

Mali: Basisgesundheit und Familienplanung

Ex Post-Evaluierungsbericht (Schlussprüfung)

OECD-Förderbereich	12230 / Infrastruktur im Bereich Basisgesundheit	
BMZ-Projektnummer	1990 66 325	
Projektträger	Ministère de la Santé	
Consultant	Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, Universität Heidelberg	
Jahr der Schlussprüfung	2006	
	Projektprüfung (Plan)	Schlussprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	2. Quartal 1992	1. Quartal 1993
Durchführungszeitraum	8 Jahre	7 Jahre
Investitionskosten	6,1 Mio. EUR	5,3 Mio. EUR
Eigenbeitrag	./.	./.
Finanzierung, davon FZ-Mittel	6,1 Mio. EUR	5,3 Mio. EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	Weltbank u.a.	Weltbank u.a.<>
Erfolgseinstufung (Gesamtnote)	4	
• Signifikanz/Relevanz (Teilnote)	4	
• Effektivität (Teilnote)	4	
• Effizienz (Teilnote)	4	

Kurzbeschreibung, Oberziele und Projektziele mit Indikatoren

Projektziel ist die Erhöhung des Versorgungsgrades (quantitativ und qualitativ) vorwiegend im präventiv-medizinischen Bereich und die Erhöhung des Versorgungsgrades mit Maßnahmen der Familienplanung (Aufklärung über und Verabreichung von Kontrazeptiva). Oberziel ist ein Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der malischen Bevölkerung und zur Reduzierung der Gesamtfruchtbarkeitsrate unter Gewährleistung individueller Entscheidungsfreiheit.

Indikatoren für die Projektzielerreichung sind:

- Nutzerrate von Gesundheitszentren (population couverte): 60 % (Zeithorizont: 2002 – 2005)
- Anteil geimpfter Kinder (unter 1 Jahr): 40 % (Zeithorizont: 2002 – 2005)
- Schwangerschaftsvorsorge der Frauen: 60 % (Zeithorizont: 2002 – 2005)
- Akzeptanzrate von Kontrazeptiva (contraceptive prevalence rate): 10 % im landesweiten Durchschnitt (Zeithorizont: 2002 – 2005)

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

Das FZ-Vorhaben "Basisgesundheit und Familienplanung" war Teil des von der Weltbank und weiteren Gebern (u.a. USAID, EU und FAC) finanzierten "Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale" (PSPHR). Mit Hilfe der FZ wurden in 5 Landesregionen Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou sowie im Distrikt Bamako folgende Maßnahmen durchgeführt:

- (1) Bau/Rehabilitierung/Erweiterung und Ausstattung von 159 Gesundheitszentren der 1. Referenzebene
- (2) Ausstattung der Gesundheitszentren mit einem Anfangsbestand mit "essential drugs"
- (3) Lieferung von Medikamenten zur Bekämpfung von Bilharziose
- (4) Anschubfinanzierung des "Fonds d'Action Sociale pour l'Education Familiale" (FASEF).
- (5) Consultingleistungen zur Unterstützung des Projektträgers (Begleitmaßnahme).

Wesentliche Abweichungen von der ursprünglichen Projektplanung lagen nicht vor.

Ein zentrales Element der Konzeption ist die Übertragung der Betriebsverantwortung für die Gesundheitszentren vom Gesundheitsministerium auf autonome privatrechtliche Nutzergruppen. Diese Dezentralisierungsstrategie kommt auch in anderen Sektoren der sozialen Infrastruktur zum Tragen (z.B. in der ländlichen und kleinstädtischen Wasserversorgung). Abweichungen von diesem Konzept konnten ebenfalls nicht festgestellt werden.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Das Projektziel für die Gesundheitsversorgung ist nur zum Teil erreicht worden. Die Nutzerrate der Gesundheitszentren, gemessen am Verhältnis zwischen Bevölkerung im Umkreis von 15 km und kurativen Erstkonsultationen, erstmaligen Schwangerschaftsberatungen sowie Impfpaket BCG (Tuberkulose), DTCP (Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Polio) und VAR (Masern) für Kinder unter 1 Jahr liegt im Durchschnitt nur bei 37 %. Zielgröße war eine Nutzerrate von 60 %.

Der Anteil der geimpften Kinder liegt in einigen Regionen über 100 % und damit deutlich über der Zielgröße von 40 %, da auch Kinder aus Nachbarregionen in Impfkampagnen einbezogen wurden. Gleiches gilt für die Schwangerschaftsvorsorge (Erstkonsultation), die mit einer geringfügigen Ausnahme in allen Regionen deutlich über dem geforderten Wert von 60 % liegt. Demgegenüber ist die Akzeptanzrate von Kontrazeptiva von 10 % nicht erreicht worden. Sie liegt nach Angaben der Enquête Démographique et la Santé (EDSM – III) mit 8,4 % für alle Methoden und mit 5,8 % für moderne Methoden deutlich darunter.

Die Gründe für die niedrigen Nutzungsraten liegen in dem von den Patienten als zu gering empfundenen Leistungsangebot und auch in der Höhe der Konsultations- und Behandlungsgebühren. Weitere Gründe liegen auch im sozio-kulturellen Umfeld. Viele Patienten entscheiden sich oft zu spät, überhaupt eine Gesundheitseinrichtung aufzusuchen. Die niedrige Akzeptanzrate der Kontrazeptiva hat eine Reihe von unterschiedlichen Ursachen. Eine der wichtigsten Ursachen liegt in dem immer noch weit verbreiteten Wunsch nach vielen Kindern.

Auch das Oberziel ist nur zum Teil erreicht worden. Die allgemeinen Daten über die Gesundheitssituation zeigen trotz einiger Verbesserungen bei den Risikogruppen der Kinder

und Mütter nur graduelle Verbesserungen. Auch die Gesamfruchtbarkeitsrate hat sich nicht verändert. Sie liegt nach aktuellen statistischen Angaben seit Jahren unverändert bei 6,8.

Zielgruppe des Vorhabens war die gesamte Bevölkerung in den Regionen Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti und im Distrikt Bamako. Die wirtschaftliche und soziale Situation der Zielgruppe ist unverändert von Einkommensarmut und mangelndem Zugang zu Einrichtungen der wirtschaftlichen und sozialen Infrastruktur geprägt. Aufgrund der von der Landwirtschaft dominierten Wirtschaftsstruktur ist davon auszugehen, dass auch das Risiko der Bevölkerungsgruppen, die derzeit nicht von Armut betroffen sind, sehr hoch ist, unter die Armutsgrenze zu fallen (z.B. in langen Trockenzeiten). Die Zielgruppe mit Zugang zu den Gesundheitszentren umfasst rd. 6,0 Mio. Einwohner, entsprechend 52 % der Gesamteinwohnerzahl des Landes (11,4 Mio.). Diese Zahlen liegen deutlich über der bei der Prüfung des Vorhabens avisierten Zahl von rd. 3,0 Mio. Einwohnern (30 % der malischen Bevölkerung in 1990 – rd. 10,0 Mio. Einwohner).

Die für das FZ-Vorhaben letztlich relevanten Trägerinstitutionen sind die privaten Nutzergruppen als betriebsführende Stellen. Idealtypischer Weise wird der Gründungsprozess einer Nutzergruppe vom Repräsentanten der Territorialverwaltung (Präfekt, Unterpräfekt) zum Teil in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern des Gesundheitsministeriums initiiert, in dem die Bewohner einer festgelegten "air sanitaire" mit mehreren Dörfern und Weilern (10.000 bis 14.000 Einwohner) zur Gründung einer Nutzergemeinschaft aufgerufen und nach Vorschlägen für einen Präsidenten befragt werden ("approche communautaire"). Als Ergebnis dieses Befragungsprozesses ernennt die Territorialverwaltung einen Präsidenten; gleichzeitig wird die Nutzergruppe als private Vereinigung offiziell registriert. Eine weitere Registrierung der Mitglieder einer Nutzergruppe gibt es noch nicht. Weitere Schritte nach der offiziellen Gründung, wie z.B. die Berufung eines Geschäftsführers, Übernahme des Gesundheitszentrums, einschließlich des Medikamentenbestandes, Rechenschaftslegung gegenüber staatlichen Stellen und Nutzergruppenmitgliedern, Dokumentation des Betriebs, etc., sind nicht formalisiert. Rechte und Pflichten der Nutzergruppen sind weder ordnungsgemäß dokumentiert noch in Verträgen mit der zuständigen Verwaltung schriftlich niedergelegt, wie dies z.B. im Trinkwassersektor der Fall ist. Da aber bisher offenbar keine Konflikte um Zugangsbeschränkungen für einzelne Nutzer oder Nutzergruppen bekannt geworden sind, kann davon ausgegangen werden, dass der Gründungsprozess und vor allem die Benennung eines Nutzergruppenpräsidenten durchaus den sozio-kulturellen Kriterien der ethnischen Heterogenität und Legitimität entspricht.

Das Leistungsangebot der Gesundheitszentren ist aufgrund der Aufgabenstellung als Erstkontaktangebot für den Patienten mit dem Gesundheitssystem systembedingt gering. Neben allgemeinen Konsultationen werden im geringen Umfang die Versorgung von kleineren Verletzungen, die Schwangerschaftsberatung und die Unterstützung von Entbindungen angeboten. Darüber hinaus werden Impfkampagnen im Einzugsgebiet durchgeführt. Andere präventive Maßnahmen, wie z.B. Aufklärungsmaßnahmen über HIV/AIDS-Infektionsrisiken, Vermeidung und Behandlung von Diarrhöe, Vorbeugungsmaßnahmen gegen Malaria, Aufklärung über die Gesundheitsrisiken der Genitalverstümmelung, finden nur in Ausnahmefällen statt. Als Gründe werden fehlende Informationen und ungenügende finanzielle Mittel angegeben.

Bei den allermeisten Gesundheitszentren ist die wirtschaftliche und finanzielle Situation aufgrund mangelhafter buchhalterischer Aufzeichnungen der Nutzergruppen nicht nachvollziehbar. Es muss davon ausgegangen werden, dass z.B. die Hebeeineffizienz der Gebühren für Konsultationen und Behandlungen höchstens zwischen 60 bis 70 % liegen dürfte. Damit reichen die tatsächlich erzielten Einnahmen nicht aus, einen nachhaltigen Betrieb sicherzustellen. Die Gründe dafür liegen angabegemäß sowohl in der mangelnden Zahlungsfähigkeit der Nutzer bei gleichzeitiger Verpflichtung zur medizinischen Hilfe als auch in der großzügigen Zulassung von kostenlosen Konsultationen und Behandlungen durch das Personal aufgrund von sozialen Verpflichtungen gegenüber Mitgliedern der gleichen Ethnie, der gleichen Familie etc.. Die aufgrund der unzureichenden Einnahmen erforderliche Subventionierung erfolgt zum einen durch die Finanzierung des Gehalts des medizinischen Leiters aus dem Budget des Gesundheitsministeriums und zum anderen übernimmt an einigen Standorten das Bürgermeisteramt die Finanzierung eines Gehalts, z.B. das einer Hilfshebamme. Darüber hinaus noch bestehende finanzielle Defizite werden aus dem für die Medikamentenversorgung eingerichteten revolvingen Fonds und vor allem durch Verzicht auf Instandhaltung von Gebäuden und Einrichtungsgegenständen finanziert. Dadurch kommt es zu einer Dekapitalisierung des vorstehend genannten Fonds und zu einer Vernachlässigung der bestehenden Infrastruktur. Damit kann die Nachhaltigkeit des mittel- und langfristigen Betriebes der Gesundheitszentren als nicht gesichert angesehen werden.

Ein hervorzuhebender positiver Einzelaspekt des Vorhabens sind die erreichten Impfquoten bei Kindern und die Zahl der Frauen, die zur Schwangerschaftsberatung kommen und die Hilfe einer Hebamme bei der Entbindung in Anspruch nehmen. Nach den Berechnungen der Enquête Démographique et de Santé (EDSM – II und EDSM III) hat sich die Wahrscheinlichkeit der Sterblichkeit bei Kindern von 1 bis 5 Jahren in allen Projektregionen deutlich verringert. Demgegenüber zeigen die Wahrscheinlichkeiten bei den anderen Gruppen (Kinder < 1 Monat, Kinder 1 bis 12 Monate, Kinder < 12 Monate nur in der Region Ségou) eine durchgehend positive Entwicklung.

Darüber hinaus bietet das Vorhaben der Bevölkerung die Option, sich aktiv über die Nutzergruppen an der Gestaltung der Arbeit eines Gesundheitszentrums zu beteiligen. Durch die Verlagerung der Verantwortung für die Erstversorgung im Gesundheitssektor auf Nutzergruppen fördert das Vorhaben die politisch ausdrücklich gewollte Dezentralisierung und Dekonzentration zentralstaatlicher Interventionsbereiche.

Zusammenfassend ergibt sich folgende Bewertung der entwicklungspolitischen Wirksamkeit des Vorhabens:

Nachhaltige Effizienz

Die geschätzten spezifischen Investitionskosten der Gesundheitsstationen sind mit rd. 180 EUR / m² noch günstig. Die Kosten pro verteilter Einheit Verhütungsmittel oder pro vermiedener Bilharzioseinfektion sind heute nicht mehr nachvollziehbar, da für die einmaligen, in 2000 abgeschlossenen Maßnahmen kein Monitoring aufgebaut wurde. Insgesamt bewerten wir die Produktionseffizienz als zufrieden stellend.

Trotz teilweiser Subventionierung der Gesundheitszentren durch staatliche Mittel ist die Nachhaltigkeit aufgrund der unzureichenden Betriebskostendeckung und der Dekapitalisierung des revolvingen Fonds für die Medikamentenversorgung in den allermeisten

Gesundheitszentren gefährdet. Maßnahmen zur Sicherung eines nachhaltigen Betriebes durch Förderung der professionellen Kompetenz der Nutzergruppen sind derzeit nicht erkennbar. Der nachhaltige Nutzen steht unseres Erachtens nicht mehr im Verhältnis zum betriebenen Aufwand. Deshalb beurteilen für die Allokationseffizienz als unzureichend.

Strukturelle Wirkungen sind aufgrund der geringen Managementkompetenz der Nutzergruppen nur im geringen Umfang zu erwarten. Vom zwischenzeitlich aufgelösten "Fonds d'Action Sociale pour l'Education Familiale" (FASEF) gingen keine strukturellen Wirkungen aus. Über die Einsatz der finanzierten Medikamente zur Bekämpfung der Bilharziose liegen keine Informationen vor. (Teilnote: 4).

Nachhaltige Effektivität

Das Projektziel ist nur zum Teil erreicht worden. Während die Impfraten der Kinder und der Grad der Schwangerschaftsvorsorge erreicht und z.T. sogar überschritten worden sind, liegt die Nutzung der Gesundheitszentren für kurative Maßnahmen, Schwangerschaftsvorsorge und Impfungen ist mit durchschnittlich 37 % deutlich unter dem erwarteten Wert von 60 %. Einerseits ist die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen der 1. Referenzebene als gering zu bewerten; andererseits ist auch das Angebot durch abgenutzte Einrichtungen, fehlenden Materialien, und nicht adäquat ausgebildetes Personal nur in Einzelfällen akzeptable. Das mit der Finanzierung von Kontrazeptiva avisierte Ziel der Erhöhung des Versorgungsgrades mit Maßnahmen der Familienplanung wurde ebenfalls nicht erreicht. Für die Verteilung der Medikamente zur Bilharziosebekämpfung wurden keine Ziele definiert. Die Leistungsfähigkeit der Strukturen dürfte in Zukunft weiter rückläufig sein. Die Effektivität wird daher als nicht ausreichend bewertet (Teilnote: 4).

Nachhaltige Signifikanz/Relevanz

Das Konzept des Vorhabens hat, wie beschrieben eine hohe Relevanz. Die Signifikanz auf der medizinischen Ebene ist nur zum Teil gegeben, da sich wesentliche gesundheitliche Verbesserungen auf die Immunisierungsrate der Kinder und auf die Versorgung schwangerer Frauen beschränken. Die Statistiken belegen z.B. einen z.T. deutlichen Rückgang der Kindersterblichkeit in den Projektregionen. Eine langfristige Aufrechterhaltung dieser Situation ist jedoch nur mit Hilfe externer Geber möglich; diese sind z.B. USAID und UNICEF als wichtigste Geber mit erkennbaren Aktivitäten im Bereich der Impfkampagnen. Wir gehen davon aus, dass diese Organisationen auf in Zukunft weitere Finanzierungen für Impfkampagnen bereitstellen werden. Das Oberziel der Reduzierung der Gesamtfruchtbarkeitsrate unter der Gewährleistung individueller Entscheidungsfreiheit nicht erreicht worden. Signifikanz / Relevanz werden als nicht mehr ausreichend eingestuft (Teilnote: 4).

Die Erreichung der Zielindikatoren bei der Immunisierung und den Schwangerschaftsberatungen reichen nicht aus, die unzureichende Nutzung und die erheblichen Nachhaltigkeitsrisiken für den Betrieb und damit für das Leistungsangebot der CSCOM zu kompensieren. Substanzielle langfristige Wirkungen sind deshalb nicht zu erwarten. Da auch strukturelle Effekte des Vorhabens nur im geringen Maße erkennbar sind und die Komponenten "Anschubfinanzierung für den FASEF" als gescheitert betrachtet werden muss, schreiben wir dem Vorhaben zusammenfassend **eine insgesamt nicht mehr ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit zu (Stufe 4).**

Projektübergreifende Schlussfolgerungen

Begrenzte Investitionsmittel sollten nicht auf viele, unterschiedliche Einzelvorhaben in mehreren Regionen verteilt werden, sondern aus Effizienzgründen fachlich und regional konzentriert eingesetzt werden.

Eine Dekonzentration der Verantwortung für den nachhaltigen Betrieb von Investitionen in der sozialen Infrastruktur von zentralstaatlichen Institutionen auf privatrechtliche Organisationen (Nutzergruppen) verlangt von staatlichen Institutionen eine grundsätzliche inhaltliche Neuausrichtung ihrer Tätigkeiten, die auf die Schaffung/Stärkung von für den Privatsektor adäquaten Rahmenbedingungen hinauslaufen. D.h. auch die zentralstaatlichen Institutionen sollten konsequent in die Maßnahmen zur Unterstützung von Dekonzentration einbezogen werden.

Bei gleichen politischen Ansätzen, wie dem der Dezentralisierung, und ähnlich gelagerten Nachhaltigkeitsrisiken in Sektoren, in denen private (autonome) Nutzergruppen die Betriebsverantwortung für dezentrale Infrastrukturinvestitionen übernehmen, sollte die sektorübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure (z.B. Gesundheits- und Trinkwasserversorgung) durch geeignete Maßnahmen gestärkt oder gefördert werden, um durch ein gemeinsames Vorgehen und eine kohärente Strategie, Synergieeffekte und Kosteneinsparungen umsetzen zu können.

Auch für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ist eine unzureichende Hebeeffizienz ein Betriebsrisiko. Zu dessen Begrenzung ist es empfehlenswert, von vornherein rechtlich abgesicherte und praktikierbare Mechanismen zum Inkasso der Gebühren zu berücksichtigen (wie z.B. Subventionierung der Armen durch Kostenübernahmeregelungen durch Territorialverwaltung, Bürgermeisteramt, u.ä.).

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 oben 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.