

Guinea: 1.) Ländliche Gesundheitsversorgung Faranah
 2.) Nationales Gesundheitsprogramm

Schlussprüfung

OECD-Förderbereich	12230/ Infrastruktur im Bereich Basisgesundheit	
BMZ-Projektnummer	1.) 1993 65 776 (Investition) 2.) 1994 65 279 (Investition), 1995 144 (Aus- und Fortbildung, A+F)	
Projektträger	Gesundheitsministerium Ministère de Santé Publique	
Consultant	CES, Consulting Engineers, Salzgitter EPOS Health Consultants, Bad Homburg	
Jahr der Schlussprüfung	2002	
	Projektprüfung (Plan)	Schlussprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	1.) 2. Quartal 1994 2.) 2. Quartal 1994 A+F) 7/1996	4. Quartal 1995 4. Quartal 1995 7/1996
Durchführungszeitraum	1.) 24 Monate 2.) 24 Monate A+F) 36 Monate	45 Monate 44 Monate 54 Monate
Investitionskosten	1.) 3,14 Mio EUR 2.) 4,04 Mio EUR A+F) 0,92 Mio EUR	3,55 Mio EUR 3,63 Mio EUR 0,92 Mio EUR
Eigenbeitrag	1.) - 2.) 0,41 Mio EUR A+F) -	0,45 Mio EUR - -
Finanzierung aus FZ-Mitteln	1.) 3,14 Mio EUR 2.) 3,63 Mio EUR A+F) 0,92 Mio EUR	3,10 Mio EUR 3,63 Mio EUR 0,92 Mio EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	1.) GTZ 2.) UNICEF	GTZ GTZ, DED, Médecins sans Frontières (Luxembourg)
Erfolgseinstufung	1.) Ländliche Gesundheitsversorgung Faranah: 3 2.) Nationales Gesundheitsprogramm: 4	
• Signifikanz/Relevanz	1.) 3 2.) 3	
• Effektivität	1.) 3 2.) 4	
• Effizienz	1.) 3 2.) 4	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren

Oberziel beider Vorhaben ist ein Beitrag zur Reduzierung der Sterblichkeit, insbesondere von Kindern und Müttern, in den Programmregionen, der Präfektur Faranah und fünf Präfekturen in Mittel- und Oberguinea. Das Programmziel beider Vorhaben lautet: Qualitative und quantitative Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in den Programmregionen. Über eine vermehrte Nutzung leistungsfähiger Dienste sollte ein Beitrag zum Oberziel geleistet werden.

Für beide Vorhaben wurden übereinstimmend folgende Indikatoren für die Programmzielerreichung formuliert:

- Abdeckung von 50% der Zielgruppe bei Schwangerenvorsorgemaßnahmen innerhalb von 3 Jahren nach Inbetriebnahme
- Abdeckung von 75% der Zielgruppe bei Schutzimpfungen für Kleinkinder innerhalb von 3 Jahren nach Inbetriebnahme
- Erreichung und Beibehaltung einer positiven Betriebskostendeckung in mindestens 70% der Gesundheitszentren
- Funktionsfähigkeit von Gesundheitskomitees in 90% der Unterpräfekturen

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

Beide Vorhaben sind eingebettet in das nationale Primärgesundheitsprogramm, zu dessen Schwerpunkten die landesweite flächendeckende Versorgung mit Gesundheitseinrichtungen gehört. Das Vorhaben ländliche Gesundheitsversorgung Faranah (LGF), ein FZ/TZ-Kooperationsvorhaben, beinhaltet für den FZ-Teil Ausbau und Rehabilitierung des Krankenhauses Faranah, Bau bzw. Rehabilitierung eines städtischen und 7 ländlicher Gesundheitszentren, sowie die Errichtung eines Bürogebäudes, jeweils in der Gesundheitsdirektion in der Präfektur Faranah. Komplementär hierzu wurden durch TZ Trägerförderungsmaßnahmen für den Krankenhausbereich und die präventiv-medizinischen Dienste durchgeführt. Im Nationalen Gesundheitsprogramm (NGP) wurden Neubau oder Rehabilitierung von 17 Gesundheitszentren und 3 Bürogebäuden für Gesundheitsverwaltungen in fünf Präfekturen finanziert. Zur Absicherung des Programmserfolgs wurde eine A+F-Maßnahme für das Gesundheitspersonal durch den DED erbracht. Die Gesundheitszentren und das Krankenhaus wurden mit medizinischen und nichtmedizinischen Geräten sowie mit Verbrauchsgütern ausgerüstet.

Der Durchführungsbeginn verzögerte sich wegen erheblicher Verzögerungen bei der Unterzeichnung des Finanzierungsabkommens. Die Durchführungsperiode verlief langsamer als geplant (verzögerte Auftragsvergabe, mangelnde Leistungsfähigkeit insbesondere lokaler Klein- und Mittelunternehmen sowie schwieriges geographisches Terrain). Die im Rahmen des NGP ursprünglich vorgesehene Zusammenarbeit mit UNICEF kam wegen Uneinigkeiten über Ziele und Maßnahmen nicht zustande. Stattdessen wurde der DED mit der Abwicklung der A+F Maßnahme betraut. Eine nach der Programmprüfung erfolgte Verwaltungsreform führte zusätzlich zu einer Zersplitterung des NGP-Programmgebiets auf drei neu geschaffene Verwaltungsregionen. Da dies organisatorisch für den DED nicht zumutbar war, erfolgte in Abänderung der Planung letztlich die begleitende A+F-Maßnahme durch den DED in der gesamten Region Kankan, in der jedoch nur zwei der fünf FZ-Programmpräfekturen (Siguiri und Kankan) lagen. Komplementäre TZ-Maßnahmen in den anderen Präfekturen erfolgten durch Médecins sans Frontières, Luxembourg (Präfektur Mamou) und GTZ (Präfekturen Dabola und Dinguiraye).

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Die intendierten Wirkungen der besseren medizinischen Versorgung konnten bislang nicht in vollem Umfang erzielt werden. Faktoren außerhalb der Beeinflussbarkeit von FZ-Maßnahmen und personeller Unterstützung kamen ins Spiel. Insofern ist eine Auswirkung auf die Gesundheitssituation zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht eindeutig festzustellen und der Anteil der Programmmaßnahmen an nach längerer Betriebszeit beobachtbaren Verbesserungen wird schwer quantifizierbar bleiben. Zweifellos wurde jedoch durch den Bau neuer Gesundheitszentren ein erheblicher Beitrag geleistet, wenngleich diese teilweise unterausgelastet sind und sich hier bislang kein einheitlich positiver Trend ablesen lässt. Mittelbar sind vor allem durch verbesserte präventive Leistungen und qualifizierte, rascher erreichbare kurative Dienste eine geringere Krankheitshäufigkeit und kürzere Ausfallzeiten durch Krankheit zu erwarten. Dies lässt sich jedoch nicht im Einzelnen quantifizieren.

Die Bereitstellung frauenspezifischer Infrastruktur und Ausstattung (Entbindungsräume, -betten, Instrumente) sowie von Ausbildungsinhalten, die auf eine Verbesserung der Gesundheitssituation für Frauen zielen, sind prioritäre Programmbestandteile und damit ein wesentliches Nebenziel beider Vorhaben. Als problematisch ist zumindest in einigen Regionen fehlendes weibliches Personal in den Gesundheitszentren einzuschätzen, da es teilweise eine unüberwindliche Barriere für die Nutzung geburtshilflicher Dienste durch die Frauen der betreffenden Ethnie (hier der *Peul*) bedeutet.

Die Umweltrelevanz beider Vorhaben ist in Teilbereichen nicht akzeptabel. Eine befriedigende Situation der Abfallentsorgung wurde in keinem der Gesundheitszentren angetroffen. Auch im Krankenhaus Faranah wurden bio-medizinische Abfälle vor Verbrennung nicht sachgerecht gelagert. Hier sind weitere Maßnahmen, u.a. der TZ erforderlich: Ein entsprechendes Handbuch, das in Zusammenarbeit der GTZ mit dem erarbeitet wurde, steht kurz vor der Verabschiedung und Verbreitung.

Die Programmgebiete gehören mit einem Anteil von Armen weit über 40% zu den Ärmsten in Guinea. Die Beteiligung der Zielgruppen an der Verwaltung der Gesundheitszentren ist ausdrücklich vorgesehen, bisher aber nur partiell befriedigend umgesetzt. Durch verbesserten Zugang und Mobilisierung der Bevölkerung für kostenlose Vorsorgemaßnahmen wird ein Beitrag zur Minderung der Krankheitsbelastung und dadurch höherer Produktivität angestrebt. Ein Beitrag beider Programme zur unmittelbaren Armutsbekämpfung ist daher gegeben.

Die mit der Unterfinanzierung des Gesundheitswesens einhergehende schlechte Entlohnung des Personals hat dazu geführt, dass landesweit ein System von inoffiziellen Zuzahlungen für Dienstleistungen üblich ist. Diese inoffiziellen Aufschläge an das Gesundheitspersonal („sur-tarification“) ist ein wesentlicher Grund für die geringe Nutzung der Gesundheitsdienste. An der damit verbundenen geringen Motivation des Personals und seiner Haltung gegenüber den Patienten können verbesserte Arbeitsbedingungen und Infrastruktur sowie TZ-Maßnahmen zur Personalqualifizierung allein wenig ändern. Letztere konnten in den vorliegenden Programmen wegen Schwächen der zeitlichen und inhaltlichen Koordination zudem die FZ-Maßnahmen nicht optimal ergänzen.

Die Bewertung der Entwicklung objektiver Kenndaten der Gesundheitszentren ist teilweise durch Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Unvollständigkeit beeinträchtigt. Als Beispiele seien genannt: Verfälschende Einflüsse durch Flüchtlingszuwanderungen aufgrund kriegerischer Konflikte in Nachbarstaaten oder die Neubesetzung von Gesundheitszentren mit inkompetentem Personal.

In Bezug auf die Zielerreichung erreicht das LGF mit Ausnahme des Indikators, der den Anteil funktionierender Gesundheitskomitees misst, die gesetzten Zielparameter. Die Effektivität des

LGF halten wir daher für ausreichend wirksam (Stufe 3). Das NGP hingegen verfehlt alle vier Indikatoren. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass dort die Ausgangswerte deutlich schlechter und die relativen Zuwächse der einzelnen Parameter besser waren. So zeigen sich signifikante Verbesserungen in der Nutzung von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen (+36%) und Schutzimpfungen (+81%), die Zielwerte werden jedoch um rd. 10 bzw. 15% unterschritten. Nicht erreicht wird der Indikator betreffend positiver Betriebsergebnisse (-28%) und funktionierender Komitees. Wir halten daher die Nachhaltigkeit – trotz positiver Entwicklung in der bisherigen Betriebszeit - nicht für gegeben und stufen die Effektivität des NGP als nicht mehr ausreichend ein (Stufe 4).

Der Aufbau funktionaler Strukturen und Ausstattung sowie Qualifizierung von Personal im Fach- und Managementbereich ist von hoher Relevanz für die Bereitstellung qualitativ guter Dienste. Sie stellen damit signifikante, aber nicht hinreichende Beiträge zur Verbesserung der Gesundheitssituation dar. Wir halten entsprechende positive Wirkungen aber für plausibel. Es wurden bauliche Strukturen geschaffen, die von anderen Gebern (Weltbank) als Muster übernommen wurden. Allerdings konnten die Potenziale durch Koordinationsprobleme mit der personellen Unterstützung nicht voll ausgeschöpft werden und es bestehen weiterhin gravierende sektorale Probleme. Insgesamt sehen wir für beide Vorhaben noch ausreichende Relevanz und Signifikanz (Stufe 3).

Mitteinsatz und -aufwand waren für beide Programme hoch. Kostensteigerungen ergaben sich zusätzlich u. a. durch die Abgelegenheit vieler Standorte. Die Angemessenheit von Auslegung und angepasster Technologie ist insgesamt positiv zu bewerten ist. Die Mindestanforderung (positives Betriebskostenergebnis zur Sicherung der Finanzierung von Betrieb und Wartung bei 70% der Gesundheitszentren) ist im NGP derzeit nur in gut der Hälfte der besuchten Gesundheitszentren erfüllt. Daher ist für das NGP keine ausreichende Effizienz mehr gegeben (Stufe 4). Im LGF ist dieser Indikator erfüllt, so dass wir die Stufe 3 vergeben.

Daraus ergibt sich für das LGF eine insgesamt noch ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit (Stufe 3), während diese für das NGP insgesamt nicht mehr ausreichend ist (Stufe 4).

Projektübergreifende Schlussfolgerungen

In Kooperationsvorhaben sollten klare, schriftliche Vereinbarungen in den wichtigen Planungsdokumenten von TZ und FZ getroffen werden, z.B. welche Indikatoren durch wen (Träger, GTZ, andere) und wann gemessen werden sollten.

Bei der Formulierung von Auflagen zur Personalbereitstellung sollte darauf geachtet werden, dass das „erforderliche“ Personal auch weibliches Personal in ausreichender Zahl beinhaltet.

Die schlechte Entlohnung des Gesundheitspersonals dämpft über die illegal erhöhten Gebühren („sur-tarification“) grundsätzlich die vorhandene Nachfrage. Diese Problem ist strukturell bedingt und nur mittelfristig zu lösen. Alternativ sollten bei Neuvorhaben auch Überlegungen und Studien für private Gesundheitsdienstleistungsmodelle im ländlichen Raum angestellt werden, die ein höheres Versorgungsniveau mit wirtschaftlicheren Betriebskonzepten sicherstellen können.

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.