

Ex-post-Evaluierung – Indien

>>>

Sektor: Infrastruktur im Bereich Basisgesundheits (CRS Kennung 12230)
Vorhaben: Sekundärkrankenhäuser Karnataka Phase II* – BMZ 2002 65 074
Projektträger: Regierung des Unionsstaates Karnataka, vertreten durch das Department of Health and Family Welfare (DoHFW)



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2014

	Projekt (Plan)	Projekt (Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR	17,90	17,22
Eigenbeitrag Mio. EUR	3,60	3,21
Finanzierung Mio. EUR	14,30	14,01
davon BMZ-Mittel Mio. EUR	14,30	14,01

*) Vorhaben in der Stichprobe 2014

Kurzbeschreibung: Das Vorhaben beinhaltete die Rehabilitation, Erweiterung und Ausrüstung von 13 Sekundärkrankenhäusern in der Gulbarga-Region des indischen Bundesstaates Karnataka. Weitere Maßnahmen waren die Beschaffung von Medikamenten, Durchführung von Trainingsaktivitäten zur Wartung der Einrichtungen und zur umweltgerechten Abfallentsorgung. Das Vorhaben schloss sich inhaltlich und zeitlich unmittelbar an Phase I an und wurde komplementär zu dem von der Weltbank unterstützten Vorhaben „Karnataka Health Systems Development & Reform Project“ (KHSDRP) durchgeführt, das alle anderen Distrikte des Bundesstaates abdeckte und ebenfalls flankierende Beratungsmaßnahmen im gesamten Bundesstaat beinhaltete.

Zielsystem: Mit der Erhöhung der Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung auf der sekundären Versorgungsebene in der Gulbarga Region (Projektziel) sollte ein Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der überwiegend armen Bevölkerung der Region geleistet werden.

Zielgruppe: Zielgruppe war die überwiegend arme, ländliche Bevölkerung der Gulbarga Region, insbesondere Frauen und Kinder.

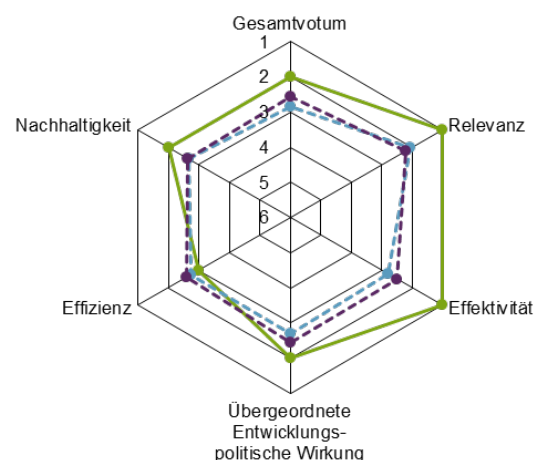
Gesamtvotum: Note 2

Begründung: Die originären gesundheitspolitischen Ziele auf der Oberzielebene wurden sämtlich erreicht. Dies ist den förderlichen Rahmenbedingungen eines stringent durchgeführten und durchfinanzierten Reformprogramms zuzuschreiben. Die Projektziele wurden weitgehend erreicht. Auch wenn die Effizienz der Umsetzung des Projekts nur zufriedenstellend war, wird dies durch die gute Bewertung der anderen Kriterien ausgeglichen.

Bemerkenswert:

Einbettung des Vorhabens in ein übergeordnetes Reformprogramm, das bzgl. Gebührensystem, Wartungsbudget, Notfallversorgung und Müllentsorgung wichtige Impulse gab.

Vorbildliche Müllentsorgung und -verwertung - unter Einbindung privater Firmen - welche von einem nationalen Institut eng überwacht werden.



—●— Vorhaben
 - - - ● - - - Durchschnittsnote Sektor (ab 2007)
 - - - ● - - - Durchschnittsnote Region (ab 2007)

Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 2

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Die Regierung von Indien (GoI) und die Regierung von Karnataka (GoK) haben seit Prüfung des Vorhabens ihre Beiträge zum Gesundheitssektor stark angehoben, mit jährlichen realen Steigerungsraten 2005 – 2012 zwischen 40 und 15 %. Besonders bedeutsam sind die Zuwendungen der National Rural Health Mission (NRHM), die Krankenhäusern in medizinisch unterversorgten Regionen seit 2006 direkt und flexibel einsetzbare Mittel für Betrieb und Wartung zur Verfügung stellt und eine Reihe von Programmen finanziert, die den Zugang von besonders Armen, vor allem Müttern und Kindern, zu Gesundheitsdienstleistungen verbessern. Das Vorhaben ist somit integriert in ein umfassendes Reformprogramm mit dem Ziel, Dienstleistungen zu verbessern und zu verbreitern, um die arme Bevölkerung flächendeckend zu erreichen und ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

Relevanz

Das Kernproblem wurde richtig erkannt und mit den richtigen Maßnahmen angegangen. Die Projektmaßnahmen waren eingebettet in ein Reformprogramm mit wirksamen Synergien zwischen den Projekt- und sonstigen Reformmaßnahmen. Die Wirkungskette ist plausibel unter Berücksichtigung der damals getroffenen, wichtigen Annahmen (ausreichende Personalausstattung und Budgets für Betrieb und Wartung), ohne die die Maßnahmen nicht umfassend erfolgreich hätten sein können.

Die Ziele des Vorhabens entsprachen der nationalen indischen Gesundheitsreformpolitik zur Verbesserung der ländlichen Gesundheitsversorgung der NRHM und waren Teil des Reformprojekts des Staates Karnataka, das eine Verbesserung der Distriktgesundheit und die Erreichung der MDGs zum Ziel hatte. Das Vorhaben entsprach und entspricht den damaligen und heutigen Grundprinzipien der Gesundheitspolitik des Trägers und der Bundesregierung und war in guter Weise geeignet, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in der Gulbarga Region zu leisten.

Relevanz Teilnote: 1 (sehr gut)

Effektivität

Das Projektziel beinhaltete die Verbesserung der Qualität und Effizienz der Gesundheitsdienstleistungen sowie die bessere Nutzung der Sekundärkrankenhäuser in der Gulbarga Region, insbesondere durch Frauen und Kinder. Die Erreichung der bei Projektprüfung (PP) definierten Projektziele kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator	Status bei Ex-post-Evaluierung
1) Zuwachs bei Patientenzahlen: a) Ambulante Patienten, Anstieg um 10 % (Patienten/1.000 Einwohner) b) Stationäre Patienten (2001: 78.680) und behandelte Notfallpatienten (2001: 7000), Anstieg um 10 % (Patienten/1.000 Einwohner)	a) Insg. Karnataka 2013: 63 Millionen; Ambulante Patienten/1.000 Ew.: Erhöhung von 121 (2008) auf 695 (2013), um 574 % b) Insg. Karnataka 2013: 2,7 Millionen Stationäre Patienten /1.000 Ew.: Erhöhung von 2,03 (2008) auf 42,74 (2013), um 2135 %
	Indikator erheblich übertroffen Das Vorhaben war Teil eines umfassenden Reformprogramms, in dem u.a. die finanzierten Hospitäler eine tragende Rolle spielen.

<p>2) Verbesserung der Bettenbelegungsrate auf 65 % (2001: 50-55 %)</p>	<p>Karnataka : Daten nicht im HMIS geführt</p> <p>Projekthospitäler: zwischen 132 % (Sedam), 78 % (DH Gulbarga) und 11% (Gurumitkal)</p> <p>Indikator für 6 der 7 besuchten Krankenhäuser erfüllt</p>
<p>3) Anteil der professionell begleiteten Geburten steigt auf 35 % (2001: 30 %)</p>	<p>98 %</p> <p>Das Vorhaben war Teil eines umfassenden Reformprogramms, welches eine massive Erhöhung der durch das öffentliche System betreuten Geburten erreichte.</p> <p>Indikator deutlich übertroffen</p>
<p>4) Reduzierung der freien Stellen in Krankenhäusern (medizinisches, paramedizinisches und anderes Personal) um 50 % (Keine Ausgangsdaten verfügbar)</p>	<p>Das Problem des Personalmangels ist zwar entschärft, aber an entlegenen Standorten weiterhin größte Herausforderung. Im Durchschnitt der 7 vor Ort besuchten Hospitäler waren 77 % aller Stellen besetzt.</p> <p>Indikator weitgehend erfüllt</p>
<p>5) Hospitäler erhöhen ihre Einkommen durch Patientengebühren. Zum Zeitpunkt der PP wurden keine Patientengebühren eingezogen.</p>	<p>Alle Hospitäler nehmen Gebühren auf Basis der Bundesstaaten weit eingeführten Gebührenordnung ein. Allerdings bezahlen nur Patienten über der Armutslinie, weitere Ausnahmen sind schwangere Mütter, Geburten, Kinder bis 5 Jahre, HIV/AIDS Kranke, so dass die Einnahmen auf Ebene der Kreiskrankenhäuser zwischen 2.500 und 7.500 EUR/Jahr lagen, auf Distriktebene allerdings mit 170.000 EUR/Jahr sehr relevant sind. Die Gebühren werden jedoch nicht regelmäßig an die Inflation angepasst.</p> <p>Indikator erfüllt</p>

Die Nachfrage nach den Leistungen und die Nutzung der öffentlichen Projekthospitäler haben sich stetig erhöht. Die stationäre Auslastung der Krankenhäuser ist gut bis befriedigend, die der ambulanten Dienstleistungen sehr gut. Fast alle Krankenhäuser erhöhen derzeit ihre Bettenkapazitäten noch weiter (um bis zu 100 %). Allerdings hängt die Auslastung der vergrößerten Gebäude von der Bereitstellung von geeignetem Personal ab. Hier sind in den vergangenen Jahren auch deutliche Fortschritte erzielt worden. Aus diesem Grunde und auch angesichts der weit über den Erwartungen liegende Zunahme an Patienten wird die Effektivität des Vorhabens insgesamt mit sehr gut bewertet.

Effektivität Teilnote: 1 (sehr gut)

Effizienz

Für die Effizienz der Durchführung und der Mittelallokation werden folgende Indikatoren herangezogen: Dauer der Durchführung, Kosten im Vergleich zur Planung sowie der Proxyindikator "Nutzung" der Gebäude und Geräte, Zufriedenheit der Patienten und des Personals. Ein Kostenvergleich pro m³ umbauten Raums oder pro Bett scheint nicht angemessen, da die Bauleistungen unterschiedlichste Arbeiten von der

Renovierung bis zum gänzlichen Abbruch und Neubau umfassten. Die Qualitätsanforderungen und die wartungsarme technische Ausführung des FZ-Vorhabens wurden als Standard für Weltbank und national finanzierte Bauvorhaben übernommen.

Die Durchführung verzögerte sich stark aufgrund von Problemen mit Baufirmen, Eigentumsdisputen sowie zumeist der Notwendigkeit, die Bau- und Rehabilitationsarbeiten während des laufenden Betriebs der Krankenhäuser durchzuführen. Dies führte zu einer Verzögerung von 41 Monaten (rd. doppelt so lange wie geplant).

Aufgrund starker allgemeiner Kostensteigerungen in der Planungsphase (z.B. Stahl um 320 %) konnten nur 13 statt der geplanten 21 Krankenhäuser in das Projekt aufgenommen werden. Dies entspricht rd. 5 % aller Sekundärkrankenhäuser im Bundesstaat Karnataka. Angesichts der Kostenentwicklung und der Inflation sehen wir den Output jedoch als akzeptabel an (vgl. Bewertung der Abschlusskontrolle).

Die Nutzung der finanzierten Gebäude und der Geräte ist - ohne das Krankenhaus Bellary - als gut einzuschätzen. Insgesamt werden die 7 besuchten Projekthospitäler durch 900.000 ambulante und 55.000 stationäre Patienten jährlich genutzt (2013). Das Distrikthospital Bellary stand nach Fertigstellung knapp 2 Jahre lang leer, da sich Distrikt und Universität um seine Nutzung stritten. Inzwischen hat DoHFW eine Entscheidung zu Gunsten der Universität gefällt, die Nutzung ist vor 6 Monaten angelaufen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die vollständige Nutzung bis Ende 2014 sicher gestellt sein wird, da die Stellenausschreibungen für das medizinische Personal bereits laufen. Das medizinische Gerät wurde seit Übergabe in der Universitätsklinik genutzt und nun zurücktransportiert. Das Krankenhaus in Gurumitkal ist stationär mit 11 % Bettenbelegung sehr unzureichend ausgelastet; nicht zuletzt fehlt es in der entlegenen Region an Ärzten. Dennoch werden hier sehr viele Patienten ambulant behandelt. Die Auslastung der Krankenhäuser ist im Durchschnitt gut, dies deutet auch auf eine plausible Auswahl der Interventionsebene durch den nationalen Träger hin. Auch lässt sich aus einzelnen Gesprächen mit Patienten (jedoch nicht repräsentativ) ableiten, dass die Basisgesundheitsversorgung mittlerweile als angemessen wahrgenommen wird. Genannte Kritik bezog sich vornehmlich auf die limitierte Privatsphäre während der Behandlung. Daher bewerten wir die Gesamteffizienz als zufriedenstellend.

Effizienz Teilnote: 3 (zufriedenstellend)

Übergeordnete Entwicklungspolitische Wirkungen

Das übergeordnete Entwicklungsziel war die Verbesserung der Gesundheitssituation der ländlichen armen Bevölkerung der Gulbarga Region, zu messen anhand folgender Indikatoren:

Indikator	Status bei Ex-post-Evaluierung*)
Müttersterblichkeit (MMR)	MMR sank von 228 (2001) auf 144/100.000 (2013), d. h. um 37 %
Säuglingssterblichkeit (IMR)	IMR sank von 70 (2001) auf 36/1.000 (2013), d. h. um 49 %
Neugeborenensterblichkeit (NMR)	NMR sank von 52 (2001) auf 32/1.000 (2013), d. h. um 38 %
Sterblichkeitsrate in ländlichen Gegenden (MR)	Ländliche MR sank von 10 (2001) auf 8% (2013), d. h. um 20%

*) Werte beziehen sich auf den Bundesstaat Karnataka. Für die Projektregion waren keine disaggregierten Werte verfügbar.

Alle Indikatoren zeigen eine enorme Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in Karnataka. Die bei Ex-post-Evaluierung ermittelten Werte liegen deutlich über den bei Projektprüfung anvisierten

Niveau (sinken um mindestens 5 %), da sich der Abschluss des Vorhabens um rd. 4 Jahre verzögerte und sich der positive Trend der Indikatorwerte fortgesetzt hat. Die Wirkung des KfW-finanzierten Projekts kann nicht herausgelöst werden aus der Gesamtwirkung der flächendeckenden Reformaktivitäten seitens GoK und GoI, um die Armen zu erreichen, hier vor allem zu erwähnen:

- Einrichtung ambulanter Kliniken
- E-health-Ansätze (v.a. Ferndiagnose zur Unterstützung der Kreiskliniken)
- Mother and Child-Tracking System (Monitoring jeder Schwangerschaft / Kind bis zum 5. Jahr)
- "108 Emergency Scheme" (Weltbankunterstütztes Ambulanzsystem)
- Hausbesuche und Aufklärung durch sog. Accredited Social Health Activists
- Anreize für die Entbindung in Kliniken (finanzielle Unterstützung, Transport, post-delivery kit)
- Umfassende Familienplanungsprogramme.

Diese Programme griffen im Zeitablauf immer stärker und sichern die Wirkungen des FZ-finanzierten Projekts ab. Gleichzeitig ermöglicht die gute Infrastruktur auf Sekundärebene, zu der das Vorhaben einen wichtigen Beitrag leistete, der erfolgreichen Durchführung dieser Programme. Im Rahmen der FZ-Finanzierung (Phase I und II) wurden insgesamt 35, mit Weltbank-Finanzierung 200 der insgesamt 240 Krankenhäuser der Sekundärebene in Karnataka rehabilitiert.

Dem gegenüber steht noch der hohe Anteil an privat erbrachten Gesundheitsdienstleistungen (private und kirchliche Dienstleister, traditionelle Heiler), die mehrheitlich kostenpflichtig sind. Schätzungen zufolge betrifft dies mehr als die Hälfte der in Anspruch genommenen Dienstleistungen im Gesundheitssektor in Karnataka. Seit PP hat sich dieser Anteil nur leicht reduziert. Wesentlich dafür dürfte die noch immer mangelnde Patientenorientierung sein. Hier wurden vor allem der Mangel an individueller, respektvoller Behandlung und die fehlende Privatsphäre der Patienten in öffentlichen Einrichtungen genannt (z.B. 6 Entbindungstische in einer Reihe ohne Vorhänge).

Übergeordnete Entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2 (gut)

Nachhaltigkeit

a) GoI und die Bundesstaaten haben die Finanzierung des Gesundheitssektors seit Prüfung des Vorhabens stark erhöht: von 5,5 % auf 9,5 % des Bundeshaushalts und von 0,9 % auf 4,1 % des BIP und damit von 4,9 auf 20,3 USD/Kopf/Jahr (2012). Seit 2005 haben sich die Ausgaben für Gesundheit in Karnataka (GoI und NRHM) absolut betrachtet verdreifacht, wobei die Zuwendungen der NRHM 2012 15 % betrug.

b) Ein bundesstaatenweites Gebührensystem wurde eingeführt, das inzwischen gut etabliert ist und von den Patienten akzeptiert wird. Allerdings werden in Karnataka 75 % der Bevölkerung per definitionem als arm eingestuft und sind im Besitz einer "Below Poverty Line" (BPL) card und von Gebühren ausgenommen. Gleichzeitig nutzen über 60 % der Bevölkerung alternative private Dienstleistungen (dörfliche Heiler, private Kliniken). Ein weitaus größerer Teil der Bevölkerung ist also bereit und in der Lage, Gesundheitsdienstleistungen zu bezahlen, als derzeit der Fall. Die Gebühren wurden seit 2000 nicht angepasst, sodass sie zunehmend unbedeutend werden. Sie werden seitens DoHFW offen als „Spielgeld“ bezeichnet und sind politisch unbeliebt (Entgegenkommen an Weltbank und die deutsche FZ). Dennoch haben die Gebühren eine wichtige Bedeutung für die Krankenhäuser, da sie diese flexibel nutzen können.

Staatliche Hospitäler haben durch schlechte Dienstleistungen in der Vergangenheit ein schlechtes Image in der Bevölkerung, obwohl ihre Dienstleistungen inzwischen vergleichbar oder sogar weitaus besser als die des Privatsektors sind. Dies soll nun mit der Verbesserung der Personalverfügbarkeit, Medikamentenausstattung und generell mehr Serviceorientierung und Transparenz verbessert werden. Erste Maßnahmen sind bereits umgesetzt (vgl. Abschnitt Effektivität).

c) Die finanzielle Nachhaltigkeit der Krankenhäuser hängt fast gänzlich von den Budgetzuweisungen von GoI und GoK ab, die in den letzten Jahren ständig und zuverlässig angestiegen sind und derzeit Be-

trieb und Wartung zufriedenstellend gewährleisten. Auch unabhängige Wissenschaftler halten die kostenlose Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen (ebenso wie Bildung und Trinkwasser) für einen kulturell unverzichtbaren Baustein des indischen Sozialstaates. Dies kann die Nachhaltigkeit gefährden im Falle der Veränderung politischer Prioritäten. Neue und zunehmend relevante Einnahmequellen für die Distrikthospitäler sind allerdings Betriebskrankenversicherungen sowie die Gebühren der Medical Colleges für die praktische Einweisung der Studenten (Schwestern- und Ärzteausbildung).

- d) GoK hat ein gut funktionierendes Managementinformationssystem (HMIS) eingerichtet und arbeitet weiter an der Qualität der Daten und seiner Nutzbarkeit für E-Health Ansätze.
- e) Das Outsourcing der Müllentsorgung ist ein nachhaltiges Konzept, da sich die Entsorger aus ihren Recyclingeinnahmen refinanzieren.
- f) Für die Wartung der Geräte wurde über die jährliche Vergabe von Wartungsverträgen an kompetente Firmen ein funktionsfähiges Konzept eingeführt.
- g) Problematisch erscheint die Governance des Sektors mit langwierigen Prozedere von GoI und GoK für die Zuweisung von Mitteln und die Einstellung von Personal. Auch die komplexen dezentralisierten Strukturen auf Distrikt- und Kreisebene enthalten viele Schnittstellen und belassen kaum Entscheidungsbefugnisse auf Ebene der Hospitäler. Dies erschwert das effiziente patientenorientierte Management.

Nachhaltigkeit Teilnote: 2 (gut)

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	zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
Stufe 4	nicht zufriedenstellendes 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 (zufriedenstellende 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 „zufriedenstellend“ (Stufe 3) bewertet werden.