

**Tansania: Distriktgesundheitsversorgung Region Mtwara I**

**Ex Post-Evaluierungsbericht (Schlussprüfung)**

<b>OECD-Förderbereich</b>	13030 / Gesundheit	
<b>BMZ-Projektnummer</b>	1996 65 605	
<b>Projektträger</b>	Regional Medical Officer (RMO), Ministry of Health	
<b>Consultant</b>	Entfällt, da Kooperation mit DED	
<b>Jahr des Ex Post-Evaluierungsberichts</b>	2009 (Stichprobe 2009)	
	<b>Projektprüfung (Plan)</b>	<b>Ex Post-Evaluierungsbericht (Ist)</b>
<b>Durchführungsbeginn</b>	3. Quartal 1996	3. Quartal 1997
<b>Durchführungszeitraum</b>	36 Monate	Ca. 50 Monate
<b>Investitionskosten</b>	1,68 Mio. EUR	1,68 Mio. EUR
<b>Eigenbeitrag</b>	0,15 Mio. EUR	0,15 Mio. EUR
<b>Finanzierung, davon FZ-Mittel</b>	1,53 Mio. EUR	1,53 Mio. EUR
<b>Andere beteiligte Institutionen/Geber</b>	DED	DED
<b>Erfolgseinstufung</b>	3	
• <b>Relevanz</b>	2	
• <b>Effektivität</b>	3	
• <b>Effizienz</b>	3	
• <b>Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen</b>	3	
• <b>Nachhaltigkeit</b>	3	

**Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren**

Das ex post evaluierte Vorhaben ist die erste Phase eines aus zwei Phasen bestehenden Distriktgesundheitsvorhabens der Finanziellen Zusammenarbeit in der Region Mtwara. Es sollte einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung von rd. 1 Mio. überwiegend ärmerer Menschen in der geographisch und wirtschaftlich benachteiligten Region Mtwara im Süden Tansanias leisten (Oberziel). Projektziel war es, die Gesundheitsversorgung in den Distrikten der Region quantitativ und vor allem qualitativ nachhaltig zu verbessern. Das Vorhaben wurde in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Entwicklungsdienst (DED) durchgeführt. Die FZ konzentrierte sich auf die Finanzierung von Planungs-, Bau- und Lieferleistungen zur Verbesserung von Primärgesundheitseinrichtungen und punktueller Unterstützung der Distriktkrankenhäuser in allen fünf Distrikten der Region Mtwara. Der DED entsandte Entwicklungshelfer (EH) zur personellen und technischen Unterstützung: einen Projektkoordinator auf Regionalebene sowie Fachkräfte für Bau und Medizintechnik sowie Ärzte zur Beratung auf Distriktebene. Während für das Oberziel zur Zeit der Projektprüfung wegen der widersprüchlichen Datenlage und objektiver Messprobleme keine Zielindikatoren

ren festgelegt wurden, wurden die Indikatoren für das Projektziel wie folgt festgelegt und quantifiziert:

- Gestiegene Bettenbelegungsrate der Distriktkrankenhäuser (Soll: 58%);
- Verkürzte durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Distriktkrankenhäusern (Soll: 5,8 Tage);
- Gestiegene Nutzerraten der Primäreinrichtungen (Soll: 0,6 Konsultationen pro Patient);
- Gestiegene Qualität der Dienstleistungen in den rehabilitierten Gesundheitseinrichtungen (Soll Primäreinrichtungen: 71% der Supervisionen positiv; Soll Krankenhäuser: 82% der Supervisionen positiv)
- Ausreichende Wartung der gelieferten medizinisch-technischen Ausrüstung und der rehabilitierten Gesundheitseinrichtungen (Soll 80% der Ausrüstung und Einrichtungen ausreichend gewartet und funktionstüchtig).

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

Das Vorhaben hat an der Verbesserung der gesundheitlichen Infrastruktur und Ausrüstung angesetzt, um die Anstrengungen der tansanischen Regierung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu unterstützen. Die Finanzielle Zusammenarbeit unterstützte folgende Maßnahmen:

- die Instandsetzung bzw. bauliche Erweiterung von 23 Gesundheitseinrichtungen der Primärversorgung (25% aller primären Einrichtungen in Mtwara);
- die Entwicklung und Einführung von Verbrennungsanlagen an 13 Einrichtungen der Primärversorgung;
- bauerhaltende und betriebssichernde Maßnahmen an drei Distriktkrankenhäusern und dem Regionalkrankenhaus Ligula;
- den Bau bzw. die Renovierung von 12 bzw. 7 Personalhäusern an rehabilitierten Dispensarien und am Ligula Krankenhaus;
- die Beschaffung von angepasster medizinisch-technischer Basisausrüstung einschließlich Verbrauchsgüter für die rehabilitierten Gesundheitseinrichtungen der Primärebene und für die Distriktkrankenhäuser;
- die Ausrüstung der bestehenden Regierungswerkstatt in Mtwara;
- die Beschaffung von Medikamenten bei finanziellen Engpässen und Notsituationen;
- die Bereitstellung der Infrastruktur für Management, Supervision und Fortbildung; Consultingleistungen und Projekt begleitendes Training;
- sowie die Durchführung Projekt begleitender Studien.

Die vom DED entsandten EH leisteten personelle und technische Unterstützung. Finanziert wurden:

- ein Programmkoordinator zur Vorbereitung und Steuerung der Distriktgesundheitspläne (DHP) und zur Koordinierung der Projektaktivitäten zwischen den beteiligten Regierungsstellen auf den Ebenen Distrikt, Region und Zentralregierung sowie zwischen DED und KfW;
- Fachkräfte für Bau und Medizintechnik, zur Supervision der Werkstatt, der Entwicklung eines mittelfristigen Instandhaltungskonzepts sowie zur Unterstützung der Planung und Durchführung der FZ-Maßnahmen;
- Ärzte zur Beratung der District Health Management (DHM) Teams in Planung und Umsetzung der DHP, vorwiegend bei Bedarfsanalysen, Organisations- und Supervisionsfragen.

Projektmaßnahmen wurden weitgehend nach Plan durchgeführt. Die kleineren Planabweichungen waren sachgemäß und erfolgten aufgrund von Bedarfsanalysen. Das Maßnahmenbündel sowie die Gesamtkonzeption waren adäquat.

## **Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung**

Das Projekt hat trotz aller weiter bestehenden Probleme sein Ziel teilweise erreicht. So konnten wesentliche Ursachen für die mangelnde Nutzung der Einrichtungen und die unzureichende Qualität des Dienstleistungsangebots beseitigt und damit Voraussetzungen für eine verbesserte Gesundheitsversorgung geschaffen werden. Inwieweit die Erreichung des Projektziels den Projektaktivitäten zugerechnet werden kann, lässt sich wegen struktureller Änderungen jenseits der vom Projekt initiierten, nicht quantifizieren. So verstärkten sich während der Projektlaufzeit nicht nur die Anstrengungen der tansanischen Regierung und die der bi- und multilateralen Geber, sondern es gab auch eine steigende Anzahl von Stiftungen, kirchlichen und Nicht-Regierungsorganisation, die auf dezentraler Ebene in der Region Mtwara ansetzten. Nicht zuletzt beeinflusste auch Phase II des Vorhabens die Projektzielerreichung.

Die wesentliche Wirkung des Vorhabens liegt in der Aufrechterhaltung und Verbesserung der medizinischen Versorgung auf der Primärebene. Dabei begünstigte es überwiegend ländliche Bevölkerungsgruppen, deren Einkünfte unter bzw. knapp über der nationalen Armutsgrenze liegen. Insbesondere Frauen und deren Kinder nutzen die Primärgesundheitsdienste. Dies trägt zu einer sinkenden Mütter-, Säuglings- und Kindersterblichkeit bei. Häufig können jedoch arme Menschen Gesundheitsdienstleistungen aufgrund von Nutzergebühren nicht oder nur unzureichend in Anspruch nehmen. Das tansanische Gesundheitswesen sieht zwar eine Kostenbefreiung von armen Menschen vor, doch wird diese Befreiung nicht durchgehend und uniform angewandt. Für arme Menschen stellen jedoch nicht allein Nutzergebühren ein Zugangshindernis dar, sondern auch die teuren und schwierigen Transporte in den ländlichen Gebieten.

In der entwicklungspolitischen Gesamteinschätzung kommen wir zu folgendem Ergebnis:

Das Vorhaben unterstützte die tansanischen Gesundheitsstrategien und – reformen. Es leistete Beiträge zur Erreichung der Millennium-Entwicklungsziele (MDGs) zur Senkung der Kindersterblichkeit, zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern und zur Bekämpfung von schweren Krankheiten. Die Wirkungskette, durch eine Rehabilitierung von Primär- und Sekundärgesundheitseinrichtungen sowie durch die Bereitstellung von Basisausstattungen das staatliche Gesundheitswesen in Mtwara zu verbessern und dadurch einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in Mtwara zu leisten, erscheint plausibel. Die Maßnahmen und deren Ergebnisse waren auf die Problemlage in Mtwara abgestimmt. Die Zusammenarbeit mit dem DED war zufriedenstellend. Zusammenfassend wird die Relevanz des Vorhabens mit der Note noch gut eingestuft (Teilbewertung Stufe 2).

Trotz aller weiterhin bestehenden Probleme hat das Projekt sein Ziel, einen Beitrag zur qualitativen und quantitativen Verbesserung des Gesundheitssystems zu leisten, zumindest teilweise erreicht. So stieg die durchschnittliche Nutzerrate in den rehabilitierten Gesundheitszentren um 34%; dies lag signifikant über dem Zielwert von 20%. Die Bettenbelegungsrate in den Distriktkrankenhäusern konnte um 16% gegenüber dem Zielwert von 5% gesteigert werden, wenn auch wesentliche Zuwächse bereits in die Phase II des Projekts fallen. Die durchschnittliche Länge des Aufenthalts in den besuchten Krankenhäusern verkürzte sich von 6,4 auf 5,4 Tage und übertraf den Zielwert von 5,8 Tagen. In den Krankenhäusern von Ligula und Newala konnte die durchschnittliche Verweildauer sogar auf 4,5 bzw. 3 Tage verkürzt werden. Die Qualität der Gesundheitsdienste wird mit Hilfe von Supervisions-Checklisten gemessen. Auf der Primärebene konnte der Anteil der positiven Supervisionen von 59 auf 70% gesteigert werden, in den Krankenhäusern von 68 auf 75%. Die Zielwerte wurden in beiden Fällen nur knapp verfehlt. Etwa 80% der vom Projekt beschafften Ausrüstungen waren funktionsfähig wie Stichproben ergaben. Allerdings wurde insbesondere auf der Primärebene ein starker Verschleiß festgestellt. Insgesamt wird die Effektivität als zufriedenstellend eingestuft (Teilbewertung Stufe 3).

Die Kosten der Baumaßnahmen sind bei ausreichender Qualität der Durchführung im Vergleich mit anderen Projekten und Bauvorhaben in Tansania angemessen. Eigene Consultingkosten fielen für die FZ aufgrund der Kooperation mit dem DED nicht an. Die

geplanten Baumaßnahmen wurden mit einer Verzögerung von 10 Monaten umgesetzt, die sich durch lokale Bedingungen (wie Regenzeit, Wassermangel und temporärer Transportmangel) ergab. Die Auslegungen der Gebäude, soweit Neubau betreffend, sowie Geräte- und Medikamentenbeschaffung folgten den Vorgaben und Standards des Gesundheitsministeriums. Die vom Projekt rehabilitierten Einrichtungen werden bis heute angemessen genutzt. Die Effizienz wird als zufrieden stellend eingestuft (Teilbewertung Stufe 3).

Bei Projektprüfung wurden keine spezifischen Indikatoren auf der Oberzielebene formuliert. Die MDGs 4, 5 und 6 können als Bezugsgrößen herangezogen werden. Von 1999 bis 2005 sanken die Kinder- und Säuglingssterblichkeit bezogen auf ganz Tansania deutlich. Die Lebenserwartung ist nach wie vor gering und die Müttersterblichkeit hoch. Da neben der Gesundheitsversorgung andere wesentliche sozio-ökonomische Faktoren wie die Trinkwasserversorgung, die allgemeine Hygiene, die wirtschaftliche Lage und die Alphabetisierung die Erreichung der MDG 4, 5 und 6 stark beeinflussen, kann kein unmittelbarer Zusammenhang zu den erbrachten Leistungen im Rahmen des Vorhabens konstatiert werden. Hinzu kommt, dass zuverlässige aktuelle Gesundheitsdaten für das Projektgebiet fehlen. Doch weisen die beobachtbaren gesundheitlichen Trends in der Mtwara Region darauf hin, dass das Projekt durch seinen Beitrag zur qualitativen und quantitativen Verbesserung des Gesundheitswesens in Mtwara auch zur Verbesserung des Gesundheitszustands der dortigen Bevölkerung beigetragen hat. Dies bestätigen die befragten Patienten und das paramedizinische und medizinische Personal. Insgesamt werden die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen als zufrieden stellend eingestuft (Teilbewertung Stufe 3).

Nachhaltigkeit: Ein Viertel der vom Projekt rehabilitierten Gesundheitseinrichtungen befindet sich in gutem Zustand, ein Viertel benötigt größere Reparaturen, etwa die Hälfte der Einrichtungen bedarf kleinerer Reparaturen. Die Werkstatt in Mtwara arbeitet kostendeckend. Die Einsicht, dass ein Wartungssystem sowohl für die Baumaßnahmen als auch für Geräte notwendig ist, scheint zu wachsen. Anreizsysteme, um qualifiziertes Personal in der Region Mtwara anzuwerben und zu halten, werden teilweise angewandt. Ein Supervisionssystem wurde eingeführt, jedoch bislang nicht ausreichend zur Qualitätsverbesserung genutzt. Es fehlt noch an personellen und finanziellen Ressourcen sowie auch die Einsicht, auf festgestellte Engpässe zu reagieren, gemeinsam nach Lösungen zu suchen und Unterstützung zu bieten. Die Eigenmittel durch Patientenzahlung und Versicherungssysteme sind noch gering. Die Council Health Development Plans werden zwar regelmäßig adjustiert, doch nicht mit großem Nachdruck umgesetzt. Um die Nachhaltigkeit zu sichern, bedarf es jedoch weiterer Verbesserungen u. a. im Bereich des Managements der finanziellen Ressourcen. Trotz der weiterhin bestehenden Engpässe wird die Nachhaltigkeit des Vorhabens als zufrieden stellend (Teilbewertung Stufe 3) eingestuft.

In der Gesamtbewertung stufen wir das Vorhaben als zufrieden stellend (Stufe 3) ein.

### **Projektübergreifende Schlussfolgerungen**

Eine nachhaltige und geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung armer ländlicher Gebiete erfordert neben dem nachhaltigen Ausbau der medizinischen Infrastruktur und einer ausreichenden Ausstattung mit Fachkräften besondere Anstrengungen, darunter eine systematische Gesundheitsaufklärung; Beiträge zur Überwindung kulturell bedingter Zugangsbarrieren; eine Förderung der Wartungskultur sowie monetäre und karrierebezogene Anreizstrukturen, die zu einer qualitativ und quantitativ adäquaten und kontinuierlichen Personalausstattung beitragen.

Ein regionaler Vergleich innerhalb Tansanias zeigt, dass Ansätze zur strukturellen Verbesserung des Gesundheitswesens und der Ausbau eines anfänglichen Krankenversicherungsschutzes (Community Health Funds) in der relativ wohlhabenden Kilimanjaro-Region signifikant besser gelingen als in der abgelegenen und wirtschaftlich armen Grenzregion zu Mosambik. Die Standortnachteile sollten so lange durch angemessene Unterstützungsleistungen ausgeglichen werden, bis sich die regionalen Unterschiede angeglichen haben.