

Tansania: Sozialdienste der Kirchen Gesundheit, Phase II

Ex Post-Evaluierungsbericht (Schlussprüfung)

OECD-Förderbereich	1223000 / Infrastruktur im Bereich Basisgesundheit	
BMZ-Projektnummer	1997 65 355	
Projektträger	Christian Social Services Commission (CSSC)	
Consultant	--	
Jahr des Ex Post-Evaluierungsberichts	2009	
	Projektprüfung (Plan)	Ex Post-Evaluierungsbericht (Ist)
Durchführungsbeginn	1. Quartal 1998	3. Quartal 1998
Durchführungszeitraum	40 Monate	69 Monate
Investitionskosten	3,4 Mio. EUR	3,4 Mio. EUR
Eigenbeitrag	---	---
Finanzierung, davon FZ-Mittel	3,4 Mio. EUR	3,4 Mio. EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	KV mit GTZ, EZE ,KZE	KV mit GTZ, EZE, KZE
Erfolgseinstufung	Zufrieden stellend (3)	
• Relevanz	Gut (2)	
• Effektivität	Zufrieden stellend (3)	
• Effizienz	Zufrieden stellend (3)	
• Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	Zufrieden stellend (3)	
• Nachhaltigkeit	Zufrieden stellend (3)	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren

Die Phase II des Kooperationsvorhabens "Sozialdienste der Kirchen - Sektorprogramm Gesundheit" (BMZ-Nr.: 1997 65 355) war Teil der mehrseitigen Zusammenarbeit der deutschen Kirchen (EZE, KZE/Misereor) sowie der KfW und GTZ mit den tansanischen Kirchen, vertreten durch den Programmträger Christian Social Services Commission (CSSC). In Phase II wurden aus FZ-Mitteln im Wesentlichen die Maßnahmen der Phase I (BMZ-Nr.: 1993 65 743) weitergeführt. Phase I hatte die Unterstützung von vier tansanischen Distrikten (Bunda, Dodoma, Sengerema und Tunduru) bei Ausstattung, Bau und Rehabilitierung von kirchlichen Gesundheitseinrichtungen umfasst. In Phase II kamen weitere Maßnahmen neu hinzu, nämlich die Erstaussstattung revolvierender Medikamentenfonds, der Bau von Personalunterkünften an Gesundheitseinrichtungen sowie der Aufbau von zonalen Wartungsdiensten. Dabei wurden sowohl kirchliche als auch staatliche Einrichtungen unterstützt. Komplementär erfolgte im Rahmen der TZ eine Qualifizierung von Gesundheitspersonal in fachlichen und organisatorischen Fragen sowie in

Managementmethoden. Die Zentralstellen der deutschen Kirchen haben maßgeblich die Finanzierung des Trägers CSSC übernommen.

Programmziel des Vorhabens war die landesweite Verbesserung der Dienstleistungsqualität der kirchlichen Gesundheitseinrichtungen, insbesondere in den vier bereits in Phase I geförderten Programmdistrikten. Damit sollte ein Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der ländlichen Bevölkerung Tansanias geleistet werden (übergeordnetes entwicklungspolitisches Ziel). Programmzielindikatoren waren eine gestiegene Nutzungsrate der rehabilitierten Gesundheitseinrichtungen, die Nutzung der gelieferten medizinisch-technischen Ausrüstung und ihre Funktionsfähigkeit sowie die dauerhafte Verfügbarkeit von 80% der bereit gestellten Medikamente in drei Viertel der Krankenhäuser mit Medikamentenfonds 24 Monate nach deren Einführung. Für die Erfüllung des übergeordneten entwicklungspolitischen Ziels wurden bei Programmprüfung (PP) zunächst keine Indikatoren festgelegt. Bei Schlussprüfung wurden für die Messung der Oberzielerreichung die Indikatoren „Rückgang der Müttersterblichkeit“ und „Reduzierung der Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren“ herangezogen.

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

Die Phase II des Sektorvorhabens wurde als offenes Programm konzipiert und umgesetzt. Bei PP war geplant, bis zu 6 kirchliche Krankenhäuser zu rehabilitieren, rund 40 Basisgesundheitsstationen und Krankenzentren zu bauen bzw. zu rehabilitieren sowie 26 Personalunterkünfte zu errichten und teilweise zu rehabilitieren. Tatsächlich wurden insgesamt 6 Krankenhäuser sowie 20 Basiseinrichtungen in den 4 Programmdistrikten rehabilitiert und landesweit an 13 kirchlichen Hospitälern insgesamt 33 Standardpersonalunterkünfte finanziert. Die Abweichungen bei der Anzahl der Rehabilitierungen ergeben sich daraus, dass bei den während der Programmdurchführung ausgewählten Gesundheitseinrichtungen ein höher liegender Rehabilitierungsbedarf festgestellt wurde und Baukosten deutlich gestiegen waren. Die Erhöhung der rehabilitierten bzw. ausgestatteten Mitarbeiterwohnungen von 26 auf 33 ist auf eine insgesamt effiziente Planung zurückzuführen. In Phase II konnten drei der vier geplanten Wartungsdienste aufgebaut werden. Restmittel der Phase II wurden in Phase III für den Aufbau und die Ausrüstung der vierten Wartungswerkstatt verwandt.

Vorrangig aufgrund des durch die Vielzahl und die landesweite Verteilung der Standorte hohen Betreuungsaufwands hat sich der Durchführungszeitraum von 48 geplanten Monate auf 69 verlängert.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Zielgruppe des Vorhabens war die arme Bevölkerung Tansanias, vor allem in den vier ländlich geprägten Programmdistrikten Tansanias. Der überwiegende Teil der Einwohner dieser Distrikte ist arm, 38% der ländlichen Bevölkerung verfügt über weniger als umgerechnet rund 8 EUR pro Monat und Kopf (nationale Armutsgrenze). 2007 lag das monatliche Durchschnittseinkommen im Programmdistrikt Tunduru bei 24 EUR pro Person, wohingegen es in Dar es Salaam bei rund 50 EUR lag. Schlechte Ernten verstärken die prekären Haushaltssituationen der ländlichen Bevölkerung regelmäßig. Nach Befriedigung der Grundbedürfnisse können in ruralen Gebieten im Schnitt nur 1,8% der Familienbudgets für Gesundheit verwandt werden. Die Zielgruppe bewerten wir demnach als erreicht.

hohen Standards entspricht (z.B. keine Feuchtigkeitsbildung in den Räumen durch gute Entlüftung, hygienische Abwassersammlung). Die Gesamtkosten des Vorhabens erachten wir als adäquat. Es ist davon auszugehen, dass durch die verbesserte Gesundheitsversorgung ein

Beitrag zu höherer Arbeitsproduktivität, eine Verminderung von krankheitsbedingten Arbeitsausfällen und somit zur Anhebung ländlicher Lebensstandards geleistet wird. Die Effizienz wird insgesamt als zufrieden stellend (3) eingeschätzt. In der entwicklungspolitischen Gesamteinschätzung kommen wir zu folgendem Ergebnis:

Der aktuelle nationale Gesundheitsentwicklungsplan sieht u.a. die Verbesserung von Quantität und Qualität der Gesundheitseinrichtungen vor. Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel – Leistung eines Beitrags zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der ländlichen Bevölkerung Tansanias – unterstützt implizit die MDG-Ziele 4 und 5 (Senkung der Kindersterblichkeit, Verbesserung der Gesundheit von Müttern) und entspricht somit den zentralen Zielen der deutschen EZ. Der Gesundheitssektor ist seit Ende der 90er Jahre Schwerpunktsektor der EZ mit Tansania. Die Maßnahmen der Phase II fügten sich in nationale Sektorstrategien ein, welche als Orientierungsrahmen für internationale Vorhaben dienten und ein harmonisiertes Gebervorgehen sicherstellten. Aufgrund des integrativen und auch in der Konzeption der drei Programmphasen enthaltenen Kooperationsansatzes innerhalb der deutschen EZ konnte die Zusammenarbeit mit anderen Gebern intensiviert und damit ein wichtiger orientierender Einfluss auf die Sektorentwicklung wahrgenommen werden. Wir stufen daher die Relevanz des Vorhabens mit gut (2) ein.

Das Programmziel, die landesweite Verbesserung der Dienstleistungsqualität der kirchlichen Gesundheitseinrichtungen, gemessen an den Indikatoren gesteigerte Nutzerraten der Gesundheitseinrichtungen, Nutzung und Funktionsfähigkeit der gelieferten Ausrüstungen sowie Verfügbarkeit von Medikamenten, wurde in Teilbereichen erreicht. Die Nutzung durch Patienten hat sich trotz weiterhin bestehender finanzieller Schwierigkeiten und Fachkräftemangels laut Interviewangaben weitestgehend stabilisiert und teilweise sogar erhöht. Die bereitgestellten und rehabilitierten Gebäude und Ausrüstungen ermöglichen die Durchführung von nationalen Gesundheitsprogrammen und die Leistung einer Grundversorgung. Die Wartungszentren leisten einen Beitrag zur Instandhaltung der Infrastruktur und haben einen Bewusstseinswandel bezüglich präventiver Wartung angestoßen. Die revolvierenden Medikamentenfonds konnten nicht nachhaltig etabliert werden. Zumindest in den teilnehmenden Einrichtungen hat diese Maßnahme jedoch zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema Gebührenerhebung geführt. Die Zusammenarbeit des Programmträgers CSSC mit den geförderten staatlichen Gesundheitseinrichtungen hat die Kommunikation zwischen den staatlichen und kirchlichen Betreibern und Verantwortlichen auf allen Ebenen intensiviert und damit zu Verbesserungen der Dienstleistungen geführt. Wir beurteilen die Effektivität insgesamt als zufrieden stellend (3).

Der Rehabilitierungsbedarf der einzelnen Gesundheitseinrichtungen hat sich gegenüber den ursprünglichen Annahmen nach Auswahl der tatsächlich zu rehabilitierenden Gebäude als deutlich höher erwiesen (offenes Programm). Da auch die Baukosten im Durchführungszeitraum erheblich anstiegen und die weitläufige Verteilung der Einrichtungen zusätzliche Kosten und Zeitverzögerungen auslöste, wurden zwar weniger Gesundheitseinrichtungen als angenommen rehabilitiert, dafür wurden an einzelnen Standorten zusätzliche Mitarbeiterwohnungen errichtet. Während der Schlussprüfung hat sich gezeigt, dass die Bauqualität im nationalen Vergleich tuft.

Die von der FZ bereitgestellte Infrastruktur leistet einen Beitrag zur Basisversorgung sowie zur Durchführung nationaler Gesundheitsprogramme in den bislang noch gering erschlossenen ländlichen Gebieten Tansanias. Es ist zu vermuten, dass die Durchführung des nationalen Mutter-Kind-Gesundheitsprogramms in den bereit gestellten Gebäuden zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation in den Programmregionen beigetragen hat. Dies kann auch anhand der Entwicklung der Sektorkennndaten zur Mutter-und-Kind-Gesundheit nachvollzogen werden. Im Programmdistrikt Tunduru beispielsweise lag die Müttersterblichkeitsrate 1998 bei 392 Todes-

fällen je 100.000 Lebendgeburten. Bis 2007 verbesserte sich dieser Wert auf 251. Vergleichswerte für die anderen Programmdistrikte liegen nicht vor. Seit PP hat sich zudem der Indikator Kindersterblichkeit kontinuierlich verbessert. Lag der Indikator 1996 noch bei 160 Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten landesweit, starben zwischen 2002 und 2004 durchschnittlich 105 Kinder unter fünf Jahren. Für 2008 wurde die Kindersterblichkeit mit 91 pro 1.000 Lebendgeburten angegeben. Diese Entwicklung ist auch in den begünstigten Programmdistrikten nachzuvollziehen. Im Distrikt Tunduru fiel der Indikator von 222 Todesfällen in 1994 auf 183 in 2007. Insgesamt bewerten wir die übergeordnete entwicklungspolitische Wirkung als zufrieden stellend (3).

Aufgrund der guten Bauqualität und angesichts der laufenden Reformen bezüglich der Finanzierung des tansanischen Gesundheitssystems (Korbfinanzierung, nationale Versicherungssysteme, Patientengebühren) erachten wir die Nachhaltigkeit der geförderten Infrastruktur mittelfristig für erreichbar. Im aktuellen nationalen Gesundheitsentwicklungsplan sind intensive Maßnahmen zur Deckung des hohen Bedarfs an Fachpersonal festgeschrieben. Voraussetzung dafür ist allerdings auch die zeitlich aufwendige Verbesserung der sekundären und tertiären Bildungswege sowie ein adäquates Anreizsystem, insbesondere für Fachkräfte im ländlichen Raum. Angesichts der bisherigen Finanzierungsstrukturen der Gesundheitseinrichtungen war eine Wartungsplanung bislang kaum durchführbar. Dies ändert sich jedoch vor allem aufgrund der Dezentralisierung der operationalen Verantwortung sowie der direkten Mittelzuweisung. Damit werden den Wartungseinrichtungen die Konsolidierung und der Ausbau ihrer Dienstleistungen ermöglicht. Die Nachhaltigkeit der entwicklungspolitischen Wirkungen der Programmphase hängt entscheidend vom weiteren Verlauf der Sektorreform ab. Der intensive Dialog der Geber mit der tansanischen Regierung in der Strategieentwicklung und die Umsetzung der Sektorreform, in welche auch die deutsche EZ intensiv eingebunden ist, bieten Erfolg versprechende Ansatzpunkte zur Mitgestaltung der weiteren Sektorentwicklung. Die Nachhaltigkeit wird als zufrieden stellend (3) eingestuft.

Zusammenfassend stufen wir die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens als zufrieden stellend (3) ein.

Programmübergreifende Schlussfolgerungen

Sofern Programmträger speziell für die Abwicklung von Programmen gegründet werden, sollten sie nicht nur bei ihrer finanziellen Existenzsicherung, sondern auch bei ihrem institutionellen Aufbau unterstützt werden. Besonderes Augenmerk sollte dabei die Multiplikatorenrolle für die Informationsvermittlung zwischen der staatlichen Ebene und den nicht-staatlichen Betreibern erlangen.

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

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

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

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

Die Stufen 1-3 kennzeichnen eine positive bzw. erfolgreiche, die Stufen 4-6 eine nicht positive bzw. nicht erfolgreiche Bewertung.

Das Kriterium Nachhaltigkeit wird anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet:

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

Nachhaltigkeitsstufe 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“).

Nachhaltigkeitsstufe 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.

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

Die Gesamtbewertung auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der fünf Einzelkriterien gebildet. Die Stufen 1-3 der Gesamtbewertung kennzeichnen ein „erfolgreiches“, die Stufen 4-6 ein „nicht erfolgreiches“ Vorhaben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Vorhaben i.d.R. nur dann als entwicklungspolitisch „erfolgreich“ eingestuft werden kann, wenn die Projektzielerreichung („Effektivität“) und die Wirkungen auf Oberzielebene („Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“) als auch die Nachhaltigkeit mindestens als „zufrieden stellend“ (Stufe 3) bewertet werden.