



Projektelevaluierung

Bangladesch: Bewältigung der demographischen Herausforderungen in Bangladesch

Projektnummer:	2011.2167.2
Fachliche Zuordnung	Familienplanung 13030
Projektziel:	Die Versorgung der Bevölkerung mit Diensten zur reproduktiven Gesundheit im Zielgebiet hat sich verbessert.
Projektlaufzeit:	01/2012 bis 12/2017
Projektvolumen:	EUR 10,500,000
Auftraggeber:	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
Politische(r) Träger:	Ministerium für Lokalregierungen, Ländliche Entwicklung und Kooperativen (<i>Ministry of Local Government, Rural Development and Cooperatives, MoLGRDC</i>)
Durchführungsorganisationen im Partnerland:	Städtische Verwaltungen (<i>City Corporations, CC</i>) von Sylhet, Rajshahi und Narayanganj; Lehrkrankenhäuser (<i>Medical College Hospitals</i>) in Sylhet und Rajshahi und Städtisches in Narayanganj; Ausbildungseinrichtungen Krankenschwestern und Hebammen (<i>Nursing Colleges</i>) in Sylhet und Rajshahi
Andere beteiligte Entwicklungsorganisationen:	NGOs im Bereich Gesundheitsförderung
Zielgruppen:	Die Zielgruppe besteht aus Schwangeren, Neugeborenen sowie Jugendlichen beider Geschlechter (Alter: 10-19 Jahre). Der geografische Schwerpunkt liegt dabei auf urbanen Zentren der Städte Sylhet, Rajshahi und Narayanganj mit Fokus auf der in den Armengebieten lebenden Bevölkerung, da diese von unzureichender Versorgung mit qualitativ angemessenen Dienstleistungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit (SRG) am stärksten betroffen sind.

Projektbeschreibung

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Bangladesch hat in jüngerer Vergangenheit große sozioökonomische Entwicklungsfortschritte zu verzeichnen. Mit konstant hohen Wachstumsraten (5% bis 7% in den letzten 15 Jahren) ist Bangladesch zu einem Land mit niedrigem mittlerem Einkommen (*Lower Middle-Income Country*), mit einem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen 2015 von 1.190 USD (Weltbank 2017) aufgestiegen. Gesundheitsindikatoren haben sich in der letzten Dekade deutlich verbessert, Millennium-Entwicklungsziele (MDG) für Mutter- und Kind-Gesundheit wurden erreicht. Um die positiven Trends fortzusetzen, ist eine weitere Stärkung des Gesundheitssystems jedoch unerlässlich, und neue Herausforderungen erhöhen den Druck auf die vorhandenen Kapazitäten zur Gewährleistung qualitativ und quantitativ ausreichender Gesundheitsdienstleistungen.

Die größte Herausforderung stellt derzeit das hohe Bevölkerungswachstum dar. Mit 163 Millionen Einwohnern (2016) auf einer Fläche von 147.570 km² ist Bangladesch eines der am dichtesten besiedelten Länder weltweit. Aufgrund des niedrigen Durchschnittsalters der Bevölkerung von ca. 26 Jahren wird ein massiver Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen antizipiert, insbesondere im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (SRG). Aufgrund hoher Urbanisierungsraten werden städtische Gebiete hiervon in besonderem Maße betroffen sein.

Die Sektorgrenzen sind unscharf definiert und reichen über den Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Gesundheit und Familie (*Ministry of Health and Family Welfare*, MoHFW) hinaus. Zwar beinhaltet dieser alle Ebenen des Gesundheitssystems (primäre, sekundäre und tertiäre Gesundheitsversorgung), für die primäre Gesundheitsversorgung in städtischen Gebieten ist jedoch das Ministerium für Lokalregierungen, ländliche Entwicklung und Kooperativen (*Ministry of Local Government, Rural Development & Cooperatives*, MoLGRDC). Der institutionellen Architektur zufolge sollten die von Nichtregierungsorganisationen (NGO) im Rahmen des Programms zur Entwicklung des städtischen Basisgesundheitssektors (*Urban Primary Health Care Sector Development Project*, UPHCSDP) erbrachten Gesundheitsdienstleistungen von Gesundheitsbehörden der Stadtverwaltungen (*City Corporations*, CCs) überwacht werden. Die CCs verfügen jedoch nicht über die erforderlichen organisatorischen Kapazitäten. Aufgrund fehlender und unzuverlässiger Gesundheitsinformationen sowie mangelnder Kommunikation und Koordinierung mit Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen sind die CCs nicht in der Lage, die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen zu monitoren und Prozesse zur Qualitätsverbesserung in Gang zu setzen. Auf der Ebene der Gesundheitseinrichtungen sind Fachkräfte knapp und die Verteilung vorhandener Fachkräfte (z.B. anteiliges Verhältnis von Ärzten und Krankenschwestern) entspricht nicht den Bedarfen. Im Bereich der SRG führt dies unter anderem dazu, dass nur 42% der Geburten von qualifiziertem Personal und nur 37% in Gesundheitseinrichtungen durchgeführt werden (siehe *Bangladesh Demographic Health Survey 2014*).

Strategischer Ansatz

Die Zielsetzung der TZ-Maßnahme "Bewältigung der demographischen Herausforderungen in Bangladesch" lautet: "Die Versorgung der Bevölkerung mit Diensten zur reproduktiven Gesundheit im Zielgebiet hat sich verbessert."

In Handlungsfeld A (Sichere Geburten) zielt das Vorhaben auf die Verbesserung der praktischen Ausbildung im geburtshilflichen Bereich und unterstützt die Hebammenausbildung in zwei *Nursing Colleges* in Rajshahi und Sylhet. Die Interventionen fokussieren (a) die Stärkung der Lehrkapazitäten der Ausbildungseinrichtungen (Fortbildungen für Ausbilder, Einrichtung und Ausrüstung sogenannter *Skill Labs* sowie (b) die Verbesserung der klinischen Ausbildung für Hebammen durch Zusammenarbeit mit den örtlichen Lehrkrankenhäusern (Mentoren-Programm und Einführung eines von Hebammen geleiteten Arbeitsbereichs, des so genannten *midwifery-led care space*).

Im Handlungsfeld B (Qualitätsmanagement, QM) unterstützt das Vorhaben die CCs von Sylhet, Narayanganj und Rajshahi bei der Implementierung eines Qualitätsmonitoring-Systems für städtische Gesundheitseinrichtungen auf der Grundlage partizipativ entwickelter Qualitätsstandards. Mitglieder neu eingerichteter QM-Abteilungen werden als Prüfer fortgebildet und implementieren Monitoring-Prozesse, um Daten zum aktuellen Status der städtischen Basisgesundheitsversorgung zu generieren und Anbieter zur Implementierung von Qualitätsverbesserungs-Prozessen zu motivieren. Über den Zuständigkeitsbereich der CCs hinaus unterstützt das Vorhaben zwei Lehrkrankenhäuser und ein weiteres städtisches Krankenhaus bei der Implementierung von 5S/Total Quality Management (TQM) in den geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilungen. Die Prozesse sind eng mit Handlungsfeld A („Sichere Geburten“) vernetzt, da sie zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den betreffenden Abteilungen der Partnerkrankenhäuser beitragen.

Im Handlungsfeld C (Gesundheitsförderung) werden verschiedene Veranstaltungsformen zur Gesundheitserziehung im Themenfeld SRG für Heranwachsende, Frauen im gebärfähigen Alter und Männer angeboten. Die Implementierung erfolgt im Auftrag des Vorhabens durch lokale oder nationale NGOs; die Veranstaltungen selbst werden von fortgebildeten Mitgliedern der jeweiligen Zielgruppe (*peer educators*) selbst durchgeführt.

In Handlungsfeld D (Governance), unterstützt das Vorhaben die CCs bei der Implementierung eines Koordinierungsmechanismus als Plattform für den kontinuierlichen Dialog zwischen CCs, lokalen Regierungsräten (Councillors) und Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen. Das Vorhaben berät den Aufbau eines städtischen Gesundheitsmanagement-Informationssystems (*Urban Health Management Information System*, UHMIS) und stärkt die Kapazitäten der zuständigen Abteilungen der CCs für das Management, die Analyse und die Interpretation der generierten Daten. Diese werden als Grundlage evidenzbasierter Diskussions- und Entscheidungsprozesse für den Koordinierungsmechanismus aufbereitet.

In der Summe ermöglichen klinische Verbesserungen, die Sensibilisierung auf der Nachfrageseite und verbesserte Steu-
 rungskapazitäten der CCs die angestrebte direkte Wirkung einer verbesserten Versorgung mit SRH-Dienstleistungen in den
 Zielgebieten des Vorhabens. Das Vorhaben trägt damit zum Programmziel der deutschen EZ Bangladesch bei, d.h. zu einer
 besseren Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen und besserer Sektorsteuerung. Im Hinblick auf übergeordnete ent-
 wicklungspolitische Ziele leistet das Vorhaben Beiträge zur Erreichung der gesundheitsbezogenen MDG* (insbesondere
 MDG 4 zur Reduzierung der Kindersterblichkeit und MDG 5 zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern).

Bewertung des strategischen Ansatzes

Das zu Beginn des Vorhabens gültige Zielsystem wurde vor der Einführung der aktuellen Qualitätssicherungsprozesse ver-
 fasst und weist hinsichtlich der Anwendung der Logframe-Logik deutliche Mängel auf (z.B. falsche Zuordnungen zu Wir-
 kungsebenen, Formulierung von Meilensteinen statt Zielerreichungsindikatoren). Aus inhaltlicher Perspektive ist der me-
 thodische Ansatz dagegen insgesamt plausibel; Interventionen und Outputs sind konsistent auf die Erreichung des Modul-
 ziels bezogen. Allerdings war das Zielsystem – wie schon im Rahmen einer Zwischenevaluierung im April 2016 festgestellt –
 vor dem Hintergrund schwieriger Rahmenbedingungen bei weitem zu ehrgeizig formuliert. Dies bezieht sich auf (a) ein
 Modulziel, das eher eine langfristige Zielsetzung als eine im Programmzeitraum erreichbare direkte Wirkung darstellt, (b) zu
 ehrgeizige Output-Formulierungen, (c) zu viele (Neben-)Outputs vor dem Hintergrund der tatsächlichen operativen Kapazi-
 täten und (d) das Unterschätzen von Risiken für den Programmerfolg. Angesichts der Fragmentierung des städtischen Ge-
 sundheitssektors konnte trotz intensiver Bemühungen der Deutschen Botschaft auf politischer Ebene keine Kooperations-
 vereinbarung mit dem MoLGRDC abgeschlossen werden. In den Worten der Zwischenevaluierung agierte das Vorhaben
 daher „sozusagen in einem politischen Vakuum“ und – mit Ausnahme von Schnittstellen zu anderen Entwicklungspartnern
 – ohne Verbindung zur nationalen Ebene.

Den Empfehlungen der Zwischenevaluierung von 2016 folgend wurden folgende Anpassungen des strategischen Ansatzes
 vorgenommen: (a) verbesserte Zielorientierung durch einen stärkeren Fokus auf erreichbare Schlüsselergebnisse und ein
 verbessertes Risikomonitoring; (b) eine mit den aktuell gültigen Qualitätsstandards vereinbare Anpassung der Wirkungs-
 matrix – zumindest auf der Output-Ebene (da von einer formalen Anpassung des Modulziels abgesehen wurde bleiben
 Inkonsistenzen zwischen den Outputs und dem Modulziel bestehen).

Bewertungsgrundlage der OECD-DAC-Kriterien

Die Effektivität einer TZ-Maßnahme wird üblicherweise auf Grundlage der Indikatoren für die Erreichung des Modulziels
 bewertet. Im vorliegenden Fall ist das Modulziel als Bezugspunkt für eine faire Erfolgsbewertung jedoch nicht ausreichend,
 da es (a) eher eine indirekte Wirkung beschreibt und (b) die Indikatoren nicht konsequent die Zielebene des Modulziels
 abbilden (3 Indikatoren beziehen sich eher auf Voraussetzungen für eine bessere Versorgung mit Gesundheitsdienstleis-
 tungen, nur ein Indikator misst die tatsächliche Versorgungsqualität, ein genuiner Gesundheitsindikator misst eher die Wirkung
 einer verbesserten Versorgung).

Die Projektevaluierung (PEV) folgt der Schlussfolgerung der Zwischenevaluierung, dass die Kernwirkungen des Vorhabens
 „nicht auf der Ebene des Modulziels erzielt werden, sondern lediglich bessere Voraussetzungen für eine adäquate Gesund-
 heitsversorgung schaffen“. Für die Bewertung der Effektivität im Rahmen der vorliegenden PEV sind daher die auf dieser
 Ebene erzielten Veränderungen maßgeblich. Mit einigen formalen Anpassungen an die SMART-Kriterien sind die Modul-
 ziel-Indikatoren 3 bis 5 dennoch anwendbar, da diese sich nicht auf das ursprüngliche Modulziel, sondern auf die angepasste
 Zielebene beziehen. Diejenigen Indikatoren, die sich auf höhere Wirkungsebenen beziehen (d.h. die Indikatoren 1 und 2)
 werden dagegen im Impact-Kapitel diskutiert. Zur Bewertung der Effektivität werden Veränderungen auf vorgelagerten
 Wirkungsebenen analysiert.

Bewertungsgrundlage nach den OECD/DAC Kriterien:	Einzel- und Gesamtbewertung nach den OECD/DAC Kriterien:
Die Gesamtbewertung des Projekts / Programms entspricht dem arithmetischen Mittel der Einzelbewertungen der fünf OECD/DAC-Kriterien:	Relevanz: 14 Punkte – sehr erfolgreich Effektivität: 13 Punkte – erfolgreich Impact: 11 Punkte – eher erfolgreich Effizienz: 10 Punkte – eher erfolgreich Nachhaltigkeit: 10 Punkte – eher erfolgreich
14 – 16 Punkte: sehr erfolgreich 12 – 13 Punkte: erfolgreich 10 – 11 Punkte: eher erfolgreich 8 – 9 Punkte: eher unbefriedigend 6 – 7 Punkte: unbefriedigend 4 – 5 Punkte: sehr unbefriedigend	Das Projekt/ Programm wird insgesamt mit 11,6 von 16 Punkten als erfolgreich bewertet.

* Zum Zeitpunkt der Konzipierung und Bewilligung des Vorhabens bildeten noch nicht die seit Januar 2016 als Bezugsrahmen fungierenden Nachhaltigen Entwicklungsziele (*Sustainable Development Goals*, SDG), sondern die MDG den strategischen Bezugsrahmen auf internationaler Ebene.

Relevanz (Tun wir das Richtige?)

Die insbesondere für arme Bevölkerungsgruppen begrenzte Verfügbarkeit (qualitativ hochwertiger) Gesundheitsdienstleistungen im städtischen Raum wurde in zahlreichen Studien analysiert und stellt ein zentrales Kernproblem für die Zielgruppen dar. Der holistische methodische Ansatz des Vorhabens adressiert in komplementärer Weise die verschiedenen Dimensionen des Kernproblems auf der Angebotsseite, der Nachfrageseite und hinsichtlich der Sektorsteuerung. Darüber hinaus beinhaltet er sowohl Interventionen, die sich direkt an die betroffenen Zielgruppen richten, als auch systemische Interventionen auf institutioneller Ebene. Der Umstand, dass signifikante Beiträge zur Verbesserung der Situation der Zielgruppen erst langfristig als indirekte Programmwirkung zu erwarten sind, stellt die Relevanz des Vorhabens nicht in Frage, da das im Programmverlauf angepasste Wirkungsmodell plausibel zu den betreffenden Wirkungen beiträgt.

Das Modulziel des Vorhabens stimmt mit übergeordneten strategischen Zielsetzungen der Partnerregierung überein. Die Nationale Gesundheitspolitik (*National Health Policy*, NHP) von 2011 legt einen Schwerpunkt auf die Verbesserung der Verfügbarkeit und Qualität von Gesundheitsdienstleistungen und zielt auf die Verwirklichung des auch in der Verfassung festgeschriebenen „Menschenrechts auf Gesundheit“. Mehrere Hauptzielsetzungen der NHP beziehen sich auf die Verbesserung von SRG-Dienstleistungen, sichere Geburten und die Verbesserung der Mutter- und Kindgesundheit. Die Mängel der städtischen Gesundheitsversorgung werden explizit als zentrale Herausforderung für die Erreichung der Ziele der NHP benannt. Auch die einzelnen Handlungsfelder des Vorhabens tragen unmittelbar zur Umsetzung nationaler Strategien bei (u.a. *Workforce Strategy*, *Quality Improvement Strategic Plan*).

Das Vorhaben wird in Bezug auf Relevanz mit 14 Punkten als sehr erfolgreich bewertet.

Effektivität (Erreichen wir das Ziel des Projekts/Programms?)

Zielindikator	Zielwert laut Angebot	Ist-Zustand laut Projektevaluierung
(1) Der Anteil an professionell begleiteten Geburten steigt in Sylhet, Narayanganj und Rajshahi um 25% an	Sylhet: von 24% auf 30%; Rajshahi: von 31% auf 39%, Narayanganj: von unbekanntem Basiswert auf 29%	<i>Indirekte Wirkung, Analyse daher im Impact-Kapitel</i>
Angepasst: (2a) Zahl der Krankenhäuser mit institutionalisiertem 5-S Qualitätsmanagement (Basiswert: 0)	3 Krankenhäuser	Alle drei Partnerkrankenhäuser haben 5-S in ihren Abteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie institutionalisiert. Qualitätsverbesserungs-Komitees und so genannte <i>Work Improvement Teams</i> üben ihre Tätigkeit planmäßig aus, identifizieren Verbesserungspotenziale und implementieren/monitoren resultierende Maßnahmen. Trotz schwieriger Rahmenbedingungen ist es allen Krankenhäusern (in unterschiedlichem Ausmaß) gelungen, 5-S-Routinen zu etablieren, <i>Ownership</i> des Personals aufzubauen und positive Veränderungen herbeizuführen. Der Indikator wurde erreicht.
Angepasst: (2b) Qualitative Bewertung der (praktischen) klinischen Fähigkeiten von Absolventinnen der Hebammen-Ausbildung auf der Grundlage von Interviews mit Stakeholdern	Qualitative Bewertung; kein Zielwert	Beide vom Vorhaben unterstützten Ausbildungseinrichtungen verfügen über adäquat ausgerüstete <i>skill-labs</i> , die den Ausbildungsanforderungen entsprechend genutzt und administriert werden. Zur effektiveren Nutzung der Computer-Labore wurden Peer-to-Peer-Trainingskonzepte eingeführt. In der klinischen Ausbildung werden Studentinnen in den Lehrkrankenhäusern von Mentor/-innen angeleitet. Zwar ist das Mentoren-Programm in Sylhet nicht im gleichen Maße institutionalisiert wie in Rajshahi, im Vergleich mit der Ausgangssituation hat sich die praktische Ausbildung aber an beiden Standorten verbessert. Im Rahmen der PEV ist es nicht möglich, die Nettowirkung auf die klinischen Fähigkeiten der Absolventinnen zu bestimmen. Als Indiz für ein hohes Ausbildungsniveau kann jedoch gelten, dass Absolventinnen der unterstützten Einrichtungen mehrfach für herausragende Leistungen bei den nationalen Zentralprüfungen

		<p>ausgezeichnet wurden.</p> <p>Der Indikator wurde überwiegend erreicht.</p>
<p>Angepasst: (3) Mitarbeiter der QM-Abteilungen der CCs haben <i>Self-Assessments</i> in 30% der öffentlichen und NGO-Gesundheitseinrichtungen durchgeführt, die Basisgesundheitspakete anbieten (auf der Grundlage partizipativ vereinbarter Qualitätsstandards für ein im Zuständigkeitsbereich der CCs flächendeckendes Qualitäts-Monitoring)</p>	<p>30% der Gesundheitseinrichtungen im Zuständigkeitsbereich der CCs</p>	<p>Einheitliche Qualitätsstandards wurden in einem partizipativen Prozess entwickelt. Alle CCs haben QM-Abteilungen eingerichtet und Personal für die Durchführung bzw. Anleitung der <i>Self-Assessments</i> von Gesundheitseinrichtungen fortgebildet. Alle Gesundheitsdienstleister haben ein erstes Assessment für 2 (von 12) Sub-Sets der Standards durchgeführt. Um einen Monitoringzyklus vollständig abzuschließen, wäre es jedoch erforderlich, auf Grundlage des ersten Assessments angestoßene Qualitätsverbesserungen im Rahmen einer zweiten Assessment-Runde nachzuverfolgen und auszuwerten. Follow-up-Assessments wurden bislang jedoch nur vereinzelt durchgeführt. Angesichts der strukturellen Schwächen und begrenzten Ressourcen der CCs kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese eine unvollständige Implementierung von Prozessen eigenständig abschließen können.</p> <p>Der Indikator wurde daher nur teilweise erreicht.</p>
<p>(4) Jugendliche in den städtischen Interventionsgebieten haben ein umfassendes Wissen zu reproduktiver Gesundheit einschließlich Familienplanung, HIV/AIDS und sexuellen und reproduktiven Rechten. 50% der Befragten sind weiblich.</p>	<p>Anstieg von 25% im Vergleich zu standort- und gruppenspezifischen Basiswerten</p>	<p>Im Projektzeitraum haben die Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen des Vorhabens über 43.000 Menschen direkt erreicht (32.142 Heranwachsende, 10.635 Frauen im gebärfähigen Alter, 660 Männer). Abschlussevaluierungen (<i>Knowledge, Attitudes and Practice/KAP-reports</i>) belegen, dass die meisten Zielwerte hinsichtlich der SRG-Kenntnisse der Zielgruppen erreicht oder übertroffen wurden.</p> <p>Der Indikator wurde erreicht.</p>
<p>Angepasst: (5) Die Zahl der City Corporations, die UHMIS-Daten für die evidenzbasierte gesundheitspolitische Diskussion und Entscheidungsfindung nutzen, hat sich von 0 auf 3 erhöht.</p>	<p>3 City Corporations</p>	<p>Neben den QM-Abteilungen haben die CCs außerdem Abteilungen für die Implementierung und den Betrieb des städtischen Gesundheitsinformationssystems UHMIS und das Management der im Rahmen des Erweiterten Immunisierungs-Programms (<i>Expanded Programme of Immunisation, EPI</i>) anfallenden Aufgaben eingerichtet.</p> <p>Das UHMIS erfasst alle Gesundheitseinrichtungen im Zuständigkeitsbereich der CCs. Gesundheitspolitische Fragen werden von den CCs und NGOs im Rahmen des an allen Standorten eingeführten Koordinierungsmechanismus diskutiert. Der Mechanismus ist allgemein gut akzeptiert und Treffen finden regelmäßig statt. Für eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung fehlen aber immer noch wichtige Voraussetzungen. Insbesondere sind die Kapazitäten der UHMIS-Abteilung für die Analyse und Interpretation von Daten in komplexen Gesundheitssystem-Zusammenhängen noch nicht ausreichend.</p> <p>Der Indikator wurde teilweise erreicht.</p>

Das Evaluierungsteam kommt zu dem Schluss, dass von den Zielindikatoren zum Ende des Programms voraussichtlich die Zielindikatoren 2a, 2b und 4 **ganz oder überwiegend erreicht** und die Zielindikatoren 3 und 5 **teilweise erreicht** werden. Nicht intendierte, negative Wirkungen wurden nicht beobachtet.

Das Vorhaben wird in Bezug auf Effektivität mit 13 Punkten als erfolgreich bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen (Impact) (Tragen wir zur Erreichung übergeordneter entwicklungspolitischer Wirkungen bei?)

Es ist zu erwarten, dass die Wirkungen des Vorhabens mittel- bis langfristig zur Erreichung des Programmziels der deutschen Gesundheits-EZ in Bangladesch beitragen. Ein indirekter Beitrag zur Erhöhung des Anteils fachlich begleiteter Geburten ist zumindest plausibel. Diese Schlussfolgerung beruht auf den Hypothesen, dass (a) Qualitätsverbesserungen langfristig auch die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen erhöhen und (b) die Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung die Bereitschaft zur Wahrnehmung geburtshilflicher Begleitung erhöhen. Aus den gleichen Erwägungen ist ein Beitrag zur Reduzierung der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit plausibel. Zudem ist anzunehmen, dass die in den unterstützten Krankenhäusern erzielten Qualitätsverbesserungen langfristig zu einer Reduzierung der Sterblichkeitsraten beitragen. Allerdings können die Wirkungen des Vorhabens auf Grundlage vorliegender Gesundheitsdaten nicht gemessen werden. Im Handlungsfeld Gesundheitsförderung belegen KAP-Studien, dass die verbesserten Kenntnisse der Zielgruppen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit sich auf konkrete, für das Programmziel der deutschen EZ relevante Verhaltensweisen auswirken, so z.B. hinsichtlich der Verwendung moderner Verhütungsmethoden, Menstrualhygiene, Geburtsvorsorge, Stillverhalten. Die Sektorsteuerung hat sich durch die kontinuierliche Tätigkeit des Koordinierungsmechanismus graduell verbessert. Zum Zeitpunkt der PEV ist jedoch noch nicht absehbar, inwieweit die in diesem Kontext angestoßenen Prozesse effektiv zu einer besseren Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen beitragen werden.

Da auf nationaler Ebene kein Kooperationsabkommen abgeschlossen wurde, konzentrieren sich die Programminterventionen fast ausschließlich auf die lokale Ebene. *Up-scaling*-Potenziale werden eher mit anderen Entwicklungspartnern als mit der Regierung koordiniert. Zwar hat das Vorhaben entsprechende Schnittstellen in mehreren Fällen genutzt (z.B. Zusammenarbeit mit UNFPA zur Verbreitung von Erfahrungen aus der Hebammen-Ausbildung, mit ADB zur weiteren Inwertsetzung der in den CCs implementierten Mechanismen), aufgrund der strukturellen Beschränkungen ist mit signifikanten Breitenwirkungen jedoch nicht zu rechnen.

Das Vorhaben wird in Bezug auf Impact mit 11 Punkten als eher erfolgreich bewertet.

Effizienz (Werden die Ziele wirtschaftlich erreicht?)

Laut der Zwischenevaluierung von 2016 hatten aufgrund der zu ehrgeizig formulierten Zielsetzungen des Vorhabens zum betreffenden Zeitpunkt „zahlreiche Aktivitäten (noch?) nicht zu Veränderungen im Partnersystem geführt“. Den Empfehlungen der Zwischenevaluierung folgend wurden der intendierte Outcome reformuliert und der methodische Ansatz auf die aussichtsreichsten Schlüssel-Interventionen ausgerichtet. Die Anpassungen wurden stringent verfolgt und haben die Effektivität und Nachhaltigkeitsprognose verbessert. Über den Gesamtzeitraum des Vorhabens betrachtet ist die Effizienz im Sinne der Kosten-Wirksamkeit (d.h. der vor dem Hintergrund der verausgabten Mittel erzielten Wirkungen) nicht zufriedenstellend. Die begrenzte Kosteneffektivität kann zum Teil auf externe Faktoren zurückgeführt werden (v.a. auf das „politische Vakuum“ im Bereich der städtischen Gesundheitsversorgung, Fluktuation von Entscheidungsträgern in den CCs, die kritische Sicherheitslage), ist aber von Design- und Implementierungsmängeln mitverursacht (z.B. auf operativer Ebene wenig ausgeprägte Synergien zwischen den Handlungsfeldern).

Die relevantesten Schnittstellen mit anderen Entwicklungspartnern hatte das Vorhaben (a) mit UNFPA, um die lokalen Interventionen des Vorhabens im Bereich der Hebammenausbildung konzeptionell mit der auf nationaler Ebene angesiedelten Unterstützung durch die UNFPA abzustimmen; (b) mit JICA zur Sicherstellung des Alignments von QM-Interventionen mit der nationalen Qualitätsverbesserungs-Strategie, (c) mit *Save the Children* zur Fortführung von Unterstützungsleistungen für die Partnerkrankenhäuser des Vorhabens in Sylhet und Rajshahi; (d) mit der ADB hinsichtlich der Replizierung des UHMIS und der Koordinierungsmechanismus in ausgewählten Programmgebieten des UPHCSDP, (e) mit dem Schweizer Roten Kreuz hinsichtlich der möglichen Fortführung von Gesundheitsförderungs-Aktivitäten. Eine enge Abstimmung mit der auf nationaler Ebene tätigen TZ-Maßnahme „Unterstützung des Sektorprogramms Gesundheit“ trug zur Komplementarität der lokalen Interventionen im Bereich der städtischen Gesundheitsversorgung einerseits und der Kapazitätsentwicklung auf nationaler Ebene andererseits bei (z.B. Vermeidung von Widersprüchen zwischen nationalen Qualitätsstandards des MoHFW und Standards für die städtische Gesundheitsversorgung, Integration des UHMIS in die nationale DHIS2-Plattform). Die nur begrenzt vorhandenen Potenziale zur Zusammenarbeit mit anderen Entwicklungspartnern hat das Vorhaben gewissenhaft ausgelotet und weitgehend genutzt.

Das Vorhaben wird in Bezug auf Effizienz mit 10 Punkten als eher erfolgreich bewertet.

Nachhaltigkeit (Sind die positiven Wirkungen von Dauer?)

Trotz weiterhin bestehender Herausforderungen haben sich die Voraussetzungen für die Nachhaltigkeit von Kern-Outputs und –Wirkungen seit der Zwischenevaluierung von 2016 verbessert. Mechanismen zur Verbesserung der praktischen Hebammen-Ausbildung sind in Rajshahi stabil institutionalisiert, in Sylhet stellt die geringere Personalverfügbarkeit ein Risiko dar. Alle Partnerkrankenhäuser werden das 5-S Qualitätsmanagement und daraus abgeleitete Qualitätsverbesserungs-Prozesse voraussichtlich weiterführen, die Wahrscheinlichkeit einer Ausweitung auf andere Abteilung ist an den einzelnen Standorten unterschiedlich hoch. Da Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung direkt durch das Vorhaben gesteuert und finanziert wurden, ist es unwahrscheinlich, dass diese von anderen Akteuren fortgeführt werden. Eventuell können

die beteiligten NGOs im Projektverlauf erworbene Kompetenzen zur Formulierung zukünftiger (Förder-)Projekte in Wert setzen. Didaktische Materialien und die Kompetenzen der vom Programm ausgebildeten *Peer Educators* sind auch in anderen Kontexten einsetzbar (z.B. in kürzlich vom Schweizer Roten Kreuz in Rajshahi initiierten Gesundheitsförderungs-Maßnahmen). In den CCs sind das Qualitäts-Monitoring und das UHMIS-Datenmanagement als Routinefunktionen etabliert, die ohne weitere Programmunterstützung fortgeführt werden können. Darüber hinaus aber sind die CCs voraussichtlich noch nicht dazu in der Lage, im Projektzeitraum noch nicht konsolidierte oder unvollständig implementierte Prozesse eigenständig weiterzuentwickeln (z.B. Follow-up von Qualitätsverbesserungsprozessen der Gesundheitseinrichtungen, Erweiterung des Qualitäts-Monitorings um weitere Standards, weitere Stärkung der Kapazitäten zur Analyse und Nutzung von Gesundheitsdaten). Der Koordinierungsmechanismus ist zum Zeitpunkt der PEV funktional und wird mit hoher Wahrscheinlichkeit längerfristig weitergeführt. Sein tatsächlicher Einfluss auf die Qualität des Stakeholder-Dialogs und eine partizipative Entscheidungsfindung im Gesundheitssektor wird dauerhaft von der (je nach Standort unterschiedlich ausgeprägten und volatilen) Unterstützung durch politische Entscheidungsträger abhängen.

Risiken für die angestrebten Outputs und die Erreichung des Modulziels wurden im Durchführungsangebot unterschätzt. Obwohl das „politische Vakuum“ im städtischen Gesundheitssektor und die zugrundeliegenden strukturellen Ursachen bekannt waren, wurden die Implikationen für die Implementierung der TZ-Maßnahme nicht ausreichend antizipiert. Auch politische Instabilitäten und die daraus resultierende Volatilität von Themenführerschaft und Ownership auf Partnerseite wurden im ursprünglichen Programmdesign nicht reflektiert. Das Unterschätzen von Risiken und hemmenden Rahmenbedingungen hat maßgeblich zur Formulierung eines über die tatsächliche Reichweite des Programms hinausreichenden Modulziels beigetragen. Die Anpassung des strategischen Ansatzes nach der Zwischenevaluierung beinhaltete eine Neuformulierung von Risiken und Annahmen sowie die Einführung eines Instruments für das Risiko-Monitoring. Die negativen Implikationen der vorangegangenen Design-Mängel konnten dadurch jedoch nicht in vollem Umfang kompensiert werden.

Das Vorhaben wird in Bezug auf Nachhaltigkeit mit 10 Punkten als eher erfolgreich bewertet.

Impressum

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Sitz der Gesellschaft
Bonn und Eschborn

Friedrich-Ebert-Allee 40
53113 Bonn
T +49 228 44 60-0
F +49 228 44 60-1766

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn/Deutschland
T +49 61 96 79-0
F +49 61 96 79-11 15

E info@giz.de
I www.giz.de