

Madagaskar: Basisgesundheitsdienste Region Mahajanga

Ex Post-Evaluierungsbericht (Schlussprüfung)

OECD-Förderbereich	12220 - Basisgesundheitsdienste	
BMZ-Projektnummer	1.) 1995 669 02 2.) 1998 670 52	
Projektträger	Gesundheitsministerium Madagaskar	
Consultant	GTZ IS	
Jahr des Ex Post-Evaluierungsberichts	2008	
	Projektprüfung (Plan)	Ex Post-Evaluierungsbericht (Ist)
Durchführungsbeginn	1.) 4. Quartal 1996 2.) 1. Quartal 2003	1.) 3. Quartal 1998 2.) 2. Quartal 2003
Durchführungszeitraum	1.) 66 Monate 2.) 36 Monate	1.) 48 Monate 2.) 36 Monate
Investitionskosten	1.) 2,05 Mio. EUR 2.) 2,48 Mio. EUR	1.) 2,05 Mio. EUR 2.) 2,43 Mio. EUR
Eigenbeitrag	1.) – 2.) 0,43 Mio. EUR	1.) – 2.) 0,4 Mio. EUR
Finanzierung, davon FZ-Mittel	1.) 2,05 Mio. EUR 2.) 2,05 Mio. EUR	1.) 2,05 Mio. EUR 2.) 2,05 Mio. EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	GTZ	GTZ
Erfolgseinstufung	3	
• Relevanz	2	
• Effektivität	2	
• Effizienz	3	
• Übergeordnete entwicklungs-politische Wirkungen	3	
• Nachhaltigkeit	3	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Programmziele mit Indikatoren

Das Vorhaben Basisgesundheitsdienste Region Mahajanga wurde in Kooperation mit einem laufenden TZ-Vorhaben durchgeführt (Kooperationsvorhaben, KV). Es sollte einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der überwiegend armen madagassischen Bevölkerung in der Region Mahajanga leisten (Oberziel). Programmziel war die Verbesserung der regionalen Gesundheitsversorgung. Durch Investitionen in die materielle Infrastruktur von Basisgesundheitsdiensten, den Neubau von Personalwohnheimen und die Teilrehabilitierung von Distriktkrankenhäusern sollten sowohl

die Qualität der Gesundheitsdienste als auch deren Akzeptanz bei der Zielgruppe erhöht werden. Gleichzeitig sollte im Rahmen der madagassischen Dezentralisierungspolitik die Etablierung von weitgehend unabhängigen Gesundheitsdistrikten unterstützt werden. Das TZ-Vorhaben zielte u.a. darauf ab, durch entsprechende Beratung des Programmträgers zur Sicherung des Betriebs der realisierten Infrastruktur beizutragen. Als Indikatoren für die Oberzielebene wurden im Rahmen der Schlussprüfung die Senkung der Müttersterblichkeitsrate, der Säuglingssterblichkeitsrate und der Geburtenrate festgelegt. Für die Messung der Programmzielerreichung wurden u.a. folgende Indikatoren genutzt: Anzahl der kurativen Erstkontakte in Basisgesundheitszentren, die Nutzung von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen und der Prozentsatz mittelloser Nutzer von Gesundheitsdiensten.

Konzeption des Vorhabens

Während die deutsche TZ bereits seit 1987 ein Gesundheitsvorhaben in der Region Mahajanga unterstützte, beteiligte sich die deutsche FZ erst ab 1995 daran. Die TZ förderte insbesondere den Ansatz des Gesundheitsdistrikts mit der Stärkung dezentraler Strukturen (Distriktmanagement-Teams, Medikamentenversorgung über Gemeindeapotheken), die Ausweitung der Familienplanungsdienste sowie die Bevölkerungsbeteiligung an den Kosten der Gesundheitsversorgung und der Verwaltung der Gesundheitszentren. Die Notwendigkeit funktionsgerechter Infrastruktur und Ausrüstung beim Aufbau des Distriktgesundheitswesens im Programmgebiet war bereits 1992 konzeptionell als TZ/FZ- Kooperationsvorhaben berücksichtigt worden. Nach der FZ-Programmprüfung 1995-96 kam es u.a. wegen politischer Blockaden jedoch erst ab 1999 zur Durchführung des KV. In Ergänzung der TZ-Maßnahmen finanzierte die FZ die Rehabilitierung bzw. den Neubau von medizinischer Grundinfrastruktur, Personalwohnheiten und Ausbildungsstätten sowie betriebsnotwendige Ausrüstung und Wasser- und Stromversorgung. Die GTZ wurde als Durchführungsconsultant für das FZ-Vorhabens beauftragt.

Angesichts der großen Verzögerungen ebenso wie zwischenzeitlich geänderter staatlicher Vorgaben bewährte sich die offene Planung des Vorhabens, so dass sich die Bau- und Ausrüstungsmaßnahmen am jeweils aktuellen Bedarf orientierten. Letzteres eröffnete auch die Möglichkeit einer FZ-Finanzierung für die Einführung eines sozialen Ausgleichsfonds für die Behandlung der ärmsten Bevölkerungsgruppen (Fonds d'équité) an einem der rehabilitierten Distriktkrankenhäuser. Diese Innovation entsprach der Neufokussierung auf den Aspekt der Armutsminderung in der letzten Phase des TZ-Vorhabens und hatte Vorbildfunktion für das Land.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

In der entwicklungspolitischen Gesamteinschätzung kommen wir zu folgenden Bewertungen:

Relevanz: Das KV zielte auf die Lösung eines wesentlichen Problems der Zielgruppen ab, nämlich ihren Bedarf an adäquaten Gesundheitsdienstleistungen zu befriedigen und ihnen die Nutzung der Dienste zu ermöglichen. Die Relevanz der sozialen Ausgleichsfonds für die Behandlung von ärmsten Zielgruppen in Gesundheitszentren und Distriktkrankenhäusern ist als sehr hoch zu bewerten. Das KV hat die madagassische Regierung in ihren wesentlichen Entwicklungsstrategien unterstützt, sei es in Bezug

auf die Umsetzung der Dezentralisierungspolitik im Gesundheitsbereich oder die nationale Strategie zur Armutsbekämpfung. Das Vorhaben war mit allen wichtigen internationalen Entwicklungspartnern im Gesundheitsbereich vernetzt und hat aktiv an der koordinierten Politikberatung und -umsetzung teilgenommen. In der Programmregion selber wurden durch die Zusammenarbeit mit anderen Gebern synergetische Effekte erzielt (z.B. Impfprogramm mit UNICEF). Mit seiner Orientierung auf Grundbedürfnisse, Gleichberechtigung der Geschlechter, Armutsminderung, MDGs, sexuelle und reproduktive Gesundheit einschließlich HIV/AIDS, Trägerdiversifizierung und Dezentralisierung stimmen die vom KV verfolgten Ansätze auch heute mit den Grundlinien der deutschen Entwicklungspolitik und den einschlägigen Sektorvorgaben des BMZ überein. Die Relevanz des Vorhabens wird als gut (Stufe 2) eingestuft.

Effektivität: Die Erreichung der angestrebten Wirkungen des KV kann für die gemeinsam von FZ und TZ unterstützten Distrikte als weitestgehend erfolgreich angesehen und auf deren Maßnahmen zurückgeführt werden. Im Einzelnen haben sich die Programmzielindikatoren wie folgt entwickelt: In der Provinz Mahajanga lag bei Beginn der FZ-Maßnahmen 1999 die Zahl der kurativen Erstkontakte bei 32% bezogen auf die Einwohnerzahl im Einzugsbereich, in Madagaskar insgesamt bei 42%. FZ-Zielvorgabe zum Ende der Maßnahmen war ein Wert von kurativen Kontakten/Einwohnerzahl > 0,6 in den unterstützten Gesundheitszentren. Festzuhalten ist, dass die Nutzung der unterstützten Zentren immer erheblich über dem Durchschnitt der Provinz gelegen hat und 2007 die angestrebten 60% ungefähr erreichte. Gemäß der verfügbaren Gesundheitsstatistik variierte die Rate der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen im Programmverlauf mit einer Abnahme in 2004 und starkem Anstieg von 2005 auf 2006. Die Rate lag in den nicht unterstützten Provinzregionen über die Jahre immer unter der der unterstützten Regionen. 2007 lag die Quote bei ca. 84% in der Programmregion, in den übrigen Provinzregionen bei ca. 65%. Der Indikator der Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen durch Arme bezieht sich v.a. auf die Wirkung des sozialen Ausgleichsfonds zur Behandlung der besonders armen Bevölkerung, wofür das TZ-Vorhaben mehr als einen Kontakt pro Jahr (WHO-Standard, der allerdings in frankophonen Entwicklungsländern erfahrungsgemäß nicht erreicht wird) angestrebt hatte. Gegenüber dem Ausgangswert von 0,6 (2004) konnte zwar nicht das Ziel, aber eine Steigerung auf 0,72 erreicht werden. Vor diesem Hintergrund wird die Effektivität des KVs als gut (Stufe 2) bewertet.

Effizienz: Für die Realisierung des KV wurden von TZ und FZ im Programmzeitraum ca. 14,07 Mio. EUR bereitgestellt. Daten für eine detaillierte Effizienzbewertung sind nicht verfügbar. Annäherungsweise lassen sich die Kosten pro Einwohner ermitteln. Ausgehend von einer Gesamtbevölkerung der Provinz Mahajanga von 2 Mio., ergibt sich eine Förderung von 0,70 EUR pro Jahr und Einwohner. Für die geförderten Distrikte wird die Bevölkerung auf 650.000 geschätzt, was einen Förderungsbetrag von jährlich 2,16 EUR pro Kopf bedeutet. Gemessen an international geschätzten Kosten für die Basisgesundheitsversorgung gepaart mit Infrastrukturmaßnahmen erscheint dies nicht hoch. Für das FZ-Vorhaben wäre eine Wirtschaftlichkeitsbetrachtung der rehabilitierten bzw. neu gebauten Gesundheitszentren und Krankenhäuser sinnvoll. Es liegen jedoch nur Daten zu den Nutzerraten bzw. zur Auslastung der Krankenhäuser vor. Die Nutzerraten (kurative Erstkontakte) entwickelten sich positiv und erreichten in etwa die angestrebten 60%. Die Bettenbelegung der Krankenhäuser konnte zwar gesteigert werden, entspricht jedoch nicht internationalen Richtwerten. Die zur Bewertung

der Effizienz vorhandenen Angaben lassen nur tendenzielle Aussagen zu, die jedoch eine Einstufung der Effizienz des KV als zufrieden stellend (Stufe 3) rechtfertigen.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen (Impact): Als multifaktoriell beeinflusste Oberzielindikatoren waren die Senkung der Mütter- und der Säuglingssterblichkeitsraten sowie Geburtenrate (Gesamtfruchtbarkeitsrate) im Programmgebiet vorgesehen. Gemäß den nationalen Gesundheitsdaten lag die Ausgangszahl der Säuglingssterblichkeit in der Provinz Mahajanga 1997 bei 112/1.000 Lebendgeburten und sank bis 2003/04 auf 75/1.000. Dieses Ziel wurde demnach erreicht. Die landesweite Entwicklung zeigte im Jahr 1997 99 pro 1.000 Lebendgeburten und wurde bis 2003/04 auf 58/1.000 gesenkt. In der Provinz Mahajanga konnte die Sterblichkeitsrate prozentual stärker reduziert werden, obwohl sie weiterhin über dem Landesdurchschnitt liegt. Als Oberzielvorgabe ging das KV von einer landesweiten Müttersterblichkeitsrate von 5,7/1.000 Lebendgeburten im Jahr 1995 aus, die 2007 auf 3,5/1.000 gesenkt sein sollte. Dieses Ziel konnte mit einiger Sicherheit nicht erreicht werden, Daten liegen jedoch für einzelne Provinzen nicht vor, so dass ein Nachweis für die Programmregion nicht erbracht werden kann. Landesweit zeigte die Entwicklung der Müttersterblichkeit nur eine geringfügige Verbesserung von 1997 mit 507 pro 100.000 Entbindungen zu 469 im Jahr 2003/04. Die Geburtenrate oder Gesamtfruchtbarkeitsrate lag 1997 landesweit bei durchschnittlich 6 Kindern pro Frau im reproduktiven Alter und verringerte sich auf 5,2 im Jahr 2003/04. Für die Programmprovinz Mahajanga entwickelte sich die Geburtenrate von durchschnittlich 6,6 zu 6,1 Kindern pro Frau und folgte damit durchaus dem landesweiten Trend zu weniger Kindern. Die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen werden insgesamt als zufrieden stellend (Stufe 3) bewertet.

Nachhaltigkeit: Eine stichprobenartige Untersuchung, die im Oktober 2008 im Programmgebiet durchgeführt wurde, hat ergeben, dass sich nach Beendigung der FZ-Unterstützung 2006 die Nutzungsraten der Gesundheitszentren verringert haben, synchron mit dem Abwärtstrend in der Gesamtregion. Allerdings wird die Behandlung Mittelloser weiterhin in den Gesundheitszentren und Distriktkrankenhäusern subventioniert. Dies ist ein Hinweis darauf, dass der soziale Ausgleichsfonds von den Zielgruppen angenommen und von den Gesundheitsdiensten umgesetzt wird. Mitte 2008 führte die Regierung zwar ein etwas verändertes Subventionierungsmodell ein, was jedoch als Bestätigung für die Nachhaltigkeit des Ansatzes „Ausgleichsfonds“ der TZ/FZ anzusehen ist. Ein kritischer Faktor für die Nachhaltigkeit des Programms war auch schon während der Durchführung die Schwierigkeit, qualifiziertes Gesundheitspersonal in dezentralen Einrichtungen zu halten. Die weiterhin mangelnde Motivation, z.B. durch adäquate Gehälter und annehmbare Lebensbedingungen am Arbeitsort, kann in einem Projekt nur zeitweise mit verbesserten Wohnbedingungen, individueller Förderung und gut ausgestatteten Projektmaßnahmen ersetzt werden. Die Nachhaltigkeit des KV wird insgesamt als zufrieden stellend (Stufe 3) bewertet.

Unter Würdigung der genannten Aspekte wird dem KV insgesamt eine zufrieden stellende entwicklungspolitische Wirksamkeit beigemessen (Stufe 3).

Programmübergreifende Schlussfolgerungen

Die Ganzheitlichkeit des Programmansatzes hat eine Vielzahl von Konzepten und Instrumenten ermöglicht, die wertvolle Ressourcen für Beratungsprojekte im Gesund-

heitswesen mit ähnlichen Zielsetzungen darstellen. In diesem Programm hat sich die Bedeutung von z.T. bekannten, z.T. innovativen Ansätzen bestätigt. Dazu gehören:

- insbesondere die notwendige Entwicklung eines Distriktgesundheitswesens mit dezentral zu steuernden Instrumenten (z.B. Gemeindeapotheken),
- das Ineinandergreifen der Verbesserung von Infrastruktur (FZ) und Kapazitätsentwicklung (TZ) zur allgemeinen Systemverbesserung,
- die Wirksamkeit des Qualitätsansatzes im Gesundheitswesen (Qualitätswettbewerb, Qualitätszirkel und Qualitäts-Siegel),
- das Potential der Zusammenarbeit mit nicht-staatlichen Gesundheitsdienstleistern und politischen Gemeinden über den Vertragsansatz, die Wichtigkeit basisnaher Sensibilisierung und Information (IEC), und
- die Wirksamkeit solidarischer Finanzierungssysteme (soziale Ausgleichsfonds, um den Zugang von Mittellosen zu Gesundheitsdienstleistungen und insbesondere Behandlungen im Krankenhaus zu steigern).

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung

Legende

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

Entwicklungspolitisch erfolgreich: Stufen 1 bis 3	
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
Entwicklungspolitisch nicht erfolgreich: Stufen 4 bis 6	
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

Das Kriterium Nachhaltigkeit wird anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet:

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

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

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:

Relevanz	Wurde die Entwicklungsmaßnahme konzeptionell richtig angesetzt (entwicklungspolitische Priorität, Wirkungsmechanismen, Kohärenz, Koordination)?
Effektivität	Ist das Ausmaß der bisherigen Projektzielerreichung durch die Entwicklungsmaßnahme – auch gemäß heutigen Anforderungen und Wissenstand – angemessen?
Effizienz	Inwiefern war der Aufwand, gemessen an den erzielten Wirkungen, insgesamt noch gerechtfertigt?
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	Welche Wirkungen sind zum Zeitpunkt der Ex-post Evaluierung im politischen, institutionellen sozioökonomischen und -kulturellen wie ökologischen Bereich beobachtbar? Welche Nebenwirkungen, die nicht unmittelbaren Bezug zur Projektzielerreichung haben, sind beobachtbar?
Nachhaltigkeit	Inwieweit sind die positiven und negativen Veränderungen und Wirkungen der Entwicklungsmaßnahme als dauerhaft einzuschätzen?