Presidential Decree No. 216	Strengthening the protection of motherhood and childhood in 2022-2026	Strategie zur Stärkung von MCH 2022-2026
2023	Presidential Decree No. PP-296	On measures to protect the health of mothers and children, to strengthen of reproductive health of the population	Maßgebliches Gesetz zu MCH
2023	Law No. ZRU-879 “	On Amendments and Supplements in connection with the Improvement of Pharmaceutical Activity	Änderungen im Bereich Arzneimittel und Blutspenden
2024	Decree UP-20	On Additional Measures to Regulate the Pharmaceutical Industry	Herstellung und Verkauf von Arzneimitteln und Medizinprodukten
2024	Resolution No. 619	On the approval of the Regulation on the Reimbursement Program	Erstattungsprogramm für ambulante Arzneimittel auf elektronische Verschreibung
2024	Resolution No. 408	On Measures to Improve the Supply of Pharmaceuticals and Medical Equipment System...” * (29 November 2024)	Verfahren zur Ermittlung des Bedarfs an Arzneimitteln/Medizinprodukten
2024	Presidential Resolution PP No. 311	On measures to implement mechanisms of state health insurance	Staatliche Krankenversicherung in Taschkent und Syrdarya
2025	Presidential Decree No. UP-88	On Measures for the Consistent Continuation of Healthcare Reform	Pilotprojekte, Umstrukturierung der medizinischen Grundversorgung und Reformen der Grundsätze der medizinischen Versorgung
2025	Presidential Resolution PP No. 185	On Additional Measures for the Implementation of Reforms in the Healthcare System	Ergänzungen zu UP 88: Personaloptimierung, Umstrukturierung der Einrichtungen auf Bezirksebene usw.

Tabelle 8: Maßgebliche Regularien der Gesundheitsreform seit 2019.

Quelle: MoH.

Die Kooperation zwischen der deutschen TZ bzw. dem FZ-Lead-Consultant und den verantwortlichen Stellen der Regierung (MoH, Oblaste, Krankenhausleistungen etc.) verlief größtenteils reibungslos, was zum Teil auch darauf zurückzuführen ist, dass sich das Programm in bestehende Systeme und Strukturen eingepasst hat. So wurden keine grundsätzlich neuen Verteilungswege für Kontrazeptiva oder völlig neue Beschaffungsvorschriften entwickelt, sondern die staatlichen Wege genutzt. Bei der Beschaffung führte dies zum Teil zu Verzögerungen, da erheblicher Klärungsbedarf bestand. Allerdings implizierte dies auch, dass eine hohe Kohäsion von Staat und Maßnahme erreicht wurde.

Die Gesundheit und insbesondere die Gesundheit von Müttern und Kindern ein Schwerpunkt der Partner. Die Zahl der Dokumente der WHO, die die Gesundheit von Kindern und Müttern fokussieren, ist überwältigend groß.³¹ Auch andere Partner sind in der Finanzierung von Gesundheitsdienstleistern und MCH aktiv. Die UNFPA war ein „natürlicher Partner“ für die Phase der Bereitstellung von Kontrazeptiva. Die von ihr in Kooperation mit der Regierung Usbekistans entwickelten Verteilzentren wurden vollumfänglich genutzt. Die Koordination der Geberorganisationen des Sektors hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, war während der Umsetzungsphase jedoch durchaus verbesserungswürdig. Erwähnenswert ist auch das Investitionsprojekt „Verbesserung der perinatalen Versorgung“ unter Beteiligung der Asiatischen Entwicklungsbank (ADB, 20.11.2024) mit einer Darlehenssumme von 100 Millionen US\$ und einem Eigenbeitrag von 34,09 Millionen US\$ zur Verbesserung der perinatalen Gesundheit. Dieses aktuelle und umfangreiche Projekt zeigt auf, dass die Usbekische Regierung und die Entwicklungspartner noch immer eine hohe Priorität auf MCH legen und insbesondere die Geräteausstattung der Zentren der Kinderheilkunde nach wie vor von großer Bedeutung ist.

Es entspricht auch den Zielen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit, bilaterale und multilaterale Kooperation zu integrieren [51]. Hierbei wird in den Interviews immer wieder betont, dass gerade die schnelle und vergleichsweise unbürokratische Unterstützung aus Deutschland (z.B. bei der Finanzierungslücke der Kontrazeptiva) eine hohe Bedeutung hatte.

Zusammenfassende Bewertung der Kohärenz: **erfolgreich (2)**

Mütter- und Kindergesundheit hat eine sehr hohe Priorität bei der Regierung von Usbekistan, anderen Partnern und den Trägern deutscher Entwicklungszusammenarbeit. Deshalb ist zu erwarten, dass eine hohe grundsätzliche Kohäsion besteht. In der Realität zeigt sich dies vor allem in der Kooperation zwischen deutscher FZ und der Regierung sowie zwischen FZ und TZ. Insbesondere

³¹ Vgl. z.B. allgemein [48] und [49]. Speziell für Usbekistan [50] und [6].

letztere war und ist im Vergleich zu anderen Ländern sehr eng, was von manchen Interviewpartnern positiv wahrgenommen wird. Zusammenfassend kann die Kohärenz als erfolgreich (Stufe 2) bewertet werden.

Effektivität

Bewertungsgewichtung

Für die Bewertung nach OECD DAC-Kriterien ist es zuerst einmal notwendig, die einzelnen Komponenten bzw. Interventionsfelder des FZ-Vorhabens zu benennen. Tabelle 9 zeigt die Felder auf. Hierbei ist wichtig zu betonen, dass die einzelnen Interventionsfelder nicht gleichmäßig monetär relevant waren. Für Komponente I (Reproduktive Gesundheit) waren 11,9 % (inkl. Begleitmaßnahmen, ohne Kontingenz) geplant und 11,0 % wurden ausgegeben. Der größte Teil war hingegen für Komponente II (Mutter-Kind-Gesundheit) vorgesehen. 88,1 % waren Investitionsmittel, d. h. die Beschaffung stellte den gewichtigsten Teil dar.

Komponente	Interventionsfeld	Investition	Begleitmaßnahme
Reproduktive Gesundheit	Kontrazeptiva	Beschaffung von Kontrazeptiva	Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit
	Mutterpass	landesweite Produktion des Mutterpasses	Training in Kontrazeptivaberatung endgültige Festlegung der Inhalte des Mutterpasses
Mutter-Kind-Gesundheit	Transport	Beschaffung von Fahrzeugen für Monitoring, Verteilung, Personaltransport	Training, Ausbildung in Wartungssystemen
	Medizinische Geräte	Beschaffung medizinischer Geräte Beschaffung von nicht-medizinischer Ausstattung Beschaffung von Verbrauchsmaterialien	
			Krankenhausentwicklungspläne (Masterpläne) Prozessoptimierung, inkl. Abläufe, SOPs Pädiatrische Konferenz Managementtraining

Tabelle 9: Komponenten und Interventionsfelder der Maßnahme.

Quelle: Abschlussbericht GFA.

Das Ziel auf Outcome-Ebene war die Verbesserung der (1) Nutzung moderner Familienplanungsdienste unter Berücksichtigung der individuellen Entscheidungsfreiheit von Frauen, der (2) Schwangerschaftsvorsorge und der (3) Qualität der Diagnose und Behandlung von Kindern in Usbekistan. Letzteres sollte durch die bessere Ausstattung der Kinderkrankenhäuser sowie Effizienz- und Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung erreicht werden.

7. Erreichung der Ziele

Zur Messung des Outcome-Ziels werden folgende Indikatoren herangezogen:

Indikator	Status bei Prüfung ³²	Zielwert bei EPE (Prüfung)	Istwert bei AK ³³	Istwert bei EPE
(1) Moderne kontrazeptive Prävalenz (mCPR)	61,4 % (2009)	Anteil steigt	62,0 %	62,3 % [52]. Zielwert erreicht
(2) Anwendung von Behandlungsstandards (Standard Operating Procedures, SOPs)	Bei Prüfung lagen kein Behandlungsstandards vor.	Bei Begehung auf jeweils 3 Abteilungen pro Krankenhaus werden jeweils mindestens 3 Behandlungsstandards angewendet.	Wurde nicht erfasst.	Anwendung der SOPs: 72 %, in 4 von 5 Krankenhäusern jeweils mind. 3 Standards in 3 Abteilungen Gerätevoraussetzung: ja Personalvoraussetzung: ja Zielwert teilweise erreicht
(3) Funktionsfähigkeit und Nutzung der anhand der Masterpläne integrierten Abteilungen in den multidisziplinären Oblast-Krankenhäusern	Bei Prüfung waren die Abteilungen nicht integriert.	Alle Krankenhäuser haben integrierte Abteilungen, die auch funktionsfähig sind und genutzt werden. Ein Krankenhaus gilt als integriert, wenn mindestens zwei Abteilungen pro Krankenhaus zusätzlich integriert sind.	/	Alle Krankenhäuser haben mindestens 2 Integrationen vorgenommen, die funktionsfähig sind und genutzt werden. Insgesamt 80 % der ursprünglichen Integrationen existieren und werden genutzt. Zielwert erreicht

³² PV vom 03.03.2010. Dementsprechend beziehen sich die meisten Statistiken bei Prüfung auf 2009.

³³ AK vom 04.09.2024. Dementsprechend beziehen sich die meisten Statistiken bei Prüfung auf 2023.

(4) Leistung der Krankenhäuser mit Subindikatoren: • Zahl der Aufnahmen • Zahl der ambulanten Patienten • Durchschnittliche Belegungsrate • Anteil der größeren Operationen an der Gesamtzahl der Eingriffe	Diverse Werte einzelner Krankenhäuser	• Die Zahl der Aufnahmen und die Zahl der ambulanten Patienten sind seit 2010 um mindestens 25 % gestiegen. • Die durchschnittliche Belegungsrate liegt bei mindestens 85 % (internationaler Standard). • Der Anteil der größeren Operationen an der Gesamtzahl der Eingriffe ist gestiegen	/	• Zahl der Aufnahmen: +73 % • Zahl der ambulanten Patienten: +13 % • Durchschnittliche Belegungsrate: mindestens 85 % • Anteil der größeren Operationen an der Gesamtzahl der Eingriffe: 85 % Zielwert teilweise erreicht
(5) Deflationierte Fallkosten (Kosten pro äquivalentem Patiententag)	/	Die deflationierten Fallkosten sind trotz Steigerung der Fallschwere nicht gestiegen.	/	Die Kosten pro äquivalentem Patiententag sind etwa auf das fünffache gestiegen. Zielwert nicht erreicht

Tabelle 10: Outcome-Zielerreichung.

Quelle: PV, AK, MoH, Abschlussbericht GFA, [1, 52].

- Ad (1): Moderne kontrazeptive Prävalenz (mCPR): mCPR misst den Anteil von Frauen im Alter von 15–49 Jahren, die selbst oder deren Partner mindestens eine moderne Methode der Kontrazeption verwenden [53]. Das Methodenspektrum ist breit und umfasst männliche und weibliche Sterilisation, orale Kontrazeption („Pille“), interuterine Kontrazeption (IUD), kontrazeptive Depot-spritzen, Implantate, Kondome für Männer und Frauen, Diaphragma, kontrazeptiven Schaum und Gel etc. Traditionelle Methoden der Kontrazeption, wie z.B. coitus interruptus oder Knaus-Ogino-Methode zählen zwar zur kontrazeptiven Prävalenz (CPR), jedoch nicht zu den modernen Methoden (mCPR). Beide Statistiken basieren auf Stichproben oder Schätzungen, da zwar der Umsatz mit Kontrazeptiva gemessen werden kann, die Anwendung derselben jedoch nur aus Befragungen mit möglicherweise verzerrten Bekundungen erhoben werden kann. Deshalb unterscheiden sich Statistiken erheblich, gleichzeitig sind viele Reihen unvollständig. So geben die World Development Indicators mCPR für das Jahr 2000 mit 67,2 %, für 2006 mit 64,9 % und für 2022 mit 58,8 % an [1]. Den umfassendsten Datensatz für Usbekistan liefert derzeit das Data Portal der Vereinten Nationen [52]. Abbildung 7 zeigt die entsprechenden Parameter. Im Jahr 2009 (PV-Datenjahr) betrug danach die mCPR 61,4 % und die CPR 65,3 %. Die Abweichung zwischen beiden Werten betrug 6 % des CPR. Im Jahr 2023 (AK-Datenjahr) betrug der entsprechende Wert 62,0 % bzw. 58,9 % mit einer Abweichung von 5,0 %. Das Data Portal schätzt den Wert für 2025 auf 62,3 % bzw. 59,3 % mit einer Abweichung von 4,8 %. Man kann daraus erstens schließen, dass das Vorhaben sein Ziel einer Verbesserung des mCPR erreicht hat, und dass die Unterscheidung zwischen mCPR und CPR in Usbekistan zunehmend irrelevant geworden ist.

Tatsächlich haben sich CPR und mCPR seit der Unabhängigkeit erheblich verbessert. Die Demographic Health Statistics gingen für 1996 von einem mCPR von 51,3 % aus und gaben an, dass in Usbekistan ein Maximalwert von 61,3 % erreicht werden könnte [54]. Hierbei ist zu bedenken, dass niemals alle Frauen im gebärfähigen Alter Kontrazeptiva verwenden werden, da einige nicht sexuell aktiv sind, Verhütung aus religiösen Gründen ablehnen, gerade schwanger sind oder stillen. Auch wenn Gleichheit kein unmittelbares Ziel des Projekts war, erscheint es doch erwähnenswert, dass nach Statistiken von Track20 [55] Usbekistan die Plateauphase des mCPR erreicht hat und es kaum maßgebliche Disparitäten bei der kontrazeptiven Prävalenz zwischen Stadt und Land bzw. zwischen Einkommensgruppen gibt. Insgesamt kann das Ziel damit als erfüllt deklariert werden.

Ergänzend sei noch erwähnt, dass auch weitere Indikatoren auf eine vergleichsweise befriedigende Situation bei der Bereitstellung von Kontrazeptiva hinweisen. So hat sich der Anteil des nichterfüllten Bedarfs („unmet need“) bei allen Frauen (2012: 9,4 %; 2024: 9,3 %), bei verheirateten Frauen (2012: 13,3 %; 2024: 12,9 %) und bei unverheirateten Frauen (2012: 1,6 %; 2024: 1,4 %) [55] tendenziell (wenn auch nicht signifikant) verbessert. Nach Aussagen der Interviewpartner liegt dies zum Teil auch daran, dass Stock-Outs seltener geworden sind, während persönliche Gespräche mit Frauen in Usbekistan im Rahmen der Evaluation darauf schließen lassen, dass es zwar fast nicht mehr vorkommt, dass überhaupt keine Kontrazeptiva vorrätig sind, während es durchaus passieren kann, dass das Instrument der Wahl derzeit nicht vorrätig ist.

- Ad (2): Anwendung von Behandlungsstandards für mindestens die häufigsten Kinderkrankheiten, die zu einer Aufnahme in Krankenhäusern führen. PV, Abschlusskontrolle (AK) sowie Abschlussbericht GFA verwenden die Begrifflichkeiten uneinheitlich. Während der PV von klinischen Protokollen, Standards und Patientenpfaden spricht, bezieht sich die AK auf klinische Protokolle, Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures, SOPs) und Qualitätsstandards. Der GFA-Abschlussbericht spricht von clinical guidelines and protocols, clinical standards SOPs und clinical bzw. care pathways. Der entsprechende Anhang verwendet hingegen protocols/algorithms. Allgemein bezeichnet eine Standard Operating Procedure (Standardarbeitsanweisung) einen standardisierten und schriftlichen Leitfaden für die Durchführung spezifischer Aufgaben oder Prozesse in einer Organisation. Die SOP ist folglich ein Dokument, das Schritt für Schritt erklärt, wie eine bestimmte Tätigkeit auszuführen ist, um Qualität, Effizienz und Sicherheit zu gewährleisten. Im Gesundheitswesen können SOPs auf drei Stufen erfolgen: Erstens für generelle

Teilprozesse des Behandlungsprozesses (z.B. Patientenaufnahme, Anamnese, Speiserversorgung, Entlassung); zweitens für technisch anspruchsvolle und abgeschlossene Prozeduren (z.B. CT, MRT, Bestrahlung, Blutabnahme, ...); drittens für einen kompletten Behandlungsprozess einer Erkrankung. Hier spricht man auch von einem Behandlungsstandard, klinischem Pfad oder Patientenpfad. SOPs müssen entwickelt, dokumentiert, trainiert, angewendet und qualitätsgesichert aktualisiert werden, um wirkungsvoll zu sein. Da die Verwendung der Begrifflichkeiten von Anfang an unklar war, musste bei der Bewertung „großzügig“ vorgegangen werden und jeglicher Ansatz von Behandlungsstandard akzeptiert werden.

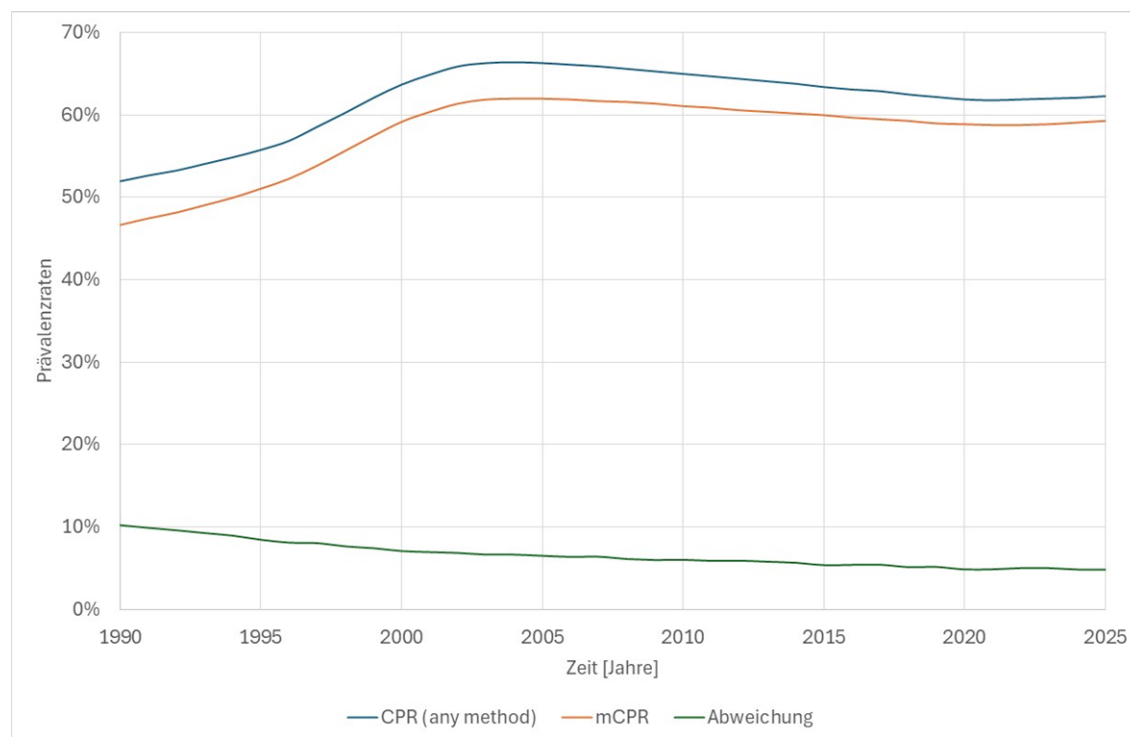


Abbildung 7 CPR und mCPR von Usbekistan.
Quelle: United Nations Data Portal.

Der ursprüngliche Indikator wurde definiert als „Number of developed medical treatment standards for most prevalent illnesses“, der PV spricht von „Einführung von Behandlungsstandards mindestens für die 3 häufigsten Kinderkrankheiten“. SOP wurde folglich stärker als Behandlungsstandard ausgelegt, was allerdings Aspekte der anderen beiden Stufen umfasst. Es wurden neun SOPs³⁴ erstellt und in umfangreichen Schulungen im Rahmen der BM trainiert. Bei EPE lagen die entsprechenden SOPs in den Dokumenten des Consultants vor. Es handelt sich nicht vollständig um die Krankheitsbilder, die am häufigsten zur Aufnahme von Kindern in Krankenhäusern führen, jedoch um Krankheiten mit einer hohen Bedeutung für die Zielkrankenhäuser der Sekundär- und Tertiärebene. Bei der Begehung wurden in der Aufnahmeabteilung, auf der Intensivstation sowie auf einer zufällig gewählten Station die entsprechenden Standards abgefragt und die personellen wie materiellen Voraussetzungen ihrer Umsetzung geprüft. Es zeigte sich, dass in einer Einrichtung alle eingeführten Behandlungsstandards verwendet werden, in zwei 89 %, in einer 75 % und in einer 0 %, im Durchschnitt 72 %. Das Ziel, dass bei Begehung auf jeweils 3 Abteilungen pro Krankenhaus mindestens 3 Behandlungsstandards angewendet werden, konnte in 4 von 5 Häusern erfüllt werden. Dies bezieht sich allerdings nur auf die Ärzte. Obwohl Behandlungsstandards berufsübergreifend sein sollten, wusste keine der befragten Pflegekräfte überhaupt, um was es geht. Die für die Behandlungsstandards notwendigen Geräte und Personalqualifikationen lagen jedoch ohne Ausnahme vor. Man kann folglich davon ausgehen, dass das Ziel formal erreicht wurde, wenn auch mit Abstrichen für die praktische Umsetzung.

- Ad (3): Integration von Abteilungen gemäß der Masterpläne. Die wichtigsten Maßnahmen erstreben eine bessere Verknüpfung von der für Kinder relevanten Krankenhäuser in einer Region. Insbesondere soll vermieden werden, dass schwerkranke Kinder abgewiesen und in andere Krankenhäuser überwiesen werden müssen. Deshalb wurde für die Krankenhäuser eine Integration der Versorgung von Patienten ohne Überweisung (Emergency) und mit Infektionskrankheiten gefordert. Bei PV waren diese Integrationen nicht existent. Die Integration widerspricht tatsächlich dem vertikalen Denken des Semashko-Modells, nach dem im Prinzip für jede Krankheit und jede Zielgruppe ein eigenes Krankenhaus auf jeder Ebene geben sollte. Hinzu kommt ein klassischer, hierarchischer Führungs- und Organisationsstil, bei dem keine horizontale Kommunikation, Patiententransfer und Personalaustausch direkt zwischen Abteilungen ohne Einschaltung der jeweils darüber liegenden Hierarchieebene möglich ist. Dieser strikte Dienstweg führt immer dann zu Qualitäts- und Effizienzeinbußen, wenn eine akute Erkrankung nur interdisziplinär

³⁴ Diagnosis of Suspected Bacterial Infections, Respiratory Disease in Neonates, Neonatal Infection and Sepsis, Intensive Care Patient Surveillance Protocol, Artificial Ventilation of Lungs, Enteral Nutrition in Neonates, Parenteral Nutrition, Ultrasound Diagnosis of Hip Dysplasia in Newborns, Standard Ultrasound of the Neonatal Brain.

behandelt werden kann. Die Idee des Multi-Profil-Krankenhauses verlangt deshalb geradezu nach einer Integration der Fachabteilungen, was räumlich, personell, kommunikativ und leistungsmäßig erfolgen sollte. Gemäß AK waren bei Projektende in neun von sechzehn Krankenhäusern Abteilungen integriert, wobei unklar ist, wie dies im Rahmen der stichprobenhaften Erhebung der AK evaluiert wurde.

Hierbei sollte jedoch die Bedeutung der Integration nicht überschätzt werden. Weder bzgl. ihres Anteils am Gesamtbudget noch in der praktischen Umsetzung hatte diese Integration einen hohen Stellenwert. Sie wurde von den Interviewpartnern als „Add-On“ verstanden, der jedoch die grundlegende Struktur paralleler Leistungsanbieter in einer Weise in Frage stellt.

Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse der Begehung. Zwei Krankenhäuser erzielten eine Erreichung von 100 %, eines von 75 %, eines von 67 %, eines von 60 %. Im Durchschnitt lag die Erfolgsquote bei 80 % und das vergleichsweise harmlose Ziel von zwei Abteilungen war damit vollumfänglich erreicht.

Institution	Integration der Notfallversorgung in die Aufnahmestation	Integration von Isolationszimmern für Infektionspatienten auf den Stationen	Integration der Isolationszimmer für Infektionspatienten auf der Intensivstation	Geplante Krankenhaus-spezifische Integrationen
Andijan OCMC	Ja	Nein	Nein	Behandlung von Notfallpatienten in Kooperation mit dem regionalen Notfallkrankenhaus: Ja Errichtung einer Abteilung für Herzchirurgie: Ja
Buchara OCMC	Ja	Nein	Ja	
Namangan OCMC	Ja	Ja	Ja	Errichtung einer Gastroenterologie im OCMC für nicht-infektiöse Durchfallerkrankungen: Ja Errichtung einer Neonatologie mit neonatologischer ITS: Ja Einrichtung von Betten für Notfallpatienten: Nein
Tashkent Oblast OCMC	Ja	Ja	Ja	
RSSPMC	Ja	Ja	Ja	

Tabelle 11: Integrationen. Ergebnis der Begehung.

Quelle: Eigene Erhebung.

- Ad (4): Leistung der Krankenhäuser: Krankenhäuser sind Multiproduktbetriebe, so dass die Ermittlung ihrer Leistung komplexe Indikatoren (z.B. Case-Mix-Index) erfordert, die in usbekischen Krankenhäusern nicht vorliegen. Deshalb wurden hier mehrere Subindikatoren gewählt, die einen Eindruck über die Entwicklung der Leistungsfähigkeit geben. Entsprechende Daten lagen bei PV und AK nicht vor.
 - Zahl der Aufnahmen: Die Zahl der Aufnahmen gibt einen Anhaltspunkt über die stationäre Leistung eines Krankenhauses, die auch mit der wahrgenommenen Qualität und Versorgungsleistung für die Bevölkerung korreliert. Die verbesserte Geräteausstattung sowie alle anderen Maßnahmen sind als Komponenten der Strukturqualität zu verstehen, während die Zahl der Aufnahmen ein Hinweis auf die Ergebnisqualität darstellt. Die Annahme ist, dass eine gesteigerte Patientenzahl ein Indikator für eine gestiegene Qualität und Leistung ist. Ziel ist es, dass die Zahl der Aufnahmen seit 2010 um mindestens 25 % gestiegen ist. Wie Tabelle 12 zeigt, stiegen die Aufnahmen in allen Krankenhäusern im Mittel um 73 %. Im Minimum (Namangan) um 30 %, im Maximum (Tashkent Region) um 235 %.
 - Zahl der ambulanten Patienten: Die Zahl der ambulanten Patienten korreliert wahrscheinlich noch stärker mit der Leistung und wahrgenommenen Qualität der Dienste, da die Patienten mehr Alternativen ambulanter Behandlung haben. Ziel war es, dass die Zahl der ambulanten Patienten seit 2010 um mindestens 25 % gestiegen ist. Wie Tabelle 12 zeigt, veränderte sich die Zahl der ambulanten Patienten in den Krankenhäusern unterschiedlich. Während sie im Tashkent Region OCMC um 35 % zurück ging, stieg sie im Andijan OCMC um 169 % an. Um Durchschnitt stieg sie um 13 %. Man sollte dabei bedenken, dass Tashkent Region vor der Umstrukturierung während der Projektzeit als regionales Krankenhaus kaum existent und vielmehr eine Art Ambulatorium war. Aber auch so haben nur zwei Krankenhäuser (Andijan OCMC, RSSPMC) das Ziel von +25 % erreicht.
 - Durchschnittliche Belegungsrate: Die Belegungsrate ist ein Maß der Kapazitätsauslastung stationärer Versorgung. Sie gibt im Vergleich zur Aufnahme-statistik aber auch einen Hinweis auf die Verweildauerentwicklung und damit auf die Komplexität der Fälle. Für Sekundärkrankenhäuser ist sie damit ein guter Indikator für die Leistungsbeurteilung. Ziel ist eine durchschnittliche Belegungsrate von mindestens 85 % (internationaler Standard). Wie Tabelle 12 zeigt, war die Belegungsrate in zwei Krankenhäusern im Jahr 2010 völlig unbefriedigend (Tashkent Region OCMC; RSSPMC) und ist auf die „Norm“ von 85 % (oder darüber) gestiegen. Tatsächlich erreichten im Jahr 2024 alle Krankenhäuser eine gute Auslastung, im Falle von Andijan OCMC dürfte sie sogar zu hoch sein. Der starke Ausbau der Bettenkapazität in den Häusern (vgl. Tabelle 6) ist ein deutliches Signal dafür, dass die Leistung nachgefragt ist.

- Anteil der größeren Operationen an der Gesamtzahl der Eingriffe: Die Statistik ist ein Indikator für Fallschwere und Qualität der Behandlung, vor allem aber dafür, ob das Krankenhaus seine originäre Funktion als Referenzkrankenhaus erfüllt. Primärkrankenhäuser haben einen großen Anteil von einfacheren Eingriffen, Sekundärkrankenhäuser haben vergleichsweise viele komplexe Operationen. Die Abgrenzung ist nicht immer einfach, wir müssen uns auf die Statistiken der Krankenhäuser verlassen. Wie Tabelle 12 zeigt, liegen keine Vergleichswerte für RSSPMC vor. Dies liegt daran, dass die chirurgische Abteilung erst nach 2010 aufgebaut wurde. Ursprünglich war das Krankenhaus nicht-invasiv ausgerichtet. Das könnte auch begründen, warum ausgerechnet das Tertiärkrankenhaus einen so geringen Anteil von schweren Operationen meldet. Ohne dieses Haus stieg der Anteil der vier anderen betrachteten Krankenhäuser insgesamt von 82 % auf 85 %.

Statistik	Krankenhaus	2010	2018	2024
Aufnahmen	Tashkent Region	5025	14.232	16.833
	Andijan	18017	26.537	34.389
	Namangan	15.744	21.049	20.508
	Bukhara	10.103	14.723	15.842
	RSSPMC	10.217	15.595	16.349
Ambulante Patienten	Tashkent Region	166.323	97.208	107.688
	Andijan	45.425	68.425	122.314
	Namangan	84.192	79.010	82.729
	Bukhara	140.395	145.986	163.996
	RSSPMC	85.445	124.426	111.116
Belegungsrate	Tashkent Region	38 %	97 %	103 %
	Andijan	98 %	105 %	114 %
	Namangan	87 %	98 %	87 %
	Bukhara	83 %	84 %	89 %
	RSSPMC	65 %	87 %	84 %
Anteil größerer Operationen	Tashkent Region	82 %	85 %	86 %
	Andijan	84 %	93 %	94 %
	Namangan	92 %	94 %	94 %
	Bukhara	71 %	69 %	68 %
	RSSPMC			52 %

Tabelle 12: Leistungsdaten.

Quelle: Krankenhausstatistiken.

- Ad (5): Deflationierte Fallkosten (Kosten pro äquivalentem Patiententag): Um eine einheitliche Basis für die Leistungsmenge zu gewinnen, wurde das Konstrukt äquivalenter Patiententage gewählt. Hierfür wird die Zahl der Pflge tage und die Hälfte der Zahl der ambulanten Patientenkontakte addiert. Der Quotient aus Gesamtkosten und äquivalenten Patiententagen des Krankenhauses entspricht folglich den Fallkosten. Die entsprechenden Kosten werden auf das Jahr 2010 deflationiert [1], um eine reale Vergleichbarkeit herzustellen. Ziel ist es, dass die deflationierten Fallkosten nicht gestiegen sind.

Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse, wobei trotz mehrfacher Bitte keine Werte vom RSSPMC für 2010 und 2018 gegeben werden konnten. Wie erwartet sind die Fallkosten des RSSPMC deutlich höher als die der Regionalkrankenhäuser. Auffällig ist die Streuung. Andijan OCMC ist ungefähr doppelt so teuer pro Leistungseinheit als die anderen Häuser, was sich aus den gegebenen Statistiken nicht erklären lässt. Die deflationierten Kosten pro äquivalentem Pflge tag sind teilweise fast gleichgeblieben (Bukhara) oder haben sich verneunfacht (Tashkent Region OCMC). Im Durchschnitt sind sie etwa fünfmal so hoch wie 2010.

Krankenhaus	Nicht deflationiert			Deflationiert		
	2010	2018	2024	2010	2018	2024
Tashkent Region	11.970	69.060	280.790	11.970	27.870	58.870
Andijan	13.861	83922,44	619.721	13.861	33.871	129.937
Namangan	9.227	49.497	229.457	9.227	19.980	48.110
Bukhara	39.283	52.571	201.328	39.283	21.218,75	42.213
RSSPMC			1.117.870			234.385

Tabelle 13: Kosten pro äquivalentem Patiententag. [UZB Som]

Quelle: Krankenhausstatistiken.

Es stellt sich hier natürlich die Frage, ob die FZ-Maßnahmen zu der exorbitanten Erhöhung der deflationierten Fallkosten pro äquivalentem Patiententag beigetragen haben. Dies wurde in den Interviews ausführlich diskutiert. Die absoluten Kosten stiegen hiernach vor allem auf Grundlage der Erhöhung der Zahlen der Betten und Fälle, die zu einer massiven Ausweitung des Personals führten. Betrachtet man hierfür die Personalproduktivität (gemessen an äquivalenten Patiententagen pro Personaleinheit), so zeigt sich ein uneinheitliches Bild: In Andijan ist diese erheblich gestiegen, in Bukhara etwa gleichgeblieben und in Namangan sowie Tashkent Region um etwa ein Drittel gesunken.³⁵ Die Produktivitätsveränderungen bei Ärzten sind jeweils stärker als in

³⁵ RSSPMC lieferte keine verwertbaren Zahlen.

den anderen Personalkategorien. Man kann also nicht davon ausgehen, dass die Personalproduktivität durch die neue Technologie grundlegend verändert wurde.

Der wichtigste Beitrag zur Erhöhung der Fallkosten dürften die massiven Anstiege der Gehälter im Gesundheitswesen sein, die mehrere hundert Prozent ausmachen. In einigen Jahren sind die Gehälter von Ärzten mehrfach um jeweils mindestens 20 % angestiegen, um wettbewerbsfähige Gehälter zu erzeugen und die Abwanderung in die privaten Gesundheitseinrichtungen zu verhindern. Dies führte maßgeblich zu dem Kostensprung. Gleichzeitig sind auch die Ausgaben für medizinische Betriebsmittel (insb. Medikamente) erheblich gestiegen. Dies ist nur zum Teil durch den Preisanstieg begründet. Der Hauptgrund dürfte darin liegen, dass die bessere Finanzierung der Krankenhäuser es zunehmend erlaubt, die gesetzlich vorgeschriebenen Medikamente gebührenfrei abzugeben. Vorher hatte das Krankenhaus einfach keine Finanzmittel, um die Medikamente selbst einzukaufen und an die Patienten abzugeben. Sie mussten sich diese out-of-pocket in Privatapotheken kaufen. Nun werden sie zunehmend vom Krankenhaus gekauft und bereitgestellt, was aber natürlich auch zu einem starken Anstieg in Menge und Kosten der Medikamente führt.

Darüber hinaus gibt es wenige statistische Daten, mit deren Hilfe der Case Mix Index (als Maß der durchschnittlichen Fallschwere) ermittelt werden könnte. Es ist plausibel, dass die neuen Geräte vor allem schwerere Fälle mit einer entsprechend höheren Ressourcenintensität anziehen, so dass die Fallschwere steigen musste. Leider werden in Usbekistan derzeit keine entsprechenden Statistiken geführt. Betrachtet man den Anteil großer Operationen an der Gesamtzahl, so ist der Anteil (mit Ausnahme von Bukhara) leicht gestiegen, aber nicht extrem. Die Verweildauerreduktion impliziert ebenfalls eine Leistungsverdichtung, aber auch dies ist nicht maßgeblich. Somit bleibt als Erklärung vor allem der massive Anstieg der Gehälter. Der Indikator erweist sich damit als relativ aussagegelos.

8. Beitrag zur Erreichung der Ziele

Die meisten Maßnahmen wurden wie geplant durchgeführt. Es ist damit auch plausibel, dass sie einen Beitrag zur Erreichung der Ziele geleistet haben, auch wenn die Kausalität nicht empirisch überprüfbar ist. Keine Auswirkungen konnte der Mutterpass haben, da er lediglich mit 60.000 Kopien in Namangan und in veralteter Version mit 70.000 Kopien in Samarkand gedruckt wurde. Im Abschlussgespräch zur AK wurde das MoH informiert, dass die landesweite Mutterpass-Einführung weiterhin aussteht, was jedoch zu keinen Konsequenzen geführt hat. Alle anderen Maßnahmen konnten nach Einschätzung der Evaluierung ihre intendierten Outcomes produzieren. In den Interviews und Visitationen zeigte es sich, dass die Geräte bis heute umfassend für die Patientenbehandlung genutzt werden. Es ist plausibel, dass die gesteigerte Strukturqualität der Geräteausstattung auch einen positiven Effekt auf die Ergebnisqualität hat und damit auch die Nachfrage nach den Dienstleistungen erhöht hat. Wie gezeigt, stieg die Zahl der Patienten kontinuierlich. Welche Bedeutung die einzelnen BM hierfür hatten, kann nicht separat diskutiert werden. Eine Statistik über die Auswirkungen der Investition auf vulnerable Gruppen liegt nicht vor. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass Frauen und Kinder in der Definition des MoH von Usbekistan per se zu den vulnerablen Gruppen gehören.

Die relativ hohe Effektivität dürfte überwiegend an einer sehr klaren Wirkungslogik liegen, da die Kette von Investition über Kapazität zur Strukturqualität und dann zur Ergebnisqualität in der Literatur und Praxis des Krankenhausmanagements klar beschrieben ist und kaum angezweifelt wird. Es ist nicht verwunderlich, dass die bessere Geräteausstattung die Qualität der Behandlung verbessert. Wichtig ist hierbei jedoch, dass die Strukturqualität über die Maßnahmen der Prozessqualität vermittelt wird, um Ergebnisqualitäten zu erzeugen. Deshalb war die Integration der BM sehr wichtig, so dass nicht nur Geräte bereitgestellt, sondern Prozesse neu designed wurden (insb. SOPs) und die Umsetzung vermittelt wurde (Trainings auf unterschiedlichen Ebenen). Ohne die BM wäre die Investition in Geräte sicherlich nicht so erfolgreich gewesen.

Die insgesamt positive Entwicklung des Landes (z.B. Wirtschaft, Transportwesen, Straßenbau, öffentliche Verwaltung), die eingeleiteten Reformen des Gesundheitswesens und die Investitionen anderer Partner stellten ebenfalls wichtige Promotoren dar, die Auswirkungen auf o.g. Ziele hatten. Eine quantitative, differenzierende Betrachtung ist an dieser Stelle nicht möglich. Es erscheint jedoch sehr plausibel, dass die von der deutschen FZ geförderten Maßnahmen einen erheblichen Verstärkungs- und Beschleunigungseffekt hatten, um o.g. Ziele zu erreichen.

9. Qualität der Implementierung

Die genannten Ergebnisse konnten erreicht werden, da die Steuerung und Implementierung der Maßnahme effektiv und effizient erfolgten. Der Durchführungsconsultant (im Lead) stellte ein umfassendes Team unterschiedlicher Fachleute zusammen (u.a. Projektleiter, Ingenieur, Experten für Beschaffungswesen sowie für Trainings). Consultants in unterstützender Funktion nahmen die Aufgaben als Unteraufträge wahr: (1) Twinning, klinische Ausbildung, SOPs sowie (2) Wartungsdienste, Managementtraining. Die Koordination lag beim Lead-Consultant, was grundsätzlich reibungslos erfolgte. Das KfW Büro in Tashkent verfügt über langjährige, etablierte Beziehungen zum MoH, den Krankenhäusern in Tashkent und in den Regionen, so dass eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine darauf beruhende zielsystemkonforme Implementierung möglich waren. Von mehreren Interviewpartnern wurde betont, dass die Zusammenarbeit sehr vertrauensvoll war, d.h., die Partner in den Krankenhäusern gewannen das Zutrauen,

dass mit der deutschen FZ und den Consultants Partner gefunden wurden, die ein wirkliches Interesse an einer gedeihlichen Zusammenarbeit und am Erreichen der Ziele hatten. Dies zeigte sich beispielsweise in der Beschaffung von qualitativ hochwertigen Geräten. Es wurden nach Aussage der Interviewpartner nicht einfach Bestelllisten abgearbeitet, sondern wirklich Lösungen für Probleme gesucht.

Das MoH war in alle Entwicklungen und Entscheidungen einbezogen und sieht sich selbst als hauptverantwortlich für das komplette FZ-Vorhaben. Die besuchten Regionalverwaltungen haben unterschiedlich intensive Erfahrungen und Erinnerungen an das FZ-Vorhaben

Für die Bewertung der Qualität der Implementierung ist auch zu berücksichtigen, dass die beiden Komponenten kaum verknüpft waren. Dies ist konzeptionell fraglich, da die Gesundheit von Kindern und Müttern interdependent ist (vgl. Abbildung 3 und Abbildung 4). Die Integration von Frauen und Kindern in Mütter- und Kinderzentren ist internationaler Standard, ist jedoch im zu evaluierenden Vorhaben nur rudimentär. Komponente II zielte überwiegend auf die Modernisierung der multidisziplinären Kinderkrankenhäuser, d.h. auf Kinder. Eine Verknüpfung wäre durch die Einführung des Mutterpasses möglich gewesen, der immerhin den Bereich der Schwangerenvorsorge abdeckt, wo Kinder- und Müttergesundheit aufs Engste verknüpft sind, d.h., eine frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften hat meist auch positive Auswirkungen auf die Kindergesundheit. Leider wurde dieser Teil nicht umgesetzt. Eine Unterstützung von Geburtskliniken wäre sinnvoll gewesen, eine Fusion von Geburts- und Kinderkrankenhäusern hätte die gewählten Ziele noch besser erreichen geholfen. Allerdings ist dies mehr eine Frage fehlender Konzeption als der Qualität der Implementierung, die insgesamt als über den Erwartungen bewertet werden kann.

Es liegen zahlreiche Reports insbesondere des Lead-Consultants vor, die ein intensives und kontinuierliches Monitoring der Prozesse und Ergebnisse beschreiben. Im Falle des „Scheiterns“ des Mutterpasses wurden entsprechende Maßnahmen ergriffen und das MoH aufgefordert, den Mutterpass doch noch umzusetzen, wenn auch vergeblich.

10. Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Es ist auf Grundlage der bestehenden Monitoringmechanismen nicht auszuschließen, dass der Maximalversorger RSSPMC die gelieferte Technologie überproportional für zahlende Patienten einsetzt. Dies ist auf Basis der bestehenden Daten jedoch auch nicht nachweisbar. Bei Pädiatrie sowie in den Regionalkrankenhäusern ist dies jedoch deutlich weniger wahrscheinlich als bei anderen Leistungen (z.B. spezialisierte Bildgebung für Erwachsene).

Die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung hat stets positive soziale und ökonomische Effekte. Ebenso ist die Förderung von Frauen und Kindern per se mit den Zielen der Geschlechtergerechtigkeit und der Förderung vulnerabler Gruppen vereinbar. Ökologische negative Wirkungen sind unwahrscheinlich. Die ökologische Perspektive spielte bei der Beschaffung eine gewisse Rolle, da auf Langlebigkeit der Geräte explizit Wert gelegt wird. Weitere Aspekte (z.B. ökologisches Bauen) wurden nicht berücksichtigt. Andere nicht-intendierte Wirkungen (z.B. Korruption, Konflikte) sind nicht feststellbar.

Zusammenfassende Bewertung der Effektivität: erfolgreich (2)

Zusammenfassend kann festhalten werden, dass die meisten Outcome-Indikatoren dieser Evaluierung erreicht wurden. Grundsätzlich ist die Messung der Effizienz der Leistungserstellung in Krankenhäusern schwierig, in Usbekistan fehlen hierfür relevante Statistiken (z.B. Case-Mix Index). Trotzdem weisen die Indikatoren eindeutig daraufhin, dass die Ziele des FZ-Vorhabens überwiegend wie erwartet erreicht wurden. Es ist deshalb als erfolgreich zu bewerten.

Effizienz

11. Produktionseffizienz

In die Verbesserung der Versorgung von Frauen mit modernen Kontrazeptiva, der Schwangerschaftsvorsorge sowie der Diagnose und Behandlung von Kindern wurden insgesamt 41,487 Mio. EUR investiert, wovon 14,500 Mio. EUR Eigenbeitrag, 23,956 Mio. EUR BMZ-Mittel für die Investition und 3,031 Mio. EUR BMZ-Mittel für die BM waren. Der tatsächliche Eigenbeitrag lässt sich nicht ermitteln, dürfte aber angesichts der umfassenden Renovierungsarbeiten sogar über den geplanten 14,500 Mio. EUR liegen. Angesichts der hohen Bedeutung von MCH für die Bevölkerung und Regierung Usbekistans, für die internationale Gesundheitspolitik und die deutsche EZ erscheint dieser Betrag angemessen. Der Schwerpunkt der Förderung lag klar bei der Gerätebeschaffung für die Kinderkrankenhäuser auf republikanischer und regionaler liegt, obgleich in den Interviews – je nach Gesprächspartner – durchaus auch die Bedeutung der Bereitstellung von Kontrazeptiva immer wieder herausgestellt wurde.

Wie beschrieben, wurden Projektstart und -ende stark verzögert. Der Consultant nahm seine Arbeit am 17.04.2012 auf, die Kontrazeptiva-Lieferungen erfolgten 2014 bis 2017, die ersten Geräte kamen 2014. Allerdings wurde das Gesamtprojekt erst im Oktober 2023 mit einer Gesamtdauer von rd. 138 Monaten gegenüber geplanten 48 Monaten abgeschlossen. Die Gerätebeschaffung, klinische Trainings, Wartungstrainings und das Managementtraining waren zum Teil erheblich verzögert bis 2023. Die Gründe hierfür sind divers und werden von den Interviewpartner unterschiedlich bewertet. So kam es aus

Sicht der Consultants zu Abstimmungs- und Verzögerungen des usbekischen Gesundheitsministeriums bei den Beschaffungen, was zu häufigen Wiederholungsausschreibungen führte. Insgesamt wurde der Prozess als relativ bürokratisch und umständlich wahrgenommen. Als „Land in Sicht“ war, kam die Corona-Pandemie, so dass insbesondere keine Trainings möglich waren. Ein Teil der Aktivitäten „Mensch-zu-Mensch“ musste deshalb bis 2022 verschoben werden und konnte somit erst 2023 abgeschlossen werden. Trotzdem sind die Ergebnisse überwiegend positiv zu bewerten, so dass von einer guten Produktionseffizienz auszugehen ist.

Eine Verzögerung könnte implizieren, dass die Stückpreise der beschafften Güter erheblich angestiegen sind, so dass bei gegebenen Budgets das ursprünglich geplante Mengengerüst nicht eingehalten werden kann. Für diese Bewertung ist eine genauere Betrachtung der Beschaffungszeitpunkte notwendig. Hierbei ist festzustellen, dass die Spezifizierung der zu beschaffenden Geräte mit Aufnahme des Projektes 2012/13 erfolgte. Die ersten Geräte kamen dann ebenso wie die ersten Kontrazeptiva wie geplant 2014. Die Lieferungen der ursprünglich geplanten Beschaffungen für Geräte und Kontrazeptiva waren 2017 abgeschlossen, d.h., ein Jahr später als dies in der ursprünglichen Planung vorgesehen war. Nach Aussage des Durchführungsconsultants hat diese Verzögerung die Preise nicht beeinflusst. Spätere Lieferungen beziehen sich ausnahmslos auf Geräte, die ursprünglich gar nicht vorgesehen waren. Sie wurden durch Einsparungen und Umwidmungen (insb. Verzicht auf Druck des Mutterpasses) möglich. Die größten Verzögerungen gab es bei den Ausbildungsprogrammen, wobei hier alles durchgeführt wurde, was ursprünglich geplant war. Hierbei könnte es auch durchaus nützlich gewesen sein, dass während der Corona-Pandemie und in den ersten beiden Jahren danach Kosten für Flüge, Hotels etc. erheblich geringer waren als ursprünglich budgetiert, so dass die Ausbildungskosten eher niedriger lagen als veranschlagt.

Für die Betrachtung der Effizienz muss auch die Qualität der beschafften Geräte einbezogen werden. In allen Krankenhäusern wurde die hohe Qualität der beschafften Ausstattung mehrfach lobend erwähnt. Dies bezog sich zuerst auf die Betriebsmittel, während bei Werkstoffen auch Einschränkungen gemacht wurden, weil die Ersatzteile teilweise schon nach zehn Jahren nicht mehr zu beschaffen oder sehr teuer sind; auch die Verbrauchsmaterialien wurden als teilweise zu hochpreisig im Vergleich zu anderen Fabrikaten eingestuft. Dies reduziert aber nicht die außergewöhnlich positive Bewertung der Qualität der Beschaffungen.

Die konsequente Qualitätsbewertung der Beschaffungen stellte einen erheblichen Aufwand dar, der auch zu Verzögerungen führte, auch um Einvernehmen mit dem MoH bzgl. dieses qualitätsorientierten Vorgehens zu erzielen. Es ist einfacher und schneller, die Ausschreibung „quick and dirty“ durchzuführen und immer nur den billigsten Anbieter zu wählen. Aber langfristig macht sich eine detaillierte und präzise Ausschreibung durch die hohe Qualität und Dauerhaftigkeit der gelieferten Geräte dann doch bezahlt. Durch die hohe Sorgfalt bei Ausschreibung, Lieferantenauswahl und Eingangskontrolle bei Lieferung konnte eine hohe Qualität der Produkte gewährleistet werden. Die enge Kooperation zwischen der KfW-UZB und dem Consultant war hierfür sehr wichtig, insbesondere die ständige Aufmerksamkeit auf Qualität, auch in kleineren Fragestellungen. Es ging nicht darum, eine Beschaffungsliste abzuarbeiten, sondern die Versorgung durch gut funktionsfähige Geräte zu sichern. Dies kann als vorbildhaft herausgestellt werden und ist die Grundlage für eine hohe Effizienz trotz der Verzögerung. Wichtig war hierfür auch eine enge Kooperation mit den Zielkrankenhäusern, die die Consultants und die KfW-UZB regelmäßig kontaktierten und Fragen direkt und schnell klärten. Eine Vertrauens- und Feedbackkultur sicherte auch für die weiteren Ausschreibungsrunden die enge Zusammenarbeit.

Auch die Entwicklung der Masterpläne war eine wichtige Bedingung für die technische Effizienz. Zwar hat die deutsche FZ keine Renovierungs- und Baukosten übernommen (dies war Eigenanteil des Staates), aber sie war hauptverantwortlich für die Erstellung der Masterpläne. Es ist wichtig zu betonen, dass es sich nicht primär um architektonische Masterpläne handelt, sondern um funktionale Masterpläne mit einer Funktionszuordnung der Räume, um Abläufe zu optimieren. Bau und Konstruktion lagen in der Hand der Regierung, aber die Funktionalität in der Hand des Vorhabens. Selbstredend wurden nicht alle Ideen aufgegriffen, aber die Umsetzung der Masterpläne war trotzdem geeignet, eine hohe Wirksamkeit der Bauten und Geräteausstattung zu erzielen. Weiterhin wurde dadurch das systemische Denken ganz grundsätzlich geschult, insbesondere, indem Interdependenzen zwischen Abteilungen erkannt und Traditionen durchbrochen wurden.

Insgesamt ist es plausibel, dass die Produkteffizienz durch die BM erheblich verbessert wurde. Insbesondere die Ausbildung in Wartung und Wartungsmanagement sowie in Krankenhausführung dürften erheblich dazu beigetragen haben, dass die Auslastung der Krankenhäuser und die wahrgenommene Qualität sich verbessert haben. Eine evidenzbasierte Kausalität ist jedoch nicht zu leisten.

Die technische Effizienz wurde in den ersten Projektjahren dadurch beeinträchtigt, dass die Kreditsumme möglichst schnell ausgeben werden sollte, da der Kredit bereits lief und ein entsprechender Gegenwert geschaffen werden musste. Es entstand ein enormer Zeitdruck zum Mittelabfluss, der letztlich nur durch ein „Über-den-Schatten-Springen“ des Finanzministeriums gelöst wurde. Die Planungen der ersten beiden Jahre wurden davon jedoch durchaus negativ beeinflusst.

Aus heutiger Sicht dürfte es der Effizienz des Vorhabens auch durchaus zuträglich gewesen sein, dass die ursprünglich für den Druck des Mutterpasses vorgesehen Mittel auf Bitten des MoH doch in die Gerätebeschaffung umgeleitet wurden. Die Tatsache, dass bis heute kein Mutterpass in Usbekistan flächendeckend verwendet wird, widerspricht zwar nicht der generellen Relevanz des Instruments, zeugt jedoch von seiner geringeren Priorität in Usbekistan, während die beschafften Geräte verwendet werden.

Die Verwaltungskosten beliefen sich auf 1,496 Mio. EUR (636.820 EUR + 859.500 EUR). Dies entspricht einem Anteil von 5,54 % an den Gesamtkosten. Dies erscheint angemessen vor dem Hintergrund, dass die Maßnahmen landesweit umgesetzt wurden und zudem sehr viele einzelne Komponenten beinhalteten. Im Vergleich zur großen Verzögerung stiegen sie nur minimal, da der Lead-Consultant in den späteren Jahren (> 2015) nur ein Kernteam eingesetzt und bezahlt hat. Ein Vergleichsangebot sah vor, die Beschaffung der Kontrazeptiva für einen Zuschlag von 7 % der Beschaffungssumme durchzuführen, d.h. deutlich mehr als die 5,54 %, die hierfür vom Consultant im Durchschnitt ausgegeben wurde. Der Betrag erscheint im Verhältnis zur Gesamtsumme damit angemessen.

12. Allokationseffizienz

Usbekistan hätte sicherlich andere Möglichkeiten, die Gesundheit der Bevölkerung sowie von Frauen und Kindern zu verbessern. Beispielsweise bleibt zu fragen, ob eine Reallokation der Fördermittel auf niedrigere Versorgungsebenen und andere Standorte die Gesamteffizienz erhöht hätte. Hierfür müssen die beiden Komponenten unterschieden werden. Komponente I fokussiert alle Frauen im gebärfähigen Alter und ist damit eindeutig der Basisversorgung zuzuordnen. Die Versorgungskette scheint in Usbekistan relativ gut zu funktionieren, Stock-Outs betreffen regelmäßig nur bestimmte Methoden, nicht aber die generelle Verfügbarkeit von Kontrazeptiva. Die Steuerung erfolgte zur Projektlaufzeit überwiegend durch die regionalen Zentren für reproduktive Gesundheit. Damals war eine größere Breite an Kontrazeptiva verfügbar, die die Wahlfreiheit der Frauen ermöglichte. Sie wurde seither eingeschränkt. Theoretisch umfasst sie noch IUPs, kontrazeptive Depotspritzen und orale Kontrazeption, derzeit sind aber nur IUPs und Injektiva verfügbar. Durch den Umbau des Systems seit 2023 (Presidential Decree 296)³⁶ ist eine nachträgliche Bewertung der allokativen Effizienz schwierig. Es scheint jedoch plausibel, dass zumindest damals eine andere flächendeckende und armutssensible Verteilung nicht effizient gewesen wäre. Eine grundsätzlich andere Bereitstellung (z.B. durch private Apotheken) dürfte innerhalb des usbekischen Systems bis heute nicht realistisch sein, ohne Armutsgruppen insbesondere in ländlich-peripheren Räumen zu gefährden, so dass innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen von einer guten Effizienz auszugehen ist.

Komponente II hingegen konzentriert sich auf die Tertiär- und Sekundärebene mit einem starken Gewicht auf Kindergesundheit. Hier ist zu klären, ob eine stärkere Einbeziehung der Basisversorgung oder eine Fokussierung auf andere Bevölkerungsgruppen die Effizienz hätte steigern können. Zuerst ist festzuhalten, dass die fehlende Integration der Krankenhäuser auf der Sekundär- und Tertiärebene (zunehmend) ineffizient erscheint. Das Semashko-Modell führte dazu, dass im Prinzip für jede Fachrichtung (z.B. Kinderheilkunde, Frauenheilkunde, Chirurgie, Notfallmedizin, ...) und auf jeder Versorgungsebene (z.B. Distrikt/Stadt, Region, Land) ein eigenes Krankenhaus errichtet wurde. Diese Aufteilung hat mindestens zwei Nachteile. Erstens ist die vertikale Säulenausrichtung ungeeignet, komplexe Behandlungen durchzuführen, die mehrere Fachdisziplinen erfordern. Zweitens impliziert die Vertikalisierung die Etablierung von zahlreichen kleinen Krankenhäusern, die in derselben Örtlichkeit parallel arbeiten und damit mehrfache Kapazitätsvorhaltung erfordern, eine tendenziell geringere Auslastung aufweisen und deutlich höhere Fallkosten haben.³⁷ Das Semashko-Modell mag im Zeitalter der Infektionskrankheiten seine Vorteile gehabt haben, ist jedoch für eine Bevölkerung mit zunehmend chronisch-degenerativen Erkrankungen³⁸ sowie in der Mutter-Kind-Behandlung deutlich unterlegen. Allerdings ist der Umstieg auf eine kooperierende Versorgung langwierig und stößt auf Widerstände.

Zur Illustration sollen zwei Beispiele dienen. Zuerst ist festzustellen, dass es innerhalb des staatlichen Systems keine rationale Begründung gibt, warum Tashkent Paediatric Medical Institute Clinic sowie Tashkent Paediatric Laparoscopy Center nicht einfach in das Republican Specialized Scientific Practice Medical Center of Pediatrics eingegliedert werden. Zwar ist Tashkent so groß und der Straßenverkehr so dicht, dass mehrere Krankenhäuser derselben Ausrichtung in unterschiedlichen Standorten zielführend sind. Dass allerdings komplett getrennte Institutionen mit – nach Andeutungen verschiedener Interviewpartner – limitierter Kooperation bestehen, erscheint eher aus politischer als aus Sicht der Gesundheitsversorgung sinnvoll. Tabelle 14 listet die Tertiärkrankenhäuser in Tashkent. Krankenhäuser mit größerer Bedeutung für Kinder sind kursiv dargestellt. Die Liste zeigt deutlich, dass eine „Flurbereinigung“ die allokativen Effizienz erhöhen könnte, d. h., eine organisatorische und teilweise auch räumliche Zusammenführung von bislang getrennt gemanagten Einrichtungen könnte die Leistungsqualität steigern und gleichzeitig zumindest Verwaltungskosten senken.

1. Republican Specialized Surgical Scientific and Practical Medical Center named after Academician V Vakhidov
2. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health*
3. Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology
4. *Republican Scientific Center for Emergency Medical Care*
5. Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Eye Microsurgery
6. Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Medical Radiology
7. Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Therapy and Medical Rehabilitation
8. Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Nephrology and Kidney Transplantation
9. Republican Children's Rehabilitation Center for Diseases of the Musculoskeletal System
10. National Medical Center (new for adult)
11. Republican Scientific and Practical Center of Forensic Medical Examination

³⁶ Vgl. Abschnitt Nachhaltigkeit (18.a.).

³⁷ Skalenvorteile, Fixkostendegression, Größendegression und Verbundeffekte führen dazu, dass kleinere Krankenhäuser ceteris paribus höhere Fallkosten haben als ein großes [56].

³⁸ Nicht übertragbare Krankheiten und Verletzungen/Unfälle waren im Jahr 2023 für 86 % der Todesfälle und 75 % des Verlustes an DALYs verantwortlich [3].

12. *Republican Perinatal Center*
13. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Epidemiology, Microbiology, Infectious and Parasitic Diseases*
14. *Scientific Research Institute of Virology*
15. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Haematology*
16. *Republican Specialized Center of Surgical Angioedurology*
17. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health*
18. *Republican Scientific and Specialized Center of Allergology and Clinical Immunology*
19. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Paediatrics (RSSPMC)*
20. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Phthysiology and Pulmonology*
21. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology*
22. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Neurosurgery*
23. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Otorhinolaryngology (ENT) and diseases of the head and neck*
24. *Multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy (territory of the new TMA)*
25. *Republican Children's Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endoscopic Surgery (one independent department for children as building of medical university)*
26. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopaedics*
27. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatovenereology and Cosmetology*
28. *Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology*
29. *Republican Center of Paediatric Orthopaedics*
30. *Republican Children's Neuropsychiatric Hospital named after UK Kurbanov*
31. *Republican Scientific and Practical Center of Folk (Traditional) Medicine*
32. *National Medical Children Hospital (for children) as referral center; (Korean)*
33. *Scientific and Practical Medical Center for Paediatric Oncology, Haematology and Immunology*
34. *Republican Pathology Center*
35. *Clinic of Tashkent Paediatric Medical Institute (TashPMI)*

Tabelle 14: Tertiärkrankenhäuser in Tashkent.

In den Regionen besteht eine Fülle von Krankenhäusern, die für die Behandlung von Kindern relevant sind und teilweise überlappende Dienstleistungen anbieten. Dies führt nicht nur zu Verwirrung bei Patienten, wohin sie gehen sollen, sondern auch zu kleineren Einheiten und höheren Kosten. In allen besuchten Regionalzentren existieren das jeweilige OCMMC (überwiesene Patienten), das Regionale Perinatale Zentrum, das Regionale Krankenhaus für Infektionskrankheiten, das Regionale Krankenhaus für Notfälle sowie das städtische Multiprofil-Krankenhaus mit Kinderabteilung parallel, teilweise in „Kinderwagennähe“. Während im ländlichen Raum die Zentralisierung von Krankenhausdienstleistungen regelmäßig zu Erreichbarkeitsproblemen führt, ist dies in Städten selten der Fall, da Patienten, die Krankenhaus A erreichen können, problemlos auch Krankenhaus B im Stadtgebiet erreichen können.



Abbildung 8: Krankenhäuser mit Relevanz für Kinder in Bukhara.³⁹ Quelle: eigene Darstellung (KfW Entwicklungsbank auf Grundlage von OpenStreetMap)

Auch die Integration von Abteilungen ist komplex. Die Masterpläne beinhalten explizit den Versuch, durch Design bestimmte Funktionalitäten in die Zielkrankenhäuser aufzunehmen, die bislang nur in anderen Krankenhäusern vorgehalten wurden, was zu erheblichen Verwirrungen und Transportproblemen von Patienten führte. Der Schritt vom Status quo zu einer neuen Raumplanung und letztlich zu einem neuen Behandlungsprozess (SOPs) innerhalb einer Institution und institutionenübergreifend ist weit, würde jedoch die Effizienz des Gesamtsystems erheblich erhöhen. Das Vorhaben verfolgte das Ziel, die Krankenhäuser mit geringer Qualität so zu verbessern, dass mehr Patienten angezogen werden, so dass Auslastung und Versorgung sich verbessern. Der Schritt, mehrere Krankenhäuser zumindest administrativ zu vereinen und möglichst auch alle Prozesse abzugleichen, wäre eine Herausforderung, die in einem derartigen Vorhaben nicht zu leisten wäre.

Eine grundlegende Frage ist, ob die Fokussierung auf die Gesundheit von Frauen (und hier insbesondere reproduktive Medizin) und Kindern nicht eine ineffiziente Betonung von Teilproblemen sind, deren Relevanz vielleicht überschätzt wird. Betrachtet man die Todesursachen (oder den Verlust an Lebensqualität), so fällt auf, dass (mit Ausnahme von COVID-19 im Jahr 2021) die großen Bürden der Bevölkerung die chronisch-degenerativen Erkrankungen sind, z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Leberzirrhose. Erkrankungen, die weder mit der reproduktiven Gesundheit noch mit der Kindergesundheit in Verbindung stehen (vgl. Abbildung 9). Die Wahrscheinlichkeit, an schlechter Luft zu sterben (153,9 pro 100.000 EW) ist 5,8-mal so hoch wie der Tod bei einer Geburt (26,46 pro 100.000 EW) [27]. Im Jahr 2023 starben 177 Frauen in Usbekistan im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt und 10.081 Kinder nach der Geburt. Gleichzeitig starben 164.840 Menschen an nicht übertragbaren Erkrankungen und 12.270 Menschen an Verletzungen (Unfälle, Selbsttötungen etc.). Die entsprechenden Verluste an DALYs (Disability Adjusted Life Years) sind 12.815 (maternal), 993.482 (neonatal), 7.063.206 (nicht übertragbar) und 937.228 (Verletzungen). Betrachtet man nur die Kinder (< 14 Jahre), so betragen die Todesfälle 22.646 (Infektionen), 5.587 (nicht übertragbar) und 2.949 (Verletzungen); die entsprechenden DALY-Werte sind 2.190.107, 754.562 und 269.542. Hierbei dürfte der DALY die reale Bedeutung der Kindersterblichkeit sogar unterschätzen, da die Nutzen zukünftiger Lebensjahre mit 3 % diskontiert und die Erwachsenenjahrgänge stärker gewichtet werden.⁴⁰ Man kann folglich schließen, dass die Behandlung von Kindern auch epidemiologisch vollkommen gerechtfertigt ist, d.h., eine Reallokation der Projektgelder zur Gesundheit von Erwachsenen wäre nicht effizient gewesen.

³⁹ Bettenzahl: OCMC: 248; City Multi-profile General Hospital (Kinderabteilung): 31; Regional perinatal hospital (Kinderabteilung): 31; Regional infectious disease hospital (Kinderabteilung): 180; Regional emergency hospital (Kinderabteilung): 30.

⁴⁰ Zur Methodik der DALYs siehe [57]. Die Diskontierung entspricht der in der Ökonomik üblichen Geringerschätzung zukünftiger Nutzen, während die systematische Höherbewertung von Nutzen der Erwachsenen eine Werteentscheidung der Weltbank war, um die Erwachsenengesundheit stärker in den Fokus zu rücken, als dies in Folge der Selective Primary Health Care der 1980er Jahre der Fall war [58]. Das Instrument der DALYs, das erstmals für den Weltentwicklungsbericht 1993 [59] entwickelt wurde, ist seither zum Standard geworden.

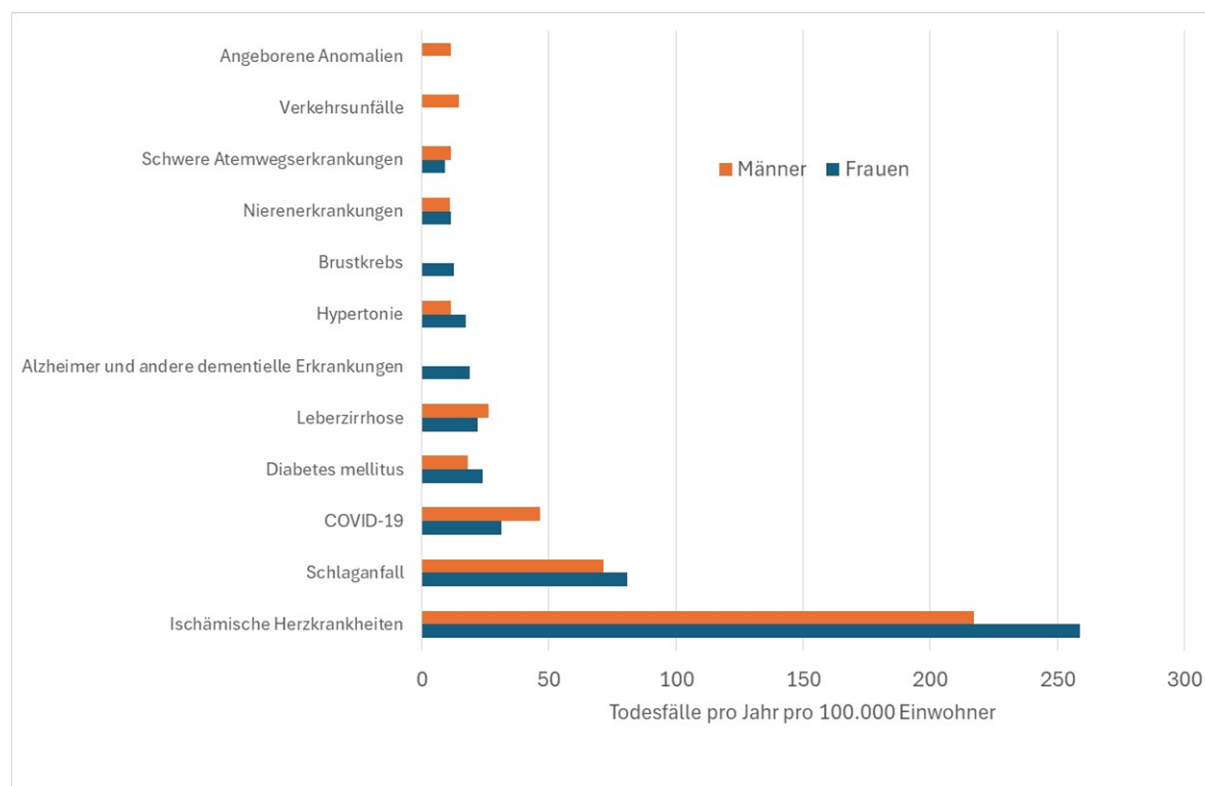


Abbildung 9: Todesursachen Frauen und Männer in Usbekistan (top-10 pro Geschlecht; 2021).
Quelle: [27].

Anders sieht dies bei den Todesfällen und Verlusten an Lebensqualität im Kontext der Schwangerschaft aus. Sie spielen in Usbekistan eine vergleichsweise geringe Rolle. Man kann jedoch durchaus behaupten, dass dies gerade deshalb der Fall ist, weil der Zugang zu Kontrazeptiva vergleichsweise gut ist. Eine Reallokation der Mittel von Kontrazeptiva zur allgemeinen Versorgung der Bevölkerung hätte deshalb erwartbare Negativwirkungen auf die Frauen- und Müttergesundheit gehabt. Dies war in den Jahren 2020–2022 der Fall, als Gelder zur Finanzierung von Kontrazeptiva für die Pandemiebekämpfung umgewidmet wurden und das Bevölkerungswachstum sein Maximum fand. Weiterhin sollte man nicht übersehen, dass Sterblichkeit und Verlust an DALYs allein nicht als Maßstab herangezogen werden darf. Es geht hier auch um den Schutz der Vulnerablen und eine gerechte Versorgung. Eine Reallokation der Mittel auf chronisch-degenerative Erkrankungen der (älteren) Erwachsenen hätte vielleicht mehr Menschenleben gerettet, jedoch wären dadurch Frauen und Kinder als besonders vulnerable Gruppen ungeschützt gewesen. Im Rahmen der Regierungsentscheidung, Frauen und Kinder prioritär zu versorgen, kann folglich die Allokation durchaus als effizient bezeichnet werden. Die Frage der Vertikalisierung, der Integration und der Prioritätensetzung auf vulnerable Gruppen ist von Usbekistan vorgegeben. Innerhalb dieses Rahmens liegt eine hohe allokativen Effizienz vor.

Zusammenfassende Bewertung der Effizienz: erfolgreich (2)

Zusammenfassend stellt sich die Effizienz des Programms als gut dar. Zwar mussten für den Endzeitpunkt erhebliche Verzögerungen verzeichnet werden, die primär durch komplexe administrative Prozesse und mehrfache Ausschreibungen bedingt waren. Diese führten jedoch zu keiner Veränderung der Preise und des daraus resultierenden Mengengerüsts, da die ursprünglich geplanten Beschaffungen alle durchgeführt werden konnten. Zusätzliche Geräte, die ursprünglich nicht vorgesehen waren, konnten durch Einsparungen und Umwidmungen finanziert werden. Dies führte zwar zu einer erheblichen Verlängerung der Projektlaufzeit, jedoch zu einer Reduktion der Effizienz. Das Ergebnis der Beschaffungsprozesse, der Trainings und der anderen Maßnahmen sind weiterhin von so guter Qualität, dass diese zusätzliche administrative Investition in einem guten Verhältnis zu den erzielten Ergebnissen steht. Eine Verbesserung der Allokation wäre sicherlich möglich. Dies würde jedoch einen kompletten Umbau des usbekischen Gesundheitswesens erfordern. Die entsprechenden Reformen der Gesundheitsfinanzierung und der Angebotsstruktur wurden ab 2019 eingeleitet, konnten jedoch bei Projektbeginn nicht antizipiert werden. Im Rahmen des Möglichen des usbekischen Gesundheitssystems ist auch die allokativen Effizienz als gut zu bewerten, so dass insgesamt ein voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis ohne wesentliche Mängel bescheinigt werden kann, d.h. ein guter Erfolg (Stufe 2).

Impact

13. Übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen

Das Ziel auf Impact-Ebene war die Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit in Usbekistan. Zur Messung des Impact-Ziels im Rahmen der EPE wurden die Indikatoren gemäß Tabelle 15 festgelegt.

Indikator	Status bei Prüfung ⁴¹	Zielwert bei EPE (Prüfung)	Istwert bei AK ⁴²	Istwert bei EPE
(1) Säuglingssterblichkeit	30,4 (WB); 11,7 (MoH)	Senkung ⁴³	12,7 (WB); 8,5 (MoH)	12,7 (WB 2023); 9,0 (MoH 2024) Zielwert erreicht
(2) Kindersterblichkeit	32,9 (WB); 15,9 (MoH)	Senkung auf 25	13,3 (WB); 11,9 (MoH)	13,3 (WB 2023); 12,5 (MoH 2024) Zielwert erreicht
(3) Müttersterblichkeit	34,0 (WB); 21,0 (MoH)	Senkung auf 15	26,0 (WB); 14,9 (MoH)	26,0 (WB 2023); 14,8 (MoH) Zielwert erreicht
(4) Rate unbeabsichtigter Schwangerschaften	26	Senkung auf 23	/	... Daten unzureichend
(5) Abtreibungsrate	5,9	Senkung der Abtreibungen pro 1.000 Frauen auf 4,8	3,1	4,0 (MoH 2023); 3,8 (MoH 2024) ¹ Zielwert erreicht

Tabelle 15: Impact Indikatoren der EPE.

Quelle: [1], Abschlussbericht GFA, MoH, WB.

Es ist nicht überraschend, dass Statistiken zwischen Quellen abweichen. Teilweise sind Parameter unterschiedlich definiert, teilweise enthalten sie unabsichtliche Fehler, teilweise könnten die Statistiken aber auch bewusst verzerrt sein. Wo notwendig, werden verschiedene Werte ausgewiesen.

- Ad (1): Säuglingssterblichkeit. Der Indikator (*infant mortality rate*) misst die Zahl der Kinder pro 1.000 Lebendgeburten, die vor Erreichen des ersten Geburtstags sterben. Bei Programmbeginn lag der Wert gemäß World Development Indicators bei 30,4 pro 1.000 Lebendgeburten, der offizielle Wert des MoH von Usbekistan betrug 11,7; das Ziel war eine Senkung. Tatsächlich hat das Programm die Zielstellung unabhängig von der gewählten Quelle mit 12,7 (WB) bzw. 8,5 (MoH) bei AK (2023) erreicht. Der letztverfügbare Wert des MoH beträgt 9,0 (2024).
Abbildung 11 zeigt die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit im Zeitablauf. Auffällig ist zum einen die hohe Fluktuation im Zeitablauf, zum anderen die immer noch hohe Streuung zwischen den Regionen bei diesem Parameter. Der Variationskoeffizient bleibt relativ konstant (24 % auf 25 %).
- Ad (2): Kindersterblichkeit. Der Indikator (*under five-mortality rate*) misst die Zahl der Kinder pro 1.000 Lebendgeburten, die vor Erreichen des fünften Geburtstags sterben. Der Wert im Jahr 2009 lag bei 32,9 (WB) bzw. 15,9 (MoH) und sank bis zur AK auf 13,3 (WB) bzw. 12,3 (MoH), d.h. um 60,0 % bzw. 22,6 %. Für 2024 gibt das MoH den Wert mit 12,5 an. Für beide Quellen wurde das Ziel vollständig erreicht.
Abbildung 10 zeigt den entsprechenden Verlauf für die Regionen. Der Variationskoeffizient stieg von 2010 bis 2024 von 16 % auf 20 %, d.h. die Disparität hat zugenommen.
- Ad (3): Müttersterblichkeit. Die Müttersterblichkeit (*maternal mortality rate*) misst die Todesfälle von Frauen pro 100.000 Lebendgeburten, die während der Schwangerschaft oder 42 Tage nach Schwangerschaftsende eintraten und unmittelbar mit Schwangerschaft oder Geburt verbunden sind. Vom Ausgangswert von 34,0 (WB) bzw. 21,0 (MoH) sank die Statistik bis zum Jahr 2024 auf 26,0 (WB) bzw. 14,8 (MoH), was einer Reduktion von 23,5 % (WB) bzw. 29,6 % (MoH) entspricht. Der ursprüngliche Zielwert von 15 bezog sich auf die Statistik des MoH, so dass von einer (knappen) Zielerreichung gesprochen werden kann.
Abbildung 12 zeigt die Entwicklung im regionalen Vergleich. Der Variationskoeffizient stieg hierbei fast monoton von 29 auf 48 %, d.h., die regionale Disparität hat zugenommen.

⁴¹ PV vom 03.03.2010. Dementsprechend beziehen sich die meisten Statistiken bei Prüfung auf 2009.

⁴² AK vom 04.09.2024. Dementsprechend beziehen sich die meisten Statistiken bei Prüfung auf 2023.

⁴³ Es würde sich anbieten, als Wert den SDG-Indikator zu verwenden. Allerdings gibt es hier nur den Indikator für Neonatal Mortality. Deshalb kann hier nur generisch von „Senkung“ gesprochen werden. Vgl. [24].

Die Indikatoren (1)–(3) stellen eine Einheit dar. Es handelt sich um „harte“ Indikatoren, die die Mortalität messen und damit unmittelbar das Leben und die Lebensqualität der Bevölkerung betreffen. Die dargestellten Entwicklungen können durchaus als großer Erfolg gewertet werden.

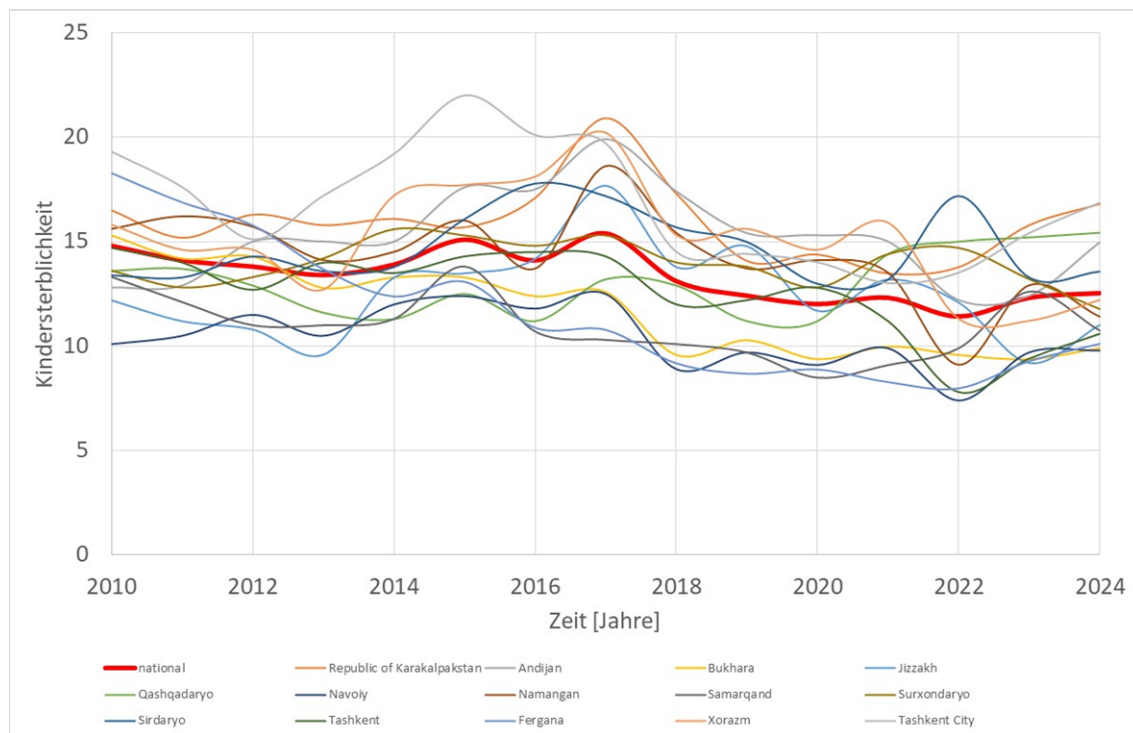


Abbildung 10: Kindersterblichkeit im regionalen Vergleich.

Quelle: MoH (2025).

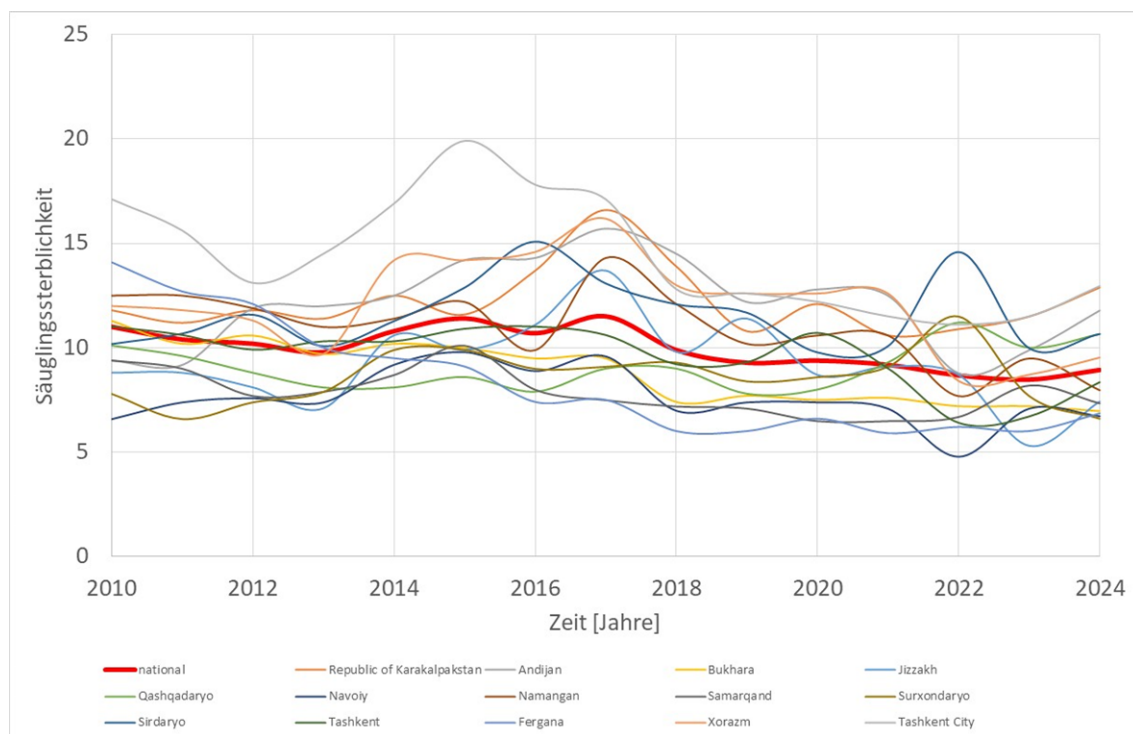


Abbildung 11: Säuglingssterblichkeit im regionalen Vergleich.

Quelle: MoH (2025).

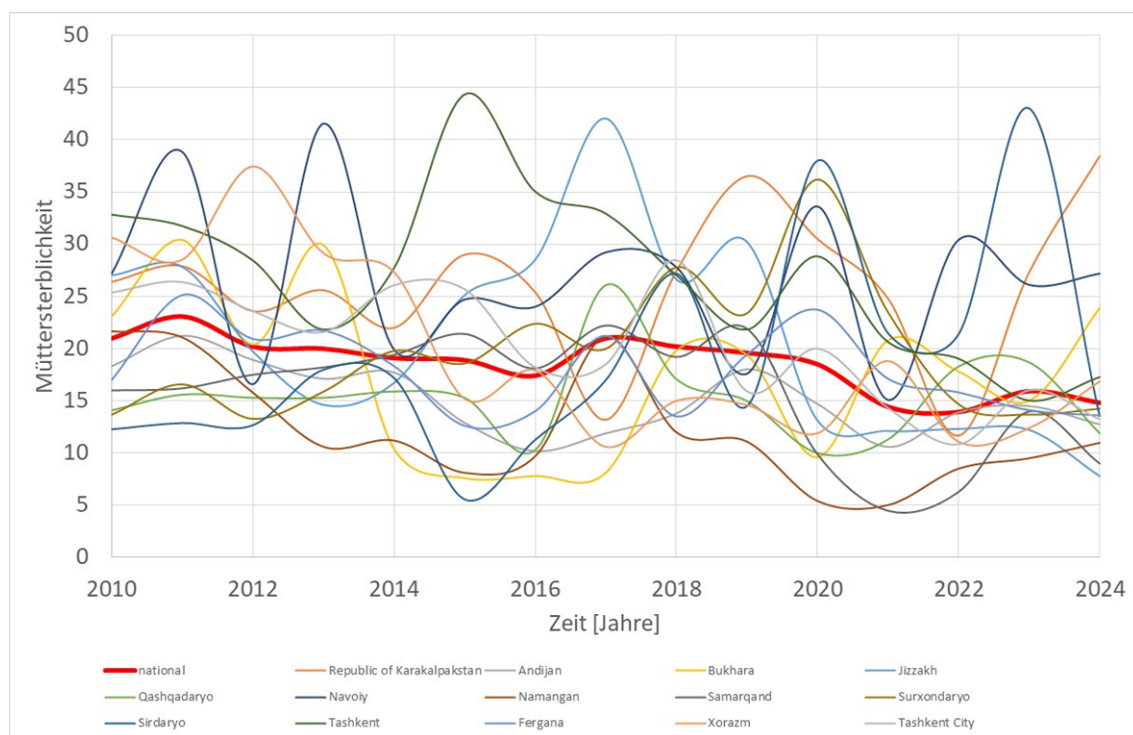


Abbildung 12: Müttersterblichkeit im regionalen Vergleich.

Quelle: MoH (2025).

- Ad (4): Rate unbeabsichtigter Schwangerschaften: Eine unbeabsichtigte Schwangerschaft (unintended pregnancy) ist eine Schwangerschaft, die unerwünscht (kein Kinderwunsch; unwanted pregnancy) oder unzeitig (früher als gewünscht; mistimed pregnancy) ist [60]. Schätzungsweise sind 45 % bzw. jährlich 121 Mio. Schwangerschaften weltweit unbeabsichtigt. Da sie stets auf ungeschütztem Geschlechtsverkehr beruhen, ist die Verfügbarkeit von Kontrazeptiva das maßgebliche Instrument zur Verringerung der Rate. Sie wird in der Regel als Zahl ungewünschter Schwangerschaften pro 1.000 Schwangerschaften definiert [61]. Da eine hohe Dunkelziffer bei der Zahl der Schwangerschaften und der (inoffiziellen) Abtreibungen vorliegt und die Bewertung „unbeabsichtigt“ subjektiv ist und nur durch Befragungen erhoben werden kann, ist die Statistik mit hoher Unsicherheit behaftet.

Gemäß den Statistiken des MoH lag die Rate im Jahr 2009 bei 26. Ziel war eine Senkung auf 23. Bei AK wurde kein Wert erhoben. Abbildung 13 zeigt Schätzungen der Rate unbeabsichtigter Schwangerschaften des Guttmacher Instituts. Die Abbildung zeigt, dass die Rate seit der Unabhängigkeit erheblich gesunken, jedoch in den letzten Jahren sogar leicht angewachsen ist. Tatsächlich ist eine gewisse Schwelle auch bei vollständiger Verfügbarkeit von Kontrazeptiva nicht zu unterschreiten.⁴⁴ Eine Bewertung ist bei gegebener Datenlage jedoch nicht möglich.

- Ad (5): Abtreibungsrate: Diese Statistik gibt die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche pro 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter (15–44 Jahre) wieder.⁴⁵ Es werden folglich die vorzeitigen und beabsichtigten Beendigung einer Schwangerschaft gezählt, die das Ungeborene intendiert nicht überlebt [62]. Aborte (z.B. Fehlgeburten) zählen nicht zu den Abtreibungen. Da ein beträchtlicher Teil der Abtreibungen weltweit inoffiziell durchgeführt wird (und zwar auch dann, wenn die Abtreibung in einem Land grundsätzlich legal ist), sind die Statistiken immer mit Vorsicht zu betrachten. In Usbekistan sind Abtreibungen bis zur 12. Woche grundsätzlich legal [63]. Auch der in Usbekistan vertretene sunnitische Islam der Hanafi Schule kennt kein grundsätzliches Verbot bis zum 120. Tag [44]. Trotzdem ist die Abtreibung immer noch ein Tabu. Legale und insbesondere illegale Abtreibungen stellen ein erhebliches Gesundheitsrisiko für die Frauen dar. Eine Reduktion der Abtreibungsrate auf Grund von besserer Verfügbarkeit von Kontrazeptiva ist damit ein gesellschaftlich wichtiger möglicher Impact des FZ-Vorhabens.

Nach offiziellen Statistiken betrug die Rate 5,9 im Jahr 2009. Ziel war eine Senkung auf 4,8. Die AK stellt eine Reduktion auf 3,1 im Jahr 2023 fest. Die aktuellen Zahlen des MoH belaufen sich auf 4,0 (2023) und 3,8 (2024). Damit wurde das Ziel einer Reduktion der Abtreibungen erreicht. Diese Aussage enthält eine gewisse Unsicherheit, da die Statistik – wie dargestellt – nie exakt sein kann und nur die offiziellen Abtreibungen umfasst. Es gibt durchaus stark abweichende Parameter. So berechnet das Guttmacher Institut die Zahl der offiziellen und inoffiziellen Schwangerschaftsabbrüche (vgl. Abbildung 13)

⁴⁴ In Deutschland geht man davon aus, dass etwa 15 % aller Schwangerschaften grundsätzlich unerwünscht sind, während 12–15 % weitere Schwangerschaften prinzipiell gewünscht sind, jedoch zu früh eintreten. Damit sind in einem Land mit vollständiger Verfügbarkeit von Kontrazeptiva rund 30 % der Schwangerschaften unbeabsichtigt.

⁴⁵ In internationalen Statistiken wird manchmal auch als Nenner 1.000 Lebendgeburten gewählt, dementsprechend unterscheiden sich die Statistiken.

mit deutlich höheren Werten. Hier zeigt es sich, dass die Zahl seit der Unabhängigkeit des Landes massiv zurückgegangen ist, jedoch während der Projektlaufzeit eher stagniert hat. Auffällig ist jedoch, dass Usbekistan unter dem Durchschnitt Zentralasiens liegt. Die Unsicherheit des Parameters und der offiziellen Statistiken sollte berücksichtigt werden. Abbildung 14 zeigt die Abtreibungsrate im regionalen Vergleich. Auffällig sind die hohen Werte in Tashkent City. Der Variationskoeffizient sinkt von 2010 bis 2024 von 97 % auf 59 %.

Average annual no. per 1,000 women aged 15–49, Uzbekistan

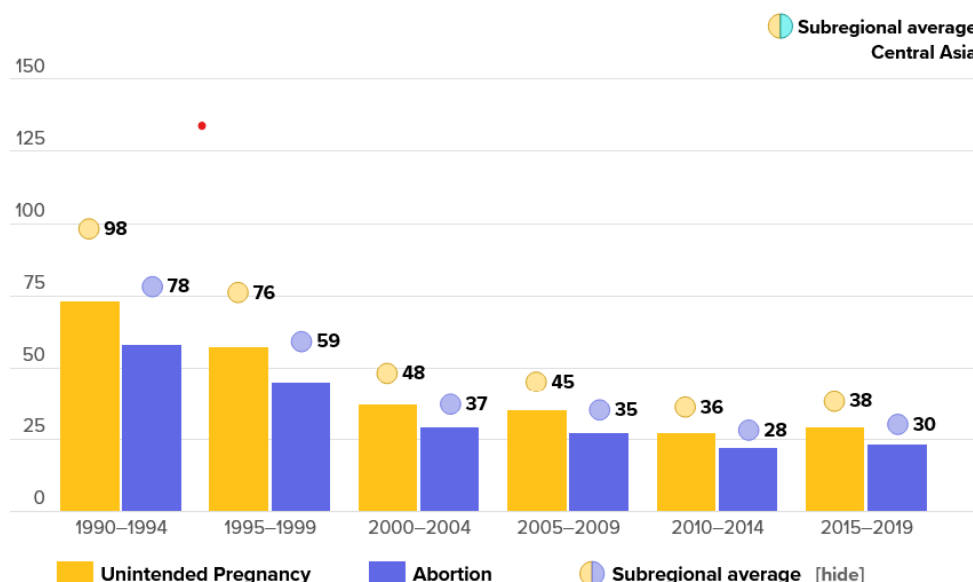


Abbildung 13: Unbeabsichtigte Schwangerschaften und Abtreibungen in Usbekistan, 1990–2019.

Quelle: [64].

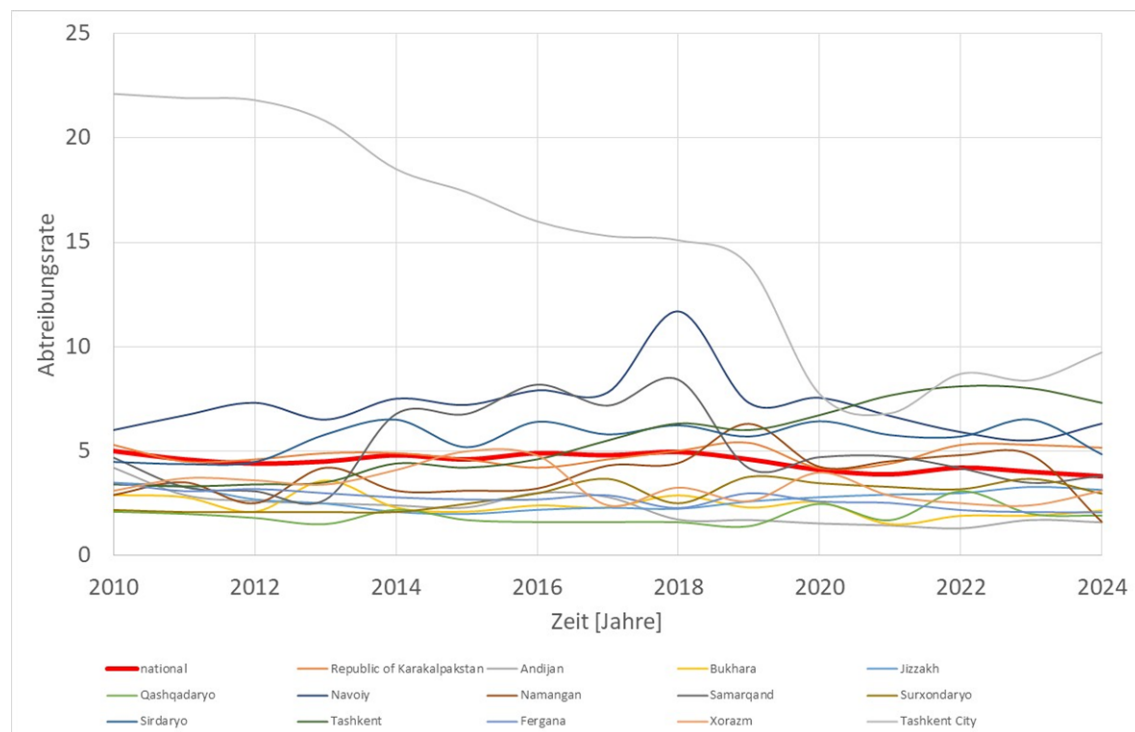


Abbildung 14: Abtreibungsrate im regionalen Vergleich.

Quelle: MoH (2025).

Ziele (4) und (5) beziehen sich folglich auf Komponente I und hier insbesondere auf die Bereitstellung von Kontrazeptiva.

14. Beitrag zu übergeordneten intendierten entwicklungspolitischen Veränderungen

Insgesamt sind die Entwicklungen der Gesundheitsindikatoren auf Impact-Ebene durchaus positiv, auch jenseits der vom Vorhaben fokussierten Gebiete. Die Verbesserungen der Sterblichkeiten und der Lebenserwartung sind insgesamt sehr beeindruckend. Es ist plausibel, dass die hier getroffenen Maßnahmen einen wichtigen, aber nicht ausschließlichen Beitrag hierzu geleistet haben. Die weiterführenden Implikationen für persönliche Lebensqualität, gesellschaftlichen Zusammenhalt, sozialen Frieden und Weiterentwicklung des Staatswesens zu einem Stabilitätsanker in der Region dürften für alle Stakeholder plausibel sein. Ein empirischer Nachweis gelingt hierfür selten und ist im Rahmen einer EPE nicht zu bewerkstelligen, so dass ein Plausibilitätsschluss Anwendung findet.

Die Verknüpfung der Verfügbarkeit von Kontrazeptiva und der Abtreibungsrate ist offensichtlich und in der Literatur gut belegt (vgl. Kapitel Relevanz). Track20 ermittelt [55], wie viele unsichere Abtreibungen und mütterliche Todesfälle durch Kontrazeptiva vermieden wurden. Für das Jahr 2012 lag der Wert für Usbekistan bei 599.000 (Zahl unsicherer Abtreibungen, die durch moderne Kontrazeptiva vermieden wurden) bzw. 1300 (Zahl der mütterlichen Todesfälle, die durch moderne Kontrazeptiva vermieden wurden); für das Jahr 2024 sind die entsprechenden Werte mit 679.000 bzw. 1500 angegeben. Selbst wenn man bedenkt, dass die Zahl der relevanten Bevölkerung in diesem Zeitraum zugenommen hat, bleibt eine Verbesserung. Zu diesem Maßnahmenbündel gehört neben der Beschaffung der Kontrazeptiva auch die Schulung der entsprechenden Mitarbeiter sowie die Verbesserung der Logistik. Der Mutterpass hingegen konnte aufgrund seiner extrem begrenzten Umsetzung sicherlich keinen messbaren Erfolg entwickeln.

Der Schwerpunkt des FZ-Vorhabens war die Beschaffung von medizinischen Geräten sowie der entsprechenden Verbrauchsmaterialien. Die Wirkungslogik wurde im Kapitel Relevanz beschrieben und ist eindeutig. Wie Abbildung 15 zeigt, führt die Beschaffung sicher zur Schaffung von Kapazitäten und damit einer gesteigerten Strukturqualität. Aus der Strukturqualität wird eine Prozessqualität, wenn das Personal die Kapazitäten richtig bedienen und nutzen kann (wofür Schulungen notwendig sind), wenn die Geräte dauerhaft zur Verfügung stehen (wofür Wartung notwendig ist), wenn die Ersatzteile und Verbrauchsmaterialien verfügbar sind (wofür erneut Beschaffung und Management benötigt werden) und wenn Geräte bei Erreichung der wirtschaftlichen Lebensdauer ausgetauscht werden (Reinvestition). Aus der Prozessqualität wird eine Ergebnisqualität, wenn die Patienten diese Dienstleistungen tatsächlich nachfragen (räumliche, finanzielle und soziale Erreichbarkeit), die Patienten als Koproduzenten der Gesundheitsdienstleistung einbezogen werden (Partizipation) und das Personal nicht nur die Technik beherrscht, sondern auch den Gesamtprozess (Schulung, insbesondere von SOPs). Eine gute Ergebnisqualität führt zu einer erhöhten Reputation und damit Nachfrage, was die Auslastung der Aggregate erhöht und die Fallkosten senkt. Vor allem aber impliziert eine gute Ergebnisqualität einen Diagnostik- und Therapieerfolg, d.h. eine verbesserte individuelle Gesundheit. Diese wird ceteris paribus einen Beitrag zu übergeordneten entwicklungspolitischen und gesellschaftlichen Zielen leisten, insbesondere zur gesellschaftlichen Wohlfahrt.

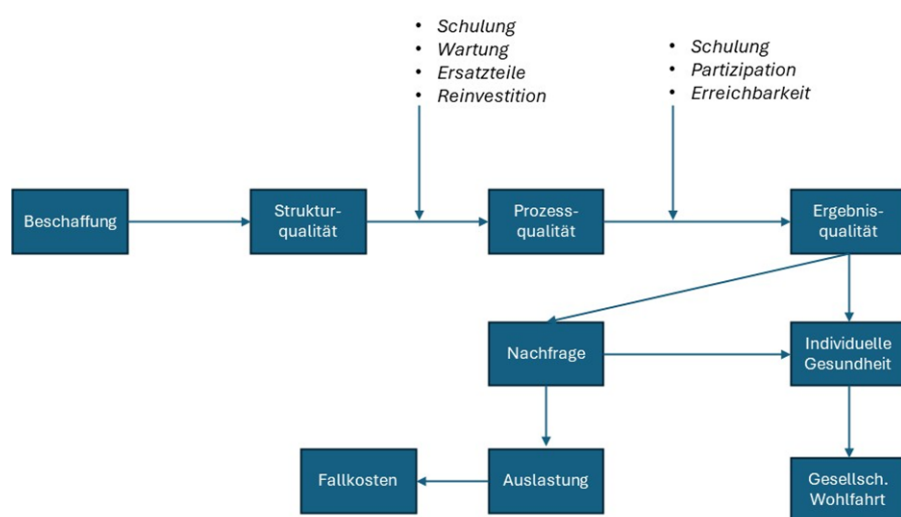


Abbildung 15: Wirkungskette der Investition in Medizintechnik.

Quelle: eigene Darstellung.

Betrachtet man Komponente II, so scheinen diese Bedingungen rundum erfüllt und der Schluss von Gerätelieferung zu gesellschaftlicher Wohlfahrt plausibel. Es wurden Ausstattung und Verbrauchsmaterialien für Krankenhäuser geliefert, die diese Qualitätskomponenten nicht hatten. Weiterhin wurden Mitarbeiter entsprechend ausgebildet, um diese Geräte sinnvoll zu nutzen. Die Aufrechterhaltung der Leistung wurde über Wartung (technische Schulung, Management, Ersatzteile) gewährleistet. Wenig betrachtet wurde die Bedeutung der Patienten für diesen Prozess, hier besteht Nachholbedarf.

Hierbei darf man jedoch nicht übersehen, dass der Anteil der Patienten der Zielkrankenhäuser an der Population von Müttern und Kindern gering ist, weshalb man auch nicht davon ausgehen kann, dass die Gerätebeschaffung maßgeblich für die Erreichung der Impactziele verantwortlich ist. Es ist allerdings sehr plausibel, dass sie einen Beitrag geleistet haben.

Für die Häuser war die Krankenhausentwicklungsplanung ein wichtiger Impuls, der über die eigentlichen Inhalte (z.B. Design) hinausging. Es war für viele Manager (ärztliche Direktoren, Verwaltungsleiter, Pflegedienstleiter) das erste Mal, dass sie den Zusammenhang von Architektur, Raumplanung, Medizin und Ökonomie erkannt haben. Es ist deshalb auch plausibel, dass die Pläne einen Beitrag zur Erreichung der Impactziele geleistet haben. Die Höhe lässt sich nicht ermitteln.

Die verschiedenen technischen, klinischen und Führungstrainings haben ebenso einen wichtigen Beitrag geleistet, die Impactziele zu erreichen. Hier ist eine Quantifizierung noch schwieriger als für andere Maßnahmen. In den Interviews wurde jedoch immer wieder betont, wie wichtig diese Komponente für den Erfolg und damit für die Erreichung der gesellschaftlichen Ziele war.

Damit können wir schließen, dass das Vorhaben einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation, insbesondere von Müttern und Kindern, der usbekischen Bevölkerung geleistet hat. Der Plausibilitätsschluss ist logisch begründbar und entspricht der gängigen Literatur der Gesundheitsökonomik [37, 46]. Ob das Programm zu einer „Initialzündung“ im Gesundheitswesen beigetragen hat, die Ausstrahl- und Multiplikatoreffekte hatte, insbesondere auf Gesundheitseinrichtungen unterer Versorgungsebene, ist im Rahmen einer EPE nicht zu bestimmen, auch wenn die Interviewpartner dies bejaht haben. Letztlich ist das Finanzvolumen doch sehr gering im Vergleich zu den totalen Gesundheitsausgaben der Periode. Summiert man die Gesundheitsausgaben pro Kopf von 2010 bis 2023 auf und vergleicht sie mit dem Investitionsbudget des FZ-Vorhabens pro Kopf der Bevölkerung (zur Vereinfachung wurde ein Durchschnitt der Bevölkerung im Jahr 2017 angenommen), so ergibt sich ein Beitrag von 0,083 %. Es ist nicht zu erwarten, dass dieser kleine Beitrag wirklich maßgebliche Wirkungen entfalten konnte. Die Maßnahmen des Vorhabens sind sicherlich wirksam, punktuell konnten Kulturen und Networking essenziell verbessert werden, aber die Wirkung konnte von Anfang an nicht fundamental für den gesamten Sektor sein.

Die wichtigsten Gründe für die Wirksamkeit der FZ-Maßnahme dürften in der Kombination der Maßnahmen liegen. Vor allem Komponente II ist wohl abgestimmt zwischen Investition und BM, so dass die Wirkungskette (vgl. Abbildung 15) entstehen konnte. Klinische Schulungen, technische Ausbildung und Managementtraining stellten die Voraussetzungen dafür dar, dass die Investitionen wirksam werden konnten für die Versorgung der Bevölkerung und damit der Gesundheit.

Eine explizite ökologische Perspektive sieht das Vorhaben nicht vor. Allerdings wurden Langlebigkeit und Wartungsmöglichkeit bei der Beschaffung explizit berücksichtigt, so dass auch von langfristigen Impacts auf die Ökologie ausgegangen werden kann. Für zukünftige Maßnahmen dürfte das „green hospital“ eine deutlich gewichtigere Rolle spielen. Kinder und Frauen sind per se vulnerable Gruppen, die im Fokus des Programms stehen. Eine Analyse der Zugänglichkeit für Arme und Menschen aus peripheren Regionen liegt nicht vor. Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass auch hier eine gewisse Distanz- und Sozialreibung vorliegt, die jedoch nicht bewertet werden kann.

15. Beitrag zu übergeordneten nicht-intendierten entwicklungspolitischen Veränderungen

Es liegen keine Hinweise auf übergeordnete (nicht-intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen vor.

Zusammenfassende Bewertung des Impacts: erfolgreich (2)

Die Ziele des Vorhabens auf der Impact-Ebene wurden vollständig erreicht. Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit sind wie gewünscht gesunken; Abtreibungen gingen ebenfalls wie erstrebt zurück. Es ist wahrscheinlich, dass auch die unerwünschten Schwangerschaften entsprechend abgenommen haben, auch wenn der empirische Nachweis nicht gelingt. Es ist höchst plausibel, dass die Maßnahmen des Vorhabens dazu einen wichtigen Beitrag geleistet haben. Ein Nachweis ist jedoch nicht möglich, und eine quantitative Bedeutung sollte nicht überschätzt werden. Insgesamt wird der Impact als erfolgreich bewertet (Stufe 2).

Nachhaltigkeit

16. Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Die beschriebenen positiven Wirkungen können von Dauer sein, wenn die Kapazitäten der Stakeholder ausreichen, um dauerhaft diese Wirkungen zu generieren. Hierbei ist die nationalstaatliche Ebene, die Ebene der betroffenen Krankenhäuser und anderer Institutionen sowie der Patienten zu unterscheiden.

a. Kapazitäten auf nationaler Ebene

Bis heute erfolgt die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems überwiegend über Steuern. Betrachtet man die Gesundheitsausgaben pro Kopf, so ist ein stetiger Anstieg zu verzeichnen, wobei der kaufkraftadjustierte Anstieg geringer ausfällt, jedoch auch in der Projektperiode 2010–2023 deutlich positiv ist (vgl. Abbildung 16). Ob der starke Anstieg ab 2020 allein Corona

geschuldet ist, ist fraglich, denn zumindest in absoluten Werten stiegen die Gesundheitsausgaben (mit Ausnahme von 2014) kontinuierlich.

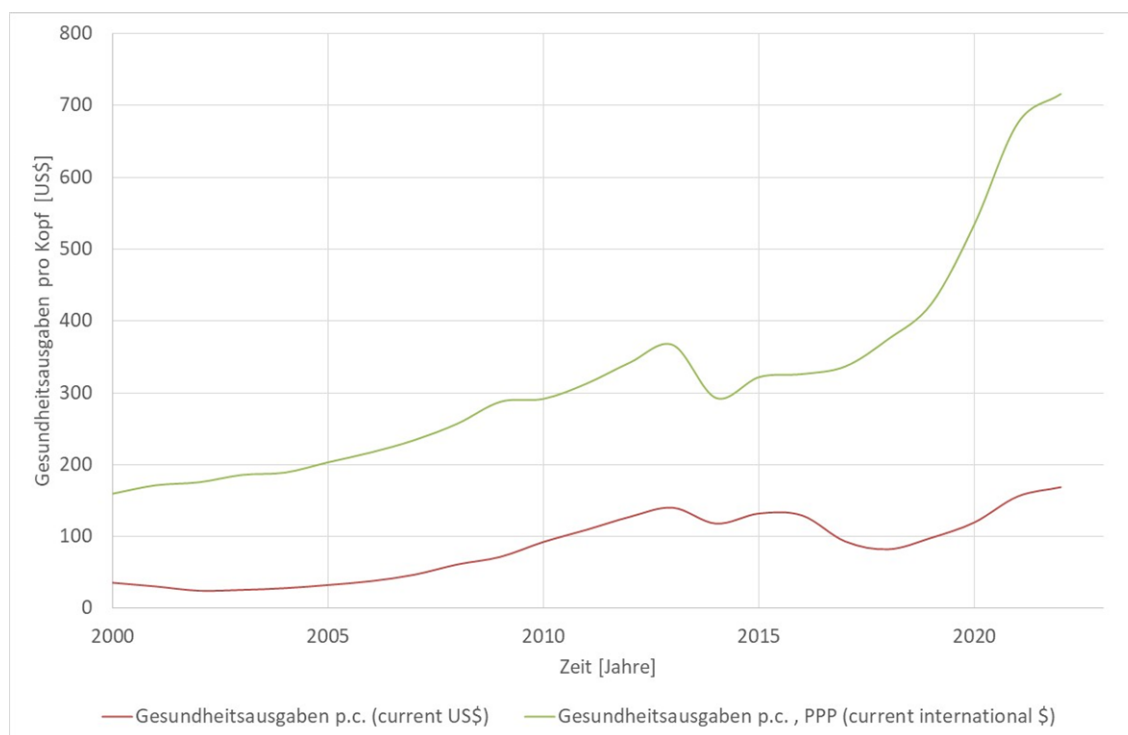


Abbildung 16: Gesundheitsausgaben Usbekistans pro Kopf (absolut).

Quelle: [1].

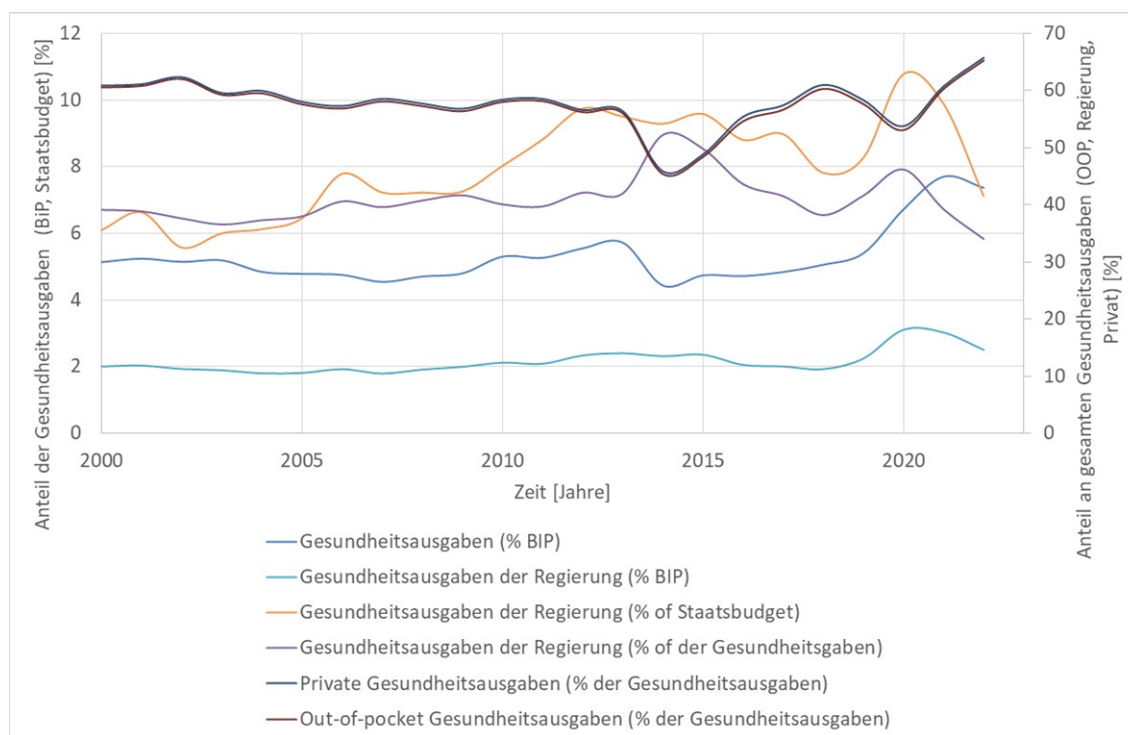


Abbildung 17: Gesundheitsausgaben Usbekistans pro Kopf (relativ).

Quelle: [1].

Vergleicht man die relativen Gesundheitsausgaben, so sind die Veränderungen (mit Ausnahme des Jahres 2014) zwar gering, aber relevant. So stiegen die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt von 5,13 % (2000) auf 7,36 % (2022). Dies ist jedoch zu einem größeren Anteil auf die privaten Gesundheitsausgaben (out-of-pocket, OOP) zurückzuführen, deren Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben von 60,90 % auf 65,78 % stiegen. Der Anteil der Regierung an den gesamten Gesundheitsausgaben sank in dieser Zeit von 39,10 % auf 34,00 %, ⁴⁶ wobei bis 2014 eine Steigerung, dann ein Rückgang und während Corona eine erhebliche Steigerung zu verzeichnen war. Seither ist der Anteil erneut deutlich gesunken. Im selben Zeitraum stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am Staatsbudget von 6,11 % auf 7,12 %, wobei der Anstieg bis 2017 anhielt, dann zurückging und erst durch die massiven Ausgaben während der Corona-Pandemie wieder anstieg. Seither ist er von 11,7 % (2020) auf 7,12 % (2022) gesunken. Mit einem Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben am BIP von 2,50 % liegt Usbekistan über dem Durchschnitt der Nachbarländer ⁴⁷ und vergleichbarer lower-middle-income countries (1,44 %), jedoch deutlich unter dem Durchschnitt aller Länder der Erde (6,14 %).

Der hohe Anteil privater Zuzahlungen (2022: 65,3 %) stellt noch immer eine Herausforderung dar und hat mehrere Ursachen. Zum einen bezieht sich die kostenlose Basisbehandlung grundsätzlich nur auf die Primärebene. Wie Tabelle 3 zeigt, sind vor allem Leistungen der Tertiärversorgung nur für vulnerable Gruppen vom Staat abgedeckt, während alle anderen (theoretisch) kostendeckende Gebühren bezahlen müssen. Weiterhin sind alle Leistungen von der Erstattung ausgenommen, wenn hierfür eine Überweisung fehlt. Dabei ist das Überspringen der Überweisungskette nicht nur negativ zu bewerten. Häufig haben Patienten gar keine andere Wahl, weil die Primärebene zwar nicht ausreichende Diagnostikmöglichkeiten bietet, jedoch eine Überweisung verweigert. Schließlich nutzt insbesondere die städtische Bevölkerung immer häufiger private Gesundheitsdienstleister, die zumindest bislang von der Refinanzierung des Staates ausgeschlossen sind.

Grundsätzlich ist damit der Staat noch immer ein zentraler Finanzierer von Gesundheitsdienstleistungen, aber die Priorität scheint etwas abzunehmen. Von 2011 bis 2023 sank der Anteil der Staatseinnahmen am BIP nur geringfügig (12,37 % zu 11,53 %; -6,79 %), der Anteil der Gesundheitsausgaben am Staatsbudget sank aber stärker (8,83 % auf 7,13 %; -23,85 %). Die Einführung des State Health Insurance Fund (SHIF) hat daran bislang nichts geändert, da er vollständig aus Steuermitteln finanziert wird. ⁴⁸ Er hat in den letzten Jahren zahlreiche Aufgaben übernommen, die vorher vom Finanzministerium getragen wurden, insbesondere Finanzierung der Basisversorgung, der Sekundär- und Tertiärkrankenhäuser sowie einiger anderer Einrichtungen (z.B. Blutbanken). Es gibt derzeit Bestrebungen, eine prämiensbasierte Krankenversicherung zu etablieren. Ob dies gelingt und in welchem Zeitraum dies zu maßgeblich mehr Mittel führen wird, ist derzeit nicht absehbar.

Der Zahlungsmechanismus des SHIF ist komplexer als zu der Zeit, als das Finanzministerium einfach bevölkerungsabhängige Budgets an die Einrichtungen des Gesundheitswesens zuwies. Einrichtungen der Primärebene erhalten eine Kopfprämie in Abhängigkeit von der Bevölkerungszahl, die sich für die jeweilige Einrichtung eingeschrieben hat. Krankenhäuser erhalten 85 % des vereinbarten Budgets als fixe Monatspauschalen; die verbleibenden 15 % werden als Entgelte für Leistungen nach dem Prinzip der Fallpauschalen ausbezahlt. Hierdurch entsteht ein Leistungsanreiz, der auch mit etwas größerer Autonomie verbunden ist. Allerdings dürfte der Anreiz bei 15 % der Gesamtausgaben (und damit deutlich unter den variablen Kosten) relativ gering sein. Derzeit lässt sich nicht ermesen, ob die Veränderung der Entgeltung Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems haben wird.

b. Kapazitäten auf institutioneller Ebene

Die Verteilung der Kontrazeptiva liegt bis heute grundlegend in den staatlichen Verteilungszentren, die in jeder Region ansässig und Ämter der Regionalen Gesundheitsabteilungen sind, auch wenn sie vom Republican Specialized Mother and Child Health Care Scientific Practical Center überwacht werden. In den Interviews stellte sich heraus, dass ihr Funktionsportfolio in den letzten Jahren stark reduziert wurde. Beispielsweise wurde die Behandlung von Infertilität an andere Gesundheitsdienstleister übertragen. Teilweise erscheint das Personal überqualifiziert, auf jeden Fall ist die Kapazität weit ausreichend für die gegebene Aufgabe.

Auf Ebene der Krankenhäuser werden die positiven Wirkungen wahrscheinlich über längere Zeit persistieren. Die Kapazitäten der Krankenhäuser wurden in den letzten Jahren grundlegend gestärkt. Eine Säule hiervon ist die wachsende Autonomie der Krankenhausführung. So können insbesondere die Führungskräfte der Tertiärkrankenhäuser zunehmend über Personalauswahl und -einsatz, Leistungsportfolio und Kooperationen entscheiden. Dazu gehört eben auch die Festlegung von Behandlungsstandards, Einstellung und Förderung von Wartungspersonal und die Zusammenarbeit mit (privatwirtschaftlichen) Wartungs- und Reparaturdiensten. Die zweite Säule ist die neue Finanzierung durch den SHIF, die für leistungsstarke Einrichtungen zusätzliche Mittel vorsieht, die auch für Nachhaltigkeit verwendet werden können. Hierzu gehören Zulagen für qualifiziertes Personal (, die die Bindung des Personals an die Einrichtung und damit die Nachhaltigkeit der Personalkapazität erhöhen sollen,) und Wartung von Geräten.

Die Finanzierung stellt immer noch eine der größten Herausforderungen für die Krankenhäuser dar. Soweit eine Überweisung vorliegt, ist die Gesundheitsdienstleistung für Kinder grundsätzlich kostenlos. Gebühren werden für Patienten ohne Überweisung verlangt, wobei Notfälle auch kostenlos behandelt werden, wenn sie nicht transportfähig zum jeweiligen Notfallkrankenhaus sind.

⁴⁶ Kleinere Rundungsfehler sind möglich, so dass sich die Werte nicht auf 100 % addieren.

⁴⁷ Kasachstan: 2,3 %; Tadschikistan: 1,19 %; Turkmenistan: 0,8 %; Afghanistan: 0,18 %; Kirgistan: 2,64 %.

⁴⁸ Beim State Health Insurance Fund handelt es sich nur dem Namen nach um eine Krankenversicherung. Tatsächlich ist der SHIF funktional als National Health Service einzuordnen. Die Regierung hat sich jedoch entschlossen, diesen Begriff zu wählen, um eine Weiterentwicklungsmöglichkeit zu einem prämiensbasierten System mit Risikoteilung zu ermöglichen.

Derzeit gibt es keine speziellen pädiatrischen Fallgruppen. Unter der Annahme, dass die Behandlung von Kindern bei der gleichen Erkrankung aufwendiger ist, könnte dies eine strukturelle Unterfinanzierung der Kinderkrankenhäuser implizieren. Nach Aussage der Interviewpartner ist dies derzeit nicht spürbar. Dies könnte auch dadurch bedingt sein, dass die 15 % variable Erlösanteile kaum ins Gewicht fallen, d.h., nur 15 % der Unterfinanzierung wäre budgetwirksam. Trotzdem könnte dies zukünftig zu einer Bedrohung der Nachhaltigkeit der Häuser führen. Es muss im Rahmen der Weiterentwicklung des derzeitigen Fallklassensystems zu einem „echten“ DRG-System darauf geachtet werden, dass ein entsprechender Alterssplit eingeführt wird.

Die Personalausstattung ist grundsätzlich als angemessen einzustufen. Gebäude sind in einem vergleichsweise guten Zustand, Geräte sind überwiegend vorhanden und nutzbar. Die Bitte um weitere Geräteunterstützung ist allpräsent.

c. Kapazitäten der Patienten

Auch wenn die Leistungen in den Kinderkrankenhäusern sowie die Kontrazeptiva grundsätzlich kostenlos für die Bevölkerung sind, so treten doch erhebliche Haushaltskosten auf. Dies sind zum einen Transportkosten zum Leistungserbringer für Patient und Angehörigen (z.B. Kinder mit Begleitperson), zum anderen indirekte Kosten durch den Verlust an Arbeitszeit. Je peripherer der Standort des Patienten, desto höher sind ceteris paribus die Transportkosten; je ärmer eine Familie, desto größer sind die relativen Haushaltskosten im Verhältnis zu den Gesamtausgaben. Die Konsequenz sind katastrophale Gesundheitsausgaben. So konnte gezeigt werden, dass jährlich etwa 2,5 % der usbekischen Haushalte, d.h. 800.000 Bewohner, sich auf Grundlage von OOP-Gesundheitsausgaben verschulden müssen, wobei Armutsgruppen deutlich häufiger davon betroffen sind als reichere Bevölkerungsteile [6].

Insgesamt erscheint die Kapazität der Regierung Usbekistans, der Krankenhäuser und der Patienten durchaus in der Lage, die gelieferte Medizintechnik möglichst lange zu erhalten und zu nutzen. Allerdings muss man sich darüber im Klaren sein, dass Verbrauchsgüter (sowohl in Komponente II als auch insbesondere in Komponente I) per se nicht nachhaltig sein können. Am nachhaltigsten dürfte die Ausbildung sein, da hier personelle Kapazitäten geschaffen werden, die u.U. über Jahrzehnte genutzt werden können. Die ist insbesondere dann der Fall, wenn – wie hier – die geschaffenen Personalkapazitäten nicht ins Ausland oder andere Sektoren abwandern. Hier hat das Programm durch klinische, technische und Führungstrainings relevante Kapazitäten geschaffen.

Es sei abschließend erwähnt, dass die Regierung Usbekistans sowie die beteiligten Krankenhäuser durchaus flexibel auf die Herausforderungen der Covid-19 Pandemie reagiert haben. Gebäude und Prozesse wurden umstrukturiert, um Patienten mit und ohne Infektion zu trennen und eine entsprechende Behandlung sicherzustellen. Auch das Vorhaben selbst wurde diesbezüglich umstrukturiert, was ebenso für die Flexibilität als Dimension der Kapazität spricht.

17. Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Abbildung 6 zeigt die gesamte Wirkungskette des Vorhabens, Abbildung 15 die detailliertere Wirkkette speziell für die Medizintechnik. Komponente I bestand nicht nur aus der Beschaffung von Kontrazeptiva, sondern auch aus der Ausbildung des entsprechenden Personals, der Einführung des Mutterpasses und der Beschaffung von Transportern. Die Beschaffung der Kontrazeptiva selbst war nur im übertragenen Sinne nachhaltig, da die Vermeidung von unbeabsichtigten Schwangerschaften ja auch einen nachhaltigen Effekt auf die Gesellschaft hat. Darüber hinaus sind die Kontrazeptiva Verbrauchsmaterialien, die ex definitione nicht nachhaltig sein können. Betrachtet man Nachhaltigkeit jedoch aus finanzieller Perspektive, so ist sie durchaus positiv zu bewerten, da die Regierung von Usbekistan (nach anfänglichen Problemen) die Finanzierung, Beschaffung und Distribution der Kontrazeptiva übernommen hat. Die Aufnahme eines Programms in die Regierungsverantwortung ist in gewisser Weise die nachhaltigste Form von Entwicklungszusammenarbeit, da nur so die dauerhafte Versorgung der Bevölkerung gewährleistet ist.

Die Transporter waren bei einer Abschlussevaluierung des Consultants 2024 alle noch funktionstüchtig. Dies wurde im Rahmen der EPE nicht erneut überprüft. Der Mutterpass wurde nicht flächendeckend eingeführt, und es besteht derzeit kein Anzeichen dafür, dass dies nachgeholt werden wird. Er hätte sehr nachhaltig sein und die Qualität der Schwangerenvorsorge erheblich verbessern können. Die Ausbildung hingegen ist nach Aussage der Interviewpartner bis heute von großer Bedeutung für die Versorgung mit Kontrazeptiva und insbesondere die Beratung der Frauen.

In Komponente II war die Gerätebeschaffung der Schwerpunkt. Es ist gemäß Abbildung 15 deutlich, dass die erwünschten Ziele nur nachhaltig erreicht werden können, wenn die Geräte existieren, angemessen bedient und konsequent gewartet werden. Dies erfordert eine ausreichende Finanzierung. Die Maßnahmen des FZ-Vorhabens waren folglich von Anfang an auf Nachhaltigkeit ausgerichtet, da insbesondere die Begleitmaßnahme sehr gewissenhaft auf die Investition ausgerichtet war und diese zur Nachhaltigkeit programmierte. Auf dieser Grundlage werden die Krankenhäuser auch über das Ende der technischen Lebensdauer der Aggregate ihre Leistungen auf einem höheren Niveau produzieren können, da die klinische, technische und Führungsausbildung die Prozesse verbessert und damit die Effizienz erhöht, um langfristig wirksam sein zu können.

Zu Wartung und Trainings wird im nächsten Abschnitt weiter Stellung genommen.

18. Dauerhaftigkeit der Wirkungen

a. Kontrazeptiva

Wie dargestellt, bestand eine drohende Finanzierungslücke bei Kontrazeptiva, die durch das Vorhaben überbrückt werden konnte. Die Eigenbeteiligung der usbekischen Regierung bei der Finanzierung der Kontrazeptiva betrug im Jahr 2014 nur etwa 20 %. In den Folgejahren hat die Regierung ihren Anteil an der Beschaffung schrittweise erhöht, so dass heute die Finanzierung ausschließlich aus Eigenmitteln erfolgt. Die UNFPA unterstützt (Beschaffung, Preisverhandlung, Qualitätssicherung), aber die Mittel kommen ausschließlich aus dem Staatshaushalt. Allerdings wurde die Wahlfreiheit der Frau stark eingeschränkt, da derzeit nur noch Spiralen und kontrazeptive Depotspritzen kostenlos verfügbar sind, während beispielsweise orale Kontrazeptiva in Apotheken bezogen und von den Frauen privat bezahlt werden müssen.

Die Zentren für Reproduktive Gesundheit auf regionaler Ebene haben die meisten ihrer ursprünglichen Funktionen (Diagnostik, Behandlung von Unfruchtbarkeit, Beratung etc.) eingebüßt und sind tatsächlich eher Verwaltungseinheiten. Sie haben deshalb auch ihre rechtliche Selbständigkeit verloren und sind lediglich Ämter der regionalen Gesundheitsverwaltung, die fachlich dem Republican Specialized Mother and Child Health Care Scientific Practical Center unterstehen. Auch die Administration der verbleibenden Aufgaben hat sich stark verändert. Während zur Zeit des Projektes die UNFPA-Software CHANNEL verwendet und eine „informed push“ Bestellpolitik verwendet wurde, kennt heute keine der befragten Mitarbeiterinnen diese Software. Die Bestimmung des Bedarfs erfolgt ausschließlich auf Basis demografischer Daten. Da die Lieferungen der IUDs und der kontrazeptiven Depotspritzen nur alle zwei Jahre erfolgen, besteht ein sehr hoher Lagerbestand. Die Interviewpartner haben betont, dass auch heute die staatliche Bereitstellung von Kontrazeptiva wichtig sei, insbesondere für Armutsgruppen. Ob das Verteilsystem jedoch Zukunft hat, kann hinterfragt werden.

Es sei noch erwähnt, dass Komponente I auch die Beschaffung von 8 Fahrzeugen umfasste. Eine Überprüfung, ob diese noch funktionsfähig sind, erfolgte, wie bereits erwähnt, im Rahmen der EPE nicht. Allerdings wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass sie in Gegenwart und Zukunft sehr wichtig seien.

b. Mutterpass

Der Mutterpass wurde in seiner finalen Form nur in Namangan eingeführt. Die Bestände sind aufgebraucht. Allerdings wurde im Interview berichtet, dass noch immer etwa 30 % der Frauen dieser Region den Mutterpass bekommen, weil die entsprechenden Mitarbeiterinnen der Gesundheitseinrichtungen diesen „lieben“. Er wird einfach kopiert und weitergegeben. Auch das MoH teilte auf Nachfrage mit, dass er sinnvoll sei. Pläne für den Druck gibt es derzeit aber keine. Annex 1, Tabelle 1, Stichpunkt 10 des Presidential Decree 296 sieht eine „Digitalisation and Introduction of the Book for Pregnant Women“ vor.⁴⁹ Da schätzungsweise 90 % der jungen Frauen ein Smartphone haben, wäre dies eine nachhaltige Lösung, die Entwicklung doch noch zu nutzen. Derzeit gibt es aber keine wirklichen Bestrebungen in diese Richtung.

c. Geräte

Bei dem Abschlussbesuch des Consultants im Jahr 2023 waren fast 88 % aller (1049) beschafften Geräte noch voll funktionsfähig. Hierbei ist zu bedenken, dass zu diesem Zeitpunkt einige Geräte schon 9 Jahre in Verwendung waren, d.h. sich ihrer technischen Lebensdauer näherten. Geräte, die schon 2014 geliefert worden waren, waren noch zu 76 % in Betrieb, d.h., nur jedes siebte Gerät war nicht mehr einsatzbereit. Die AK hingegen führte im Jahr 2024 eine stichprobenhafte Erhebung am TashPMI durch und stellte fest, dass „fast jedes Gerät der Zufallsauswahl defekt oder unternutzt“ (AK) war. Dies wurde auf Mängel im Geräte- und Wartungsmanagement zurückgeführt. Dementsprechend wurde während der EPE eine Prüfung von jeweils 10 zufällig⁵⁰ gewählten Geräten in jedem der fünf besuchten Krankenhäuser durchgeführt. Wie Tabelle 16 zeigt, waren 98 % der Geräte noch vorhanden, 82 % waren funktionsfähig. Bei 100 % konnte eine entsprechende Wartung nachgewiesen werden, bei 97 % der Geräte, wo dies relevant war, konnte eine Kalibrierung bzw. Eichung belegt werden.

Krankenhaus	Existenz	Funktionalität	Wartung	Kalibrierung/Eichung
Andijan OCMC	10/10	7/10	10/10	7/7
Buchara OCMC	9/10	8/10	10/10	6/7
Namangan OCMC	10/10	9/10	10/10	7/7
Tashkent Region OCMC	10/10	8/10	10/10	7/7
RSSPMC	10/10	9/10	10/10	7/7

Tabelle 16: Spot-Check der Geräte (November 2025).

Quelle: Eigene Erhebung.

⁴⁹ Die Tabelle enthält den Zusatz „finanziert von KfW“, ohne dass dies mit der KfW abgesprochen wäre.

⁵⁰ Tatsächlich wurden Geräte im „reinen“ Bereich der Krankenhäuser von der Stichprobe ausgeschlossen, da dies aller Erfahrung nach deutlich aufwendig gewesen wäre. Beispielsweise dürfen Fremde während einer Operation keine Untersuchung von Geräten durchführen. Da diese Operationen mehrere Stunden dauern können, wäre eine entsprechende Analyse nur möglich gewesen, wenn pro Krankenhaus mehrere Tage eingeplant worden wären.

Zuerst fällt bei der Begehung auf, dass (mit einer Ausnahme) alle Geräte noch vorhanden sind. Dies liegt auch daran, dass auch bei einem irreparablen Defekt eine Entsorgung zentral genehmigt werden muss, was Jahre in Anspruch nimmt. Deshalb stehen auch defekte Geräte immer noch rum. Weiterhin fällt auf, dass die Geräte überwiegend mit Etiketten versehen sind, um die Usbekisch-Deutsche Zusammenarbeit anzuzeigen. Allerdings waren die Etiketten so sauber und (wo sie überstanden) noch so klebrig, dass davon auszugehen ist, dass sie im Vorfeld unseres Besuches (frisch) aufgebracht wurden. Der Wartungszustand war durchgehend sehr gut. Hier – so wurde berichtet – hat sich in den letzten Jahren Maßgebliches verändert. Es wurde auch untersucht, ob eine Eichung regelmäßig durchgeführt wird (soweit relevant). Hierbei konnte nicht immer geklärt werden, ob einfach nur eine technische Kalibrierung im Rahmen des Gerätebetriebs oder eine externe, offizielle Eichung erfolgte. Hier wurde tendenziell großzügig bewertet.

d. Wartung

Es war vorgesehen, dass jedes Krankenhaus über ein Wartungsteam mit Medizintechnikingenieur und Handwerker sowie einer Werkstatt verfügt. Das Personal wurde geschult, Werkstattausrüstung beschafft. Im Rahmen der Interviews wurde immer diskutiert, welches geschulte Personal noch für das jeweilige Krankenhaus arbeitet. Bei einem Interview wurde vom zuständigen Consultant spekuliert, dass ein Großteil des zuständigen Personals das jeweilige Krankenhaus verlassen habe und in die Privatwirtschaft gewechselt sei. Diese Vermutung konnte bei der Begehung nur zum Teil bestätigt werden. Zwei ausgebildete Techniker bzw. Ingenieure arbeiten noch in ihren Krankenhäusern, zwei weitere haben die jeweiligen Krankenhäuser verlassen, arbeiten jedoch noch im Wartungsdienst im staatlichen Gesundheitswesen in höheren Positionen; ein Teilnehmer der Schulungen ist Mediziner (d.h. es ist fraglich, ob er von Anfang an die Zielgruppe war) und arbeitet jetzt wieder als Arzt in einem staatlichen Krankenhaus. Aus dieser Perspektive ist das Maintenance-Training zu 80 % nachhaltig.

Gleichzeitig scheint sich in Usbekistan, auch in abgelegenen Regionen, eine privatwirtschaftliche Alternative entwickelt zu haben, d.h., es ist vermehrt möglich, Wartungs- und Reparaturarbeiten auch von kommerziellen Unternehmen durchführen zu lassen, solange das Budget hierfür vorhanden ist. Weiterhin wird das „Schulungs- und Produktionszentrum für die Wartung medizinischer Geräte“ auf nationaler Ebene, das im Mai 2017 mit Unterstützung der GIZ eröffnet wurde, als sehr positive Entwicklung bewertet. Insgesamt erscheinen die Geräte relativ gut gewartet.

Im Rahmen der Visitation wurde auch erfragt, ob openMedis jeweils verwendet wurde. Dies wurde von den Befragten einstimmig verneint. Zwischenzeitlich ist JihozMED für staatliche Krankenhäuser in Usbekistan verpflichtend, d.h., openMedis wird in Usbekistan nicht mehr angewendet.

Die Probleme des Wartungswesens in Usbekistan sind noch nicht vollständig gelöst. Personalknappheit, unzureichende Budgets für Technik, Geräte jenseits der Lebensdauer, langwierige Antragswege über MoH für Reparaturen und die fehlende Kultur präventiver Wartung sind nach wie vor nicht vollständig überwunden. Trotzdem erscheint die Wartung nicht als zentraler Engpass der Nachhaltigkeit. Der geplante Schulterschluss zwischen Wartungsinstitutionen auf nationaler Ebene (TZ: „Management of advanced medical technology in Uzbekistan“, vgl. Tabelle 7) mit Krankenhaus-basierten Wartungseinheiten wäre sehr hilfreich, um das Ziel einer möglichst langen Lebensdauer der Geräte zu erreichen.

Für zukünftige Projekte sollte auch bedacht werden, dass die vergleichsweise kurze gesetzliche Garantiezeit nicht ausreicht, um eine Äquivalenz von technischer und ökonomischer Nutzungsdauer zu erreichen. Bei den vorhandenen Geräten war die Garantie in allen Fällen abgelaufen; auch die Wartungsverträge waren expiriert und nur in wenigen Fällen (insbesondere kostenintensive Geräte im RSSPMC) verlängert worden. Es wäre dringend zu empfehlen, bei zukünftigen Projekten eine Garantieverlängerung zu vereinbaren und eine langfristige Finanzierung der Wartungsverträge zu garantieren.

e. Behandlungsstandards

Schwieriger ist die Nachhaltigkeit der eingeführten Behandlungsstandards. Wie Tabelle 17 zeigt, sind die Behandlungsstandards zwar überwiegend noch existent, werden jedoch sehr unterschiedlich umgesetzt. Hierbei ist zu beachten, dass die etwas verwirrenden Bezeichnungen dazu führten, dass großzügig bewertet wurde. Nur für den Fall, dass keine oder nur Kopien aus externen Dokumenten gezeigt wurden, wurde die Existenz hinterfragt. Das Ideal dürfte hier das RSSPMC sein, das zwischenzeitlich eine Zertifizierung nach ISO erreicht hat. Hierfür ist die Vorlage und überprüfbare Anwendung von Behandlungsstandards eine Voraussetzung. Insgesamt dürfte aber die Weiterführung und Anwendung von Behandlungsstandards eine Maßnahme mit der geringsten Nachhaltigkeit sein.

Krankenhaus	Schriftliche Dokumentation	Training	Voraussetzungen: Personal/Geräte/Material	Relevanz für tägliche Arbeit	Kommentar
Andijan OCMMC	0/8	-	-	Keine	Es liegen keine verwendbaren Standards vor.
Buchara OCMMC	7/8	Nicht nachweisbar	7/7; 7/7; 7/7;	Bedingt	Standards liegen vor, sind aber kaum genutzt.
Namangan OCMMC	7/8	8/8	8/8; 8/8; 8/8	Ja	Eigene Weiterentwicklung liegt digital und in Papier vor.
Tashkent Region OCMMC	7/8	Nicht nachweisbar	7/7; 7/7; 7/7	Bedingt	Standards liegen digital vor; Datei wurde aber letztmalig vor 5 Monaten geöffnet.
RSSPMC	9/9	9/9	9/9; 9/9; 9/9	Ja	Papier ziemlich abgegriffen: genutzt.

Tabelle 17: Spot-Check der Behandlungsstandards (November 2025).

Quelle: Daten der Krankenhäuser, Vor-Ort-Begehung.

f. Managementtraining

Von den damaligen Direktoren der fünf visitierten Krankenhäuser war jeweils einer beim Managementtraining. Bei der Begehung arbeitete einer noch in dieser Position an diesem Krankenhaus. Drei waren innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems in leitender Position tätig, so dass sie die Kenntnisse sicherlich nutzen können. Einer arbeitet wieder überwiegend klinisch in einem staatlichen Krankenhaus, wobei auch auf der Ebene der Chefärzte die erworbenen Fähigkeiten sicherlich hilfreich sind. Damit kann von einer guten Nachhaltigkeit des Managementtrainings ausgegangen werden. Hierbei ist allerdings einschränkend zu beachten, dass der Zeitraum (zwei Jahre) im Verhältnis zu anderen Maßnahmen relativ kurz ist.

Erwähnenswert ist noch, dass derzeit in der Diskussion ist, an staatlichen Krankenhäusern jeweils eine Doppelspitze aus ärztlichem und Verwaltungsleiter zu installieren. Dies würde auch eine Sprachfähigkeit zwischen Mediziner und Kaufmann erfordern, zu der das Managementtraining beigetragen haben dürfte. Unabhängig davon geht die Diskussion in die Richtung, dass Ärzte grundsätzlich keine Manager sein sollten bzw. ihre Kompetenzen ausschließlich im medizinischen Bereich einsetzen sollten. Dies ist jedoch kontrafaktisch. Mediziner können selbstverständlich Manager sein, sogar sehr gute. Problem ist, dass Ärzte meist keine Ausbildung in Krankenhausführung haben – ein Umstand, der derzeit angegangen wird (u.a. Komponente II eines laufenden TZ-Projektes). Das FZ finanzierte Managementtraining könnte als Vorläufer und Inspirator dieser positiven Entwicklung angesehen werden.

g. Twinning

Das Ziel des Twinning bestand zum einen darin, dass klinische Experten aus Deutschland ihre usbekischen Kollegen ausbilden. Zum anderen sollten jedoch auch längerfristige institutionelle Partnerschaften entwickelt werden, damit ein wirkliches Twinning entstehen kann. Im Rahmen der EPE wurden die involvierten deutschen Mediziner kontaktiert. Der führende Mediziner war zwischenzeitlich verstorben. Die anderen interviewten Experten schilderten übereinstimmend, dass das Training erfolgreich war und ihnen auch viel Freude bereitet hätte. Es entstanden auch einige Partnerschaften auf privater Ebene, die zumindest in einem Fall noch zu einem und in einem anderen Fall zu mehrfachen Besuchen (teilweise privat finanziert) führten. Institutionelle nachhaltige Twinning entstanden jedoch nicht. Der unterstützende Consultant führt diese fehlende Nachhaltigkeit darauf zurück, dass keine dauerhafte Koordination eingerichtet wurde. Entscheidend dürfte auch gewesen sein, dass die jeweiligen Abteilungsleiter der deutschen Krankenhäuser nicht ausreichend involviert und engagiert waren, so dass das Twinning immer auf persönlicher Ebene blieb und keine institutionelle Verankerung erreicht wurde.

Hier sei noch erwähnt, dass sich aus dem Projekt ein „Twinning“ ganz besonderer Art entwickelte. Die usbekischen Krankenhausdirektoren entwickelten eine Partnerschaft und eine Kohäsion, die sich ohne dieses Projekt wahrscheinlich nicht ergeben hätte. Sie äußert sich durch gegenseitige Besuche, eine Telegram Gruppe und Unterstützung. Die Gruppen bestehen fort. Dies dürfte eine nachhaltige Wirkung sein, die weit über die technische Lebensdauer der Geräte hinausgeht.

h. Dynamik

Schließlich sei noch erwähnt, dass bei einem Projekt, das über 10 Jahre implementiert wurde, auch zahlreiche Änderungen des Umsystems eintreten, die seine dynamische Nachhaltigkeit fordern. Wie vorne dargestellt, sind dies insbesondere die Gesundheitsreformen, die Einführung der sozialen Krankenversicherung und die Corona-Pandemie. Grundsätzlich wurde das Vorhaben davon nicht negativ berührt, auch können keine Anhaltspunkte gefunden werden, dass die Nachhaltigkeit dadurch reduziert worden sei. Die bisherigen Reformen treffen die Basisversorgung mehr als die Sekundär- und Tertiärebene, wobei allerdings entsprechende Veränderungen in Zukunft zu erwarten sind. Derzeit besteht die Chance, dass sich die Situation der Gesundheitsbetriebe eher verbessert. Die Versorgung von Müttern und Kindern hat in der Gesellschaft immer noch eine sehr hohe Priorität. Die Umstellung der Finanzierung auf (teilweise) leistungsorientierte Entgelte fördert gerade die leistungsstarken Krankenhäuser, so dass sich Ausbildung, Wartung, Gerätevorhaltung und gutes Management für die Krankenhäuser zukünftig mehr lohnen dürften als dies bislang der Fall ist.

Zusammenfassende Bewertung der Nachhaltigkeit: erfolgreich (2)

Die wichtigsten Elemente des Vorhabens haben eine begrenzte natürliche Nachhaltigkeit, da Kontrazeptiva verbraucht und Geräte eine technische Lebensdauer haben. Innerhalb dieses Rahmens erweist sich die Nachhaltigkeit als gut, da die Geräte überwiegend noch einsatzbereit sind. Die Elemente der BM haben dazu beigetragen, dass die Kapazitäten erhalten sind. Sie dürften auch für die langfristigen positiven Folgen verantwortlich bleiben, insbesondere für gutes Management, Prozessorientierung, Wartungskultur und klinische Exzellenz – Aspekte, die ihre Wirkung vor allem langfristig entfalten, aber gleichzeitig die Nachhaltigkeit des FZ-Vorhabens tragen. Auf dieser Basis ist das Vorhaben als erfolgreich (2) einzustufen.

Gesamtbewertung: erfolgreich (2)

Die Reduktion der Mütter- und Kindersterblichkeit hat nach wie vor eine hohe nationale und internationale Relevanz und Priorität. Die Regierung von Usbekistan verfolgt eine umfassende Gesundheitsreform, die nur gelingen kann, wenn sich die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen verbessert. Die Gesundheit von Müttern und Kindern ist hierbei besonders sensibel, weil sie für die Bevölkerung eine besonders hohe Priorität hat. Das FZ-Vorhaben ist folglich bis heute von hoher Relevanz und Aktualität. Die Beschaffung von Kontrazeptiva war für eine Überbrückungszeit notwendig und geeignet, die Versorgungslücke zu schließen und das Vertrauen der Bevölkerung in die flächendeckende und kontinuierliche Versorgung zu stärken. Die hierfür notwendigen BM waren für die effektive Umsetzung hinreichend.

Die Beschaffung moderner Geräte der Medizintechnik für die Tertiär- und Sekundärebene der pädiatrischen Versorgung war geeignet und hilfreich, die Qualität der Einrichtungen zu steigern. Die angeschafften Geräte erscheinen zweckmäßig und angemessen. Sie werden genutzt und sind im Vergleich zum Beschaffungszeitpunkt immer noch in hohem Maße verfügbar. Die hierfür vorgesehenen BM umfassten klinische, technische und Führungstrainings, die zum einen den effektiven Einsatz der Technologie erst ermöglichten, zum anderen weit über die technische Lebensdauer der Geräte hinaus nachhaltig wirken. Die Entwicklung der Masterpläne sowie der SOPs hat ebenso langfristige Positivwirkungen über die Gerätefunktionalität hinaus. Hier wurde ein „neues Denken“ ansatzweise praktiziert, das von der klassischen Abteilungshierarchie in ein wirkliches Prozessdenken weist.

Einige Elemente des Vorhabens waren nicht erfolgreich. Hierzu gehört die geplante Einführung des Mutterpasses und die Nachhaltigkeit des Twinning. Allerdings sollten diese Aspekte im Verhältnis zum Gesamtvolumen des Vorhabens nicht überbewertet werden, wenngleich die Einführung des Mutterpasses durchaus von Relevanz gewesen wäre. Wünschenswert wäre gewesen, die vertikale Gliederung der Gesundheitsversorgung noch stärker aufzubrechen und alle Leistungsanbieter der Mutter-Kind-Gesundheit noch stärker zu verzahnen. Dies dürfte allerdings eine unrealistische Erwartung sein. Der entsprechende Anpassungsprozess dürfte noch lange dauern und ist mit einem im Vergleich zum Gesamtvolumen des Gesundheitssystems doch relativ bescheidenen Budget nur bedingt zu beeinflussen.

Auf Grundlage der Dokumentenanalyse, zahlreicher Interviews und der Begehung ausgewählter Einrichtungen bewertet diese EPE das FZ-Vorhaben als voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis ohne wesentliche Mängel (Stufe 2).

Beitrag zur Agenda 2030

Das Vorhaben trägt unmittelbar zu SDG 3 (Gewährleistung eines gesunden Lebens für alle Menschen jeden Alters und Förderung ihres Wohlergehens) bei, und hier insbesondere zu SDG 3.1 (Reduktion der Müttersterblichkeit) sowie 3.2 (Reduktion der vermeidbaren Todesfälle von Neugeborenen und Kindern < 5). Eine explizite Ausrichtung an ökologischen Zielen erfolgte nicht.

Methodik

Evaluierungsmethodik

Die Ex-post-Evaluierung folgt der Methodik eines Rapid Appraisal, d.h. einer datengestützten, qualitativen Kontributionsanalyse und stellt ein Expertenurteil dar. Dabei werden dem Vorhaben Wirkungen durch Plausibilitätsüberlegungen zugeschrieben, die auf der sorgfältigen Analyse von Dokumenten, Daten, Fakten und Eindrücken beruhen. Dies umschließt – wenn möglich – auch die Nutzung digitaler Datenquellen und den Einsatz moderner Techniken (z.B. Satellitendaten, Online-Befragungen, Geocodierung). Ursachen für etwaige widersprüchliche Informationen wird nachgegangen, es wird versucht, diese auszuräumen und die Bewertung auf solche Aussagen zu stützen, die – wenn möglich – durch mehrere Informationsquellen bestätigt werden (Triangulation).

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

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

Das Ziel der Evaluierungen (Erkenntnisinteresse) besteht vor allem darin, Wirkungen zu messen, Rechenschaft abzulegen, Transparenz zu fördern und institutionelles Lernen zu ermöglichen.

Typ der Evaluierung:

Reise ins Projektgebiet

Kernfragen der Evaluierung gemäß der Evaluierungskonzeption:

War die Lieferung von Kontrazeptiva und die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern ein relevantes Ziel der EZ und der Regierung von Usbekistan?

Stehen die Versorgung von Frauen mit Kontrazeptiva und die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern im Einklang mit den Programmen und Zielen der Regierung von Usbekistan und der EZ?

Wie hat sich der Zugang und das Angebot zu Gesundheitsdienstleistungen für Mütter und Kinder entwickelt? Wie ist dieser zu bewerten? Wie werden die Kapazitäten genutzt? Wer sind die Hauptnutzer der Dienstleistungen? Inwiefern ist ein gleicher Zugang gewährleistet?

Ist das Angebot bedarfsgerecht? Beurteilung des Angebots der Gesundheitsdienste/Behandlungsmöglichkeiten (wie medizinische/technische Ausstattung, Funktionalität und Wartung, Qualifizierung des medizinischen Personals, Zustand und Angemessenheit insgesamt).

Konnte die Versorgung von Frauen mit Kontrazeptiva für die Zielperiode erreicht werden? Wurde mit Hilfe der gelieferten Geräte sowie der begleitenden Maßnahmen die medizinische Versorgung von Kindern verbessert werden?

Wurden die Ziele wirtschaftlich erreicht und die Ressourcen wirtschaftlich genutzt? Ökonomischer Betrieb der medizinisch-technischen Ausstattung? Beurteilung des Managements (wie Organisation, Wirtschaftlichkeit)? Konnte durch die Modernisierung und Rationalisierung die Effizienz und Qualität der Versorgung erhöht werden?

Hätte mit den eingesetzten Mitteln mehr für die Gesundheit der Bevölkerung erreicht werden können? Ist die Konzentration auf Mütter- und Kindergesundheit effizient?

Welche Auswirkungen hat die Verfügbarkeit von Kontrazeptiva sowie die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern auf die Gesundheit der Bevölkerung, die soziale Stabilität und das wirtschaftliche Wachstum in Usbekistan?

Wie hat sich die Bereitstellung von Kontrazeptiva seit Projektende verändert?

Inwiefern haben die geschaffenen Kapazitäten nachhaltig Bestand? Sind die gelieferten Geräte funktionsfähig und werden sie genutzt? Sind Auswirkungen der Trainings messbar?

Existiert eine nachhaltige Finanzierungsstrategie des Gesundheitssektors? Wie hoch ist die Geberabhängigkeit?

Nicht-öffentliche (interne) Dokumente

- Evaplan** (2022): *Component 2: Improvement of Mother and Child Care – Clinical Training Programs and Twinning Arrangement in Uzbekistan. Final Report.* Evaplan, Heidelberg.
- Evaplan** (2022): *Component 2: Improvement of Mother and Child Care – Clinical Training Programs and Twinning Arrangement in Uzbekistan. Annex to the Final Report.* Evaplan, Heidelberg.
- KfW** (2010): *Projektvorschlag (PV) und Berichterstattung zum EZ-Programm Gesundheit.* KfW, Frankfurt a. M.
- KfW** (2011-2024): *Berichterstattung (BE) zu den FZ-Modulen im Gesundheitssektor (diverse Jahre).* KfW, Frankfurt a. M.
- KfW** (2024): *Abschlusskontrolle zu dem FZ-Modul im Gesundheitssektor.* KfW, Frankfurt a. M.
- m4h** (2022): *In-house Maintenance Training – Uzbekistan. Final Report.* m4h, Frankfurt a. M.
- Naegele, E.** (2024): *Reproductive Health / Improvement of Mother and Child Care. Final Report (May 2012–December 2023).* GFA, Hamburg.
- Naegele, E.** (2024): *Reproductive Health / Improvement of Mother and Child Care. Annex.* GFA, Hamburg.
- Regierung von Usbekistan (div.): *verschiedene Gesetze, Dekrete und Verordnungen.* Tashkent.

Verzeichnis öffentlicher Quellen

1. World Bank. *World Development Indicators.* 2025 [cited 2024 30.05.2024]; Available from: <https://data-bank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>.
2. WHO, *WHO policy-country-profile 2018 Uzbekistan.* 2019, World Health Organization: Geneva.
3. IHME. *Global Burden of Disease Results.* 2025 [cited 2024 16.10.2025]; Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
4. National Statistics Committee of the Republic of Uzbekistan. *The global goals for sustainable development (3).* 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://nsdg.stat.uz/en/goal/6>.
5. Uzbekistan, G.P.o.t.R.o. *Open Data Portal of the Republic of Uzbekistan.* 2025; Available from: <https://data.egov.uz/eng>.
6. Robinson, S. and J. Yin, *Health Systems in Action (HSiA) Insights – Uzbekistan,* 2024. 2025, Copenhagen. : European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe.
7. WHO Regional Office for Europe, *Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Uzbekistan: The case for investment.* 2018, WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
8. Semenova, Y., et al., *Historical evolution of healthcare systems of post-soviet Russia, Belarus, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, Uzbekistan, Armenia, and Azerbaijan: A scoping review.* Heliyon, 2024. 10(8).
9. Bekaroglu, C., *Socioeconomic Development in Uzbekistan (1990-2023).* GAB Akademi, 2025. 5(1): p. 7–26.
10. Safarovich, T.Y.H., *THE KEY TO REPRODUCTIVE HEALTH.* Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing, 2024. 2(5): p. 40–44.
11. Yarotskaya, E.L., et al., *Challenges and opportunities for integrating programs for the prevention and treatment of non-communicable diseases with maternal and child health care.* Obstetrics and Gynecology, 2025(3): p. 160–167.
12. UNICEF, *Situation analysis of children and adolescents in Uzbekistan.* 2024, UNICEF Uzbekistan: Tashkent.
13. Turayev, B.S., G.S. Ochilova, and G.U. Toshpulatova, *INFANT MORTALITY IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN.* JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY, 2024. 7(12): p. 28–33.
14. macrotrends. *Uzbekistan Maternal Mortality Rate.* 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://www.macro-trends.net/global-metrics/countries/uzb/uzbekistan/maternal-mortality-rate>.
15. UNICEF, *Uzbekistan multidimensional child poverty report 2023.* 2023, UNICEF Uzbekistan: Tashkent.
16. Asadbek, O., *Gender equality in Uzbekistan: an overview and prospects for the future.* The American Journal of Political Science Law and Criminology, 2023. 5(05): p. 17–21.
17. Sayfiyeva, R.B., *Uzbekistan on the Way to Ensure Gender Equality.* European Journal of Humanities and Educational Advancements. 3(11): p. 56–57.
18. Tadjibaeva, D.O., *GENDER EQUALITY ISSUES IN UZBEKISTAN.* Web of Humanities: Journal of Social Science and Humanitarian Research, 2025. 3(2): p. 196–199.
19. Sharifkulovna, A.Z., *Socio-cultural factors and trends in the development of reproductive health culture in modern Uzbekistan.* Asian Journal of Multidimensional Research, 2021. 10(10): p. 1393–1397.
20. Stenberg, K., et al., *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework.* The Lancet, 2014. 383(9925): p. 1333–1354.
21. Akhmedova, I., C. Becker, and M. Schultze, *Healthcare reforms and achievements.* New Uzbekistan, 2024: p. 43–79.
22. Tadjimatovna, K.U. and R.M. Yaxshiyevna, *REFORMING THE PRIMARY HEALTH CARE IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN.* Western European Journal of Medicine and Medical Science, 2025. 3(05): p. 70–72.
23. Mashrabjonovich, I.O., *Perspective Chapter: Advantages and Challenges of the Mandatory Health Insurance in Uzbekistan, in Health Insurance Across Worldwide Health Systems.* 2023, IntechOpen.
24. Sustainable Development Report. *Uzbekistan.* 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://dash-boards.sdgindex.org/profiles/uzbekistan/indicators/>.

25. Anyanwu, E.C., et al., *Maternal and child health policy: A global review of current practices and future directions*. World Journal of Advanced Research and Reviews, 2024. 21(2): p. 1770–1781.
26. WHO. *Gender and Health*. 2025 [cited 2025 13.10.2025]; Available from: https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1.
27. WHO. *Uzbekistan*. 2025 [cited 2025 13.10.2025]; Available from: <https://data.who.int/countries/860>.
28. UNFPA. *UNFPA Uzbekistan*. 2025 [cited 2025 13.10.2025]; Available from: <https://www.unfpa.org/data/transparency-portal/unfpa-uzbekistan>.
29. BMZ, *Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“*. 2009, Bonn: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.
30. BMZ, *Kernthemenstrategie Gesundheit, Soziale Sicherung, Bevölkerungsdynamik*, d.K. Kommunikationsstab: Öffentlichkeitsarbeit, Editor. 2023, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung Bonn.
31. BMZ. *Modernisierung und Ausweitung der Gesundheitsversorgung*. 2025 [cited 2025 13.10.2025]; Available from: <https://www.bmz.de/de/laender/usbekistan/kernthema-gesundheit-15740>.
32. UNDP. *Gender Development Index*. 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://hdr.undp.org/gender-development-index#/indicies/GDI>.
33. CERR and UNDP, *Uzbekistan Pilot Multidimensional Poverty Index Report 2023* 2023, CERR & UNDP: Tashkent.
34. World Bank, *Poverty and Equity Brief Uzbekistan*. 2024, World Bank: Tashkent.
35. Bank, W., *Global Subnational Poverty Atlas (GSAP)*. 2021, Washington DC: World Bank Group.
36. Aber, J.L., et al., *The effects of poverty on child health and development*. Annual review of public health, 1997. 18(1): p. 463–483.
37. Jamison, D.T., et al., *Global health 2035: a world converging within a generation*. The lancet, 2013. 382(9908): p. 1898–1955.
38. Feachem, R.G., *Commission on Macroeconomics and Health*. Bull World Health Organ, 2002. 80(2): p. 87.
39. Jamaluddin, S., *Saving Lives, Building Futures: Importance of Maternal and Child Health in Achieving the Sustainable Development Goals*. medtigo Journal of Medicine, 2024. 2(4).
40. Eisenberg, L. and S.S. Brown, *The best intentions: Unintended pregnancy and the well-being of children and families*. 1995, Washington DC: Institute of Medicine.
41. Klima, C.S., *Unintended pregnancy: consequences and solutions for a worldwide problem*. Journal of nurse-midwifery, 1998. 43(6): p. 483–491.
42. Barbuscia, A., A. Pailhé, and A. Solaz, *Unplanned births and their effects on maternal Health: Findings from the Constances Cohort*. Social Science & Medicine, 2024. 361: p. 117350.
43. HRW. *Uzbekistan and Islam*. 1999 [cited 2026 13.01.2026]; Available from: <https://www.hrw.org/reports/1999/uzbekistan/uzbek-02.htm>.
44. Hedayat, K.M., P. Shooshtarizadeh, and M. Raza, *Therapeutic abortion in Islam: contemporary views of Muslim Shiite scholars and effect of recent Iranian legislation*. Journal of medical ethics, 2006. 32(11): p. 652–657.
45. Donabedian, A. and R. Bashshur, *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. 2002, Oxford: Oxford University Press.
46. Mudiyansele, S.B., et al., *The impact of maternal health on child's health outcomes during the first five years of child's life in countries with health systems similar to Australia: A systematic review*. PLoS One, 2024. 19(3): p. e0295295.
47. Performance Monitoring for Action. *Glossary of Family Planning Indicators*. 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://www.pmadata.org/glossary-family-planning-indicators>.
48. WHO. *"Patient safety from the start!" — WHO urges global investment in safe paediatric and newborn care*. 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://www.who.int/news/item/17-09-2025-patient-safety-from-the-start!---who-urges-global-investment-in-safe-paediatric-and-newborn-care>.
49. WHO, *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. 2021, Geneva: World Health Organization.
50. WHO, *Transforming the health system in Uzbekistan: two-year implementation review*. 2023, Geneva: World Health Organization.
51. DEval. *Multilaterale Entwicklungszusammenarbeit: Deutschland steht vor neuen Herausforderungen*. 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://www.deval.org/de/ueber-uns/aktuelles/news/detail/multilaterale-entwicklungszusammenarbeit-deutschland-steht-vor-neuen-herausforderungen-1-1>.
52. United Nations. *UN Population Division Data Portal. Interactive access to global demographic indicators*. 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://population.un.org/dataportal/home?df=ed5fb1b5-497c-4fe5-bc09-20dd76062981>.
53. Save the Children. *Modern contraceptive prevalence rate (mCPR)*. 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://indicators.savethechildren.net/indicator/16-modern-contraceptive-prevalence-rate-mcpr>.
54. Weinberger, M., E. Sonneveldt, and J. Stover, *The maximum contraceptive prevalence 'demand curve': guiding discussions on programmatic investments*. Gates Open Research, 2017. 1: p. 15.
55. Track20. *Uzbekistan*. 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://www.track20.org/Uzbekistan>.
56. Fleßa, S., *Kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum. Lösungsmodelle für eine finanzierbare Versorgung*. 2020, Wiesbaden: Springer-Gabler.

57. Murray, C., *Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years*. Bull World Health Organ, 1994. 72(3): p. 429–45.
58. Magnussen, L., J. Ehiri, and P. Jolly, *Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy*. Health Aff (Millwood), 2004. 23(3): p. 167–76.
59. The World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*. 1993, Washington D. C.: The World Bank.
60. Rossen, L.M., et al., *Updated methodology to estimate overall and unintended pregnancy rates in the United States*. Vital Health Stat, 2023. 2(201). 2023.
61. Sedgh, G. and J.M. Bearak, *Unintended pregnancy and gender inequality worldwide: an ecological analysis*. BMJ Global Health, 2025. 10(3).
62. WHO. *Abortion*. 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
63. WHO. *Global Abortion Policies Database*. 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://abortion-policies.srhr.org/country/uzbekistan/>.
64. Guttmacher. *Unintended pregnancy and abortion*. 2025 [cited 2025 01.11.2025]; Available from: <https://www.guttmacher.org/regions/asia/uzbekistan>.

Datenquellen und Analysetools

MoH (2025): ausführliche Statistiken zu Gesundheitsdaten und Einrichtungsstatistiken. Tashkent.

Besuchte Projektstandorte

Name
Andijan OCMMC
Buchara OCMMC
Namangan OCMMC
Tashkent Oblast OCMMC
Republican Specialized Scientific Practice Medical Center of Paediatrics (RSSPMC)
Ministry of Health, Tashkent
Tashkent Oblast Reproductive Health Center
Andijan Oblast Health Administration
Namangan Oblast Health Administration
Namangan Oblast Reproductive Health Center
Bukhara Oblast Health Administration
UNFPA, Tashkent
Republican Reproductive Health Center

Liste einbezogener Interviewpartner und -modalität (persönlich, virtuell/telefonisch, schriftlich)

- Vertreter des RSSPMC
- Vertreter des Andijan MCH Department of Oblast Health Administration
- Vertreter des Reproductive health department of the Regional Mother and Child Center Tashkent Region
- Vertreter des Bukhara OCMMC
- Vertreter des MoH
- Vertreter der GIZ
- Vertreter des Lead-Consultants
- Vertreter des Namangan Regional Mother and Child Center
- Vertreter der unterstützenden Consultant Unternehmen
- Vertreter der UNFPA
- Vertreter des Andijan OCMMC
- Vertreter des Namangan OCMMC
- Vertreter der Bukhara Oblast Health Administration
- Twinning Partner
- Vertreter des Tashkent Region OCMMC
- Namangan Chief Specialist of the Oblast Health Administration
- Vertreter des Republican Specialized Mother and Child Health Care Scientific Practical Center
- Vertreter der Namangan Oblast Health Administration
- Vertreter der Andijan Oblast Health Administration

Folgende Aspekte limitierten die Evaluierung

Die Verlässlichkeit der Daten konnte nicht vollständig überprüft werden. Wo immer möglich, wurden internationale Statistiken (WHO, Weltbank) zum Vergleich hinzugezogen.

Bewertungsmethodik

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

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

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

Impressum

Verantwortlich: Evaluierungsabteilung der KfW Entwicklungsbank

FZ-Evaluierung@kfw.de

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

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

Anlagenverzeichnis

Anlage: Zielsystem und Indikatoren (Outcome Ebene)	2
Anlage: Zielsystem und Indikatoren (Impact Ebene)	4
Anlage: Projektmaßnahmen und Ergebnisse	5
Anlage: Umsetzungsstand der Betriebsempfehlungen	9
Anlage: Ex-post-Evaluierungsmatrix	10

Anlage: Zielsystem und Indikatoren (Outcome Ebene)

Outcome Ebene

Ziel und Indikatoren	Bei Prüfung	Bewertung der Angemessenheit (Ziel, Indikatoren, Zielwert)	Bei EPE (falls modifiziert)
Outcome-Ziel	Eine bessere Versorgung der Frauen mit modernen Kontrazeptiva und derer steigender Nutzung unter Berücksichtigung ihrer individuellen Entscheidungsfreiheit; eine Verbesserung von Schwangerschaftsvorsorge sowie der Diagnose und Behandlung von Kindern sowie Qualitäts- und Effizienzsteigerung ihrer medizinischen Versorgung.	-Zusammengesetzte Zielformulierungen (Nennung mehrerer Sachverhalte) sind nach der VI083 nicht zulässig. Aufgrund der unterschiedlichen Komponenten, die auf verschiedene Bereiche der Mutter-Kind-Gesundheit abzielen, ist die Nennung mehrerer Sachverhalte jedoch unvermeidbar - Eine verbesserte zeitgemäße Diagnose und Behandlung sollten durch die bessere Ausstattung der Kinderkrankenhäuser sowie Effizienz- und Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung erreicht werden. Insofern sollte sich das letztgenannte Ziel „Qualitäts- und Effizienzsteigerung“ in der verbesserten „Diagnose und Behandlung“ widerspiegeln	Verbesserung der (1) Nutzung moderner Familienplanungsdienste unter Berücksichtigung der individuellen Entscheidungsfreiheit von Frauen, der (2) Schwangerschaftsvorsorge und der (3) Qualität der Diagnose und Behandlung von Kindern in Usbekistan.
Indikator 1	Anstieg der kontrazeptiven Prävalenz (CPR) mit Basiswert 18,7 % und Zielwert 20 % (bei Abschluss)	Der Indikator ist angemessen zur Messung der Nutzung der Familienplanungsdienste. Der Fokus des Vorhabens lag in erster Linie auf Familienplanung und nicht HIV/AIDS-Bekämpfung. Insofern umfasste die Beschaffung Zyklen oraler Mono-Kontrazeptiva, Zyklen oraler Kombinationspräparate, Intrauterinpessare und kontrazeptive Depot-spritzen (Depo-Provera), jedoch bspw. keine Kondome. Parallel wurden im Rahmen der BM u.a. Trainings für Hebammen und Krankenschwestern zum Thema Familienplanungsberatung durchgeführt, die wiederum ihr Wissen an die Patientinnen weitergeben sollen. Eine verbesserte Sensibilisierung und Wissen sollten sich insofern grundsätzlich positiv auf die kontrazeptive Prävalenz auswirken. Daher wird der Indikator im Rahmen der EPE beibehalten, jedoch unter folgender Einschränkung: Das Vorhaben zielte auf die Verwendung moderner Kontrazeptiva ab, so dass als Indikator auch die mCPR (modern contraceptive prevalence rate) verwendet werden sollte. Hinweis: Die Angaben aus Annex des Final Report GFA stimmen nicht mit PV überein.	Moderne kontrazeptive Prävalenz, Zielwert: Anstieg
Indikator 2alt	Senkung der Abtreibungsrate	Der Indikator befindet sich auf Impact-Ebene und wird im Rahmen der Evaluierung dort betrachtet.	Abtreibungsrate mit Basiswert 5,1 pro 1000 Frauen, Zielwert 4,8 pro 1000 Frauen
Indikator 3alt	90 % der Neuausrüstungsgegenstände sind in betriebsfähigen Zustand und werden ordnungsgemäß betrieben	Der Indikator beschreibt den Zustand, der u.a. Grundvoraussetzung dafür ist, dass sich die Qualität der Diagnose und Behandlung von Kindern verbessern kann, d.h., es wird eine Strukturqualität aus der Perspektive der Nachhaltigkeit erhoben. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Erfüllung des Indikators mit größer werdendem Abstand zum Zeitpunkt der Lieferung aufgrund der naturgemäßen Abnutzung schwieriger wird.	Auf eine Analyse des Indikators im Rahmen der EPE wird verzichtet. Stattdessen wird der Zusammenhang im Rahmen der Diskussion der Nachhaltigkeit behandelt.
Indikator 2	Einführung von Behandlungsstandards für mindestens 3 der häufigsten Kinderkrankheiten	Die ursprüngliche Formulierung („Einführung“) zielte primär auf die Existenz der Behandlungsstandards ab. Im Rahmen der EPE soll auch erhoben werden, ob diese zum Zeitpunkt der EPE noch auf den Stationen bekannt sind und angewendet werden Der Begriff „häufigste Kinderkrankheiten“ erscheint ungenau. Im Zusammenhang mit dem Vorhaben sollten es die häufigsten Kinderkrankheiten sein, die zu einer Behandlung im Krankenhaus führten.	Bei Begehung auf jeweils 3 Abteilungen pro Krankenhaus werden jeweils mindestens 3 Behandlungsstandards angewendet.
Indikator 3	Integration von Notfall- und Infektionsabteilung in die multi-disziplinären Ob- last- Krankenhäuser ist mindestens in Pilotregionen vollzogen	Die ursprüngliche Formulierung („Einführung“) zielte nur auf die Strukturqualität. Relevant ist jedoch, ob die Abteilungen funktionsfähig sind und genutzt werden (Prozessqualität)	Alle Krankenhäuser haben integrierte Abteilungen, die auch funktionsfähig sind und genutzt werden. Ein Krankenhaus gilt als

		Tatsächlich erfolgte die „Integration“ sehr spezifisch für jedes Krankenhaus, d.h., es wurden nicht nur Notfall- und Infektionsabteilungen integriert, sondern auch andere. Das Ziel muss deshalb breiter definiert sein.	integriert, wenn mindestens zwei Abteilungen pro Krankenhaus zusätzlich integriert sind.
NEU: Indikator 4	Leistung der Krankenhäuser	Die Maßnahmen des Vorhabens sollten zu einer gesteigerten Anziehung der Krankenhäuser führen, was durch eine Fallzahlsteigerung nachweisbar ist. Die Auslastung ergibt sich aus Zahl der Aufnahmen, Zahl der ambulanten Patienten und Belegungsgrad der Betten. Ziel: Alle drei Parameter sollen ansteigen. Weiterhin wird die Qualität der Leistung durch die relative Fallschwere gemessen. Sie ergibt sich aus dem Anteil der größeren Operationen (major surgeries) an der Gesamtzahl von Operationen.	- Zahl der Aufnahmen und Zahl der ambulanten Patienten, Zielwert: Diese sind seit 2010 um mindestens 25 % gestiegen. - Durchschnittliche Belegungsrate, Zielwert: Diese liegt bei mindestens 85 % (internationaler Standard). - Der Anteil der größeren Operationen an der Gesamtzahl der Eingriffe, Zielwert: ist gestiegen. (es liegen keine Ausgangswerte vor).
NEU: Indikator 5	Deflationierte Fallkosten (Kosten pro äquivalentem Patiententag)	Die deflationierten Fallkosten sind durch die Umsetzung der Maßnahmen zur Effizienzsteigerung gesunken. Grundsätzlich ist der Quotient aus Fallkosten und äquivalenten Patiententagen ein gutes Maß zur Bestimmung der Effizienz bei konstanter Qualität. Allerdings ist durch die Maßnahmen auch die Qualität gestiegen. Der Indikator muss deshalb zusätzlich auf Basis der Entwicklung der Zahl der major surgeries und der minimally invasive surgeries interpretiert werden. In anderen Worten: Die deflationierten Fallkosten (Kosten pro äquivalentem Patiententag) sind trotz Steigerung der Fallschwere (gemessen in Anteil größerer Operationen) nicht gestiegen	Deflationierten Fallkosten (Kosten pro äquivalentem Patiententag), Zielwert: Diese sind trotz Steigerung der Fallschwere (gemessen in Anteil größerer Operationen) nicht gestiegen.

Anlage: Zielsystem und Indikatoren (Impact Ebene)

Impact Ebene

Ziel und Indikatoren	Bei Prüfung	Bewertung der Angemessenheit (Ziel, Indikatoren, Zielwert)	Bei EPE (falls modifiziert)
Impact-Ziel	Verbesserung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung. Insbesondere soll die FZ-Maßnahme zur Erreichung der Millennium Development Goals Nr. 4 „Reduzierung der Kinder- und Säuglingssterblichkeit“ sowie Nr. 5 „Verbesserung der Müttergesundheit“ beitragen.	Formulierung ist grundsätzlich angemessen, wird jedoch konkretisiert.	Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit in Usbekistan.
Indikator 1	Reduzierung der Kindersterblichkeit (unter 5 Jahre)	Standard-Indikator, wird routinemäßig erhoben; wird nur zum Teil durch die Maßnahmen beeinflusst, ist aber ein guter Indikator	Reduzierung der Kindersterblichkeit
Indikator 2	Reduzierung der Säuglingssterblichkeit	Standard-Indikator, wird routinemäßig erhoben; wird nur zum Teil durch die Maßnahmen beeinflusst, ist aber ein guter Indikator	Reduzierung der Säuglingssterblichkeit auf 25
Indikator 3	Reduzierung der Müttersterblichkeit	Standard-Indikator, wird routinemäßig erhoben; wird nur zum Teil durch die Maßnahmen beeinflusst, ist aber ein guter Indikator	Reduzierung der Müttersterblichkeit auf 15
NEU: Indikator 4	Senkung der Rate unbeabsichtigten Schwangerschaften	MoH konnte die Daten nicht zur Verfügung stellen. Er wäre jedoch – anders als die Abtreibungsrate – unabhängiger von gesellschaftlichen Einflüssen. Internationale Statistiken liegen vor, allerdings nicht für konkrete Jahre (Intervalle)	Reduktion der Rate der ungewollten Schwangerschaften (pro 1000 Frauen im reproduktiven Alter)
Indikator 5	Senkung der Abtreibungsrate	Der Indikator befand sich ursprünglich auf der Outcome-Ebene und wird im Rahmen der Evaluierung als Impact betrachtet. Die Zahl der Abtreibungen ist ein Indikator für die Qualität der Familienplanung und des Gesundheitswesens. Allerdings unterliegt er auch anderen Einflüssen, wie z.B. einer veränderten gesellschaftlichen Akzeptanz von Abtreibungen, die vom Projekt nicht beeinflusst werden können.	Reduktion der Abtreibungsrate

Anlage: Projektmaßnahmen und Ergebnisse

Komponente I (reproduktive Gesundheit) diente der Erreichung von des damaligen MDG 5 (universeller Zugang zu reproduktiver Gesundheit bis 2015) und umfasste primär die Maßnahmen Bereitstellung von Kontrazeptiva, Einführung des Mutterpasses sowie klinische Trainings von Hebammen und Pflegekräften.¹ Der Lieferung von Kontrazeptiva zur Überwindung eines Finanzierungsengpasses 2014–2017 der usbekischen Regierung ging eine Bedarfsanalyse in Zusammenarbeit von UNFPA und dem Lead-Consultant voraus. Es folgte eine internationale Ausschreibung nach FZ-Richtlinien, die den Branchenstandards entsprach [52, 53]. Die Lieferung erfolgte direkt an die Verteilzentren in den Regionen. Insgesamt wurden 1.225.000 Zyklen oraler Mono-Kontrazeptiva, 1.469.000 Zyklen oraler Kombinationspräparate, 2.878.300 Stück Intrauterinpressare sowie 1.550.000 kontrazeptive Depotspritzen (Depo-Provera) beschafft. Als weitere Ziele wurden ein funktionsfähiges Monitoring der Kontrazeptivabestände sowie eine effiziente Verteilung der Produkte definiert. Hierfür wurden acht Fahrzeuge beschafft.

Das zweite Ziel der Komponente I war die flächendeckende, landesweite Einführung und der Druck von Mutterpässen für ein bis zwei Jahre. Basierend auf einer „Urversion“ des Mutterpasses (TZ) wurden eine verbesserte Version entwickelt, von der FZ in der Namangan Region im Jahr 2015 pilotiert und die rechtlichen Grundlagen für die landesweite Einführung geschaffen. Zu einer landesweiten Einführung kam es jedoch nicht. Vielmehr bat die Regierung Usbekistans 2016 um Umwidmung der hierfür vorgesehen Mittel in Höhe von 2,5 Mio. EUR zur Beschaffung zusätzlicher medizinischer Ausstattung (Besondere Vereinbarungen, 03.11.2016). Dies war verbunden mit der Aufforderung an die Regionalverwaltungen, den HBMR aus eigenen Mitteln zu produzieren. Tatsächlich wurden jedoch nur 60.000 Kopien des neuen Mutterpasses in Namangan und 70.000 Kopien der Vorgängerversion in Samarkand gedruckt. Die Finanzierung der Mutterpässe aus usbekischen Eigenmitteln ist entgegen der Zusage von MoH nicht erfolgt.

Schließlich beinhaltete Komponente I noch klinische Trainings von Hebammen und Pflegekräften in reproduktiver Gesundheit, insbesondere zur Anwendung von Kontrazeptiva. Hierzu wurden 30.000 Flip-Charts in russischer und usbekischer Sprache sowie weitere Trainingsmaterialien für „Training-of-Trainers“ (ToT) entwickelt und gedruckt. Insgesamt wurden 208 Hebammen und Pflegekräfte sowie weitere, nicht spezifizierte Mitarbeiter des Gesundheitswesens geschult. Ergänzt wurden die Maßnahmen durch Sonderveranstaltungen in Schulen und entsprechende Zeitungsartikel zur gesunden Lebensführung, Schutz vor unbeabsichtigter Schwangerschaft sowie einem „sinnvollen Heiratsalter“.

Komponente II wurde mit „Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Kindern“ bezeichnet, konzentriert sich jedoch ausschließlich auf die Gesundheit von Kindern und besteht im Investitionsanteil primär aus der Beschaffung von medizinischer und nicht-medizinischer Ausstattung sowie von Verbrauchsmaterial in den ausgewählten Krankenhäusern. Zusätzlich dienen zahlreiche Elemente der BM der Stärkung von Komponente II. Primärziel der Komponente ist die Modernisierung der Kinderkrankenhäuser Usbekistans auf National- und Regionalebene, um damit die pädiatrische Versorgung zu verbessern und einen Beitrag zur Reduzierung der Kinder- und Säuglingssterblichkeit (damaliges MDG 4) zu leisten. Dadurch soll auch die Referenzfunktion dieser Häuser gestärkt bzw. die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung reduziert werden.

Die Beschaffung folgte einem umfassenden Konzept, das den kompletten Gerätelebenszyklus umfasst (Bedarfsplanung, Standardisierung, Beschaffung, Installation, Ersatzteilmanagement, Verbrauchsmaterialien, Wartung, russisch-sprachige Bedienungsanleitungen, Einweisung des Gesundheitspersonals). Die Beschaffung wurde ab 2015 von umfangreichen Renovierungs- und Umbauarbeiten aus Mitteln des usbekischen Eigenbeitrags begleitet und erfolgte in drei Phasen. In der Initialphase (2010–2014) wurden essentielle Medizingeräte (u.a. Beatmungsgeräte, Monitore) in Höhe des Darlehensanteils des Finanzierungsvertrags (rd. 4,96 Mio. EUR) beschafft, was allerdings zu erheblichen administrativen und logistischen Problemen führte. In der Hauptausschreibung (2015–2017, rd. 10,8 Mio. EUR) wurden primär Anästhesie-, Operations- und Radiologie-Geräte beschafft, wobei die Ausschreibungen teilweise wiederholt werden mussten. In der Ergänzungsphase (2017–2023) erfolgten Beschaffungen aus Restmitteln bzw. die Beschaffung von Geräten, für deren Installation die Baumaßnahmen abgeschlossen sein mussten.

Die BM war sehr umfassend und vielschichtig und kann hier nur skizziert werden. Die wichtigsten Elemente waren die Entwicklung der Masterpläne, klinische, Wartungs- sowie Managementtrainings und die regionale pädiatrische Konferenz. Die Masterpläne dienten der Effizienz- und Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung, indem 2012–2013 für 13 OCMMC sowie TashPMI und RSSPMC Entwicklungspläne aufgestellt wurden, die weit über architektonische Fragen hinausgingen und neben Design (z.B. Zuordnung von Funktionalitäten auf Räume) auch strategische Planungen (z.B. Leistungsportfolio) umfassten. Die Planungen umfassten auch eine stärkere Integration der pädiatrischen Notfallmedizin in die OCMMCs, eine Reorganisation der Abläufe (z.B. Notaufnahmebereich gemäß WHO-Standards) und Ansätze der „Landeskrankenhausplanung“ (z.B. Reduzierung von Doppelstrukturen und Überkapazitäten). Diese Pläne wurden vom MoH genehmigt und rechtzeitig für die Hauptphase der Beschaffung fertig.

¹ In PV und KV wird teilweise von „Krankenschwestern“ gesprochen. Der Realität folgend, dass auch in Usbekistan Männer den Pflegeberuf ergreifen, sprechen wir hiervon abweichend von Pflegekräften.

Die Masterpläne sahen folgende Integrationen vor:

1. Namangan: Bau der Gastroenterologie in der OCMMC, wo nicht-infektiöse Durchfallerkrankungen behandelt werden; Etablierung der Neonatologie mit Neugeborenen-Intensivstation.
2. Andijan: Behandlung von Notfällen (in Kooperation mit dem Oblast-Notfallzentrum); Etablierung der Abteilungen für pädiatrische Herzchirurgie.
3. Navoi: Entwicklung einer voll funktionsfähigen integrierten Notaufnahme.
4. Taschkent OCMMC (Chirchik): Aufstellung von Betten für Notfälle.
5. Nukus: Behandlung von Notfällen (in Kooperation mit dem Notfallzentrum der Region); Entwicklung der Neonatologie einschließlich Neugeborenen-Intensivstation.
6. Khorezm: Entwicklung der Neonatologie einschließlich Neugeborenen-Intensivstation.
7. Fergana: Integration der Abteilungen für Augenheilkunde, Notfallmedizin, Hämatologie und Urologie.
8. Syrdarya: Integration der Chirurgie in der OCMMC.
9. Fergana: Etablierung einer Abteilung für pädiatrische Herzchirurgie.
10. Samarkand: Etablierung einer Abteilung für pädiatrische Herzchirurgie.

Die zweite Kernkomponente der BM waren klinische Trainings, teilweise im Rahmen einer Partnerschaft (Twinning-Arrangement). In diesem Rahmen wurden u.a. klinische Pfade, Standard Operating Procedures (SOP) und Qualitätsstandards u.a. in der Neonatologie, Hygiene, Bildgebung, Labormedizin und Intensivmedizin eingeführt und unterrichtet. Weitere Trainings erfolgten in der Handhabung der gelieferten medizinischen Geräten in den verschiedenen Fachdisziplinen (z.B. Kinderchirurgie, pädiatrischer Intensivmedizin, Neonatologie, pädiatrische Radiologie, ...). Die primären Ansprechpartner waren die beiden Tertiärkrankenhäuser in Tashkent. Insgesamt nahmen 350 Mediziner, Pflegekräfte, Laborspezialisten und Physiotherapeuten an den Kursen teil, ungefähr 30 usbekische Teilnehmer waren zu Trainings beim Twinning-Partner in deutschen Kliniken.

Ein weiterer Schwerpunkt waren die Trainings zu Wartung und Instandhaltung („In-house Maintenance Training Project“). Hierzu gehörte eine zweiwöchige Ausbildung von drei (Master-)Trainer als ToT in Deutschland (31.10. – 11.11.2016) sowie zwei Trainings in Tashkent (30.10. – 10.11.2017; 22.01 – 02.02.2018), an denen 14 Techniker aus den Zielkrankenhäusern (13 OCMMCs und RSSPMCP) teilnahmen. Ebenso gehörte zu dem Vorhaben die Lieferung von Geräten für die Wartung von Medizintechnik für die Zielkrankenhäuser. Neben den technischen Inhalten zur Wartung wurden auch Managementkenntnisse vermittelt, einschließlich Standardisierung, Inventarisierung, Ersatzteilplanung und der entsprechenden Software. Das Wartungsplanungssystem openMedis wurde in den Kursen grundlegend vermittelt, zusätzlich wurde im Jahr 2021 ein Refresher-Training für openMedis durchgeführt. Weitere Ausbildungen erfolgten aus Restmitteln der pädiatrischen Konferenz und von der TZ im Rahmen des Programms „Management hochentwickelter Medizintechnik in Usbekistan“.

Erst im Jahr 2023 konnte das Managementtraining für Krankenhausdirektoren und stellvertretende Leiter der regionalen Gesundheitsadministrationen durchgeführt werden. Wegen Corona und dem Umstand, dass die Teilnehmerliste mehrfach vom MoH verändert wurde, verzögerte sich der Beginn erheblich. Für die Chefärzte bestand das Training aus einem Kurs in Tashkent, einem Training in Deutschland und Litauen, und einem Abschlussworkshop in Tashkent. Für die Vertreter der regionalen Gesundheitsverwaltungen war lediglich der Kurs in Deutschland und der Abschlussworkshop vorgesehen. Letztlich kamen 15 Leiter der Projektkrankenhäuser sowie 14 Vertreter von MoH und den regionalen Gesundheitsverwaltungen zu dem Training. Inhalt der Schulungen war Grundlagen des Managements sowie Finanzmanagement, Facility-Management und Qualitätsmanagement. Personalmanagement wurde nicht explizit gelehrt. Das Modul in Litauen diente auch dem Kennenlernen des Transformationsprozesses vom sowjetischen Gesundheitssystem zum internationalen Standard.

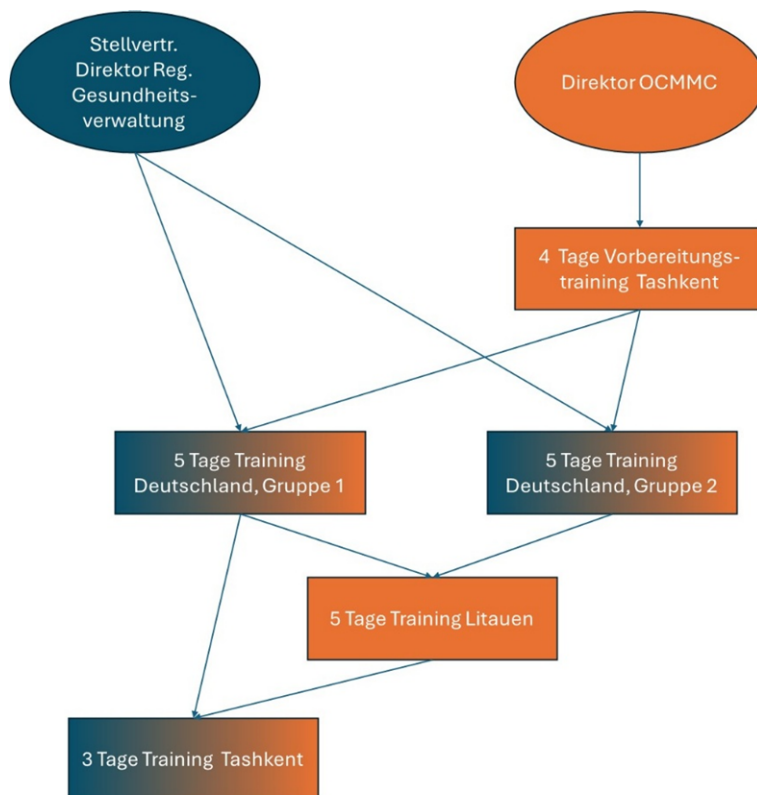


Abbildung 1 Struktur des Managementtrainings. Die unterschiedlichen Farben dienen der Unterscheidung der beiden Zielgruppen.
Quelle: Eigene Darstellung.

Schließlich wurde noch eine internationale Konferenz zu „Entwicklung und Perspektiven spezialisierter Behandlung von Kindern“ im November 2015 mit 200 Teilnehmer aus Zentralasien durchgeführt. Auch beim 7. Kongress der Kinderärzte von Usbekistan (2014) war der deutsche Twinning-Partner beteiligt.

Die BM war stark auf die Beschaffung als Kernkomponente ausgerichtet, d.h., die Beschaffung wäre ohne die vorherigen Masterpläne nicht möglich, ohne die Trainings nicht sinnvoll und nachhaltig gewesen. Für die Bewertung der Effektivität ist hierbei zu beachten, dass die einzelnen Maßnahmen weder von ihrer monetären noch von ihrer durch die Interviewpartner wahrgenommenen Bedeutung gleichgewichtig sind. Das Schwergewicht lag eindeutig auf der Gerätebeschaffung. Tabelle 3 und Tabelle 4 zeigen die Anteile am Gesamtbudget (revidiert) und an den Gesamtkosten. Für Komponente I waren 11,9 % (inkl. Begleitmaßnahmen, ohne Kontingenz) geplant und wurden 11,0 % ausgegeben, d.h. fast 90 % flossen in Komponente II, und hiervon wiederum über 90 % in die Beschaffung.

	Investition	Revidiertes Budget	Ist-Kosten
1	Reproduktive Gesundheit		
1.1	Kontrazeptiva	10,00 %	9,85 %
1.2	Mutterpass	0	0
2	Kindergesundheit		
2.1	Gerätebeschaffung	73,68 %	76,54 %
3	Consultant	1,89 %	2,36 %
4	Kontingenz	3,16 %	0,00 %
	Sub-Total	88,72 %	88,74 %

Tabelle 1 Investitionsbudget [% der Gesamtausgaben].
Quelle: Abschlussbericht GFA.

	Begleitmaßnahme	Revidiertes Budget	Ist-Kosten
1	Reproduktive Gesundheit		
1.1	Training in Kontrazeptivaberatung	0,33 %	0,17 %
1.2	IEC. Transport	0,59 %	0,50 %
1.3	Mutterpass: Pilotphase	0,33 %	0,15 %
2	Kindergesundheit	0,00 %	0,00 %
2.1	Pädiatrische Konferenz	0,74 %	0,74 %
2.2	Training (SOP etc.)	0,00 %	0,00 %
2.3	Maintenance/Managementtraining	1,37 %	1,36 %
2.4	Managementtraining	1,07 %	1,01 %
2.5	Twinning Universitätskrankenhaus Ulm	3,18 %	2,76 %
3	Consultant	3,18 %	3,18 %
4	Kontingenz	0,47 %	1,37 %
	Sub-Total	11,28 %	11,26 %

Tabelle 2 Begleitmaßnahmen [% der Gesamtausgaben].
Quelle: Abschlussbericht GFA.

Anlage: Umsetzungsstand der Betriebsempfehlungen

Es wurden in der AK keine expliziten Betriebsempfehlungen ausgesprochen.

Anlage: Ex-post-Evaluierungsmatrix

Relevanz

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- 0 +)	Begründung für Gewichtung
1. Ausrichtung an Politiken und Prioritäten			2	0	
1.1. Sind die Ziele der Maßnahme an den (globalen, regionalen und länderspezifischen) Politiken und Prioritäten, insbesondere der beteiligten und betroffenen (entwicklungspolitischen) Partner und des BMZ ² , ausgerichtet?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Sind die Ziele der Maßnahme an den globalen (MDG, SDGs, Muskoka etc.) und länderspezifischen (MCH-)Politiken und Prioritäten ausgerichtet, insbesondere des BMZ? Stimmt das Vorhaben mit dem Sektorkonzept Gesundheit der deutschen Bundesregierung sowie der Länderstrategie zur bilateralen Zusammenarbeit mit der Republik Usbekistan überein? Fügt es sich (aktuell) in die „Deutsche Entwicklungspolitik mit Asien“ ein? Entspricht das Vorhaben den entwicklungspolitischen Zielen Usbekistans?			
1.2. Berücksichtigen die Ziele der Maßnahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapazitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.))?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Berücksichtigen die Ziele der Maßnahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen von Usbekistan, insb. Gesundheitsgesetzgebung, Verwaltungskapazitäten des MoH, der Oblasts und der Distriktverwaltung? Welche Reformen sind derzeit auf dem Weg, um z.B. die Krankenhausstruktur zu verschlanken? Welche Auswirkungen wird das auf die Relevanz des Vorhabens haben?			

² An dieser Stelle soll auch der Bezug zu den relevanten Qualitätsmerkmalen dargestellt werden. Darunter fallen: 1) Menschenrechte, Geschlechtergleichstellung und Inklusion, 2) Antikorruption und Integrität, 3) Armutsbekämpfung und Reduzierung der Ungleichheit, 4) Umwelt- und Klimaverträglichkeitsprüfung, 5) Konfliktsensibilität („Do no harm“), 6) Digitalisierung („Digital als Standard“).

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
2. Ausrichtung an Bedürfnissen und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			1	0	
2.1. Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten von Müttern und Kindern ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert? War das Fehlen von modernen medizinischen Geräten und Ausstattung, von Kontrazeptiva, einer angemessenen Schwangerschaftsvorsorge sowie fehlende Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung wichtige Hemmnisse?			
2.2. Wurden dabei die Bedürfnisse und Kapazitäten besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht ³ , Ethnizität, etc.) berücksichtigt? Wie wurde die Zielgruppe ausgewählt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wurden dabei die Bedürfnisse und Kapazitäten von besonders benachteiligten (Frauen und Mädchen bilden dabei die weltweit größte benachteiligte Gruppe) und vulnerablen Gruppen (insb. Armutsgruppen, peripherer Regionen) berücksichtigt? Inwiefern ist ein gleicher Zugang gewährleistet (physische Erreichbarkeit; diskriminierungsfrei; finanziell erschwinglich) für alle Bevölkerungsteile gewährleistet? Welche Probleme verhindern den Zugang von vulnerablen Gruppen (z.B. Transportkosten)? Inwiefern ist die Diagnose- und Behandlungsmöglichkeit für vulnerable Teile der Bevölkerung verfügbar?			
2.3. Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZE spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt?			

³ Wurden die Genderwirkungspotenziale und Hindernisse im Modulvorschlag angemessen analysiert (z.B. im Rahmen der Zielgruppenanalyse oder einer separaten Genderanalyse) und in der Vorhabenskonzeption berücksichtigt?

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
3. Angemessenheit der Konzeption			2	0	
3.1. War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet zur Lösung des Kernproblems beizutragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet zur Lösung des Kernproblems beizutragen?			
3.2. Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel (Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Zielsystems sowie der dahinterliegenden Wirkungsanahmen)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel? Ist der Zusammenhang von Verfügbarkeit von Kontrazeptiva und Müttergesundheit nachvollziehbar und überprüfbar? Ist der Zusammenhang von Strukturqualität und Impact der Krankenhäuser nachvollziehbar und überprüfbar?			
3.3. Waren die gewählten Indikatoren und deren Wertbestückung in ihrer Gesamtheit angemessen (zur Beantwortung eine der folgenden Angaben auswählen: Indikatoren und Wertbestückung waren angemessen/ teilweise angemessen/ nicht angemessen)? Die Begründung erfolgt differenziert nach Indikatoren in (FZE spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Waren die gewählten Indikatoren und deren Wertbestückung für die Nutzung moderner Familienplanungsdienste in ihrer Gesamtheit angemessen? Waren die gewählten Indikatoren und deren Wertbestückung für die Verbesserung der Schwangerschaftsvorsorge in ihrer Gesamtheit angemessen? Warum wurde ANC nicht mit einem Indikator versehen? Waren die gewählten Indikatoren und deren Wertbestückung für die Verbesserung der Diagnose und Behandlung von Kindern in ihrer Gesamtheit angemessen?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
3.4. Bitte Wirkungskette beschreiben, einschl. Begleitmaßnahmen, ggf. in Form einer grafischen Darstellung. Ist diese plausibel? Sowie originäres und ggf. angepasstes Zielsystem unter Einbezug der Wirkungsebenen (Outcome- und Impact) nennen. Das (angepasste) Zielsystem kann auch grafisch dargestellt werden. (FZE spezifische Frage)	☐ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wirkungskette liegt als Grafik vor; Wie plausibel ist die Kette bzw. das Netz? Welches Zielsystem liegt vor? Welcher Impact sollte erreicht werden? Durch die Beschaffung von Kontrazeptiva, die Einführung von Mütterpässen und die Modernisierung der nationalen und regionalen (Oblast) multidisziplinären Kinderkrankenhäuser durch Rationalisierungsmaßnahmen und Ausstattung mit modernen medizinischen Geräten (Output-Ebene) sollten eine bessere Versorgung der Frauen mit modernen Kontrazeptiva und deren steigender Nutzung unter Berücksichtigung ihrer individuellen Entscheidungsfreiheit erreicht und die Schwangerschaftsvorsorge sowie die Diagnostik und Behandlung von Kindern verbessert werden (Outcome-Ebene). Auf Impact-Ebene soll dies zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit in Usbekistan führen.			
3.5. Inwieweit ist die Konzeption der Maßnahme auf einen ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung (Zusammenspiel der sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen der Nachhaltigkeit) hin angelegt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Inwieweit ist die Konzeption der Maßnahme auf einen ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung (hin angelegt)? Durch eine rechtzeitige und angemessene medizinische Versorgung von Müttern und Kindern und einem daraus resultierenden Rückgang der Krankheits- und Todesfälle können erhebliche volkswirtschaftlicher und sozioökonomische entstehen.			
3.6. Bei Vorhaben im Rahmen von EZ-Programmen: ist die Maßnahme gemäß ihrer Konzeption geeignet, die Ziele des EZ-Programms zu erreichen? Inwiefern steht die Wirkungsebene des FZ-Moduls in einem sinnvollen Zusammenhang zum EZ-Programm (z.B. Outcome-Impact bzw. Output-Outcome)? (FZ E spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant.	Welche weiteren Maßnahmen der EZ gibt es? Was hat das Vorhaben konkret leisten können, damit die Ziele der EZ (insb. Gesundheit der Bevölkerung) erreicht werden konnten?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
4. Reaktion auf Veränderungen/Anpassungsfähigkeit			2	0	
4.1. Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant.				

Kohärenz

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
5. Interne Kohärenz (Arbeitsteilung und Synergien der deutschen EZ):			1	0	
5.1. Inwiefern ist die Maßnahme in-innerhalb der deutschen EZ komplett und arbeitsteilig konzipiert (z.B. Einbindung in EZ-Programm, Länder-/ Sektorstrategie)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Welche anderen Maßnahmen der deutschen EZ wurden seit 2010 durchgeführt? Wie passt dieses Vorhaben zu den anderen?			
5.2. Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wie gut greifen TZ- und FZ-Komponenten ineinander? Wie verhält sich das Vorhaben zu dem GIZ-Projekt „2019 von dem GIZ-Programm ‚Management hochentwickelter Medizintechnik in Usbekistan‘ zur Ausbildung im Bereich der Anwendung hochentwickelter Medizintechnik? Wie wurden die Anforderungen des Qualitätsmanagement, der Kalibrierung und Wartung abgestimmt? Wie verlief die Zusammenarbeit mit der GIZ für die Entwicklung und Umsetzung des Mutterpasses?			
5.3. Ist die Maßnahme konsistent mit internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt (z.B. Menschenrechte, Pariser Klimaabkommen etc.)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Ist die Maßnahme konsistent mit den internationalen Standards der Mütter- und Kindergesundheit (Maternal and Child Health, MCH)? Zu Primary Health Care, Health Promotion, Accra Declaration und Muskoka Initiative on Maternal, Newborn and Child Health (2010-2015) sowie Global Health Strategy for Women, Children and Adolescents 2016-2030?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- 0 +)	Begründung für Gewichtung
6. Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung im zum Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ):			2	0	
6.1. Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des MoH von Usbekistan sowie der Oblasts? Welchen Eigenbeitrag hat Usbekistan erbracht und wie bindet er sich in das Gesamtsystem des Vorhabens ein?			
6.2. Ist die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Besteht eine institutionalisierte Geberkoordinierung mit entsprechend abgestimmter Arbeitsteilung zwischen der Gebergemeinschaft in Usbekistan? Gibt es informelle Abstimmungen? Warum wurde eine temporäre Finanzierung von Kontrazeptiva in Kooperation mit UNFPA notwendig? Wie verlief die Finanzierung anschließend?			
6.3. Wurde die Konzeption der Maßnahme auf die Nutzung bestehender Systeme und Strukturen (von Partnern/ anderen Gebern/ internationalen Organisationen) für die Umsetzung ihrer Aktivitäten hin angelegt und inwieweit werden diese genutzt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wie gut wurden die Maßnahmen in die bestehenden Strukturen des MoH, der Oblaste und der Krankenhäuser eingebunden? Welche Rolle spielten die Verteilzentren von Kontrazeptiva			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
6.4. Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/ internationalen Organisationen) für Monitoring/ Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/ internationalen Organisationen) für Monitoring/ Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?			

Effektivität

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
7. Erreichung der Ziele			2	o	
7.1. Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. PU-Maßnahmen)? Indikatoren-Tabelle: Vergleich Ist/ Ziel	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. PU-Maßnahmen)? Indikatoren-Tabelle: Vergleich Ist/ Ziel			
7.2. Sonstige Evaluierungsfragen		Evtl. speziell: Wie groß ist der „unmet need“ von Kontrazeptiva in Usbekistan? Wie bedeutend sind stock-outs?			
8. Beitrag zur Erreichung der Ziele			2	o	
8.1. Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? (Lern-/ Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? Was können wir daraus für zukünftige Vorhaben lernen?			
8.2. Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wurden (Kontrazeptiva) und werden (z.B. Standards, Masterpläne, Geräte) die Outputs bzw. Kapazitäten genutzt? Siehe hierzu auch Liste an Outcome-Indikatoren.			
8.3. Inwieweit ist der gleiche Zugang zu erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten (z.B. diskriminierungsfrei, physisch erreichbar, finanziell erschwinglich, qualitativ, sozial und kulturell annehmbar) gewährleistet?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Können die Leistungen der Krankenhäuser (sowie historisch der Kontrazeptiva) von allen Subgruppen der Zielgruppe (Oblasts, Armutgruppen) gleichermaßen wahrgenommen werden? Abdeckung durch das staatliche Leistungspaket? Welcher Anteil der Patienten kommt aus dem näheren Einzugsgebiet der Krankenhäuser? Welcher Anteil kommt von außerhalb?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
8.4. Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Inwiefern hat die Maßnahme zur Verbesserung der (1) Nutzung moderner Familienplanungsdienste unter Berücksichtigung der individuellen Entscheidungsfreiheit von Frauen, der (2) Schwangerschaftsvorsorge und der (3) Qualität der Diagnose und Behandlung von Kindern in Usbekistan beigetragen?			
8.5. Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Die starke Konzentration auf Mütter und Kinder impliziert, dass diese Frage bereits oben beantwortet sein sollte. Wenn überhaupt könnte man hier nach der Nutzung fragen.			
8.6. Hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler beteiligter und betroffener Gruppen (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Durch Fokus auf Frauen und Kinder reduziert sich die Frage: „Hat die Maßnahme auch die Frauen und Kinder in peripheren Oblasten sowie in Armutsgruppen unterstützt?“			
8.7. Gab es Maßnahmen, die Genderwirkungspotenziale gezielt adressiert haben (z.B. durch Beteiligung von Frauen in Projektgremien, Wasserkomitees, Einsatz von Sozialarbeiterinnen für Frauen, etc.)? (FZE spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Ist durch die Zielgruppe selbsterklärend – wird daher im Rahmen der vorherigen Fragen beantwortet.			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
8.8. Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? (Lern-/ Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Welche Bedeutung für die Zielerreichung haben die einzelnen Maßnahmen des Vorhabens? Wie stark ist der Einfluss des Consultants auf den Gesamterfolg? Konnte der Consultant eine Trennung von Investition und BM gewährleisten?			
8.9. Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme (auch unter Berücksichtigung der vorab antizipierten Risiken)? (Lern-/ Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Welche externen Faktoren führten zur erfolgreichen oder nicht-erfolgreichen Implementierung? Welche Faktoren traten als Barrieren und Promotoren auf? Was können wir daraus für zukünftige Vorhaben lernen?			
9. Qualität der Implementierung			2	o	
9.1. Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme (z.B. Projektträger, Consultant, Berücksichtigung von Ethnizität und Gender in entscheidungsfindenden Gremien) im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	- Wie funktionierten die Abstimmungsprozesse zwischen allen Stakeholdern? Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme durch das MoH und GFA im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten? - Waren die Kapazitäten des Durchführungsconsultants ausreichend um die Outputs zeitnah und umfassend zu erbringen? - Wie funktionierte die Zusammenarbeit zwischen Consultant und den Krankenhäusern? - War die Erbringung der die einzelnen Outputs aufeinander abgestimmt?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
9.2. Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an der Maßnahme durch die Partner/ Träger zu bewerten?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Welche Rolle spielte das MoH bei der Implementierung? Wie war das Zusammenspiel von Oblast und MoH?			
9.3. Wurden Gender Ergebnisse und auch relevante Risiken im/ durch das Projekt (genderbasierte Gewalt, z.B. im Kontext von Infrastruktur oder Empowerment-Vorhaben) während der Implementierung regelmäßig gemonitored oder anderweitig berücksichtigt)? Wurden entsprechende Maßnahmen (z.B. im Rahmen einer BM) zeitgemäß umgesetzt? (FZE spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wie fand das Monitoring der Ergebnisse insgesamt statt? Welche Rolle spielten gender-aspekte beim Monitoring? Welche Maßnahmen wurden ergriffen?			
10. Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)			2	o	
10.1. Sind nicht-intendierte positive/ negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar) ⁴ ?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Sind nicht-intendierte positive/ negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar)? Gab es Probleme mit Integrität und Korruption? Wurde bspw. die Digitalisierung gestärkt?			
10.2. Welche Potentiale/ Risiken ergeben sich aus den positiven/ negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Welche Potentiale/ Risiken ergeben sich aus den positiven/ negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten? Inwiefern hat sich der Zugang nur für bestimmte Bevölkerungsgruppen verbessert, so dass sich die soziale Diskrepanz erhöht?			

⁴ An dieser Stelle sollen die Auswirkungen auf folgende Qualitätsmerkmale überprüft und ggf. dargestellt werden: 1) Menschenrechte, Geschlechtergleichstellung und Inklusion, 2) Anti-Korruption und Integrität, 3) Armutsbekämpfung und Reduzierung der Ungleichheit, 4) Umwelt- und Klimaverträglichkeitsprüfung, 5) Konfliktsensibilität („Do no harm“), 6) Digitalisierung („Digital als Standard“).

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
10.3. Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/ Risiken der positiven/ negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/ Risiken der positiven/ negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?			

Effizienz

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
11. Produktionseffizienz			2	o	
11.1. Wie verteilen sich die Inputs (finanziellen und materiellen Ressourcen) der Maßnahme (z.B. nach Instrumenten, Sektoren, Teilmaßnahmen, auch unter Berücksichtigung der Kostenbeiträge der Partner/ Träger/ andere Beteiligte und Betroffene, etc.)? (Lern- und Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wie verteilen sich die Inputs des Vorhabens auf die Maßnahmen und Komponenten? Was können wir daraus für zukünftige Vorhaben lernen?			
11.2. Inwieweit wurden die Inputs der Maßnahme im Verhältnis zu den erbrachten Outputs (Produkte, Investitionsgüter und Dienstleistungen) sparsam eingesetzt (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)? Z.B. Vergleich spezifischer Kosten.	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wurden die Inputs im Verhältnis zu den Outputs sparsam eingesetzt? Kam es möglicherweise zu Kostensteigerungen aufgrund von Durchführungsverzögerungen? Gibt es Hinweise auf fehlende Outputs? Wie ist die fehlende Übernahme des Mutterpasses aus Sicht der Effizienz zu bewerten?			
11.3. Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten die Outputs der Maßnahme durch einen alternativen Einsatz von Inputs erhöht werden können (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Hat die Umschichtung von Mitteln (von Mutterpass zu Beschaffung weiterer Geräte) die Effizienz erhöht? Führt die Umschichtung zu Unsicherheit?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
11.4. Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Welche Verzögerung des Beginns und der Umsetzung fanden statt. Warum? Welche Konsequenzen hatten die Verzögerungen für die Effizienz?			
11.5. Waren die Koordinations- und Managementkosten angemessen? (z.B. Kostenanteil des Implementierungsconsultants)? (FZE spezifische Frage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wie hoch waren die Koordinations- und Managementkosten? Was erhielten die Consultants? Waren diese Kosten angemessen?			
12. Allokationseffizienz			2	0	
12.1. Auf welchen anderen Wegen und zu welchen Kosten hätten die erzielten Wirkungen (Outcome/ Impact) erreicht werden können? (Lern-/Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Welche anderen Möglichkeiten zur Erhöhung der Gesundheit von Frauen und Kindern gibt es? Wäre eine Reallokation zu diesen Maßnahmen effizient gewesen? Was können wir daraus für zukünftige Vorhaben lernen?			
12.2. Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – die erreichten Wirkungen kostenschonender erzielt werden können?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – die erreichten Wirkungen kostenschonender erzielt werden können?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
12.3. Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – mit den vorhandenen Ressourcen die positiven Wirkungen erhöht werden können?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Welche Bedeutung haben die Gesundheit von Frauen und Kindern überhaupt im Verhältnis zur Krankheitslast? Hätte die Gesundheit der Bevölkerung durch eine andere Zielgruppe insgesamt gestärkt werden können? Warum erscheint es trotzdem sinnvoll und politisch geboten, die überproportionale Förderung von MCH durchzuführen und beizubehalten? Hätten die positiven Wirkungen durch die Förderung der Ausbildung des medizinischen Personals erhöht werden können? Verbesserung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit durch ein gutes Management? - Stärkung des Überweisungssystems? - Hätten durch eine Verbesserung der Infrastruktur (unter der FZ-Maßnahme selbst) die positiven Wirkungen erhöht werden können?			
12.4. In welcher Hinsicht war der Einsatz öffentlicher Mittel finanziell additional?	☐ Frage wird betrachtet ☒ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:				
12.5. Sonstige Evaluierungsfragen		Wie effizient ist die Beschaffung und Verteilung von Kontrazeptiva (Supply Chain)? Wie häufig treten Stock-Outs auf? Welche Ergebnisse liefert die CHANNEL-Software der UNFPA? Wird ein Informed-Push-Model verwendet, so dass die Nachfrage die Bereitstellung steuert?			

Impact

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
13. Übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen			2	o	
13.1. Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen bzgl. Gesundheit von Frauen und Kindern feststellbar?			
13.2. Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen (sozial, ökonomisch, ökologisch und deren Wechselwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstigten feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Sind Auswirkungen der Gesundheit von Frauen und Kindern auf die Produktivität der Bevölkerung plausibel und/oder messbar? Sind Auswirkungen der Gesundheit von Frauen und Kindern auf den sozialen Zusammenhalt der Bevölkerung plausibel und/oder messbar?			
13.3. Inwieweit sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Sind insbesondere Veränderungen der Gesundheit von vulnerablen Frauen und Kindern (Peripherie, Armutsgruppen) plausibel und/oder nachweisbar?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
14. Beitrag zu übergeordneten intendierten entwicklungspolitischen Veränderungen				o	
14.1. In welchem Umfang hat die Maßnahme zu den festgestellten bzw. absehbaren übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, tatsächlich beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Welchen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation, insbesondere von Müttern und Kindern, der usbekischen Bevölkerung hat das Vorhaben geleistet?		o	
14.2. Inwieweit hat die Maßnahme ihre intendierten (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele erreicht? D.h. sind die Projektwirkungen nicht nur auf der Outcome-Ebene, sondern auch auf der Impact-Ebene hinreichend spürbar? (z.B. Trinkwasserversorgung/ Gesundheitswirkungen)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Inwieweit hat die Maßnahme ihre intendierten (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele erreicht? D.h. sind die Projektwirkungen auch auf der Ebene der Gesundheitsindikatoren hinreichend spürbar?			
14.3. Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Hat die Maßnahme zur Erreichung der Gesundheitsziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
14.4. Hat die Maßnahme zu übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen bzw. Veränderungen von Lebenslagen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Hat die Maßnahme zu übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen bzw. Veränderungen von Lebenslagen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, beigetragen?			
14.5. Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (Lern-/ Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Welche projektinternen Faktoren (Finanzvolumen, BM, Eigenbeitrag Partner) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Gesundheitsziele? Was können wir daraus für zukünftige Vorhaben lernen?			
14.6. Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (Lern-/ Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Welche externen Faktoren (Wirtschaftsentwicklung, Entwicklung des Gesundheitswesens) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der Gesundheitsziele? Welchen Einfluss hatten/haben Reformen des Gesundheitssystems? Was können wir daraus für zukünftige Vorhaben lernen? Ist eine bilaterale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen überhaupt zielführend?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- 0 +)	Begründung für Gewichtung
14.7. Entfaltet das Vorhaben Breitenwirksamkeit? Inwieweit hat die Maßnahme zu strukturellen oder institutionellen Veränderungen geführt (z.B. bei Organisationen, Systemen und Regelwerken)? (Strukturbildung) War die Maßnahme modellhaft und/ oder breitenwirksam und ist es replizierbar? (Modellcharakter)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Entfaltet das Vorhaben Breitenwirksamkeit? Inwieweit hat die Maßnahme zu strukturellen oder institutionellen Veränderungen im Gesundheitswesen von UZB geführt (z.B. bei MoH, Krankenhäuser, Partner)? Hatte das Vorhaben eine Auswirkung auf die Gesundheitsreformen? Wurde eine Benchmark für die weitere Entwicklung im Land gesetzt? Inwiefern kam es zu Ausstrahl-/Multiplikatoreffekten auf Gesundheitseinrichtungen unterer Versorgungsebene? Könnte man das Vorhaben ähnlich erneut in UZB oder in anderen Ländern umsetzen, d.h., hat es Modellcharakter?			
14.8. Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (entwicklungspolitische Additionalität ⁵)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (entwicklungspolitische Additionalität ⁶)			
15. Beitrag zu übergeordneten nicht-intendierten entwicklungspolitischen Veränderungen		Beitrag zu übergeordneten nicht-intendierten entwicklungspolitischen Veränderungen	2	0	
15.1. Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?			

⁵ Definition „entwicklungspolitische Additionalität“: Entwicklungspolitische Additionalität wird als die entwicklungspolitische Wirkung beschrieben, die aus den Investitionen resultiert und sonst nicht eingetreten wäre (OECD (2016): Understanding Key Terms and Modalities for Private Sector Engagement in Development Co-operation“, OECD's Development Assistance Committee, Paris).

⁶ Definition „entwicklungspolitische Additionalität“: Entwicklungspolitische Additionalität wird als die entwicklungspolitische Wirkung beschrieben, die aus den Investitionen resultiert und sonst nicht eingetreten wäre (OECD (2016): Understanding Key Terms and Modalities for Private Sector Engagement in Development Co-operation“, OECD's Development Assistance Committee, Paris).

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
15.2. Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/ oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/ oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?			
15.3. Hat die Maßnahme feststellbar (bzw. absehbar) zu nicht-intendierten (positiven oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Gruppen (innerhalb oder außerhalb der Zielgruppe) beigetragen (Do no harm, z.B. keine Verstärkung von Ungleichheit (Gender/ Ethnie, etc.)?)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Hat die Maßnahme feststellbar (bzw. absehbar) zu nicht-intendierten (positiven oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Gruppen (innerhalb oder außerhalb der Zielgruppe) beigetragen (Do no harm, z.B. keine Verstärkung von Ungleichheit (Gender/ Ethnie, etc.)?) Profitierten nur bestimmte Gruppen von der Maßnahme, so dass sich die soziale Diskrepanz zwischen dieser und vulnerablen Gruppen der Bevölkerung noch erhöht hat?			

Nachhaltigkeit

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
16. Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			3	+	Besonders wichtig: langfristiges Engagement des Staates im Gesundheitswesen
16.1. Sind die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit (nach Beendigung der Förderung) zu erhalten?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Sind Träger und Partner ohne hinreichendes Geberengagement in der Lage, die Wirkungen über die Zeit erhalten? Auf Ebene des MoH: - Existiert eine nachhaltige Finanzierungsstrategie des Gesundheitssektors? - Welchen Stellenwert nehmen die MCH innerhalb der Prioritäten der usbekischen Regierung ein? Auf Ebene der Krankenhäuser: - Ist das Gesamtbudget ausreichend, um den Bedarf zu decken? Wenn nicht, welche Ausgaben/ Dienstleistungen wurden beeinträchtigt? - Wie sieht das Finanzierungsmodell aus? Self-financing scheme? Welcher Anteil wird durch OOP getragen? - Wie viel des Gesamtbudgets wird für die Instandhaltung (Geräte-/Gebäudeinstandhaltung) aufgewendet? Wie viel Geld wird für korrigierende/vorbeugende Maßnahmen an medizinischen Geräten investiert? Auf Ebene der Zielgruppe: Welchen finanziellen Beitrag leisten Frauen und Kinder derzeit auf Ebene der Oblaste und der National Hospitals? Wie wird dies in Zukunft zu finanzieren sein?			
16.2. Inwieweit weisen Zielgruppe, Träger und Partner eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber zukünftigen Risiken auf, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wie konnten MoH, Oblaste und Krankenhäuser während der Corona-Pandemie reagieren? Was kann man daraus bzgl. Resilienz bei weiteren Krisen schließen? -Inwiefern bestehen Risiken für die Zielgruppe hinsichtlich einer Verarmung aufgrund OOP-Zahlungen für Gesundheitsausgaben?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
17. Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten		Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten	2	+	Geräte: hohe Budgetbedeutung Mutterpass: geringe Relevanz für Interviewpartner Trainings: für Nachhaltigkeit höchst relevant
17.1. Hat die Maßnahme dazu beigetragen, dass die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) sind die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit zu erhalten und ggf. negative Wirkungen einzudämmen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Konnte das Vorhaben dazu beitragen, dass die Krankenhäuser auch zukünftig die Leistungen erstellen können? Hat die angestrebte Verbesserung der medizinischen Versorgung bspw. dazu geführt, dass die Einrichtungen ihre Einnahmen und damit den Kostendeckungsgrad erhöhen konnten? Gibt es eine Chance, dass der Mutterpass doch noch eingeführt wird? Wie erfolgten die Bereitstellung und Verteilung von Kontrazeptiva heute und zukünftig? Wie werden sie finanziert?			
17.2. Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Zielgruppe, Träger und Partner, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Zielgruppe, Träger und Partner, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?			
17.3. Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) von Frauen und Kindern in der Peripherie sowie von Armutsgruppen gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen? Bestehen finanzielle und/oder logistische Hürden mit Blick auf die Nutzung des Angebots?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
18. Dauerhaftigkeit der Wirkungen		Dauerhaftigkeit der Wirkungen	2	o	
18.1. Wie stabil ist der Kontext der Maßnahme) (z.B. soziale Gerechtigkeit, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) (Lern- / Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Wie ist die Entwicklung der Gesundheitsfinanzierung durch die Regierung Usbekistans? Wie verändern sich die Kosten und die Privatanteile? Welche Auswirkungen hat die Reform? Wie erfolgt die zukünftige Finanzierung, wie wird das die Versorgung von Frauen und Kindern verändern? Was können wir daraus für anderen Projekte lernen?			
18.2. Inwieweit wird die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der Maßnahme durch den Kontext beeinflusst? (Lern- / Hilfsfrage)	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Führen diese Veränderungen zu Verstärkungen, Verstetigungen oder Gefährdungen der Erfolge des Vorhabens? Welche Reformen/ Reformbestrebungen bestehen im Gesundheitssektor hinsichtlich der Mutter-Kind Versorgung, welche die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der Maßnahme beeinflussen? Welchen Einfluss hatte der politische Führungswechsel im Jahr 2016 auf Reformbestrebungen im Gesundheitssektor? Auswirkungen der Einführung der staatlichen Krankenversicherung?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
18.3. Inwieweit sind die positiven und ggf. negativen Wirkungen der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen?	☒ Frage wird betrachtet ☐ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Kontextual: - Gibt es unmittelbar absehbare Verschlechterungen des Kontextes (s.o.)? Auf Ebene der Krankenhäuser: In Bezug auf medizinische Ausstattung: - Inwiefern haben die geschaffenen Kapazitäten nachhaltig Bestand? Welche Geräte sind zum Zeitpunkt November 2025 noch existent, funktionsfähig, kalibriert und gewartet? - Wie wird die medizinische Ausrüstung inventarisiert und computerisiert? Wird die Funktionsfähigkeit der Geräte regelmäßig überprüft und darüber berichtet? - Welches ausgebildete Wartungspersonal ist noch tätig? - Wie ist die Instandhaltung generell organisiert? Gibt es computergestützte Wartungspläne, auch für vorbeugende Maßnahmen? Wie viel Personal ist für die Wartung der Ausrüstung vorgesehen? Welche technischen Fähigkeiten haben sie und welche Rolle spielen sie bei der präventiven und korrektiven Wartung? - Wie verwaltet die Wartungsabteilung die Prozesse: Inventarisierung, physische Wartung, Verwaltung von Garantie- und Gewährleistungsverträgen für die medizinischen Geräte oder ausgelagerte Dienstleistungen? Gibt es standardmäßig Wartungsverträge, und wenn ja, für welche Art von Geräten wird diese Art von Wartung ausgelagert? - Wie wird die vertragliche Garantie und Gewährleistung für die medizinischen Geräte dokumentiert und verwaltet? Weitere Faktoren: Werden die Behandlungsstandards noch angewendet? Welche ausgebildeten Manager sind noch tätig? Wie schätzen sie die Wirksamkeit ein? - Ist ausreichend qualifiziertes Personal vorhanden? Finden regelmäßige Ausbildungsmaßnahmen statt? - Verfügbarkeit von Medikamenten und Verbrauchsmaterialien - Ist die vorhandene Infrastruktur ausreichend?			

Evaluierungsfrage	Betrachtung der Frage in EPE	Optional: Konkretisierung der Frage für das Vorhaben	Bewertung	Gewichtung (- o +)	Begründung für Gewichtung
18.4. Inwieweit sind die Gender-Ergebnisse der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen (Ownership, Kapazitäten, etc.?) (FZE-spezifische Frage)	☐ Frage wird betrachtet ☒ Frage wird nicht betrachtet, da nicht relevant. Optional Begründung:	Inwieweit sind die Gender-Ergebnisse der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen (Ownership, Kapazitäten, etc.?) (FZE-spezifische Frage)			