

Malawi: Distriktkrankenhaus Machinga

Schlussprüfung

OECD-Förderbereich	12 230 / Basisgesundheit	
BMZ-Projektnummern	1989 66 467 (Hauptvorhaben); 1994 66 384 (Ergänzungsvorhaben)	
Projektträger	Ministry of Health and Population	
Consultant	DIWI, Essen (Bauteil) DKI, Düsseldorf (Ausstattung) Hannes Ostermann, Niederwinkling (Zusatzmaßnahmen)	
Jahr der Schlussprüfung	2002	
	Projektprüfung (Plan)	Schlussprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	1. Quartal 1990	4. Quartal 1992
Durchführungszeitraum	75 Monate (einschl. Ergänzungsvorhaben)	51 Monate (einschl. Ergänzungsvorhaben)
Investitionskosten	8,18 + 1,07 Mio EUR	8,23 + 0,98 Mio EUR
Eigenbeitrag	--	--
Finanzierung, davon FZ-Mittel	9,25 Mio EUR	9,21 Mio EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	GTZ	GTZ
Erfolgseinstufung	3	
• Signifikanz/Relevanz	3	
• Effektivität	3	
• Effizienz	5	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren

Bei dem Hauptvorhaben handelte es sich um den Bau eines Krankenhauses der Grundversorgung mit 223 Betten in der Distrikthauptstadt Liwonde, Machinga Distrikt, sowie den Bau zweier Gesundheitszentren (Mbela und Phimbi). Das Vorhaben schloss die Ausstattung der Neubauten mit medizinischer Ausrüstung ein. Ursprünglich wurden die Maßnahmen nur für den Machinga Distrikt geplant. Durch administrative Teilung des Distrikts 1998 nach der Fertigstellung der Einrichtungen befinden sich nun die zwei Gesundheitszentren im Distrikt Balaka. Ergänzend zu dem Hauptvorhaben wurden 17 neue Beratungsstellen für Familienplanung an bestehende Gesundheitszentren im Machinga Distrikt angegliedert und mit einfachstem medizinischem Gerät und einfacher Ausrüstung ausgestattet.

Oberziel des Vorhabens war zunächst, einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Machinga Distrikt zu leisten. Durch die Ergänzungsmaßnahmen im Bereich Familienplanung sollte das Projekt auch zum Rückgang des Bevölkerungswachstums

in dem Distrikt beitragen. Auf Grund der komplexen Wirkungszusammenhänge wurde bei Projektprüfung aber auf die Formulierung von Indikatoren auf der Ebene der Oberziele verzichtet.

Das **Projektziel** des Hauptvorhabens war die qualitative und quantitative Verbesserung der medizinischen Versorgung im Machinga-Distrikt. Dieses Ziel sollte als erreicht gelten, wenn

- 90% aller kurativen Maßnahmen auf Provinzebene durchgeführt werden können,
- die Belegungsrate im Distriktkrankenhaus mindestens 70% beträgt und
- täglich rund 50 Behandlungen in den Gesundheitszentren Mbela und Phimbi durchgeführt werden.

Mit der Ergänzungsmaßnahme sollte im Machinga-Distrikt die medizinische Versorgung um den Bereich der Familienplanung ergänzt werden (Projektziel). Zur Messung der Zielerreichung wurden folgende Indikatoren formuliert:

- wöchentlich mindestens 50 Beratungen pro Familienberatungsstelle und
- Anstieg der Prävalenz moderner Verhütungsmittel auf mindestens 20% bis 1999.

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

Gegenüber der ursprünglichen Konzeption ergaben sich folgende Abweichungen: Die ursprünglich entsprechend dem malawischen Standard geplante Auslegung für das Krankenhaus wurde geändert und die überbaute Fläche erweitert. Die hinzugefügten Bauten, v.a. die Entbindungsstation und der Mütterberatungstrakt, aber auch die Personalwohnungen sowie die zusätzliche Versorgungsinfrastruktur, ergänzen die Gesamtanlage sinnvoll. Anstelle der vorgesehenen Instandsetzung von drei Gesundheitszentren erfolgte der Neubau von zwei Zentren (Mbela und Phimbi) einschließlich Personalhäuser.

Das Ergänzungsvorhaben umfasste den Bau von 17 Beratungseinheiten für Familienplanung, die Anfang 1997 fertiggestellt wurden.

Im Rahmen der Zusatzmaßnahmen am Krankenhaus aus Restmitteln werden folgende zusätzliche Bau- und Renovierungsmaßnahmen am Machinga Krankenhaus durchgeführt: Renovierung des alten OPD-Gebäudes, Bau einer Unterkunft für Angehörige einschließlich Küche und Toiletten, Bau einer Isolierstation, Renovierung von 10 Personalhäusern, Neubau von 2 Personalhäusern, Bau des Zugangswegs zur OPD und entsprechende Außenarbeiten.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Das Distriktkrankenhaus wird nach sechs Jahren Inbetriebnahme trotz der häufigen Wechsel des Schlüsselpersonals und der schwierigen Bedingungen bezüglich Mittelzuweisungen und Personalverfügbarkeit noch immer ordnungsgemäß und verantwortlich betrieben. Damit erfüllt es seine Funktion als Sekundärkrankenhaus für die Bevölkerung des Distrikts Machinga, die sonst keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung der ersten Referenzstufe hätte. Die Gesundheitszentren erfüllen ebenfalls die beabsichtigte Wirkung und gewährleisten trotz der schwierigen Rahmenbedingungen den Zugang zu Primärversorgung. Die Familienplanungszentren sind von der Bevölkerung gut akzeptiert und leisten den beabsichtigten Beitrag, eine große Anzahl von Frauen im Hinblick auf Familienplanung zu beraten.

Bei funktionierenden Anlagen kann davon ausgegangen werden, dass von dem Krankenhaus keine nennenswerte Umweltbelastung ausgeht. Wesentliche Giftstoffmengen sind bei normalem Medikamentenverbrauch und dem seltenen Gebrauch von chemischen Reinigungsmitteln nicht zu erwarten.

Das Vorhaben hat einen starken Armutsbezug. Da gerade in jüngster Zeit die Armut durch wiederholte Dürre- und Hungerperioden erheblich zugenommen hat, bedeutet der gebührenfreie Zugang zu öffentlichen Einrichtungen für viele Menschen wieder die einzige Möglichkeit der Gesundheitsversorgung. Die Beratung in den Familienplanungszentren gilt vor allem Frauen im gebärfähigen Alter, die im Kontext der ärmeren Landbevölkerung besonders an der Belastungen einer überhöhten Kinderzahl leiden. Zudem zielen auch die präventiven und kurativen Gesundheitsdienste auf Primär- und Sekundärebene in Malawi prioritär auf die Gesundheit von Müttern und Kinder ab. Das Vorhaben hat somit positive Genderwirkungen.

Bei Projektprüfung wurden wesentliche Projektrisiken, v.a. im Bezug auf die Personalentwicklung sowie auf die Verfügbarkeit von Betriebsmitteln, unterschätzt. Man ging davon aus, dass die Reformen der Regierung im Gesundheitssektor gezielt umgesetzt werden und die Entwicklungspartner (vor allem auch die Weltbank) zu den Verbesserungen der Betriebsvoraussetzungen beitragen würden. Diese Hoffnung hat sich auf Grund der sich stetig verschlechternden Rahmenbedingungen sowie einer offensichtlich unzureichenden Durchsetzbarkeit geberinduzierter Reformprogramme nicht bewahrheitet. Auch hatten die TZ-Vorhaben zum Teil nicht den erwarteten synergetischen Effekt. Im Verlauf der Projektdurchführung haben wir im Rahmen unserer Berichterstattung zunehmend auf die hohen Nachhaltigkeitsrisiken hingewiesen. Um diesen entgegenzuwirken, wurden in einer Vielzahl von Gesprächen mit dem MOHP zur Verbesserung des Betriebs und der Wartung sowie der Personalsituation auf der Basis der Erkenntnisse der Kurzzeitexperten Empfehlungen ausgesprochen, für die das MOHP sich abgeschlossen zeigte. Im Hinblick auf die Personalsituation des Krankenhauses hat das Ministerium in der Folge auch Anstrengungen unternommen und erreicht, dass zunächst eine wesentliche Verbesserung der klinischen Versorgung durch die Bereitstellung von externen Ärzten erfolgte. Die Empfehlungen der KfW stießen jedoch dort auf ihre Grenzen, wo zusätzliche finanzielle Mittel benötigt wurden. Daher wurden zunächst zur Sicherung der Wartung der getätigten Investitionen Wartungsverträge mit privatwirtschaftlichen Firmen aus FZ-Mitteln abgeschlossen, die zumindest über einen gewissen Zeitraum (insgesamt 5 Jahre) die Funktionsfähigkeit der Einrichtungen gewährleisten. Die von Beginn an von uns vorgebrachten Bedenken bezüglich der erhöhten Folgekosten durch die z.T. großzügigen Auslegungen der Baumaßnahmen wurden von der malawischen Seite nicht berücksichtigt. Die Aufstellung eines Betriebs- und Finanzierungs-konzeptes durch einen Consultant, wie von der KfW im Projektverlauf vorgeschlagen, wurde nicht realisiert.

Gemessen an den vereinbarten Indikatoren wurden die mit den Vorhaben angestrebten Projektziele erreicht; die Indikatoren werden zumeist deutlich übertroffen. So ist das Distriktkrankenhaus Machinga seit seiner Inbetriebnahme im September 1996 durchgehend überlastet. Pro Monat werden rd. 8000 - 9000 Patienten ambulant und 1400 stationär behandelt. Mit ca. 300 stationären Patienten pro Tag beträgt die Auslastung etwa 180%. Damit sind die Kapazitäten des Krankenhauses deutlich überschritten. Die hohe Belegungsrate ist einerseits dem guten Ruf des Krankenhauses zuzuschreiben. Andererseits jedoch belasten die Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemie die Gesundheitseinrichtungen in Malawi generell in hohem Maße. So wird geschätzt, dass etwa 70% der stationären Patienten in malawischen Krankenhäusern HIV-positiv sind. Überlastet sind derzeit ebenso die Gesundheitszentren Mbela und Phimbi, die eine Nutzerrate von mehr als 150 bzw. von rd. 200 Patienten pro Tag aufweisen.

Nahezu alle anfallenden kurativen Behandlungen der primären und sekundären Ebene können im Distrikt Machinga durchgeführt werden (Indikator bei Projektprüfung: 90%). Nur wenige spezielle Fälle der tertiären Versorgung (wie z.B. neuro-chirurgische Eingriffe oder Magen-Darm-Spiegelungen) werden in die Zentralkrankenhäuser von Blantyre und Zomba überwiesen.

Vor dem Hintergrund der nach wie vor offenen Finanzierung der Kosten des Betriebs und der Wartung der Einrichtungen und der sich weiterhin verschlechternden Rahmenbedingungen (extreme Knappheit an qualifiziertem Personal, kaum voranschreitender Dezentralisierungsprozess, Beschränkung der Autonomie der Krankenhäuser etc.) besteht jedoch ein hohes Nachhal-

tigkeitsrisiko. Angesichts der im nationalen und regionalen Vergleich weit überdurchschnittlichen Nutzung der Einrichtungen und der Aufrechterhaltung der Versorgung unter sehr schwierigen Rahmenbedingungen bewerten wir die **Effektivität** des Vorhabens dennoch als noch ausreichend (Teilbewertung: Stufe 3).

Angesichts der Auslegungsmängel, der bereits aufgetretenen Baufolgeschäden und der hohen spezifischen Kosten je Bett und m² halten wir die Produktionseffizienz trotz der weitgehenden Einhaltung der Schätzkosten für nicht mehr ausreichend. Aufgrund der ungenügenden, sich weiter verschlechternden sektoralen Rahmenbedingungen und der Kürzung der ohnehin nicht ausreichenden Budgetzuweisungen durch den Staat ist eine effiziente Allokation nicht gegeben. Insgesamt halten wir die **Effizienz** des Vorhabens daher für unzureichend (Teilbewertung: Stufe 5).

Aus heutiger Sicht war die Projektkonzeption problemadäquat und geeignet, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation im Machinga-Distrikt zu leisten. Das Distriktkrankenhaus wird trotz der Personal- und Mittelknappheit bislang ordnungsgemäß betrieben und genießt als Musterkrankenhaus in Malawi hohes Ansehen. Allerdings müssen gewisse Abstriche gemacht werden, da die politisch motivierte überdurchschnittliche Versorgung des Krankenhauses mit Medikamenten u.ä. zu Lasten des restlichen Systems geht. Vor diesem Hintergrund ist die entwicklungspolitische Relevanz als zufrieden stellend zu beurteilen. Das Vorhaben hat den Zugang der Bevölkerung zu qualitativ akzeptablen Gesundheitseinrichtungen verbessert und der Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegengewirkt. Gleichwohl haben sich die Gesundheitsindikatoren in Folge der sich ausbreitenden HIV/AIDS-Epidemie sowie der armutsbedingten Krankheiten verschlechtert. Aufgrund des nicht erreichbaren Oberziels sowie der erheblichen Risiken für die Nachhaltigkeit des Vorhabens bestehen somit gewichtige Einschränkungen in Bezug auf die Signifikanz des Projekts. Insgesamt bewerten wir daher die entwicklungspolitische **Relevanz** und **Signifikanz** als noch ausreichend (Teilbewertung: Stufe 3).

Unter Abwägung der oben aufgeführten Schlüsselkriterien schreiben wir dem Vorhaben eine **insgesamt noch ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit** zu (Stufe 3). Es ist jedoch klar festzustellen, dass Nachhaltigkeit im Sinne der eigenständigen Fortführung des Betriebs durch die malawische Seite nicht erwartet werden kann. Nach allgemein üblichen Maßstäben der Erfolgsbewertung in der FZ wäre das Vorhaben damit eigentlich nicht mehr als entwicklungspolitisch erfolgreich zu beurteilen. Ausschlaggebend für die dennoch positive Beurteilung ist ganz maßgeblich die Erkenntnis, dass das sehr schwierige Umfeld in Malawi und insbesondere im Gesundheitssektor als Schwerpunkt der deutschen EZ Nachhaltigkeit im engeren Sinne nicht erwarten lässt und das BMZ vor diesem Hintergrund in seiner Schwerpunktstrategie daher auch die Finanzierung von Folgekosten der EZ-Vorhaben unter gewissen Voraussetzungen in Aussicht stellt.

Projektübergreifende Schlussfolgerungen

Im Rahmen einer weiteren deutsch-malawischen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor sollten zukünftig die Prioritäten in den Bereichen Instandhaltung und Rehabilitierung sowie Ausbildung und Stärkung der dezentralen Strukturen gesetzt werden. Ein strategischeres Angehen der Durchführung gemeindenaher Interventionen, z.B. durch Einschaltung von NRO-Netzwerken, ist zu empfehlen, um die Effektivität von Basisgesundheitsprogrammen zu erhöhen und die vorhandenen Ressourcen auf Gemeindeebene zu nutzen. Eine zeitlich befristete, degressive Finanzierung laufender Kosten, z.B. für die Wartung bereits getätigter Investitionen, sollte unter Maßgabe konkreter Reformschritte der malawischen Seite erwogen werden.

Die Unterstützung eines SWAp durch zukünftige deutsche EZ mit gezielter Abstimmung der Geberinterventionen im Gesundheitssektor unter Einforderung eines Mindestbudgets für die laufenden Kosten der Distriktgesundheitsdienste sowie der Forderung nach weiterer Autonomie der Krankenhäuser v.a. im Bezug auf Nutzergebührenverwendung ist zu befürworten. Eine Bud-

getfinanzierung durch die deutsche EZ im Sinne eines ‚basket fund‘ sollte nur unter der Voraussetzung einer transparenten und effektiven Haushaltspolitik und –überwachung ins Auge gefasst werden.

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 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.