

Cote d'Ivoire: Basisgesundheitsprogramm

Ex Post-Evaluierungsbericht (Schlussprüfung)

OECD-Förderbereich	12220 - Basisgesundheitsdienste	
BMZ-Projektnummer	1989 66 749	
Projektträger	Gesundheitsministerium der Republik Côte d'Ivoire	
Consultant	Saniplan GmbH	
Jahr des Ex Post-Evaluierungsberichts	2008	
	Projektprüfung (Plan)	Ex Post Evaluierungsbericht (Ist)
Durchführungsbeginn	1. Quartal 1990	3. Quartal 1991
Durchführungszeitraum	25 Monate	72 Monate
Investitionskosten	4,2 Mio. EUR	5,7 Mio. EUR
Eigenbeitrag	0,6 Mio. EUR	2,1 Mio. EUR
Finanzierung, davon FZ-Mittel	3,6 Mio. EUR	3,6 Mio. EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	-	-
Erfolgseinstufung	3	
• Relevanz	2	
• Effektivität	--	
• Effizienz	3	
• Übergeordnete entwicklungs-politische Wirkungen	--	
• Nachhaltigkeit	3	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Programmziele mit Indikatoren

Das zwischen 1991 und 1995 durchgeführte Basisgesundheitsprogramm beinhaltete Lieferungen von Mobiliar und Ausrüstung (Möbel, einfachste medizinische Geräte, Medikamente und anderes Verbrauchsmaterial) sowie die bauliche Instandsetzung von ca. 300 Basisgesundheitsseinrichtungen und zwei Verwaltungsgebäuden im Norden der Cote d'Ivoire. Es sollte dadurch die unterste Ebene der Basisgesundheitsversorgung im überwiegend ländlichen Bereich verbessert werden.

Oberziel des grundbedürfnisorientierten Programms war es, durch bessere präventive und kurative Dienste einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der ländlichen Bevölkerung in den Regionen Ouest (Man), Nord-Ouest (Odienné) und dem östlichen Teil von Centre (Yamassoukrou) sowie Centre-Nord (Bouaké) des Landes zu leisten. In der Abschlusskontrolle (AK) wurde als Oberzielindikator das gewichtete Mittel der

Infektionsrate von Neugeborenen mit Tetanus in der Programmregion festgelegt und mit einem Zielwert von < 10/100.000 Einwohner beziffert. Im Rahmen der Schlussprüfung wurden zusätzlich eine Reduzierung der Mütter- und der Säuglingssterblichkeit als Oberzielindikatoren definiert. Das Programmziel bestand in der Verbesserung der Leistungsfähigkeit und der Betriebsvoraussetzungen der Basisgesundheitsseinrichtungen. Als Programmzielindikator wurde eine Erhöhung der Erstkontakte pro Kopf/Jahr bzw. der Nutzungsrate der Basisgesundheitsseinrichtungen im Einzugsgebiet festgelegt.

Zielgruppe war die gesamte, d.h. überwiegend ländliche Bevölkerung in den Dörfern der o.g. Regionen, die keine andere Möglichkeit der Behandlung hatte. Die Gesamtkosten betragen zum Zeitpunkt der Abschlusskontrolle 5,7 Mio. EUR, von denen 3,6 Mio. EUR aus dem FZ-Darlehen finanziert wurden. Der Eigenanteil des ivoirischen Staates betrug 37% der Gesamtkosten.

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

Wie im Prüfungsbericht (PPB) vorgesehen wurden 301 einfache Gesundheitseinrichtungen baulich instand gesetzt und mit Mobiliar sowie einfachen medizinischen Geräten und Instrumenten beliefert. Zudem wurden für einige Gesundheitseinrichtungen Latrinen und Abfallgruben neu gebaut. Im Gegensatz zur Prüfungsplanung wurde jedoch von der Beschaffung von Kühlschränken und Mopeds abgesehen, da diese im Rahmen des FZ-finanzierten Nationalen Impfprogramms (BMZ-Nr. 1995 66 365) geliefert wurden. Zunächst war außerdem die Beschaffung von Medikamenten geplant, die jedoch angesichts eines von der EU-finanzierten Vorhabens zur Umstrukturierung der Zentralapotheke mit Einrichtung von revolvierenden Fonds aufgegeben wurde. Mit den frei werdenden Mitteln wurden die Rehabilitierung und Ausstattung der regionalen Gesundheitsverwaltung in Man und des Gesundheitsamts in Guiglo finanziert. Dies sollte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den neu geschaffenen Gesundheitsdistrikten beitragen. Die Rehabilitierung der beiden Gesundheitsverwaltungsgebäude diente auch der Unterstützung eines TZ-Vorhabens zur Beratung im Gesundheitswesen und in der Familienplanung (BMZ-Nr. 1994 21 637). Ferner wurden zusätzliche Instandhaltungsarbeiten finanziert.

Die ivoirische Seite erhöhte die geplanten Eigenmittel, um insbesondere die Kostenerhöhungen im Baubereich durch die Abwertung der ivoirischen Währung (F CFA) im Jahr 1994 aufzufangen und ergänzende Reparaturen an den Dienstwohnungen von Krankenpflegern und Hebammen durchzuführen. Mit dem Vorhaben wurden Investitionen getätigt, die darauf abzielten, die Attraktivität des modernen Gesundheitssektors für die Nutzer, aber auch für das Personal zu erhöhen und so die bestehende Abwanderung des Personals aufzuhalten.

Die Durchführung durch zwei Trägerinstitutionen, die DCGTx (Direction et Contrôle des Grands Travaux, heute: Bureau National des Etudes Techniques de Développement, BNETD) und das Gesundheitsministerium, erwies sich als schwierig, wie auch schon zur Zeit der Prüfung befürchtet wurde. Bei PP wurde vorgesehen, dass die DCGTx für die ordnungsgemäße Durchführung der Baumaßnahmen und das Ministerium (mit Unterstützung des Consultants) für die Beschaffung der Ausrüstung verantwortlich sein sollte. Zwischen den beiden Trägern traten erhebliche Abstimmungsschwierigkeiten auf. Seitens der BNETD waren außerdem – aufgrund mangelnder Erfahrung mit Klein- und Kleinstbaumaßnahmen – Defizite bei Planungs- und Überwachungsaufgaben zu

verzeichnen. Insgesamt verlängerte sich der Durchführungszeitraum von ursprünglich 2 auf 6,5 Jahre, was insbesondere auf Verzögerungen in Planung und Ausschreibung zurückzuführen ist.

Nachdem 1993/94 eine eigene Durchführungseinheit DEMM (Direction de l'Équipement, du Matériel et de la Maintenance, seit 2007 DIEM: Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance) im Gesundheitsministerium eingerichtet wurde, konnte das FZ-Vorhaben zügig abgewickelt werden. Die DEMM erlangte im Rahmen des Vorhabens durch die Consultanteinsätze zusätzliche Qualifikationen (z.B. in den Bereichen Ausschreibungsverfahren, Monitoringtechniken usw.). Die „Cellule KfW“, die für die Implementierung des FZ-Vorhabens zuständig war, existiert noch heute und ist Teil der DIEM, die heute insgesamt über 71 Mitarbeiter verfügt, aber nicht über die Mittel, um Instandhaltungs- und Wartungsarbeiten von Gesundheitseinrichtungen durchzuführen. Die DIEM verfügt über dezentralisierte Pendants in den Regionen, die jedoch gleichfalls über keinerlei Mittel verfügen, wie in der Direktion von Dimbokro im Rahmen der Evaluierung bedauert wurde.

Die Auswahl der geförderten Einrichtungen wurde nach international gültigen Kriterien durchgeführt (Entfernung, Nachfrage, Zustand). Die Ausstattung war – bis auf eine Ausnahme, in der die Absaugpumpen mit Fußpumpen umgerüstet werden mussten – lokal angepasst. Die Instandsetzungsarbeiten und die Schreinerarbeiten wurden lokal durchgeführt, was die Aufsicht während der Durchführung und Abnahme durch die Kleinteiligkeit der Maßnahmen erschwerte.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Ab Mitte der 90er Jahre wurde Cote d'Ivoire von politischen Unruhen geprägt, die 2002 in einer bewaffneten Rebellion aus dem Norden mündeten und bis 2006 anhielten. Noch heute wird der gesamte Norden des Landes von der Rebellenarmee „Forces Nouvelles“ und nur der Süden von der ivoirischen Regierung kontrolliert. Insgesamt befindet sich das Land in einer Post-Konflikt-Situation, in der alle bestrebt sind, den Frieden weiter aufzubauen. Die meisten Geber hatten sich während der Unruhen aus dem Land zurückgezogen und kehren erst langsam zurück. Die FZ blieb als einzige bilaterale Organisation zur Unterstützung des Gesundheitssektors im Lande, was ihr von allen Beteiligten hoch angerechnet wird.

Aufgrund der Größe des Landes und der Post-Konflikt-Situation konnten im Rahmen der Schlussprüfung nur fünf ländliche Gesundheitsstationen besucht werden; Daten über den baulichen Zustand und die Nutzung der übrigen rehabilitierten Gesundheitseinrichtungen sind nicht erhältlich. Die für die Schlussprüfung notwendige Datensammlung und Bewertung der entwicklungspolitischen Wirksamkeit wurde zudem dadurch erschwert, dass die Durchführung des Vorhabens bereits 1995 abgeschlossen wurde, eine Ex Post-Evaluierung aufgrund der Sicherheitslage im Land jedoch bisher nicht möglich war. Insgesamt gestaltete sich die nachträgliche Einschätzung der Vorkriegssituation als schwierig.

Das FZ-Vorhaben richtete sich an die arme, ländliche Bevölkerung des Landes (Kennung SUA). Von dem Angebot verbesserter Gesundheitsdienstleistungen im kurativen und präventiven Bereich sollten vor allem Frauen profitieren (Schwangerenvorsorge, Mutter-Kind-Gesundheit). Es wird die Kennung G1 vergeben. Umweltschutz war kein Ziel des Vorhabens; eventuelle Umweltwirkungen sind vernachlässigbar (Umweltken-

nung: UR 0). Das Vorhaben war nicht auf partizipative Entwicklung/ gute Regierungsführung ausgerichtet. Es erhält daher die Kennung PD/GG 0.

In der entwicklungspolitischen Gesamteinschätzung kommen wir zu folgenden Bewertungen:

Relevanz: Die Wirkungskette, durch die Rehabilitierung und Ausstattung der peripheren Basisgesundheitsseinrichtungen eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen zu erreichen und dadurch einen Beitrag zur verbesserten Gesundheitssituation der ländlichen Bevölkerung zu leisten, war plausibel. Die Förderung des Basisgesundheitswesens war für die ivoirische Regierung laut PPB eine entwicklungspolitische Priorität. Dies zeigte sich auch darin, dass die ivoirische Seite höher als bei PP erwartet zur Finanzierung der FZ-Maßnahmen beitrug; aufgrund zeitlicher Verzögerungen zu Beginn des Vorhabens wurden weitere Investitionen durch die ivoirische Regierung zur Instandhaltung notwendig, bevor die Lieferungen aus FZ-Mitteln in die Zentren gebracht werden konnten. Die Stärkung von peripheren Gesundheitseinrichtungen für die ländliche Bevölkerung, vor allem für Mütter und Kinder, ist nach wie vor entwicklungspolitisch sehr relevant. Die Förderung der Basisgesundheitsdienste wird als eines der Ziele in der nationalen Armutsbekämpfungsstrategie (Interim Poverty Reduction Strategy Paper), die im Jahr 2002 angenommen wurde, genannt.

Das Vorhaben war Teil eines ganzen Bündels von Projekten im ivoirischen Gesundheitssektor, die von der deutschen EZ (weitere Infrastrukturvorhaben der KfW sowie Unterstützungsprogramme der GTZ) und anderen Organisationen (Europäische Union, Afrikanische Entwicklungsbank, Belgische Kooperation, JICA und viele andere) durchgeführt wurden. Wie die Geberabstimmung im Einzelnen funktionierte, lässt sich heute nicht mehr feststellen. Allerdings lässt sich konstatieren, dass die verschiedenen Geber an unterschiedlichen, vorab definierten Interventionspunkten ihre Beiträge leisteten (z.B. JICA mit Labor-, Sterilisations- und Operationsausrüstungen für 20 Krankenhäuser außerhalb des deutsch-ivoirischen Programms), so dass mögliche Überschneidungen durch eine geographische Abgrenzung der einzelnen Vorhaben vermieden werden konnten. Laut PPB entsprach das Vorhaben den entwicklungspolitischen Grundlinien der Bundesregierung, deren Politik in den 1990er Jahren grundbedürfnisorientiert war. Aus heutiger Sicht sollte das Vorhaben insbesondere zur Erreichung der MDG-Ziele 4 und 5 (Reduzierung der Kindersterblichkeit und Verbesserung der Müttergesundheit) und somit auch gegenwärtig zentralen Zielen der deutschen EZ beitragen. Cote d'Ivoire ist derzeit kein Schwerpunktland der deutschen EZ. Insgesamt bewerten wir die Relevanz des Vorhabens als gut (Stufe 2).

Effektivität: Als Programmziel wurde die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und der Nutzung der Gesundheitseinrichtungen definiert. Durch das FZ-Vorhaben konnten in der Programmregion notwendige Auf- und Ausbauarbeiten in den peripheren Gesundheitseinrichtungen geleistet werden, die noch heute – rund zwanzig Jahre nach der Programmprüfung – teilweise vorhanden sind und genutzt werden. Der in der AK festgelegte Indikator für die Programmzielerreichung (0,5 Erstkontakte pro Kopf der Einzugsbevölkerung und Jahr oder Nutzungsrate 50%) kann aktuell nicht als erreicht bewertet werden. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass die Bevölkerung zu arm ist, um selbst die niedrigen Behandlungsgebühren (derzeit auf dem Land 100 FCFA, d.h. 0,15 EUR) aufzubringen. Allerdings sind alle präventiven Dienstleistungen kostenfrei, wozu auch die Schwangerenvorsorge zählt.

In der besuchten Region (Dimbokro) konnten nur 0,15 Erstkontakte pro Kopf und Jahr (2007) verzeichnet werden, während es 1995 noch 0,26 d.h. fast doppelt so viele Kontakte waren. In einem Fortschrittskontroll-Bericht (FK, 1999) wurde daraufhin gewiesen, dass ein bis teilweise zwei Jahre nach Inbetriebnahme der rehabilitierten Gesundheitseinrichtungen nicht erkennbar sei, dass sich die Nutzungsindikatoren auf ein Niveau deutlich über dem vor den Baumaßnahmen hinbewegt hätten. Laut dieser FK wurde die Zahl der Erstkontakte pro Kopf im Jahr 1997 auf 0,25 bis 0,3 geschätzt. Zudem wurde hervorgehoben, dass die Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsversorgung nicht nur aufgrund verbesserter Infrastruktur sondern nur durch eine parallele bzw. vorbereitende Aufklärung der Bevölkerung bzw. die Einführung angepasster Tarife zu erreichen sei.

Vergleichszahlen für den Zeitraum zwischen Abschluss des Vorhabens und dem Anfang der politischen Unruhen liegen nicht vor, so dass Aussagen bzgl. Veränderung der Nutzerraten nach Durchführung der FZ-Maßnahmen nicht möglich sind. Insgesamt lässt sich zwar festhalten, dass die schon in den 1990er Jahren niedrigen Nutzerraten weiterhin zurückgegangen sind, was außer auf die mangelnde Zahlungsfähigkeit und –bereitschaft auch auf ein unzureichendes Vertrauen der Bevölkerung in öffentliche Gesundheitsdienste sowie die negativen Auswirkungen der politischen Unruhen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung zurückzuführen sein dürfte. Auf eine Bewertung der Effektivität wird jedoch aufgrund mangelnder Vergleichsdaten bzgl. der Nutzung der Gesundheitseinrichtung vor und nach Durchführung des Vorhabens (vor Ausbruch der Unruhen) sowie der zu vermutenden Verzerrungen der politischen Krise verzichtet.

Effizienz: Im Rahmen von Schlussprüfungen wird bei der Effizienz in der Regel zwischen Produktionseffizienz (Verhältnis Input-Leistungen) und Allokationseffizienz (Verhältnis Input-Wirkungen) unterschieden. Zwar gibt es Hinweise, dass die Nutzung der ausgestatteten und rehabilitierten Einrichtungen gering war (s. Effektivität) und somit den investierten Kosten kein ausreichender Nutzen gegenüber stand. Doch wird auf eine Bewertung der Allokationseffizienz aufgrund unzureichender Informationen bzgl. der Effektivität und nicht ableitbaren Wirkungszusammenhängen mit der Oberzielerreichung verzichtet.

Im PPB wurden Gesamtkosten in Höhe von EUR 4,24 Mio. veranschlagt. Die tatsächlichen Kosten wurden jedoch um 34% überschritten und beliefen sich insgesamt auf EUR 5,72 Mio., was in erster Linie mit den wesentlich umfangreicheren Instandsetzungsarbeiten und Consultingleistungen aufgrund der stark verlängerten Projektlaufzeit zu begründen ist. Insgesamt verlängerte sich die Laufzeit des Vorhabens von geplanten 25 auf schließlich 72 Monate. Die Übertragung der Durchführungsverantwortung auf zwei Trägereinheiten gestaltete sich als wenig effizient, da es zu Kapazitäts- und Koordinationsproblemen kam. Da die kleinen und mittleren Unternehmen, an die Aufträge für die Bauleistungen vergeben wurden, teilweise unzufriedenstellende Ergebnisse lieferten, wurden zahlreiche Nacharbeiten erforderlich. Nach Schaffung der DEMM (1993/94) und ihrer zunehmenden Qualifizierung als Projektträger konnte die Situation jedoch deutlich verbessert werden: Nach den anfänglichen Planungsschwierigkeiten betrug die eigentliche Durchführung nur noch zwei Jahre (1995-96) und konnte somit sehr zügig abgewickelt werden. In Anbetracht der Streulage der 301 Basisgesundheitsseinrichtungen an insgesamt 215 Orten erscheint dies beachtlich.

Hinweise auf Mittelfehlverwendungen liegen nicht vor. Im Durchschnitt ergaben sich bei einer geschätzten Einzugsbevölkerung in den ländlichen Distrikten von ca. 1,7 Mio. Einwohnern Investitionskosten in Höhe von EUR 3,3 pro Kopf.

Die Effizienz wird als angesichts der eingetretenen Verbesserungen nach Gründung der DEMM als noch zufrieden stellend (Stufe 3) bewertet.

Impact bzw. "übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen": Oberziel war es, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der ländlichen Bevölkerung im Zielgebiet, insbesondere der Mütter und Kinder, zu leisten. Wenn man den Indikator der Verringerung der Müttersterblichkeit – wie das heute in vergleichbaren Vorhaben „state of the art“ ist, anlegen würde, ist von einer positiven Entwicklung auszugehen. So lag die Müttersterblichkeit im Jahr 1990 bei 810 pro 100.000 Lebendgeburten, konnte aber laut UNFPA auf 543 im Jahr 2005 gesenkt werden. Mehr als die Hälfte der ivoirischen Frauen (56%) entbinden in einem öffentlichen Krankenhaus (nur 2% in einer privaten modernen Einrichtung). Rund ein Drittel der Frauen zieht die Geburt zuhause vor, was im westafrikanischen Kontext relativ niedrig ist. Schwangere Frauen gelangen oftmals erst durch einen Verweis durch die Basisgesundheitsseinrichtungen in die Krankenhäuser, um dort ihre Kinder zu gebären. Insofern ist ein Zusammenhang zwischen der Nutzung der Gesundheitseinrichtungen und der Verbesserung der Müttergesundheit zu vermuten; Nachweise liegen jedoch nicht vor.

Ein weiterer „state of the art“ Oberzielindikator ist die Reduzierung der Säuglingssterblichkeit. Diese lag laut PP bei 96 pro 1.000 Lebendgeburten im Jahr 1999 und stieg bis zum Jahr 2004 auf 118 pro 1.000 (WHO 2006), was u.a. mit der Verschlechterung der Lebensverhältnisse aufgrund der politischen Krise zu erklären ist. In der AK wurde als Oberzielindikator das gewichtete Mittel der Infektionsrate von Neugeborenen mit Tetanus in der Programmregion festgelegt und mit einem Zielwert von < 10/100.000 Einwohner beziffert. Die Infektionsrate lag im Jahr 1995 bei 7,3/100.000 Einwohnern. Aktuelle Vergleichswerte liegen nicht vor, so dass Aussagen über die Entwicklung der Infektionsrate nicht möglich sind. Die nationalen Impfprogramme wurden allerdings während der politischen Unruhen nicht unterbrochen, so dass die Impfrate gegenwärtig nach Angaben des Gesundheitsministeriums bei rund 90% liegt.

Insgesamt sind die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen etwa 13 Jahre nach Beendigung des Vorhabens und nach der militärisch-politischen Krise nur schwer zu beurteilen und die Wirkungszusammenhänge kaum nachweisbar, insbesondere auch weil Informationen zu den Nutzerraten der Gesundheitszentren nach Inbetriebnahme nicht vorliegen. Auf eine Bewertung der übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen wird von daher verzichtet.

Nachhaltigkeit: Die Nachhaltigkeit des Vorhabens kann an der Nutzung der Einrichtungen im Programmgebiet durch die Bevölkerung, insbesondere der Frauen, abgelesen werden, die die von der FZ rehabilitierten Gesundheitszentren weiterhin aufsuchen. Dort sind immer noch Ausrüstungs- und Einrichtungsgegenstände aus den FZ-Lieferungen in Benutzung. Allerdings sind die Einrichtungen insgesamt heute in einem schlechten baulichen Zustand, weil fast alle Dächer undicht sind. Die Zentren wurden bereits in den 1980er Jahren erbaut und in den 1990er Jahren von der FZ rehabilitiert, so dass die Ermüdung des Materials zum heutigen Zeitpunkt ganz natürlich ist.

Die Distrikte haben seit Jahren so gut wie keine eigenen Einnahmen mehr. Bereits in der Mitte der 90er Jahre wurde beklagt, dass den Wartungseinheiten auf Distriktebene zu wenig Geld zugewiesen wurde, um sie in die Lage zu versetzen, ihre Wartungs- und Instandhaltungsarbeiten in den verstreut liegenden Gesundheitseinrichtungen durchzuführen. Auch das Gesundheitsministerium kann derzeit aufgrund der prekären Lage keine der notwendigen Investitionen zum Erhalt aufbringen. Allerdings beginnt die Europäische Union gerade mit einem großen Wiederaufbau-Programm im Norden des Landes, das auch periphere Gesundheitseinrichtungen in der Programmregion mit einschließt.

Neben der Zentralebene mit Ministerium und angeschlossenen Direktionen gibt es heute im ivoirischen Gesundheitssystem 19 Regionaldirektionen, die die insgesamt 72 Gesundheitsdistrikte koordinieren und Aufsicht über diese führen. Jeder Distrikt verfügt über ein Referenzsystem zur Unterstützung der Gesundheitsstationen auf der ersten Ebene. Allerdings funktioniert dieses System derzeit kaum als Folge der inneren Krise. Bereits der Transport stellte und stellt ein Problem dar, was aufgrund der mangelnden Mittelzuweisung auch in naher Zukunft ein Problem für die verbesserte Gesundheitsversorgung sein dürfte.

In fast allen besuchten Einrichtungen funktionieren nach wie vor die „Comités de Gestion“. Sie wurden im Rahmen der deutschen EZ-Vorhaben insbesondere zur finanziellen Überwachung der Zentren eingerichtet und dienen u.a. auch der Bestellung von Medikamenten über (funktionierende) rotierende Medikamentenfonds.

Insgesamt macht die prekäre Post-Konflikt-Situation (Friedensplan mit bevorstehender Präsidentenwahl, begrenzter Staatshaushalt, eingeschränkte Geberpräsenz sowie Probleme mit der internen Migration und der jetzt stattfindenden Rückwanderung in die zerstörten Gebiete) Aussagen zur weiteren Nachhaltigkeit der Maßnahmen besonders schwierig. Die Nachhaltigkeit wird jedoch angesichts der Tatsache, dass die Ausrüstungen und Einrichtungen, die im Rahmen des FZ-Vorhabens geliefert wurden, weiterhin funktionieren bzw. genutzt werden, als befriedigend (Stufe 3) beurteilt.

Unter der Berücksichtigung der Teilnoten für die Relevanz, die Effizienz (Produktionseffizienz) und die Nachhaltigkeit sowie den genannten Einschränkungen bewerten wir die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens als zufrieden stellend (Stufe 3).

Programmübergreifende Schlussfolgerungen

Investitionen zur Förderung von Basisgesundheitsseinrichtungen sind nach wie vor wichtig, um gerade den Armen – die Mehrheit der ländlichen Bevölkerung – Zugang zu medizinischen Dienstleistungen zu gewähren, die zumindest eine Grundversorgung garantieren und im Bereich der Prävention tätig sind. Dazu gehören Impfungen von Kindern wie auch die Schwangerenvorsorge. Gleichzeitig muss dafür soweit wie möglich Sorge getragen werden, dass ein funktionierendes Instandhaltungssystem bereitgehalten wird, um die einmal getätigten Investitionen zu verstetigen.