

Indonesien: Verbesserung der Gesundheit in Nusa Tenggara Timur

Ex Post-Evaluierungsbericht (Schlussprüfung)

OECD-Förderbereich	12230 / Infrastruktur im Bereich Basisgesundheit	
BMZ-Projektnummer	1998 65 049, 1998 70 122, 2001 253	
Projektträger	Gesundheitsministerium	
Consultant	EPOS	
Jahr des Ex Post-Evaluierungsberichts	2010	
	Projektprüfung (Plan)	Ex Post-Evaluierungsbericht (Ist)
Durchführungsbeginn	3. Quartal 1998	1. Quartal 1999
Durchführungszeitraum	60	96
Investitionskosten	14,6 Mio. EUR	15,1 Mio. EUR
Eigenbeitrag	3,1 Mio. EUR	3,1 Mio. EUR
Finanzierung, davon FZ-Mittel	11,5 Mio. EUR	12,0 Mio. EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	--	--
Erfolgseinstufung	4	
• Relevanz	3	
• Effektivität	3	
• Effizienz	4	
• Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	4	
• Nachhaltigkeit	4	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren

Das Vorhaben der Finanziellen Zusammenarbeit umfasste die bauliche Rehabilitation und Ausstattung von 12 Distriktkrankenhäusern und des Provinzkrankenhauses in der Provinz Nusa Tenggara Timur (NTT) einschließlich Maßnahmen zur Unterstützung von Betrieb und Wartung. Das Vorhaben wurde in Kooperation mit der GIZ durchgeführt. Als Komponente der Technischen Zusammenarbeit wurden Ausbildungsmaßnahmen und Beratungsleistungen für das Krankenhauspersonal und Maßnahmen zur institutionellen und personellen Stärkung der Distriktgesundheitsysteme durchgeführt. Oberziel war es, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung der Provinz NTT zu leisten. Das Projektziel war die quantitative und qualitative Verbesserung der Krankenhausleistungen sowie deren intensivere Nutzung.

Als Indikator für das Oberziel wurde im Rahmen der Ex Post-Evaluierung die Veränderung der Mütter- und der Kindersterblichkeitsraten in NTT definiert. Für das Projektziel wurden folgende Indikatoren bei Projektprüfung etabliert:

- die Zahl der von Basisgesundheitsseinrichtungen ins Krankenhaus überwiesenen Patienten steigt an;
- in allen durch das Vorhaben erfassten Krankenhäusern sind die chirurgischen Abteilungen drei Jahre nach Abschluss der jeweiligen Rehabilitierungsmaßnahmen voll funktionsfähig und
- in allen durch das Vorhaben erfassten Krankenhäusern ist die Anzahl der jährlichen stationären Patientenaufnahmen sowie die Bettenbelegungsquote (BOR) drei Jahre nach Abschluss der jeweiligen Rehabilitierungsmaßnahmen um mindestens 5 % gewachsen.

Zielgruppe des Vorhabens war die Bevölkerung der Provinz NTT, insbesondere Frauen, Säuglinge und Kleinkinder sowie die arme Bevölkerung. Grundsätzlich sind für diese die Primargesundheitsseinrichtungen die erste Anlaufstelle.

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

Hauptkomponente der FZ-Investition war die Ausstattung der Krankenhäuser mit modernen medizinischen und nicht-medizinischen Geräten, die in zwei internationalen Ausschreibungen bis September 2006 abgewickelt wurden. Die beschafften Geräte umfassten hauptsächlich Medizintechnik zur Ausstattung der chirurgischen Abteilungen, Laborausrüstung, aber auch Werkzeug zur Wartung, Haustechnik und Bürogeräte. Abweichend von der Planung wurden zudem umfangreiche Ersatzinvestitionen für die Bettentrakte geleistet und die vorgesehenen Ambulanzfahrzeuge nicht aus dem FZ-Beitrag, sondern aus dem indonesischen Eigenbeitrag beschafft. Die Baumaßnahmen wurden komplett von indonesischer Seite als Teil des Eigenbeitrags finanziert.

Die Personelle Unterstützung wurde in zwei Phasen durchgeführt. 2001 wurden in allen Krankenhäusern Unternehmenskonzepte und Geschäftspläne entwickelt, die als Grundlage für die Investitionen dienen sollten. In einer zweiten Projektphase folgten 2004 Trainingsmaßnahmen zum „Physical Assets Management“, zur verbesserten Pflege sowie zum Leistungsmonitoring. Nachdem während der Umsetzung weiterer Bedarf offensichtlich geworden war, wurden in 2006 zusätzliche technische und klinische Anwendertrainings zu den medizinischen Geräten abgehalten. Insgesamt liegt die Wirkung der Personellen Unterstützung unter den Erwartungen. Das Erlernte wird im Alltag nur in Teilen umgesetzt. So führten z.B. die Maßnahmen im Bereich Gerätemanagement zu keinen nachhaltigen Verbesserungen.

Die Beschaffung der Geräte orientierte sich an den Vorgaben der indonesischen Regierung für Krankenhäuser dieser Kategorien, erfolgte in enger Abstimmung mit dem Träger, den Provinzgesundheitsämtern, und den jeweiligen Krankenhäusern. Als Auswirkung der Dezentralisierungspolitik Indonesiens erfolgte während der Umsetzung der FZ-Maßnahmen eine Änderung der Verantwortlichkeiten. Die Zuständigkeit über die Finanzplanung der Distriktkrankenhäuser ging von den Provinzgesundheitsämtern an die Distriktsgesundheitsämter über.

Zum Zeitpunkt der Prüfung wurden für dieses Vorhaben erhebliche Durchführungs- und Betriebsrisiken sowie Trägerschwächen erkannt und insgesamt ein hohes Risiko für die nachhaltige Zielerreichung gesehen. Dies ist aus heutiger Sicht eine korrekte Einschätzung. Es kam zu erheblichen Laufzeitverzögerungen in der Durchführung bei den Bauleistungen und auch bei der Beschaffung von Geräten. Als weiteres Risiko für den nachhaltigen Betrieb kommt hinzu, dass es nicht gelungen ist in den Krankenhäusern die Grundlage für ein produktives Gerätemanagement zu legen.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Die Nachfrage nach Leistungen der Krankenhäuser hat sich insgesamt erhöht. Es liegt uns allerdings keine Information vor, wie sich die spezifische Nachfrage ärmerer Bevölkerungsgruppen entwickelt hat. Die unverändert für einen Krankenhausbesuch aufzubringenden Transportkosten treffen weiterhin die ärmeren Bevölkerungsgruppen in überproportionaler Weise.

Die Hauptwirkung ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, zu der das erweiterte und qualitativ verbesserte Angebot der Krankenhäuser einen Beitrag leistet. Dies betrifft vor allem MDG 4 und 5 (Mütter- und Kindergesundheit). Grundsätzlich handelt es sich bei der Provinz NTT um eine abgelegene Provinz mit hohem Armutsanteil. Über das mittlerweile eingeführte Krankenversicherungssystem wurde der Zugang zu den Gesundheitsdiensten für Arme erleichtert, auch wenn nach wie vor Zugangsbarrieren bestehen. Durch die verbesserte Ausstattung der Geburtshilfeabteilungen der Krankenhäuser profitierten Frauen in besonderem Maße vom Projekt. Mit dem Vorhaben sind keine Umweltprobleme verbunden. Darüber hinaus konnten allerdings angestrebte Verbesserungen in der Wasserversorgung und dem Abfallmanagement der Krankenhäuser nur teilweise umgesetzt werden.

Relevanz: Ausgangspunkt für den Projektansatz war die fehlende Attraktivität der Krankenhäuser aufgrund eines begrenzten und unzureichenden Leistungsangebotes. Damit wurde ein angebotsseitiger Teilaspekt der Schlüsselprobleme des Sektors als Kernproblem definiert, wesentliche nachfrageseitige Aspekte wie Zugangsbarrieren und auch angebotsseitige wie Personalmangel und mangelnde Personalmotivation durch niedrige Gehälter wurden jedoch zu wenig berücksichtigt. Die Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen stellt ein wichtiges Ziel der indonesischen Gesundheitsstrategie dar, auch wenn sie sich auf das Primärgesundheitswesen und Präventivmedizin konzentriert, so leistet auch die Sekundärgesundheitsebene einen Beitrag. Die erweiterten Funktionen von Distriktkrankenhäusern sowie die Verbesserung des Referenzsystems sind daher relevante Beiträge zur Sektorentwicklung. Während der Durchführungszeit des Vorhabens gehörte der Gesundheitssektor zu den Schwerpunkten der deutsch-indonesischen Entwicklungszusammenarbeit. In der Projektregion sind neben der deutschen EZ im Gesundheitssektor nur wenige Entwicklungspartner, z.B. AUSAID und UNICEF tätig. Für die Projektregion liegt eine Absichtserklärung der Geber zur Orientierung am Masterplan des Gesundheitssektors vor. Die Relevanz des Vorhabens ist aus heutiger Sicht als eingeschränkt, jedoch noch zufrieden stellend zu bewerten (Stufe 3).

Effektivität: Projektziel war es, das Leistungsangebot der 12 Distriktkrankenhäuser und des Provinzkrankenhauses von NTT quantitativ und qualitativ zu verbessern und zur intensiveren Nutzung des verbesserten Leistungsangebots beizutragen. Nach Aussage der Krankenhäuser hat sich durch die Projektmaßnahmen die Akzeptanz der Häuser in der Bevölkerung erhöht. Dies ist u.a. auf die eingeführten Pflegestandards, die Krankenhaushygiene und die größere Patientenorientierung zurückzuführen. Zur Messung der Zielerreichung wurden drei Indikatoren definiert, die wir nach wie vor grundsätzlich für angemessen halten und die nur teilweise erfüllt werden konnten. Zur Zahl der Überweisungen liegen keine belastbaren Angaben vor, da die bestehenden Formate im Referenzsystem oftmals nicht genutzt werden und die Krankenhäuser kein systematisches Monitoring betreiben, was auf die nach wie vor bestehenden Mängel in der Überweisungspraxis verweist. Die Zahl der stationär aufgenommenen Patienten hat sich zwar zwischen 1996 und 2006 leicht erhöht, jedoch hält die angebliche Bettenbelegungsrate (von 65% - Zielwert 60%) statistischen Querprüfungen nicht stand, da die Bettenkapazität im Vergleichszeitraum viel stärker ausgeweitet wurde als die Patien-

tenzahl anstieg. Die chirurgischen Abteilungen sind zwar funktionsfähig, jedoch oft ohne die Nutzung der vom Projekt beschafften Gerätschaften (Nutzungsrate der Großgeräte von ca. 50%). Verbessert hat sich jedoch die Anerkennung der Krankenhäuser in der Bevölkerung, bedingt durch die gestärkte Leistungspalette, die vermehrt genutzt wird. Die in Form begrenzter Trainingseinheiten durchgeführten Ausbildungsmaßnahmen waren wenig geeignet, nachhaltig in die Krankenhausrealität umgesetzt zu werden. So sind die Trainingseffekte insbesondere zu Wartung und Instandhaltung sowie zu Finanzplanung und Krankenhausmanagement hinter den Erwartungen zurück geblieben. Wir beurteilen daher die Effektivität des Vorhabens als gerade noch befriedigend (Stufe 3).

Effizienz: Die Implementierung des Vorhabens begann um 5 Monate verzögert im Dezember 1998. Der Durchführungszeitraum dauerte insgesamt 8 statt der geplanten 5 Jahre. Dies war hauptsächlich auf Verspätungen bei Planung, Ausführung der Infrastruktur sowie der Lieferung der medizinischen Geräte zurückzuführen. Des Weiteren wirkte sich der zunehmend komplexer werdende Konsultationsprozess zwischen den verschiedenen Stakeholdern aufgrund der im Rahmen der Dezentralisierung verschobenen Zuständigkeitsbereiche negativ auf die Durchführungsgeschwindigkeit aus. Eine entsprechende Anpassung des Durchführungskonzeptes fand nicht statt. Hinzu kommt, dass die Maßnahmen der Personellen Unterstützung von FZ und TZ zwar grundsätzlich sinnvoll aufeinander abgestimmt waren, jedoch auf operativer Ebene in den Krankenhäusern nicht zusammen gefunden haben, so dass wenige Synergien entstanden. Nichtsdestotrotz konnten durch Einsparungen bei den Consultingleistungen sowie durch Wechselkursgewinne zusätzliche Ausstattungen für die Krankenhäuser erbracht werden. Aufgrund des relativ großen Anteils nicht genutzter Geräte sowie aufgrund des wegen der zeitlichen Verzögerungen eingetretenen Angebots-Ausfalls wird die Effizienz des Vorhabens als nicht mehr zufrieden stellend (Stufe 4) eingestuft.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen (Impact): Oberziel des Vorhabens war es, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung der Provinz NTT zu leisten. Als Indikatoren hierfür sind die Veränderung der Mütter- und der Kindersterblichkeitsraten in NTT definiert. Diese verzeichneten eine positive Entwicklung: Die Müttersterblichkeit sank von 554 Mütter je 100.000 Lebendgeburten (2004) auf 306/100.000 (2007), was in etwa dem Rückgang auf nationaler Ebene entspricht. Die Kindersterblichkeit (unter 5 Jahren) ist von 60 Kindern je 1.000 Geburten (1997) auf 57/1.000 (2007) zurückgegangen. Fokussiert auf o.g. Indikatoren ist festzustellen, dass die geförderten Krankenhäuser nur zu einem geringen Teil Leistungen der Primärgesundheit abdecken, so dass das Vorhaben wohl nur einen geringen Beitrag zu dieser Entwicklung geleistet hat. Die Bestellung von Dorfhebammen und die Schulung von Krankenschwestern in Geburtshilfe sowie die Einführung eines Krankenversicherungssystems mit kostenlosem Zugang für Arme dürften weitere, entscheidende Einflussfaktoren der Entwicklung gewesen sein. Der Beitrag der Krankenhäuser zur Primärgesundheit wird weiter eingeschränkt durch die nach wie vor bestehenden Zugangsbarrieren für Arme und ein schlecht dokumentiertes Referenzsystem, dessen Funktionalität kaum nachzuvollziehen ist. In der Folge stufen wir den Beitrag des Vorhabens zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung von NTT als nicht mehr ausreichend (Stufe 4) ein.

Nachhaltigkeit: Obwohl die Projektkonzeption über Personelle Unterstützung und die Kooperation mit der GTZ wesentliche Aspekte für Betrieb und Wartung sowie Nachhaltigkeit einschloss, konnten keine nachhaltige Verbesserung im „Physical Asset Management“ erreicht werden. Wie bereits erwähnt, werden nur rd. 50% der gelieferten Geräte genutzt. Da keines der Projektkrankenhäuser ein funktionierendes Organisations- und Finanzierungs-Konzept für Wartung und Reparaturen vorweisen konnten und

durch die starke Personalrotation kaum Know-how zum Bedienen und Instandhalten der Geräte gebunden werden kann, bestehen erhebliche Risiken bei der nachhaltigen Nutzung der Geräte fort. Trotz der Priorisierung des Gesundheitssektors durch die indonesische Regierung kann aufgrund der unzureichenden Kapazitäten und Gesundheitsbudgets der Distriktverwaltungen nicht von einem nachhaltigen Management ausgegangen werden. Insgesamt wird die Nachhaltigkeit des Vorhabens daher als nicht zufrieden stellend (Note 4) beurteilt.

Insgesamt ergibt sich für das Vorhaben eine nicht mehr zufrieden stellende Gesamtbewertung (Stufe 4).

Projektübergreifende Schlussfolgerungen

Eine große Herausforderung in der Umsetzung dieses Vorhabens war der Wechsel der Verantwortlichkeiten durch Übergang der Zuständigkeit für die Krankenhäuser vom Provinzgesundheitsamt auf die Distriktverwaltungen. Der vorliegende Fall verdeutlicht die erheblichen Risiken für den Projekterfolg, die solche politischen Entwicklungen mit sich bringen.

Für ähnliche Vorhaben, die eine große Beschaffungskomponente medizinischer Ausstattung umfassen, sollten insbesondere Kriterien wie eine möglichst einheitliche Markenstruktur der beschafften Geräte, die Verfügbarkeit von Ersatzteilen und Verbrauchsgütern im Land sowie auf die Rahmenbedingungen abgestimmte technische Spezifikationen stärker berücksichtigt werden.

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den Kriterien Relevanz, Effektivität, Effizienz, übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen als auch zur abschließenden Gesamtbewertung der entwicklungspolitischen Wirksamkeit wird eine sechsstufige Skala verwendet. Die Skalenwerte sind wie folgt belegt:

Stufe 1	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
Stufe 2	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
Stufe 3	zufrieden stellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
Stufe 4	nicht zufrieden stellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
Stufe 5	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
Stufe 6	das Vorhaben ist nutzlos bzw. die Situation ist eher verschlechtert

Die Stufen 1-3 kennzeichnen eine positive bzw. erfolgreiche, die Stufen 4-6 eine nicht positive bzw. nicht erfolgreiche Bewertung.

Das Kriterium Nachhaltigkeit wird anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet:

Nachhaltigkeitsstufe 1 (sehr gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit unverändert fortbestehen oder sogar zunehmen.

Nachhaltigkeitsstufe 2 (gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nur geringfügig zurückgehen, aber insgesamt deutlich positiv bleiben (Normalfall; „das was man erwarten kann“).

Nachhaltigkeitsstufe 3 (zufrieden stellende Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich zurückgehen, aber noch positiv bleiben. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die Nachhaltigkeit eines Vorhabens bis zum Evaluierungszeitpunkt als nicht ausreichend eingeschätzt wird, sich aber mit hoher Wahrscheinlichkeit positiv entwickeln und das Vorhaben damit eine positive entwicklungspolitische Wirksamkeit erreichen wird.

Nachhaltigkeitsstufe 4 (nicht ausreichende Nachhaltigkeit): Die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens ist bis zum Evaluierungszeitpunkt nicht ausreichend und wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht verbessern. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die bisher positiv bewertete Nachhaltigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit gravierend zurückgehen und nicht mehr den Ansprüchen der Stufe 3 genügen wird.

Die Gesamtbewertung auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der fünf Einzelkriterien gebildet. Die Stufen 1-3 der Gesamtbewertung kennzeichnen ein „erfolgreiches“, die Stufen 4-6 ein „nicht erfolgreiches“ Vorhaben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Vorhaben i.d.R. nur dann als entwicklungspolitisch „erfolgreich“ eingestuft werden kann, wenn die Projektzielerreichung („Effektivität“) und die Wirkungen auf Oberzielebene („Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“) als auch die Nachhaltigkeit mindestens als „zufrieden stellend“ (Stufe 3) bewertet werden.