

KV Togo: KV Rehabilitierung von Basisgesundheitszentren in der Zentralregion

Schlussprüfung

OECD-Förderbereich	12230 – Infrastruktur im Bereich Basisgesundheit	
BMZ-Projektnummer	1995 66 803	
Projektträger	Ministère de la Santé Publique (MSP) und dessen Regionaldirektion in der Zentralregion	
Consultant	GTZ (Drittgeschäft für Baumaßnahmen und Beschaffungen)	
Jahr der Schlussprüfung	2006	
	Programmprüfung (Plan)	Schlussprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	2. Quartal 1996	4. Quartal 1996
Durchführungszeitraum	33 Monate	47 Monate
Investitionskosten	2,9 Mio EUR	3,0 Mio EUR
Eigenbeitrag	0,1 Mio EUR	0,2 Mio EUR
Finanzierung, davon FZ-Mittel	2,8 Mio EUR	2,8 Mio EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	GTZ	GTZ
Erfolgseinstufung	4	
• Signifikanz/Relevanz	4	
• Effektivität	4	
• Effizienz	5	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren

Mit dem Kooperationsvorhaben von GTZ (TZ) und KfW (FZ) sollte die Leistungsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen in der Zentralregion Togos auf allen Versorgungsebenen verbessert werden. Dieses Ziel sollte seitens der FZ durch Verbesserung der Gesundheitsinfrastruktur in dieser Region erreicht werden (im Wesentlichen Rehabilitierung und Neubau von bestehenden Basisgesundheitsseinrichtungen, Ausbau von Distriktkrankenhäusern und einer Poliklinik in Sokodé, Verbesserung des Regionalhospitals, angemessene Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen und wichtiger zentraler Dienste). Oberziel war die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung in der Zentralregion, Programmziel eine verbesserte Leistungsfähigkeit der vorhandenen Gesundheitseinrichtungen. Indikatoren bei Schlussprüfung waren eine Nutzerate (Erstkonsultationen pro Einwohnerzahl in einem Jahr) von mind. 40 % und eine Bettenbelegung in den Krankenhäusern von 30 – 40 %. (Die Anspruchsniveaus wurden damit gegenüber der Programmprüfung gesenkt: Damals waren die Indikatorenwerte für die Nutzerrate auf mind. 60% und für die Bettenbelegungsquote auf mind. 50% festgelegt worden.)

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

Das Vorhaben wurde als offenes Programm in Kooperation mit der GTZ weitgehend entsprechend der Planung durchgeführt. Die TZ-Maßnahmen zielten auf eine verbesserte Medikamentenversorgung, Personalaus- und -fortbildung und die Instandhaltung der Gesundheitseinrichtungen. Die einzelnen FZ-Maßnahmen wurden im Rahmen der Detailplanung festgelegt: Sie

umfassten den Neubau von 9 und die Instandsetzung von 25 ländlichen Krankenstationen, den Ausbau von 2 Provinzkrankenhäusern und einer städtischen Poliklinik sowie die medizinische Ausstattung dieser Einrichtungen einschließlich einer Kühlkette für Impfprogramme. Gemeinsam mit dem Regionalhospital in Sokodé, das um ein Zentrum für Bluttransfusionen und ein Wartungszentrum erweitert wurde, entstand so ein im Betrieb bis auf Fachpersonal und die Lieferung von Medikamenten im Prinzip autonomes Versorgungssystem. Die entgeltliche Abgabe von generischen Medikamenten durch integrierte lokale Apotheken, die sich bei einer staatlichen Zentralapotheke versorgen, sollte vor den medizinischen Leistungen die finanzielle Grundlage des Betriebs bilden.

Zur Absicherung eines möglichst zuverlässigen Betriebs wurden entsprechend der Bamako-Initiative die verschiedenen Einrichtungen (ohne weiterhin staatliches Fachpersonal) unter jeweiligen Betreiberkomitees (Zivilgesellschaft, Verwaltung, Fachpersonal) verselbständigt, und zwar bei arbeitsteiliger Zusammenarbeit in einem dreistufigen System mit Krankenstationen für die Basisversorgung sowie Provinzhospitälern und einem Regionalhospital als Referenzebenen.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Die Belegungsquote der Hospitäler in der Zentralregion wurde für 2004 von togoischer Seite unterschiedlich mit 36 bzw. 50% angegeben, die Nutzerrate einheitlich mit 38%. Beide Werte liegen deutlich über dem togoischen Durchschnitt von 30% für die Bettenbelegung bzw. 24% für die Nutzerrate und entsprechen annähernd den bei Schlussprüfung revidierten Zielgrößen. Damit wurde die derzeitige Gesundheitsversorgung der früher unterversorgten Bevölkerung der Zentralregion deutlich über das nationale Niveau hinaus verbessert.

Die Erfolgsbewertung wird aber beeinträchtigt, weil das grundsätzlich zweckmäßig konzipierte und weitgehend engagiert betriebene Versorgungssystem unter den von togoischer Seite als "crise socio-politico-économique" bezeichneten ungünstigen sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen nicht nachhaltig ist.

Dies liegt vor allem daran, dass das reformfeindliche, totalitäre Regime international teilweise isoliert ist und bei geringen EZ-Zuflüssen mit hohen Ausgaben zu seiner Erhaltung belastet ist. Als Folge für den Gesundheitssektor erfüllt der Staat seine weiterhin bestehende Verpflichtung zur Finanzierung von Fachpersonal immer weniger und stellte die Finanzierung von Reinvestitionen in Gesundheitseinrichtungen faktisch ein. Gleichzeitig wurden die Höchstpreise für medizinische Leistungen und Medikamente in unzureichender Höhe eingefroren, wobei die Bevölkerung angesichts seit Jahren sinkender Einkommen auch nicht stärker belastbar gewesen wäre.

So entstand im Jahr 2003 in der Zentralregion bei durchschnittlichen Kosten von 4,38 EUR pro Patient (73 % über Landesdurchschnitt) und Einnahmen von 3,77 EUR (41 % über Landesdurchschnitt) ein Verlust von 110.000 EUR bzw. 13,8 % des Umsatzes. Konkret geht das Defizit darauf zurück, dass zunehmend nicht ersetztes staatliches Personal durch Mittel des regionalen Gesundheitssystems finanziert wird. Dazu werden zunächst sämtliche geplanten Unterhaltsmittel für Gehälter eingesetzt und im nächsten Schritt auch Teile des Budgets für Medikamente. In diesem Zusammenhang wird außerdem auf immer schlechter qualifiziertes, billigeres Personal zurückgegriffen und die entsprechend immer wichtigere, aber ebenfalls kostenträchtige Überwachung und Fortbildung des Personals unterlassen. Dies setzt eine Abwärtsspirale in immer weiteren Gesundheitseinrichtungen in Gang, die bei größeren Schäden besonders kritisch wird (etwa der Wasserversorgung oder von Laborgeräten).

Das Vorhaben hat die Attraktivität des Gesundheitssystems in der Projektregion verbessert. Diese Verbesserung wird vor allem auf den beiden Referenzebenen der Präfekturhospitäler und des Regionalhospitals auch von der Bevölkerung genutzt. Allerdings erscheinen diese Verbesserungen derzeit nicht nachhaltig, weil sie, wie dargestellt, von einer Personal- und Finanzierungsbasis ausgehen, die angesichts der negativen gesamtwirtschaftlichen Entwicklung von Togo derzeit nicht gegeben ist und auch bis auf weiteres kaum erreicht werden dürfte.

Das Programm kommt unmittelbar der regionalen, überwiegend armen Bevölkerung der Zentralregion zu Gute. Entsprechend der Ausrichtung des Vorhabens nutzen vor allem Frauen mit ihren Kindern das verbesserte Angebot an Gesundheitsleistungen, darunter die kostenlosen Impfprogramme.

Mit der Einführung der insgesamt zufrieden stellend funktionierenden Betreiberkomitees und einer teilweisen Dezentralisierung des Systems auf regionaler Ebene hat das Projekt einen wichtigen konzeptionellen Beitrag zur Stärkung der Selbsthilfefähigkeit der togoischen Bevölkerung geleistet. Das Vorhaben hatte Pilotcharakter für die Reorganisation des Gesundheitswesens in anderen Regionen. Es hat zugleich Grundlagen für die Intensivierung und breite Anwendung von Selbsthilfeelementen in der Gesundheitsverwaltung gelegt.

Allerdings können die durch das Konzept eröffneten Chancen einer Selbstverwaltung durch die versorgte Bevölkerung nur unzulänglich für den Betrieb der Einrichtungen genutzt werden, weil die togoische Regierung weiterhin keine Dezentralisierung mit entsprechender allgemeiner kommunaler oder regionaler Handlungsfähigkeit zulässt. Die einzelnen Gesundheitseinrichtungen auf der lokalen Ebene bzw. auf derjenigen der Zentralregion sind bisher isolierte sektorale Einheiten geblieben. Die fehlende Vernetzung mit (bisher nicht existierenden) ländlichen Gemeinden oder eigenverantwortlich handelnden Präferkturen bzw. Regionen beschränkt im schwierigen togoischen Kontext besonders wichtige Ausgleichsmaßnahmen. So fehlen neben einer zusätzlichen Absicherung bei defizitärem Betrieb auch Unterstützungsmöglichkeiten für arme Kranke.

Als zentrale, miteinander verbundene Risiken für die nachhaltige entwicklungspolitische Wirksamkeit des Projektes wurden stets eine adäquate Personalausstattung, angemessene Instandsetzung, ausreichende Verfügbarkeit generischer Medikamente und angesichts bis auf Weiteres fehlender Kostendeckung ausreichende Budgetzuweisungen angesehen. Die ausreichende Verfügbarkeit generischer Medikamente ist weiterhin grundsätzlich gegeben. Infolge sinkender staatlicher Budgetmittel kann jedoch eine zwar nicht adäquate, aber möglichst gute Personalausstattung derzeit nur aufrecht erhalten werden unter Einsatz der ohnehin sehr unzulänglichen Mittel für Wartung, Instandhaltung sowie Personalfortbildung und -kontrolle. Insofern gelten - bei ausreichender Verfügbarkeit von Medikamenten - die übrigen Risiken fort. Für alle Einrichtungen des kohärent konzipierten Systems sind die technische Unterhaltung und die Instandsetzung infolge der selbst verschuldeten "crise socio-politico-économique" in Togo weder materiell noch bezüglich der Funktionsfähigkeit entsprechender Service-Einheiten finanziert. Gemeinsam mit den Finanzierungsdefiziten im Personalbereich (Betrieb, Kontrolle und Fortbildung) ist damit unter den bestehenden Rahmenbedingungen keine ausreichende Finanzierungsbasis für das Gesundheitssystem der Region gegeben.

Die entwicklungspolitische Beurteilung kommt zu folgender Einschätzung:

- Das Programmziel des Vorhabens, die angemessene Nutzung der geschaffenen bzw. rehabilitierten Gesundheitseinrichtungen, ist derzeit wegen der relativ hohen Nutzung der Krankenhäuser und städtischen Krankenstationen erreicht, die bezüglich der Indikatoren Nutzungsdefizite bei ländlichen Stationen kompensieren. Allerdings halten wir die derzeitigen Indikatorwerte der Nutzerrate und Bettenbelegung angesichts der finanziell bedingten Mängel beim Personal, vor allem aber der Wartung und Supervision, nicht für nachhaltig, so dass keine ausreichende Effektivität erreicht wird (Stufe 4).
- Die Verbesserung der Gesundheitseinrichtungen wurde mit angemessenen Mitteln erreicht (Produktionseffizienz). Die meisten Gesundheitsleistungen werden rational erbracht. Gewisse vermeidbare Betriebskosten entstehen in schlecht ausgelasteten Krankenstationen sowie durch den (für Patienten manchmal lebensrettenden) Ehrgeiz einiger Krankenhäuser, Operationen über den vorgesehenen Standard hinaus durchzuführen. Aber grundsätzlich notwendige laufende Kosten für Unterhaltung und Reparaturen, Supervision und den regionalen Hygienesdienst sind nicht finanzierbar. Damit ist die Effizienz des Vorhabens entwicklungspolitisch eindeutig unzureichend (Stufe 5).
- Die Verbesserung der Gesundheitsleistungen für die Zielgruppe war relevant. Die Wirkungen des Vorhabens für die Zielgruppe sind als bessere Behandlungen für die Dauer der Verfügbarkeit der verbesserten Leistungen auch signifikant. Dabei hatten die Verbesserungen die durchgeführten Baumaßnahmen als notwendige Voraussetzung. Faktisch möglich und trotz der ungünstigen Rahmenbedingungen über mehrere Jahre realisierbar wurden

die Verbesserungen nur durch das Programmkonzept eines dezentralisierten bzw. weitgehend autonomen Gesundheitssystems. Angesichts fehlender Nachhaltigkeit werden aber auch Relevanz und Signifikanz des Vorhabens als nicht ausreichend bewertet (Stufe 4).

Dem Kooperationsvorhaben 'Rehabilitierung von Basisgesundheitszentren in der Zentralregion' wird eine insgesamt nicht mehr ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit (Stufe 4) zugemessen.

Projektübergreifende Schlussfolgerungen

- Es ist ein hohes Risiko, Projektkonzepte trotz bekannt ungünstiger institutioneller und finanzieller nationaler Rahmenbedingungen auf umfassende Verbesserungen dieser Restriktionen zu gründen. Das gilt besonders für Systeme im Bereich der sozialen Infrastruktur, die üblicherweise Transfers von außen zur Sicherung ihrer nachhaltigen Funktionsfähigkeit benötigen. Allerdings werden - gerade bei Vorhaben der sozialen Infrastruktur - kaum entsprechende Kostenüberlegungen angestellt, die den Zuschussbedarf nach Höhe und zeitlicher Verteilung explizit machen. Dabei sind entsprechende Überlegungen für eine nachhaltige Nutzenabgabe unerlässlich.
- Bei der Konzeption eines Basisgesundheitsprogramms ist die Finanzierbarkeit der zukünftigen Betriebskosten des geplanten Systems aus den verschiedenen Quellen in vollem Umfang und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Landes realistisch abzuschätzen. Sollten die Risiken einer Unterfinanzierung entsprechend hoch sein, wären alternativ kostengünstigere Modelle bzw. Auslegungen oder andere Finanzierungsmodelle in Erwägung zu ziehen.
- Das vorliegende Programm im Gesundheitssektor zeigt erneut, dass sektorale Ansätze selbst mit ihrer Vorstellung eines dezentralisierten Betriebs kaum den eigenen sektoralen Rahmen verlassen. Gerade, wenn es sich um Leistungen der Grundversorgung handelt, bestehen häufig Möglichkeiten einer erfolgreichen Einbindung in die allgemeine lokale oder regionale Verwaltungsebene, falls diese wirklich 'dezentralisiert' ist, also die Bevölkerung des jeweiligen Gebietes einbezieht und über eigene Handlungsspielräume verfügt. Eine solche Verknüpfung verbessert i. d. R. die Finanzierungsbasis bzw. Risikostreueung für einen defizitären Sozialbereich durch Druck der Bevölkerung auf die dezentralen Entscheidungsträger, sofern deren Mandat auf Wahlen basiert. Umgekehrt ist das Fehlen entsprechender lokaler oder regionaler Strukturen wie im vorliegenden Fall ein zusätzlicher Hinweis auf das hohe Risiko eines solchen Programms.

Legende

Entwicklungspolitisch erfolgreich: Stufen 1 bis 3	
Stufe 1	Sehr gute oder gute entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 2	Zufrieden stellende 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, oben 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.