

Burkina Faso: Rehabilitierung von Gesundheitszentren

Schlussprüfung

OECD-Förderbereich	Medizinische Dienste / 12191	
BMZ-Projektnummer	1993 65 560	
Projektträger	Ministère de la Santé	
Consultant	GOPA	
Jahr der Schlussprüfung	2005	
	Projektprüfung (Plan)	Schlussprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	06/1994	04/1995
Durchführungszeitraum	24 Monate	44 Monate*
Investitionskosten	4,6 Mio. EUR	4,0 Mio. EUR
Eigenbeitrag des Landes	nicht quantifiziert	0,3 Mio. EUR
Finanzierung, davon FZ-Mittel	4,6 Mio. EUR	3,7 Mio. EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	-	-
Erfolgseinstufung	4	
• Signifikanz/Relevanz	5	
• Effektivität	4	
• Effizienz	4	

* Bauarbeiten teilweise erst Ende 2004/Anfang 2005 abgeschlossen

Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren

Das grundbedürfnisorientierte Programm soll einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung insbesondere in fünf der ca. 50 Provinzen Burkina Fasos leisten (Oberziel). Dies soll durch eine verbesserte medizinische Versorgung der überwiegend ländlichen Bevölkerung der betroffenen Regionen erreicht werden (Programmziel). Das Programm umfasst bauliche Instandsetzungsarbeiten und Erweiterungen (Operationsblöcke) sowie die Lieferung von medizinisch-technischen Ausrüstungsgütern für fünf Krankenhäuser, die Lieferung von Medikamenten, medizinischem Verbrauchsmaterial, medizinisch-technischen Ausrüstungsgütern für Gesundheitszentren, die Lieferung von Fahrzeugen für einen Teil dieser Einrichtungen und die Ausstattung der Gesundheitszentren mit kleinen, degressiven Instandhaltungsfonds. Die Maßnahmen beziehen diejenigen Provinzen in Burkina Faso ein, in denen die Gesundheitsversorgung bislang aus deutschen EZ-Mitteln (DED/GTZ: Minimale ländliche Gesundheitsdienste) gefördert wurde.

Als Indikator für das Oberziel wurde eine Erhöhung der Nutzung der Stationen um 10% im Vergleich zum 3-Jahresdurchschnitt der repräsentativen Vorjahre festgelegt.

Für das Programmziel wurden folgende Indikatoren vereinbart:

1. In den 3 „verbesserten Gesundheitszentren“ (CMA, Centre Médical Amélioré) und 2 Regionalkrankenhäusern (CHR, Centre Hospitalier Régional) sind mit der Programmlaufzeit anwachsende Einnahmen aus Verkaufserlösen für Medikamente nachweisbar (20% des Grundstocks im 1., 40% im 2. und 60% im 3. Jahr); durchschnittlich 80% aller mit Medikamenten ausgestatteten Gesundheitsstationen (CSPS, Centre de Santé et de Promotion de

- la Santé) weisen ein Jahr nach Lieferung der Grundausstattung Einnahmen aus Medikamentenverkäufen in Höhe von 50% auf;
2. die gelieferten medizinischen Geräte sind im dritten Jahr nach Lieferung zu 90% funktionsfähig;
 3. die Bauten weisen im dritten Jahr nach Instandsetzung einen nach den erarbeiteten Normen funktionsfähigen Zustand auf.

Aus heutiger Sicht halten wir jedoch die ursprünglichen Indikatoren nicht für geeignet, die Erreichung des Oberziels und des Programmziels zu beurteilen. Der Oberzielindikator stellt eher einen Indikator für das Programmziel dar, wobei er auch hierfür zu allgemein gehalten ist. Der Programmzielindikator 1 ist ein Kriterium für die Effizienz, die Programmzielindikatoren 2 und 3 stellen Indikatoren auf Ergebnisebene dar.

Wir schlagen daher vor, den ursprünglichen Oberzielindikator als übergeordneten Indikator für das Programmziel zu verwenden. Zusätzlich zu diesem Indikator halten wir es für sinnvoll, zur besseren Einschätzung und Differenzierung folgende Sub-Indikatoren heranzuziehen:

- Anstieg der Bettenbelegung pro Jahr zwischen 1998 und 2004 bzw. aktuelle Auslastung
- Anstieg der jährlich durchgeführten Operationen zwischen 1998 und 2004
- Anstieg der jährlichen Arztbesuche im Krankenhaus zwischen 1998 und 2004

Ein Oberzielindikator kann aufgrund der kaum belegbaren Ursache-Wirkungskette insbesondere bei einem Rehabilitierungsvorhaben nur näherungsweise angegeben werden. Wir haben als Orientierungswert für die medizinische Versorgung in der Region den „Anteil durchgeführter Kaiserschnitte im Verhältnis zur Gesamtzahl der Geburten“ herangezogen. Dieser soll als Schätzung für die Abdeckung der erforderlichen Operationen und damit als Proxy-Indikator für einen verbesserten Gesundheitszustand in der Region (Oberziel) verwendet werden.

Konzeption des Vorhabens / Wesentliche Abweichungen von der ursprünglichen Projektplanung und deren Hauptursachen

Im Rahmen des Vorhabens waren folgende Maßnahmen vorgesehen:

- (1) bauliche Rehabilitierung von 2 Regionalkrankenhäusern (CHR) in Gaoua und Fada N’Gourma, Instandsetzung und Erweiterung der 3 Gesundheitszentren (CM) in Titao, Solenzo und Gorom-Gorom zu „verbesserten Gesundheitszentren“ (CMA) durch Operationstrakte, Installation bzw. Rehabilitierung der Stromversorgung aller 5 rehabilitierten Einrichtungen;
- (2) Reparatur bzw. Ersatz- oder Neubeschaffung der medizintechnischen Ausrüstung der rehabilitierten Einrichtungen;
- (3) Lieferung von Medikamenten, medizinischem Verbrauchsmaterial, Geräten und Fahrzeugen für 150 Gesundheitsstationen im Programmgebiet;
- (4) Ausstattung der fünf rehabilitierten Einrichtungen mit kleinen, degressiven zu finanzierenden Instandhaltungsfonds;
- (5) Consultingleistungen für die Unterstützung der Durchführung der Maßnahmen, Erarbeitung eines Instandhaltungskonzepts für die rehabilitierten Einrichtungen, Aufbau und Kontrolle von Medikamentenfonds und Beratung bei deren Verwaltung.

(1) Entsprechend der Konzeption des Programms wurden die beiden regionalen Krankenhäuser in Fada N’Gourma und Gaoua instand gesetzt sowie die drei Gesundheitszentren in Gorom-Gorom, Solenzo und Titao durch den Neubau von Operationsblöcken erweitert. Die Bauarbeiten in Gorom-Gorom und Fada N’Gourma konnten jedoch erst Ende 2004 bzw. Anfang 2005 beendet werden. Grund war, dass das in 1999 beauftragte Unternehmen den vertraglichen Vereinbarungen nicht nachkam und sich die Auflösung des Vertrags stark verzögerte.

Die Finanzierung der verbleibenden Bauarbeiten (Operationssäle und Versorgungsinfrastruktur) übernahm das burkinische Gesundheitsministerium. Aufgrund der zeitlichen Verzögerungen erhöhten sich hier die Kosten mit 145 TEUR um fast ein Vierfaches (Inflation).

(2) Die bei Programmprüfung (PP) vorgesehene Reparatur der vorhandenen Geräte in den CHR Fada N’Gourma und Gaoua erfolgte nicht, da entweder die Geräte in zu schlechtem Zustand waren oder der Reparaturdienst der Krankenhäuser bzw. der staatliche Instandhaltungs-

dienst DIEM (Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance) wegen mangelnder technischer Kapazitäten nicht in der Lage waren, diese Reparaturen vorzunehmen. Es wurden daher ausschließlich Ersatzbeschaffungen vorgenommen. Die Möbel-, Instrumenten- und Geräteleieferungen für die fünf Einrichtungen waren bereits bei Abschlusskontrolle (AK) 1999 abgeschlossen, konnten allerdings z. T. erst sehr viel später in Betrieb genommen werden. Ca. 95% der installierten Geräte sind derzeit voll funktionsfähig. Die gelieferten medizinischen Ausrüstungen sind insgesamt adäquat und die technische Ausstattung ist deutlich besser als in vergleichbaren Einrichtungen. Aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen erfolgt die Wartung jedoch nicht zufrieden stellend.

(3) Gegenüber der bei PP geplanten Lieferung von Medikamenten, medizinischem Verbrauchsmaterial, Geräten und Fahrzeugen an die Gesundheitszentren ergaben sich im Programmverlauf mehrere Änderungen. Medikamente wurden lediglich an zehn der ursprünglich geplanten 15 Distrikte geliefert, da nicht in allen die in den Durchführungsvereinbarungen des Programmprüfungsberichts (PPB) genannten Voraussetzungen (Existenz eines Medikamentenfonds, der von geschultem Personal verwaltet und von einem lokalen Verwaltungskomitee kontrolliert wird) erfüllt waren. Die Lieferung von medizinischem Verbrauchsmaterial an Gesundheitszentren wurde dagegen aufgrund der Ergebnisse einer Bedarfsanalyse, die zu Beginn des Programms durchgeführt wurde, von 150 auf 231 Standardpakete für Gesundheitsstationen (CSPS) ausgeweitet. Sie erfolgte entsprechend dieser neuen Vorgaben plangemäß. Für die Beschaffung von Fahrzeugen wurde kein ausreichender Bedarf ausgemacht, so dass von der Finanzierung dieser Maßnahme abgesehen wurde.

(4) Die im PPB vorgesehene Einrichtung eines degressiven Instandhaltungsfonds zur baulichen Unterhaltung bzw. Gerätewartung der rehabilitierten Einrichtungen wurde nicht umgesetzt. Trotz nachhaltiger Bemühungen der KfW wurde die dafür in Aussicht gestellte Summe von 100 TEUR nicht eingesetzt.

(5) Die Consultingleistungen wurden nach einem auf Deutschland beschränkten öffentlichen Teilnahmewettbewerb an die Firma GOPA vergeben.

Für die ordnungsgemäße Planung, Ausschreibung und Durchführung der Maßnahmen wurde eine Durchführungseinheit geschaffen, für die das Gesundheitsministerium zuständig ist. Der geplante Eigenbeitrag des Landes, ein geeignetes Büro zur Verfügung zu stellen und mit Personal auszustatten, wurde nur unzureichend erfüllt. Das Personal war entweder nicht qualifiziert oder stand nur beschränkt zur Verfügung. Insgesamt erwies sich die Durchführungseinheit als wenig kompetent und zeigte sich zudem in mehreren Fällen äußerst unkooperativ (z.B. bei der Vertragsauflösung mit dem Bauunternehmen in Gorom-Gorom und Fada N'Gourma).

Für die Baumaßnahmen wurden gemäß PPB lokale kleine und mittlere Unternehmen ausgewählt. In der Durchführung stellte sich heraus, dass die ausgewählten Kleinunternehmen erhebliche strukturelle Schwächen hinsichtlich Arbeitsvorbereitung, Organisation, Materialbeschaffung, Personal, Qualität der Arbeiten und finanzielle Kapazitäten aufwiesen. Diese Schwierigkeiten wurden durch die Verknappung von Baustoffen infolge eines Baubooms sowie langwierige administrative Prozeduren bei der Bearbeitung von Unternehmerrechnungen verschärft.

Die Leistungen des Consultant GOPA beurteilen wir in diesem Vorhaben insgesamt als nicht befriedigend. Erhebliche Nachbesserungen erfolgten erst, nachdem die KfW diese angemahnt hatte. Der in der Programmkonzeption vorgesehene Aufbau von Instandhaltungsfonds sowie die Beratung der Gesundheitseinrichtungen bei der Verwaltung der Medikamentenfonds wurden nicht umgesetzt (siehe oben). Weiterhin kam es im Programmverlauf zu wiederholten Abstimmungsproblemen zwischen den beiden für die Bau- bzw. Lieferkomponente Verantwortlichen. Im Ergebnis konnte der Consultant die Schwächen des Trägers und der kleinen Baufirmen nicht so ausgleichen, dass die Baumaßnahmen in der vorgesehenen Zeit hätten fertig gestellt werden können. Ein intensiveres Backstopping wäre hier nützlich gewesen. Anerkennenswert war die Leistungsbereitschaft des Consultant hinsichtlich der Überwachung der weit auseinander gelegenen Baustellen.

Die Konzeption des Programms beurteilen wir rückblickend als nicht mehr angemessen. Sie wies gravierende Defizite auf, welche die Durchführung - zusätzlich zu den Mängeln der involvierten Institutionen und Unternehmen - negativ beeinflussten: Zunächst fehlte eine Untersuchung der Zahlungswillig- und -fähigkeit der Zielgruppe, mit der Folge einer zu geringen Auslastung der meisten Gesundheitseinrichtungen; hier fehlten auch Maßnahmen zur Erhöhung

der Akzeptanz bei der Bevölkerung. Weitere konzeptionelle Mängel betreffen die fehlende Berücksichtigung eines Schulungs- und Trainingsbedarfs auf Managementebene, die geografisch ungünstige Verteilung der Standorte und eine zu kurz greifende Risikoanalyse.

Positiv ist die Komplementarität zur TZ zu bewerten. Diese ermöglichte einen gewissen, allerdings bis heute nicht erfolgreich abgeschlossenen Einfluss auf die Dezentralisierung im burkinischen Gesundheitswesen (z.B. Aufbau dezentraler Verwaltungskomitees) bzw. auf die nationale Sektorpolitik allgemein. Hier wäre ein konzertiertes Vorgehen mit anderen Gebern erforderlich gewesen.

Von der bei PP geplanten Unterstützung in der Betriebsphase wurde aufgrund des insgesamt wenig leistungsfähigen Gesundheitsministeriums weitgehend abgesehen. Restmittel von 102 TEUR sollten ursprünglich der Finanzierung von Ersatzteilen und Betriebsmitteln dienen. Da es hier auch nach wiederholten Mahnungen nie zu einer Bestellung kam, wurden die Restmittel in Abstimmung mit dem BMZ im Social Marketing Vorhaben, PROMACO II (1996 66 207) eingesetzt. Aufgrund eingeschränkter Programmkomponenten wurde der FZ-Beitrag von 4,6 Mio EUR auf 3,7 Mio. EUR gekürzt.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Die Funktionsfähigkeit der fünf Zentren ist derzeit gegeben, wir sehen für die Unterhaltung jedoch sowohl kurz- als auch langfristig hohe Risiken. Der im PPB vorgesehene Instandhaltungsfonds für die sachgerechte Unterhaltung der Gebäude wurde während der Programmlaufzeit nicht eingerichtet. Zwar wurde mittlerweile ein nationales Instandhaltungskonzept entwickelt. Dieses weist aber zahlreiche Defizite auf, u. a. eine unzureichende Bereitstellung finanzieller Ressourcen sowie mangelnde Kompetenzen auf dezentraler Ebene. Die Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit der Einrichtungen des Programms sind teilweise bereits heute spürbar. Beispielsweise weisen diverse medizinische Geräte in Gaoua aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen für die Wartung erste Mängel auf, welche deren Zuverlässigkeit beeinflussen.

Finanziell sind die Gesundheitseinrichtungen weiterhin in hohem Maße vom Staat abhängig. Die laufenden Kosten der besuchten Einrichtungen werden zu 75-80% vom Staat subventioniert. Die Eigeneinnahmen von 20% bis 25% setzen sich aus Behandlungsgebühren (ca. 1/3) und dem Verkauf von Medikamenten (ca. 2/3) zusammen. Trotz massiver staatlicher Subventionierung reichen die finanziellen Ressourcen der Einrichtungen nicht aus, um langfristig einen zufrieden stellenden Betrieb sicherzustellen. Nach unseren Schätzungen decken die bereitgestellten Mittel nur ca. 60% der für einen ordnungsgemäßen Betrieb erforderlichen Mittel ab.

Eine Analyse des Tarfsystems der Behandlungsgebühren zeigt, dass diese bei weitem nicht kostendeckend sind und stark vom Staat subventioniert werden. Trotzdem kann sich ein erheblicher Teil der Bevölkerung die ärztliche Versorgung in den Krankenhäusern nicht leisten.

Die Versorgungs- und Verteilungslogistik für Medikamente ist in Burkina Faso zufrieden stellend. Bei den rehabilitierten Einrichtungen liegt die Verfügbarkeit von essentiellen Medikamenten bei 95%. Sie werden über die Zentralapotheke CAMEG geliefert. Trotz einer Preisfixierung unterhalb des Einkaufspreises ist die Nachfrage nach Medikamenten gering.

Die personellen Voraussetzungen für den Betrieb der Gesundheitszentren und Regionalkrankenhäuser im Programmgebiet sind gegeben. Jedoch wäre eine höhere Verfügbarkeit von Fachärzten in den beiden Regionalkrankenhäusern (CHR) wünschenswert.

Das Referenzsystem in den Programmregionen hat sich in den letzten Jahren aufgrund der erhöhten technischen Ausstattung in den CMA und CHR verbessert. 2004 lagen die Referenzraten bei den fünf Programmkrankenhäusern zwischen 3% und 9% (Anteil der überwiesenen Fälle an allen stationären Fällen). Insgesamt ist die Funktionsfähigkeit des Referenzsystems aber weiterhin unzureichend: So sollte der Referenzwert in Westafrika erfahrungsgemäß bei ca. 20% liegen. Beispielsweise gibt es kein formales System für die Überweisung eines Patienten von einem CSPS an ein übergeordnetes CMA oder CHR. Besonders eingeschränkt sind die Möglichkeiten einer Überweisung für Bewohner in ländlichen und armen Gebieten.

Auch wenn im Rahmen der Dezentralisierung des burkinischen Gesundheitswesens erste Grundlagen für eine Verwaltungsautonomie der peripheren Gesundheitseinrichtungen geschaffen wurden, bestehen hier weiterhin große Defizite. In den vergangenen Jahren wurden lokale Verwaltungskomitees, Comités de Gestion (COGES), gegründet. Deren Aufgabe ist es u. a.,

den Etat der Gesundheitseinrichtungen zu kontrollieren und über die Erhebung der Behandlungsgebühren und den Verkauf von Medikamenten zu entscheiden. Effektiv ist die Funktionsfähigkeit der COGES jedoch bislang schwach. Die Ressourcen und Kompetenzen auf dezentraler Ebene sind weiterhin gering und der Einfluss des Zentralstaats auf regionaler und lokaler Ebene bleibt in fast allen Bereichen hoch.

Die bei PP identifizierten Hauptrisiken, ein fehlender Wille zur Dezentralisierung im Gesundheitssektor und das Fortbestehen struktureller Mängel, sind daher größtenteils eingetreten. Die strukturellen Mängel stellten sich bei PP v. a. durch mangelnde technische und finanzielle Wartungskapazitäten sowie Mängel in der Personal- und Medikamentenverteilung dar. Zwar haben sich die Personal- und Medikamentenverteilung insgesamt verbessert. Die technischen und finanziellen Wartungskapazitäten sind aber – wie weiter oben beschrieben – weiterhin unzureichend und stellen für den nachhaltigen Betrieb ein hohes Risiko dar.

Programmziel war die Verbesserung der medizinischen Versorgung der überwiegend ländlichen Bevölkerung der betroffenen Regionen. Als übergeordneter Indikator für die Erreichung des Programmziels wurde bei SP eine um 10% höhere Nutzung der Stationen definiert. Dieser Indikator wurde insgesamt erfüllt. Die Nutzung der Stationen stieg seit PP um durchschnittlich mehr als 10%. Bezüglich der Teilindikatoren können folgende Aussagen getroffen werden (detaillierte Informationen enthält Anlage 2):

- (a) Die Anzahl der durchgeführten Operationen stieg im Zeitverlauf zwar teilweise beträchtlich (z.B. in Fada N’Gourma um 185%), ist im Verhältnis zur Bevölkerungszahl aber weiterhin niedrig (z.B. 134 Operationen in Fada N’Gourma in 2004 bei einer Bevölkerung von 318.451). Dies ist teilweise auch darauf zurückzuführen, dass ein Teil der Operationsäle aufgrund der zeitlichen Verzögerungen erst sehr spät in Betrieb genommen wurden.
- (b) Die Auslastung der Krankenhausbetten stieg im Zeitraum von 1998 und 2004 zwischen 16% und 35% an, in Fada N’Gourma ging sie um 11% zurück. Insgesamt lag die Auslastung 2004 zwischen 17% und 36%. Sie ist damit weiterhin sehr gering und kann nicht als ausreichend bewertet werden.
- (c) Die Anzahl der Arztbesuche in den unterstützten CHR und CMA stieg zwischen 1998 und 2004 um durchschnittlich 27,5%, allerdings nimmt nur kleiner Teil der Bevölkerung (d. 4,7%) dieses Angebot wahr.

Unter Heranziehung der Sub-Indikatoren kann festgehalten werden, dass die Auslastung der Einrichtungen trotz eines Anstiegs um 10% weiterhin sehr gering ist und dem realen Bedarf bei weitem nicht entspricht. Dies wird v. a. anhand der geringen Anzahl an durchgeführten Operationen im Verhältnis zur Bevölkerungszahl deutlich. Zudem hat sich die Verfügbarkeit der Leistungen in zwei Einrichtungen (Gorom-Gorom, Fada N’Gourma) um ca. fünf Jahre verzögert. Wir halten das Programmziel daher für nicht mehr ausreichend erfüllt.

Oberziel des Vorhabens war es, einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung insbesondere in fünf der ca. 50 Provinzen Burkina Fasos zu leisten. Einen Hinweis auf die Erreichung des Oberziels gibt die Anzahl durchgeführter Kaiserschnitte. Laut einer Studie von UNFPA, UNICEF und WHO soll der Anteil an Kaiserschnitten an der Gesamtzahl der Geburten zwischen 5% und 15% liegen. Da nicht für alle Programmregionen verlässliche Zahlen verfügbar sind, werden die Angaben aus dem CMA in Solenzo herangezogen. In dessen Einzugsgebiet gab es 2004 insgesamt 5.008 Geburten und es wurden 70 Kaiserschnitte durchgeführt. Dies entspricht einem Anteil von 1,4%, was deutlich unter dem empfohlenen Prozentsatz liegt. Wir gehen daher davon aus, dass das Vorhaben nur einen geringen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes in den Programmregionen (Oberziel) leisten konnte.

Burkina Faso gehört zu den ärmsten Ländern der Welt, gut 50% der Bevölkerung ist gemäß der nationalen Armutslinie als arm zu betrachten. Zielgruppe des Vorhabens war die überwiegend arme ländliche Bevölkerung - insbesondere Frauen und Kinder - in den Dörfern und zentralen Orten der Programmregion (insgesamt ca. 1Mio. Einwohner) (SUA). Da sich ein Großteil der Bevölkerung die medizinischen Leistungen vermutlich weiterhin nicht leisten kann, wurde die Zielgruppe nicht im gewünschten Maß erreicht. Die Verbesserung der Gesundheitszentren und Krankenhäuser hat die angestrebten positiven Wirkungen auf die in der Programmregion lebenden Frauen, insbesondere bei Schwangerschaft und Geburt (G1).

Umwelt- und Ressourcenschutz waren kein expliziter Teil der Programmkonzeption (UR0). Dafür wurden u. a. an allen fünf Standorten Müllverbrennungsöfen errichtet, die auch betriebsbereit sind. Sie werden aber nur in Gorom-Gorom genutzt. Auch die Abwasserentsorgung ist in keiner der Einrichtungen gewährleistet, da die Kanalisationssysteme der Operationssäle nicht an die Wiederaufbereitungsanlagen angeschlossen sind. Eine sachgerechte Entsorgung von Abfällen und Abwasser ist daher in den rehabilitierten Einrichtungen derzeit nicht gegeben.

Partizipation/gute Regierungsführung in Form von Dezentralisierung stellte ein Teilziel bei der Konzeption dar (PD/GG1), allerdings konnte diese nur unzureichend umgesetzt werden.

In einer zusammenfassenden Bewertung der entwicklungspolitischen Wirksamkeit kommen wir zur folgenden Bewertung des Vorhabens Rehabilitation von Gesundheitszentren:

- Das Programmziel wurde nur eingeschränkt erreicht. Kritisch ist die geringe Auslastung der Einrichtungen im Vergleich zum Einzugsgebiet zu bewerten, die auf einer falschen Nachfrageeinschätzung beruht. Die teilweise enorme zeitliche Verzögerung von bis zu fünf Jahren bis zur Inbetriebnahme ging v. a. zu Lasten der Zielgruppe, die länger als geplant auf die verbesserte medizinische Versorgung verzichten musste. Die Effektivität wird als nicht mehr ausreichend bewertet (Stufe 4).
- Die Produktionseffizienz (spezifische Produktionskosten) halten wir für nicht mehr ausreichend. Kritisch sind hier die zum Teil erheblichen zeitlichen Verzögerungen sowie die daraus resultierenden höheren Kosten zu bewerten. Problematisch ist zudem die mangelnde Kostendeckung beim Betrieb der Einrichtungen zu sehen. Positiv fließen in die Beurteilung der Effizienz die gestiegenen Einnahmen aus Verkaufserlösen für Medikamente von durchschnittlich 60% in den CMA und CHR ein. Insgesamt stufen wir die Effizienz der Investition als nicht mehr ausreichend ein (Stufe 4).
- Angesichts der weiterhin recht geringen Akzeptanz und Auslastung der rehabilitierten Einrichtungen sowie der geringen Anzahl durchgeführter Operationen entspricht der Beitrag zum Oberziel (Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in der Programmregion) eindeutig nicht den Erwartungen. Das Vorhaben weist erhebliche konzeptionelle Mängel auf. Signifikanz/Relevanz des Vorhabens sind damit insgesamt als eindeutig unzureichend einzuschätzen (Stufe 5).

Insgesamt bewerten wir die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens als nicht mehr ausreichend (Stufe 4).

Projekt übergreifende Schlussfolgerungen

- Vor der entwicklungspolitisch grundsätzlich begrüßenswerten Vergabe von Bauaufträgen an lokale kleinere und mittlere Unternehmen sollten immer erst die Qualifikationsniveaus der potenziellen Auftragnehmer überprüft werden. Für komplexe Aufgaben ist ggf. auch die Einschaltung im Unterauftrag zu erwägen.
- Die Standortwahl für den Bau bzw. die Rehabilitation von größeren Gesundheitseinrichtungen sollte sich in Ländern mit schwacher Infrastruktur bei erwarteter Nachfrage auch nach logistischen Gegebenheiten richten. Große Entfernungen erhöhen die Kosten für Bauunternehmen und für die Überwachung durch Consultant und Träger, daher ist eine regionale Konzentration schon bei Planung vorzuziehen.
- Bei Projektprüfung eines Gesundheitsprojektes mit relativ teuren Leistungen im ländlichen Raum sind ex ante die Zahlungsfähigkeit und -willigkeit zu untersuchen, um die Konzeption und Dimensionierung der erwarteten Nachfrage anzupassen.
- Der Erfolg eines Vorhabens im Bereich der sozialen Infrastruktur ist u. a. von der Akzeptanz der zu schaffenden Einrichtungen bei der lokalen Bevölkerung abhängig. Diese sollte bereits im Rahmen der Projekt vorbereitenden Studie überprüft werden. Wird dabei eine mangelnde Akzeptanz festgestellt, sollte eine entsprechende Komponente zur Sensibilisierung der Bevölkerung einschließlich Fragen der Finanzierbarkeit der Dienstleistungen in die Programmkonzeption aufgenommen werden.
- Angesicht erkennbarer sektoraler Schwächen (mangelhafte Dezentralisierung, schwache Instandsetzungs-/Unterhaltungsstrukturen) sollte frühzeitig eine Einbindung in ein sektorweites Konzept mit Beteiligung anderer Geber angestrebt werden.

Legende

Entwicklungspolitisch erfolgreich: Stufen 1 bis 3	
Stufe 1	Sehr gute oder gute entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 2	Zufriedenstellende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 3	Insgesamt ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Entwicklungspolitisch nicht erfolgreich: Stufen 4 bis 6	
Stufe 4	Insgesamt nicht mehr ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 5	Eindeutig unzureichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 6	Das Vorhaben ist völlig gescheitert

Kriterien der Erfolgsbeurteilung

Bei der Bewertung der "entwicklungspolitischen Wirksamkeit" und Einordnung eines Vorhabens in die verschiedenen, oben näher beschriebenen Erfolgsstufen im Rahmen der Schlussprüfung stehen folgende Grundfragen im Mittelpunkt:

- Werden die mit dem Vorhaben angestrebten **Projektziele** in ausreichendem Umfang erreicht (Frage der **Effektivität** des Projekts) ?
- Werden mit dem Vorhaben in ausreichendem Maße **entwicklungspolitisch wichtige Wirkungen** erreicht (Frage der **Relevanz** und **Signifikanz** des Projekts; gemessen an der Erreichung des vorab festgelegten entwicklungspolitischen Oberziels und den Wirkungen im politischen, institutionellen, sozio-ökonomischen und –kulturellen sowie ökologischen Bereich) ?
- Wurden und werden die Ziele mit einem **angemessenen Mitteleinsatz/Aufwand** erreicht und wie ist der einzel- und gesamtwirtschaftliche Beitrag zu bemessen (Frage der **Effizienz** der Projektkonzeption) ?
- Soweit unerwünschte (**Neben-)Wirkungen** auftreten, sind diese hinnehmbar?

Der für die Einschätzung eines Projekts ganz zentrale Aspekt der **Nachhaltigkeit** wird von uns nicht als separate Bewertungskategorie behandelt sondern als Querschnittsthema bei allen vier Grundfragen des Projekterfolgs. Ein Vorhaben ist dann nachhaltig, wenn der Projektträger und/oder die Zielgruppe in der Lage sind, nach Beendigung der finanziellen, organisatorischen und/oder technischen Unterstützung die geschaffenen Projektanlagen über eine insgesamt wirtschaftlich angemessene Nutzungsdauer weiter zu nutzen bzw. die Projektaktivitäten eigenständig mit positiven Ergebnissen weiter zu führen.