

Tansania: Sektorbezogenes Programm Familienplanung I und II

Schlussprüfung

OECD-Förderbereich	Familienplanung /13030	
BMZ-Projektnummer	(1) Phase I: 1995 66 969 (2) Phase II: 1998 66 443	
Projektträger	Gesundheitsministerium / <i>Reproductive and Child Health Unit</i> (RCHU)	
Consultant	<i>Crown Agent</i> (Beschaffungsconsultant)	
Jahr der Schlussprüfung	2004	
	Projektprüfung (Plan)	Schlussprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	(1) II. Quartal 1996 (2) III. Quartal 1999	IV. Quartal 1996 III. Quartal 2000
Durchführungszeitraum	(1) 36 Monate (2) 30 Monate	48 Monate 20 Monate
Investitionskosten	(1) 3,48 Mio EUR (2) 4,76 Mio EUR	3,48 Mio EUR 2,1 Mio EUR
Eigenbeitrag	(1) 0,15 Mio EUR (2) 0,6 Mio EUR	0,46 Mio EUR 0,3 Mio EUR
Finanzierung, davon FZ-Mittel	(1) 3,32 Mio EUR (2) 4,14 Mio EUR	3,02 Mio EUR 1,8 Mio EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	(1) ODA (UK) (2) ?	Keine
Erfolgseinstufung	2	
• Signifikanz/Relevanz	2	
• Effektivität	1	
• Effizienz	2	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren

Bei dem zweiphasigen Vorhaben des sektorbezogenen Programms Familienplanung (1996-1998 und 1999-2000) handelte es sich um die Belieferung der tansanischen Gesundheitseinrichtungen mit Kontrazeptiva (Dreimonatsspritze). Damit trug das Vorhaben zur Deckung des steigenden Bedarfs an Kontrazeptiva (Programmziel) sowie zur Verringerung des Bevölkerungszuwachses, ungewollter Schwangerschaften und der Mütter- und Säuglingssterblichkeit (Oberziel) bei. Die erste Phase wurde in Kooperation mit dem britischen *Department for International Development* (DfID) durchgeführt. Die Maßnahmen der zweiten Phase des Vorhabens integrierten sich in ein v.a. von USAID und UNFPA finanziertes Programm zur Lieferung und Verteilung von anderen Kontrazeptiva. Die Gesamtkosten des Vorhabens beliefen sich in Einklang mit der

Programmprüfung (PP) in der ersten Phase auf 3,48 EUR und in der zweiten Phase auf 2,05 Mio EUR, von denen 3,02 Mio EUR respektive 1,8 Mio EUR aus FZ-Mitteln finanziert wurden.

Zur Messung der Projektzielerreichung wurden folgende Indikatoren herangezogen:

Phase I: Zunahme der kontrazeptiven Prävalenzrate auf mindestens 20% bis nach Ende der Programmlaufzeit (ursprünglich 1998; bei AK: nach Abbau der noch verfügbaren Lagerbestände Ende 2000)

Phase II: Das Programmziel gilt als erreicht, wenn die im Rahmen des FZ-Programms gelieferten Dreimonatsspritzen zu mindestens 80% bis Mitte 2002 sachgerecht an die Zielgruppe abgegeben wurden.

Auf Grund der komplexen Wirkungszusammenhänge wurde bei der Programmprüfung auf die Formulierung von Indikatoren auf der Ebene der Oberziele verzichtet.

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

In den beiden Programmphasen wurden, wie bei der PP vorgesehen, insgesamt rund 3 Mio (Phase I) bzw. 1,525 Mio (Phase II) Dosen Dreimonatsspritzen der Marke *Depo-Provera* beschafft. Die Kontrazeptiva wurden zusammen mit dem Zubehör geliefert. Ebenfalls wurden die Lieferung der Kontrazeptiva, deren Lagerung, Verteilung, Abgabe und Monitoring/Consultingleistungen aus Projektmitteln gedeckt. Mit den finanzierten Kontrazeptiva wurde entsprechend den Annahmen bei PP eine Bedarfsdeckung von schätzungsweise insgesamt 35%? (Phase I: 25%?; Phase II: 10%?) erreicht. Im Vergleich zur ursprünglichen Planung wurden in der Durchführung drei wesentliche Konzeptionsänderungen vorgenommen:

- In Phase I wurden auf Grund noch vorhandener Lagerbestände, der ausreichenden Bedarfsdeckung aus UNFPA und USAID Mitteln sowie der signifikant steigenden Nachfrage die ursprünglich geplante Beschaffung von oralen Verhütungsmitteln durch die Beschaffung von Dreimonatsspritzen ersetzt.
- Ebenfalls wurde eine bei PP nicht vorgesehene Kofinanzierung mit der damaligen *Overseas Development Administration* (ODA), heute *Department for International Development* (DfID) durchgeführt, wobei ODA und KfW gemeinsam etwa je zur Hälfte 6 Millionen Dosen *Depo Provera* für Tansania finanzierten. Da sich die Zusammenarbeit als vorteilhaft erwies, wurde für die zweite Programmphase ebenfalls eine Kofinanzierung mit DfID vorgesehen. Allerdings kam diese nicht zustande, da DfID die ursprünglich für die Finanzierung der Dreimonatsspritze vorgesehenen Mittel (ca. 50% der insgesamt veranschlagten Mittel) zu Gunsten der Gemeinschaftsfinanzierung (*Basket Fund*) im Gesundheitssektor umwidmete.
- Die dritte Konzeptionsänderung bestand darin, dass auf Grund der Erfahrungen von ODA die preisgünstige britische Beschaffungsagentur *Crown Agent* im Auftrag der tansanischen Regierung eingeschaltet wurde. Damit wurde der bei der PP vorgesehene deutsche Beschaffungsconsultant überflüssig. Die Consultingleistungen wurden auch in der zweiten Phase auf der Grundlage eines zufriedenstellenden technischen und preislichen Angebots, das den Vorgaben der PP entsprach, direkt an *Crown Agent* vergeben.
- Die in der PP der zweiten Phase auf der Basis von vergleichbaren FZ-Vorhaben in anderen Ländern vorgeschlagene Substitution der Markenprodukte durch international ausgeschriebene Generica, die möglicherweise preisliche Vorteile hätte bringen können, wurde vom Gesundheitsministerium zurückgewiesen. Man befürchtete, daß ein Wechsel des Produktnamens zur Verunsicherung der Anwenderinnen führen und einen Rückgang der Nachfrage bewirken könnte. Eine dem Ministerium vorgeschlagene Studie in diesem Zusammenhang wurde nicht durchgeführt.

Empfänger des Finanzierungsbeitrages war die Vereinigte Republik Tansania, vertreten durch das Finanzministerium. Die Verantwortung für die Durchführung des Programms lag bei der *Reproductive and Child Health Unit* (RCHU) des Gesundheitsministeriums (MOH). Diese Abteilung führt das nationale Familienplanungsprogramm nach Einschätzung der verschiedenen Geber und unserer eigenen Bewertung äusserst kompetent und effizient durch. Auch im Zusammenhang mit den von der FZ geförderten Maßnahmen hat sich die Abteilung als gewissenhafter Durchführungspartner erwiesen. Da die RCHU als Planungs- und Verteilungseinheit konzipiert ist, konnte die Abteilung durch die technische Unterstützung von *Crown Agent* in der Abwicklung und Logistik der Beschaffungsmaßnahmen effizient ergänzt werden. Insgesamt wurden die Lieferungen und Leistungen des Consultant in beiden Projektphasen mit sehr guter Qualität und unter Einhaltung des vorgesehenen Kosten-Mengengerüsts erbracht.

Insgesamt hat sich unter Berücksichtigung der v.a in der ersten Phase vorgenommenen Änderungen das Durchführungskonzept in beiden Projektphasen als geeignet erwiesen, die Beschaffung und reibungslose Verteilung der Kontrazeptiva sicherzustellen. Auf Wunsch des Projektträgers wurde die Lieferung der Dreimonatsspritze in der ersten Projektphase in Übereinstimmung mit der PP direkt vom Hersteller *Pharmacia & Upjohn* bezogen. In der zweiten Phase wurde ein Ausschreibeverfahren durchgeführt, das zur Auftragsvergabe an denselben Hersteller führte. Lagerung, Verteilung und Abgabe der Kontrazeptiva an die Patienten erfolgten durch bestehende Strukturen des tansanischen Gesundheitssystems. Wie der *Audit*-Bericht von 2001¹ sowie die im Rahmen des Projekts durchgeführten Verwendungskontrollen bestätigen, erfolgte die Lagerung und Auslieferung der Kontrazeptiva in der gesamten Projektlaufzeit überwiegend sachgerecht und einwandfrei, mit einigen wenigen Ausnahmen auf Distriktebene und in den Gesundheitseinrichtungen. Die Kosten für Lagerung auf Distriktebene und in den Gesundheitseinrichtungen sowie die Verteilung der Kontrazeptiva wurden von anderen Gebern (v.a. USAID) finanziert. Die Liefermengen und -zeitpunkte basierten entsprechend den Planungsvorgaben auf den Verbrauchsanalysen und -prognosen, die jährlich vom Gesundheitsministerium (im Rahmen des USAID Programms) mit Unterstützung von *John Snow International* (JSI) für alle Kontrazeptiva durchgeführt wird. Die Abgabe der Dreimonatsspritzen erfolgten, wie geplant, über öffentliche Gesundheitseinrichtungen. Innerhalb der Distrikte sind die *District Health Management Teams* (DHMTs) für die Belieferung der Basisgesundheitsseinrichtungen zuständig. Diese erfolgt auf der Basis von Bestellungen („pull“ System) durch die DHMTs. Die im Jahr 2000 und 2001 aufgetretenen kurzfristigen Versorgungsengpässe entstanden auf zentraler Ebene auf Grund ungenauer Verbrauchsschätzungen durch die unzureichende Datenlage, die bei der Trennung der Verantwortlichkeiten für die Verteilung durch den MSD und der Datenerfassung durch den Distrikt entstand. Die Engpässe konnten lokal ohne schwerwiegendere Folgen überbrückt werden.

Im Rahmen des externen Monitoring wurden in der ersten Phase von DfID zusätzliche Consultingleistungen (zwei Studien über die Kontrazeptivaverteilung und Beratungsqualität) finanziert. Entsprechend der PP wurde in der zweiten Phase von einem internationalen Consultant eine Verwendungskontrollstudie aus Programmmitteln finanziert. Die Gesundheitseinrichtungen erstatten regelmässig Bericht an die Distrikte, diese wiederum reichen die aggregierten Informationen via Region an die nationale Ebene weiter. Auf zentraler Ebene des MSD werden jährliche externe Wirtschaftsprüfungen durchgeführt. Der MSD berichtet vierteljährlich an die RCHS über den Erhalt, die Verteilung sowie die Lagerbestände des MSD. Die Berichte waren nicht immer qualitative einwandfrei. Durch die Überprüfungen wird jedoch sichergestellt, daß Mängel aufge-

¹ Commodity Audit of Contraceptives Procured under German Financial Cooperation 1997-2001, Dar Es Salaam, November 2001

deckt und Lösungsmöglichkeiten gesucht werden. Die Qualitätskontrolle der Dreimonatsspritze erfolgte, wie vorgesehen, lieferseitig durch den Hersteller sowie durch den Consultant standardgemäß. Bis auf eine einmalige Ausflockung, die im Jahr 2000 bei einer Überprüfung der Lagerbestände bei insgesamt 643.000 Dosen gemeldet wurde, wurde die Qualität nicht beanstandet. Der Hersteller übernahm die Verantwortung für den Verderb der von ODA finanzierten Produkte, ersetzte die Ware auf eigene Kosten und veränderte im Verlauf der Folgeproduktionen die Zusammensetzung des Produkts, um die Überempfindlichkeit gegenüber Lagerung bei hohen Temperaturen zu reduzieren. Diesen gesamten Absatz auf 2-3 Sätze der Bewertung kürzen.

Insgesamt wurden die Zeitvorgaben der Projektdurchführung eingehalten. Die verlängerte Durchführungszeit der ersten Phase ist hauptsächlich auf den um sechs Monate verschobenen Projektbeginn zurückzuführen. Die zweite Phase verkürzte sich auf Grund der nicht realisierten Kooperation mit DfID von 30 auf 20 Monate. Durch den Wegfall der DfID Mittel reduzierten sich verglichen mit den Schätzungen bei Programmprüfung die Gesamtkosten der Programmphase II um etwa 50%. Versorgungsengpässe der Dreimonatsspritzen zwischen der ersten und zweiten Phase konnten durch ausreichende Liefermengen vermieden werden.

Die Abwicklung der FZ Finanzierung erfolgte über das Finanzministerium. FZ-Verwendungs- und Wirtschaftsprüfungen stellten keinerlei Abweichungen fest. Hinweise auf Mittelfehlverwendungen liegen nicht vor. Die Restmittel aus der ersten Phase wurden in der zweiten Projektphase verwendet. Die Reprogrammierung der Restmittel der zweiten Phase (ca. 50 oder 85? TEUR) erfolgte Anfang 2003. Ein abschließender Finanzbericht des Beschaffungsconsultant liegt unseres Wissens jedoch trotz mehrfacher Nachfrage von Seiten der KfW bis heute nicht vor.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Die Hauptwirkung des Vorhabens liegt auf der Ebene des Oberziels. Das Oberziel gilt als erreicht, wenn die Programmziele erreicht wurden. Tatsächlich erzielte das Familienplanungsprogramm Tansanias in den letzten zehn Jahren insgesamt eine signifikante Steigerung der kontrazeptiven Prävalenz (CRP) von 1991: 5,9%; 1995: 16,1%, bis 2002: 25%. Ist das nicht ein Widerspruch: In der Anlage 15,6% für 1999! Damit kann der Indikator für Phase I als erreicht angesehen werden. Die CRP bei Frauen für Dreimonatsspritzen erhöhte sich zwischen 1992 und 1996 von 0,4% auf 3,7%. Analog erhöhte sich auch der Anteil der Dreimonatsspritze am Methodenmix von 6% auf 23%. Das ist ein Wert aus dem PPB II, der kaum den Durchführungszeitraum der 1. Phase abdeckt. Gibt es aus der DHS von 1999 oder neueren Quellen nichts Aktuelleres? Im Vergleich dazu liegt der Anteil der traditionellen Methoden bei etwa 30%². Bis Mai 2002 waren alle aus FZ Mitteln finanzierten Lagerbestände aufgebraucht und sachgerecht an die Zielgruppe verteilt. Damit war auch das erwartete Ergebnis der zweiten Phase der Programmkonzeption erreicht. Die vom Wirtschaftsprüfer (2001) bestätigten regelmäßigen Supervisionen durch die Distriktgesundheitsteams stellen im Allgemeinen die adäquate Verwendung der Dreimonatsspritzen auf der Ebene der Gesundheitseinrichtungen sicher. Auch wurden im Rahmen der Verwendungskontrolle während der zweiten Programmphase keine Anzeichen von wesentlichen Verlusten bei Lagerung und Verteilung der Kontrazeptiva gefunden. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass kein Missbrauch in größerem Rahmen stattfand.

Bei beiden Programmprüfungen wurde das Risiko für die Erreichung des Programmziels als mittel bei mittlerer Beeinflußbarkeit eingestuft. Generell ist festzustellen, daß

² Tanzania Reproductive and Child Health Survey, 1999

die Maßnahmen, die zur Verringerung der Programmrisiken eingesetzt wurden, wie z. B. der Einsatz eines qualifizierten Beschaffungsconsultant und die Steuerung durch die Verwendungsprüfungen, zur Verminderung dieser Risiken sowie zum erfolgreichen Abschluß des Projekts und dessen Zielerreichung beigetragen haben (die Beurteilung der bei Programmprüfung angenommenen und eingetretenen Risiken ist in Anlage 3 dargestellt). Allerdings bleiben auch nach Abschluss des Programms in Tansania die Risiken für die Versorgung mit Kontrazeptiva bestehen, wobei v.a. im logistischen Bereich und im Bereich der genauen Verbrauchsanalyse bzw. der Bedarfsermittlung weiterhin die größten Defizite bestehen. Diese basieren im Wesentlichen auf der Schwäche des Gesundheitsinformationssystems (HMIS) v.a. bei der Datenerhebung sowie der Datenanalyse auf Distrikt- bzw. der Regionalebene und den Defiziten des logistischen Systems (LIMS). Die Beratungsqualität hat sich generell über die Zeit hinweg auf Grund der landesweiten unterstützenden Fortbildungsmaßnahmen (gefördert v.a. durch USAID und UNFPA) verbessert. Allerdings erhöht die zunehmende Personalknappheit im Gesundheitssektor das Risiko, daß der Zugang in der Folge auch zu FP-Diensten und v.a. den Beratungsleistungen beeinträchtigt werden kann.

Insgesamt bewerten wir in Anbetracht der Erreichung der Zielindikatoren und der erreichten Riskoverminderung die Effektivität des Programms als gut zufrieden stellend? ein (Stufe 12?). Zur Diskussion: War die Zielerreichung so deutlich über der Vorgabe?

Das tansanische Familienplanungsprogramm strebt an, das Bevölkerungswachstum zu verringern sowie die Mütter- und Säuglingssterblichkeit und die Krankheitsrisiken besonders für Frauen zu senken. In Tansania, einem der ärmsten Länder der Welt (HDI: 140 von 162 Ländern, 2000) leben etwa 40% der Bevölkerung unter der Armutsgrenze. Die Basisgesundheitsseinrichtungen, die nahezu alle Familienplanung (FP) anbieten (in diesem Kontext auf katholische Kirchen bzw. CSSC eingehen), sind im Durchschnitt für 90% der Bevölkerung in einem Umkreis von 10 km erreichbar. Tansania hat im Vergleich mit anderen Ländern südlich der Sahara eine der am besten ausgebautesten flächendeckenden Infrastrukturen im Gesundheitssektor, die allerdings mit hohen Wartungskosten verbunden ist. Im Rahmen der Gesundheitsreform und mit Hilfe der Gemeinschaftsfinanzierung ist die Instandhaltung seit neuerdings auch gewährleistet. Wir gehen daher davon aus, dass grundsätzlich die gesamte Zielgruppe Zugang zu Familienplanungsdiensten hat und dass gerade die ärmere Bevölkerungsschicht auf dem Land aufgrund der grundsätzlich kostenlosen staatlichen Leistungen der Reproduktiven Gesundheit (oder so ähnlich) von dem Programm profitieren konnte. Insgesamt messen wir dem FZ finanzierten Beitrag zum tansanischen Familienplanungsprogramm unter Berücksichtigung der weiterhin bestehenden Risiken des Personalmangels eine hohe entwicklungspolitische Relevanz und Signifikanz bei (Stufe 2).

Der Verbraucherpreis pro Paarverhütungsjahr (*Couple Year of Protection*, CYP) lag bei umgerechnet EUR 5. Im Vergleich dazu liegen die Verbraucherpreise für die Pille im Durchschnitt bei USD 8,87, für die Spirale bei USD 2,16 (Janowitz 1999). Einschließlich Transport-, Dienstleistungspersonal- und Verwaltungskosten liegen die CYP-Kosten der Dreimonatsspritzen noch deutlich unter den von der Weltbank ermittelten durchschnittlichen Kosten von USD 12 pro CYP in vergleichbaren Entwicklungsländern mit niedrigem Einkommen. Die für die Lagerung,

Im Allgemeinen entstehen den Anwenderinnen der Familienplanung mit Ausnahme von Transport- und Arbeitsausfallkosten (*Opportunity Costs*) keine Kosten, da die FP-Dienste einschließlich der Abgabe von Kontrazeptiva unentgeltlich sind. Auf Grund des integrierten Angebots an Basisgesundheitsdiensten sind diese zusätzlich anfallenden Kosten unserer Ansicht nach vernachlässigbar. Im Gegenteil halten wir den Programmansatz für geeignet, durch die Reduzierung der hohen Gesundheitsrisiken für

Frauen durch häufige Schwangerschaften, Aborte und einer großen Kinderzahl zu erheblichen finanziellen Einsparungen der Haushaltskosten der Allgemeinbevölkerung, wenn auch nicht quantifizierbar, beizutragen. Auch ergeben sich finanzielle Vorteile für die Familien durch die verbesserte Leistungsfähigkeit der Frauen bei besserer Gesundheit. Der beabsichtigte Rückgang der durchschnittlichen Kinderzahl je Frau bedeutet eine verbesserte Betreuung der Kinder sowie eine weitere finanzielle Entlastung vor allem für Familien, die bereit sind, für die Erziehung der Kinder einen wesentlichen Teil des Familieneinkommens auszugeben.

Im Hinblick auf die gesamtwirtschaftlichen Gesichtspunkten sind Maßnahmen zur Familienplanung ebenfalls von großer Bedeutung, wenn auch schwer zu quantifizieren. Die ansteigende *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR), die allgemein verbesserten FP-Leistungen und die Bereitstellung von dem Bedarf entsprechenden Empfängnisverhütungsmitteln lassen vermuten, dass die Zahl der ungewollten Schwangerschaften abnimmt. Damit gehen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie die Risiken der gesundheitsgefährdenden Abtreibungen zurück, die zu dem hohen Krankheitsrisiko der Frauen und zur hohen Müttersterblichkeit (600-1000 pro 100.000 Lebendgeburten, DHS 1999) beitragen. Geht es hier etwas anschaulicher: Was bedeutet ein Anstieg der CPR um 10%? Wieviele Frauen können dadurch absolut mehr verhüten? Um wieviel fällt die Geburtenrate/die Bevölkerungsrate? Wie sehen die Auswirkungen auf Mortalität und Morbidität von Schwangeren aus? Möglichst zwei, drei Aussagen hierzu. Da die Krankheitskosten im Wesentlichen vom tansanischen Staat getragen werden, hat ein Rückgang der Morbidität von Frauen erhebliche Auswirkungen auf die staatlichen Gesundheitsausgaben. Es wird davon ausgegangen, daß weniger Schwangerschaften zu einer verbesserten Betreuung der Säuglinge/Kinder führt, was wiederum die Säuglings- und Kindersterblichkeit positiv beeinflussen kann. Eine mögliche bessere Schul- und Ausbildung der Kinder, die bei kleineren Familien zu beobachten ist, trägt langfristig ebenfalls zu einer gesamtwirtschaftlich verbesserten Situation des Landes bei.

Unter Berücksichtigung der einzel- und gesamtwirtschaftlichen Wirkungen und der geringen Kosten für die Logistik sowie die Nutzung existierender Strukturen bei der Verteilung der Kontrazeptiva an die Verbraucher schätzen wir die Effizienz als gut ein. Wegen der fehlenden Kostenbeteiligung der Bevölkerung und auf Grund der mittleren CYP-Kosten, die auch auf der Ablehnung der Beschaffung von Generica beruhen, bewerten wir die Programmeffizienz insgesamt als ausreichend (Stufe 3). Zur Diskussion?!

Die Befürchtung bei Programmprüfung, dass das Gesundheitsministerium und das MSD die Beschaffung von ausreichenden Kontrazeptiva mittelfristig nicht sicherstellen können, hat sich bisher nicht bewahrheitet. Der MSD ist auf Grund langjähriger Erfahrung in der Lage, den Beschaffungs- und Verteilungsprozeß zufriedenstellend durchzuführen. Allerdings kommen Lieferschwierigkeiten v.a. auf Grund der fortbestehenden Probleme bei der Bedarfsplanung vor, die jedoch bisher lokal ohne schwerwiegende Konsequenzen überbrückt werden konnten. Entsprechend dem „*Final Report Situational Assessment of Logistic Systems*“ und der Studie „*Commodity availability for selected health products*“ (15.11.2003, *unapproved*) wurde im Hinblick auf die Versorgungslage nach Abschluss des Programms keine nennenswerte Verschlechterung festgestellt.

In Bezug auf die Nachhaltigkeit des Programms wurde nach Abschluss der Lieferungen bis zur Übernahme der Finanzierung durch den *Basket Fund* die Versorgung mit der Dreimonatsspritze durch die vorsorgliche Bereitstellung von entsprechenden Lieferungen von Kontrazeptiva durch USAID und UNFPA (insgesamt 2,1 Mio Dosen ausreichend für über 2 Jahre) sichergestellt. Im Rahmen der Gemeinschaftsfinanzierung standen anschließend auch ausreichend Mittel für die Beschaffung von Kontrazeptiva einschließlich der Dreimonatsspritze zur Verfügung. Diese Mittel wurden auch entspre-

chend eingesetzt. Über USAID und UNFPA wird die Finanzierung der anderen Kontrazeptiva gewährleistet. Allerdings kam es in jüngster Zeit zu einer Mittelreduzierung für den *Basket Fund*, da DfID die für den Sektorbasket bereitgestellten Mittel zugunsten der allgemeinen Budgetfinanzierung umwidmete und die Mittelzuweisungen des Finanzministeriums für den Gesundheitssektor kaum beeinflussbar sind. In der Folge stellte das Gesundheitsministerium Anträge für eine erneute Parallelfinanzierung der teuren Dreimonatsspritzen.

Die bei den Abschlusskontrollen erwähnten Betriebsrisiken bestehen weiterhin. Die Schwächen der Bedarfsschätzung auf nationaler Ebene werden noch immer durch unzuverlässige Verbrauchserhebungen auf der lokalen Ebene beeinträchtigt. Die Daten aus den Distrikten stehen dem RCHS auf nationaler Ebene nur mit erheblicher Verzögerung (6-12 Monate) zur Verfügung. Bei einer plan- und regelmäßigen Durchführung der in der mittelfristigen Ausgabenplanung vorgesehenen Beschaffungen sollten diese Mängel jedoch mittelfristig keine Auswirkung auf die Versorgung der Nutzerinnen haben. Weitere Betriebsrisiken, wie die noch bestehende Defizite der Supervision oder der Beratungsqualität bewerten wir auf Grund der staatlichen Maßnahmen (Trainingsprogramme für Distriktgesundheitsteams und FP Berater) als gering. Allerdings besteht weiterhin das Risiko des Personalmangels gerade im ländlichen Raum. Auch halten wir das Risiko einer nachhaltigen Verfügbarkeit der Dreimonatsspritze weiterhin für hoch. Die Leistungen der FP sind in Tansania bisher kostenlos. Kurz- und mittelfristig sind keine Kostenbeteiligungen der Zielgruppe in diesem Sub-Sektor vorgesehen. Damit ist das Ministerium weiterhin abhängig von der Unterstützung der Entwicklungspartner. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass das große Interesse der internationalen Partner an der Unterstützung der FP-Dienste zumindest mittelfristig eine ausreichende Versorgung der Zielgruppe sichert. Eine finanzielle Nachhaltigkeit besser: nachhaltige Finanzierung? kann damit auf absehbare Zeit nicht erwartet werden.

Unter Abwägung der aufgeführten Schlüsselkriterien schreiben wir dem Vorhaben eine insgesamt zufrieden stellende entwicklungspolitische Wirksamkeit zu (Stufe 2).

Empfehlungen für die Betriebsführung

Tansania sollte trotz der großen Nachfrage für die Dreimonatsspritze den angestrebten ausgewogenen Kontrazeptivamix beibehalten. Angesichts der Kosten für die Dreimonatsspritze und des Mangels an Nachhaltigkeit durch die hohe Geberabhängigkeit sollte sich das Land Gedanken darüber machen, wie die Kosten dafür langfristig finanziert werden können. Höhere Kosten werden auch durch die Verwendung von Markenprodukten verursacht. Tansania sollte verstärkte Anstrengungen unternehmen, auch bei Kontrazeptiva die Beschaffung von Generica zu organisieren.

Der zunehmende Personalknappheit, die den Zugang und die Qualität nicht nur der FP-Dienste, sondern auch generell der Basisgesundheitsdienste v.a. in ländlichen Gegenden bedroht, sollte im Rahmen der Gesundheitsreform effektiv entgegengesteuert werden. Da das Fachpersonal auf Distriktebene nach unserer Einschätzung im Rahmen des nationalen Familienplanungsprogramms (NFPP) die sachgerechte Verteilung der Kontrazeptiva und die notwendige FP – Beratung nicht immer hinreichend kompetent sicherstellen kann, sollten weiterhin Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen parallel gefördert werden. Die noch bestehenden Mängel bei der Qualität der Supervision durch die Distriktgesundheitsteams und v.a. durch die Region sollten weiterhin im Rahmen der Gesundheitsreform prioritär behandelt werden.

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CPR	Contraceptive Prevalence Rate
CYP	Couple Year of Protection
DANIDA	Danish International Development Agency
DfID	Department for International Development (UK)
DHMT	District Health Management Team
DHS	Demographic Health Survey
DMO	District Medical Officer
FP	Family Planning
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
GTZ	Gesellschaft für technische Zusammenarbeit
HDI	Human Development Index
HIV	Human Immuno-deficiency Virus
HMIS	Health Management Information System
HSSP	Health Sector Strategic Plan
ILS	Integrated Logistic System
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
LGR	Local Government Reform
LMIS	Logistic Management Information System
MOH	Ministry of Health
MSD	Medical Stores Department
MTEF	Medium Term Expenditure Framework
NFPP	National Family Planning Programme
NGO	Non-government Organization
NRO	Nichtergierungsorganisation
ODA	Overseas Development Administration
PP	Projektprüfung
PPB	Projektprüfungsbericht
PRS	Poverty Reduction Strategy
RCHS	Reproductive and Child Health Services
RCHU	Reproductive and Child Health Unit
RH	Reproductive Health
SWAP	Sector-wide Approach
TZ	Technische Zusammenarbeit
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	United States Agency for International Development

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.