

Chile: Rehabilitierung von Krankenhäusern II und III

Schlussprüfung

OECD-Förderbereich	12191 - Medizinische Dienste, 12181 - Medizinische Aus- und Fortbildung (A+F)	
BMZ-Projektnummer	Rehabilitierung von Krankenhäusern II (RK II) 1992 65 455 und 1993 70 172 A+F-Programm - 1994 131 Rehabilitierung von Krankenhäusern III (RK III) 1995 65 011, A+F-Programm - 1995 159	
Projektträger	RK II und III: Gesundheitsministerium Chile (MINSAL)	
Consultant	RK II: Dr. Ricardo Keim, Santiago RK III: Dr. Rodrigo Contreras, Santiago	
	Projektprüfung (Plan)	Projektprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	RK II: 06/93 RK III: 01/96	RK II: 06/93 RK III: 01/96
Durchführungszeitraum	RK II: 24 Monate RK III: 30 Monate	RK II: 24 Monate RK III: 30 Monate
Investitionskosten	RK II: 22,58 Mio EUR RK III: 17,70 Mio EUR	RK II: 22,58 Mio EUR RK III: 17,70 Mio EUR
Eigenbeitrag	RK II: 9,57 Mio EUR RK III: 4,46 Mio EUR	RK II: 9,57 Mio EUR RK III: 4,46 Mio EUR
Finanzierung, davon FZ-Mittel	RK II: 13,01 Mio EUR RK III: 13,24 Mio EUR	RK II: 13,01 Mio EUR RK III: 13,24 Mio EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	./.	./.
Erfolgseinstufung	1	
• Signifikanz/Relevanz	1	
• Effektivität	1	
• Effizienz	2	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren

Die Vorhaben „Rehabilitierung von Krankenhäusern (RK) II und III“ hatten in Fortsetzung zur ersten Phase zum Ziel, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der überwiegend ärmeren chilenischen Bevölkerung in weiteren 12 (RK II: Maule, O'Higgins, Coquimbo und Osorno. RK III: Arica, Atacama, Viña del Mar-Quillota, Ñuble, Talcahuano, Bio-Bio, Aysen und Magallanes) der insgesamt 29 Gesundheitsdistrikte (Servicios de Salud - S.S.) des Landes zu leisten, und zwar durch Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten vor allem auf der zweiten und, soweit erforderlich, auf der dritten Ebene des Referenzsystems. Die Projekte RK II und RK III beinhalteten die Lieferung von Ausrüstung sowie einzelne Baumaßnahmen in insgesamt 93 Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens. Die gesamten Investitionskosten der beiden Phasen betragen rd. 42,0 Mio EUR, hiervon entfielen 25,38 Mio EUR auf FZ-Darlehensmittel, 0,87 Mio EUR auf Begleit- und A+F-Maßnahmen sowie

der Restbetrag auf chilenische Haushaltsmittel. Darlehensnehmer und Projektträger ist die Republik Chile; sie wird für die Darlehensaufnahme durch das Finanzministerium und für die Projektdurchführung durch das Gesundheitsministerium (MINSAL) vertreten.

Wie bereits in den vorhergehenden Phasen, so wurde auch in RK III der sinnvolle Einsatz der im Rahmen der o.g. Investitionsmaßnahmen angeschafften Geräte durch eine A+F-Maßnahme unterstützt. In RK II erfolgte zudem eine FZ-finanzierte personelle Unterstützung in Form einer Begleitmaßnahme im Umfang von 0,18 Mio EUR, die im wesentlichen der Trägerberatung in den Bereichen Projektkoordination, Betriebsführung und Monitoring diente. Die personelle Unterstützung wurde in Phase RK III fortgeführt, allerdings finanziert aus dem FZ-Darlehen.

Wesentliche Abweichungen von der ursprünglichen Projektplanung und deren Hauptursachen

Trotz hoher Flexibilität während der Durchführung ergab sich hinsichtlich der Verteilung der Liefermengen auf die einzelnen Institutionen und auf die verschiedenen Anschaffungsbereiche ein sehr hoher Grad an Übereinstimmung zwischen Planung und Durchführung.

Gegenüber der Planung wurden die Projektmaßnahmen in RK II und RK III nahezu vollständig erreicht. In RK II wurden die Maßnahmen auf 47 Einrichtungen (Planung: 45) verteilt (4 Regional- und 39 Distriktkrankenhäuser, 4 Direktionen für Primärversorgung). In RK III wurden 46 Einrichtungen (Planung: 47) bedacht (4 Regional- und 36 Distriktkrankenhäuser, 3 Labors für Umwelthygiene, 1 städtisches Gesundheitszentrum und 2 Direktionen für Primärversorgung) und 6.310 Einzelausrüstungen in 2.073 verschiedenen Kategorien angeschafft (geplant: 6.245 Gegenstände in 2.134 Kategorien).

Modifikationen ergaben sich insbesondere aus zwischenzeitlichen Finanzierungen aus anderen Quellen oder aus Änderungswünschen der Gesundheitsdistrikte. Die Kosten einiger Ausrüstungen waren bei Anschaffung höher als vorgesehen, insbesondere durch die Entwicklung verbesserter Technologien während der Durchführungszeit. Aus Wechselkursvorteilen resultierende Ressourcenüberschüsse wurden vollständig in zusätzliche Anschaffungen investiert. Statt der geplanten 13,7 USD Mio konnten so in RK III insgesamt 14,7 Mio USD in Geräte investiert werden.

Die größte außerplanmäßige FZ-finanzierte Einzelmaßnahme in RK II war ein Anbau im Krankenhaus Parral (rd. 230 Tsd EUR), der durch die unvorhergesehene Schließung der Versorgungseinrichtungen in der Colonia Dignidad notwendig wurde.

Erwähnenswerte außerplanmäßige Einzelmaßnahmen in RK III waren Gebäudereparaturen in der Gesundheitseinrichtung Cabildo im Gesundheitsdistrikt Viña del Mar - Quillota (30,68 Tsd EUR), in Quilpue und in Los Angeles im Gesundheitsdistrikt Bio-Bio. Wie vorgesehen ist der größte Teil der Investitionen in Gesundheitseinrichtungen der mittleren Versorgungsebene geflossen (54%).

Über die Garantiezeit hinaus ist die Wartung der Geräte durch entsprechende langfristige Verträge mit privaten Firmen nachhaltig gesichert und umfasst zudem die Schulung des Personals der Gesundheitsdienste zur Installierung und Instandhaltung der Geräte. Daher wurden in RK III statt der aus FZ vorgesehenen langfristigen Kostenübernahme für Wartungsmaßnahmen (die im Falle einer Finanzierung aus FZ-Mitteln mit erheblichem Verwaltungsaufwand für den Träger und die FZ nach Abschluss der Durchführung verbunden gewesen wäre), die Kosten für die sog. „kritischen Bereiche“ (Áreas Críticas - Ersatzbeschaffungen von amortisierten Geräten, Maßnahmen zur Verbesserung von Warteräumen und Eingangsbereichen) übernommen, die

vom chilenischen Träger zunächst aus Eigenmitteln finanziert werden sollten. Der Bedarf für langfristige Wartungsmaßnahmen wird nunmehr stattdessen aus Eigenmitteln finanziert.

Die Durchführung des Vorhabens RK II begann im November 1993 aufgrund von Verzögerungen beim Abschluss des bilateralen Abkommens um etwa ein Jahr verspätet. Mit insgesamt 56 Monaten wurde die geplante Durchführungszeit um 32 Monate überschritten, was v. a. mit der Notwendigkeit eines Restmittelprogramms zu erklären ist. Alle Maßnahmen konnten aber gegenüber der ersten Phase zügiger und planungskonformer durchgeführt werden.

Das Vorhaben RK III begann im November 1996. In sieben der acht Gesundheitsdistrikte wurden die Maßnahmen in der vorgesehenen Durchführungszeit von 36 Monaten abgeschlossen. Lediglich im Gesundheitsdistrikt Viña del Mar - Quillota kam es zu einer vertretbaren einjährigen Verzögerung, die insbesondere durch das auf diesen Distrikt konzentrierte hohe Investitionsvolumen (33%) zu erklären ist.

Ausbildungsinhalte und Organisation der A+F-Programme II und III entsprachen den Vorgaben des Durchführungsvorschlages, wurden jedoch durch Finanzierungsbeiträge des Trägers und Kosteneinsparungen in den Kursen auf weit mehr Veranstaltungen und Teilnehmer ausgedehnt als ursprünglich vorgesehen. 90 Kurse mit 515 Teilnehmern wurden im A+F-Programm II durchgeführt (geplant: 63 Kurse mit 316 Teilnehmern). Im A+F-Programm III wurden sogar 227 Kurse durchgeführt (geplant: 182), von denen ca. 1.960 Ärzte, Krankenpflegekräfte und technisches Hilfspersonal (geplant: 1.487) profitiert haben. Zudem sind in RK III in geringem Umfang audio-visuelle Ausrüstungsgegenstände angeschafft worden, um die eigenständige Fortsetzung der Ausbildungsmaßnahmen zu unterstützen.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Die Vorhaben RK II und RK III haben insgesamt eine sehr gute entwicklungspolitische Wirksamkeit bei insgesamt sehr hoher Systemeffektivität (Stufe 1). Die tatsächliche Nutzung der mit den Projekten geschaffenen Kapazitäten ist herausragend. Die Vorhaben haben in den begünstigten Regionen die Voraussetzungen geschaffen, den Zugang zu einer problemgerechten und modernen medizinischen Grundversorgung wiederherzustellen und, wie die bisherigen Betriebsergebnisse zeigen, zu erhalten (sehr gute Signifikanz – Stufe 1). Die angestrebten Ziele und die entwicklungspolitischen Hauptwirkungen sind in hohem Maße erreicht worden. Die Spürbarkeit der Wirkungen für die Zielgruppe und Mittler, die Breitenwirksamkeit und die relative Bedeutung für die Lösung des Problems sind insgesamt sehr hoch (hohe Relevanz). Zudem sind strukturbildende Effekte mittelbar erzielt worden. Die Ziele wurden mit einem sehr guten Verhältnis zwischen Mitteleinsatz und Aufwand erreicht (sehr gute Produktionseffizienz – Stufe 1). Die Allokationseffizienz ist mit gewissen, strukturell bedingten Abstrichen als zufriedenstellend zu bewerten (Stufe 2). Diesbezüglicher Nachholbedarf ist von chilenischer Seite erkannt und soll sukzessive behoben werden. Nennenswerte unerwünschte Nebenwirkungen sind nicht eingetreten. Wir stufen die Projekte RK II und RK III daher beide insgesamt in die Erfolgsstufe 1 (sehr gute entwicklungspolitische Wirksamkeit) ein.

Projektübergreifende Schlussfolgerungen

Nach Abschluss der Phasen II und III lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten:

- Die abgeschlossenen FZ-Vorhaben haben landesweit spürbare Verbesserungen des öffentlichen Gesundheitswesens bewirkt, das damit seinen Versorgungsauftrag in angemessener Form erfüllen kann. Art und Umfang der Projekte führten zusammen mit einem intensiven Politikdialog zu strukturbildenden Effekten, da mit Hilfe der Projektmaßnahmen nicht

nur hinsichtlich der Geräteausstattung, sondern auch hinsichtlich der Arbeitsabläufe, der Wartungskultur und der Beschaffungsverfahren (lokale Organisation internationaler Ausschreibungen) neue Standards geschaffen wurden, die sich mit denen des Privatsektors messen können. Die Konzentration auf Investitionen zugunsten der zweiten Referenzebene kann auch aus heutiger Sicht als entwicklungspolitisch sinnvolle Strategie angesehen werden, da hier der bei weitem dringendste Bedarf bestand.

- Die Dezentralisierung der Projektdurchführung hat sich im vorliegenden Fall als sehr günstig erwiesen, da hierdurch der lokalen Situation und den entsprechenden Präferenzen Rechnung getragen werden konnte und somit eine für den nachhaltigen Projekterfolg wichtige „Ownership“ erreicht wurde. Auch nach Beendigung der drei Durchführungsphasen ist eine dezentrale Ausübung von Ausrüstungsbeschaffungen und anderen vormals hauptsächlich zentral durchgeführten Prozessen feststellbar. Somit kann von strukturellen Effekten gesprochen werden, die im Zuge der Vorhaben angestoßen wurden.
- Die Projekte legen ein deutliches Gewicht auf die Verbesserung der medizinisch-technischen Ausrüstung. Die übrigen Krankenhausbereiche konnten mit den dort erreichten Modernisierungen vielfach nicht Schritt halten, so dass es häufig zu Unterschieden zwischen den klinischen Abteilungen und der sonstigen Krankenhausinfrastruktur, v.a. den Pflegestationen, kam. Dies schmälert zwar nicht unmittelbar den Funktionalitätsfortschritt der Projektkrankenhäuser und die diagnostischen und therapeutischen Verbesserungen, kann aber langfristig zur Steigerung der Unzufriedenheiten von Pflegepersonal und Patienten führen. Die Bewusstseinsbildung für diese Problematik hat sich im Laufe der drei Phasen deutlich weiterentwickelt, trotzdem besteht weiterhin Umsetzungsbedarf, der auch entscheidend von verfügbaren Finanzierungen in Zukunft abhängen wird. Die chilenische Seite geht den eingeschlagenen Weg weiter und erhöht die Eigenmittelbereitstellung auch für den Pflegebereich über das geplante sog. „Normalisierungsprogramm“.
- Der im Zuge der Abschlusskontrollen von RK I und RK II ausgesprochenen Empfehlung verstärkter Anstrengungen im Wartungsbereich wurde in zufriedenstellender Form Rechnung getragen. Die weiteren Wartungsleistungen sind weiterhin von der allgemeinen Finanzsituation abhängig. Wir haben den Träger darauf hingewiesen, dass sowohl die Wartungssituation als auch die gesamte Funktionsfähigkeit der öffentlichen Krankenhäuser künftig von einer generellen Erweiterung des betriebswirtschaftlichen Handlungsspielraums vor Ort abhängen dürfte. Hierzu zählt auch die darüber hinaus empfohlene Einführung eines Systems zur Kostenkalkulation, die bisher in erfreulichen Ansätzen, aber nicht flächendeckend erfolgt ist.
- Schon zum Zeitpunkt der Abschlusskontrollen von RK I und RK II war die mögliche unzureichende Betriebskostendeckung und die eingeschränkten Möglichkeiten zur eigenständigen Finanzierung erforderlicher Ersatz- und Neuinvestitionen die einzigen verbleibenden Risiken und haben weiterhin Bestand. Die infrastrukturellen Bedingungen für eine adäquate Gesundheitsversorgung sind hingegen in weiten Teilen geschaffen, der erforderliche Personalbestand zudem qualifiziert und ausreichend vorhanden. Eine Bewusstseins-schärfung und erste Reformansätze zur Schaffung einer verbesserten betriebswirtschaftlichen Anreizstruktur sind erkennbar. Bis zur Umsetzung sehen wir ein maximal mittleres Risiko für eine nachhaltige Betriebsführung durch die traditionellen Budgetzuweisungen und bestehenden Informationsdefizite über betriebswirtschaftlich relevante Kenndaten.

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, weiter unten 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 (wie etwa bei der Weltbank) 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.