

Ex-post-Evaluierung – Tansania



Sektor: Gesundheit / Infrastruktur im Bereich Basisgesundheits (CRS-Code: 12230)
Vorhaben: Distriktgesundheitsversorgung Mtwara Region Phase II BMZ-Nr. 2001 65 761*
Träger des Vorhabens: Regionalverwaltung Mtwara, vertreten durch den Regional Medical Officer



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2018

		Plan bei Prüfung	Ist
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR		2,92	4,82
Eigenbeitrag Mio. EUR		0,00	0,00
Finanzierung Mio. EUR		2,92	4,82
davon BMZ-Mittel (FZ) Mio. EUR		2,05	2,65
davon BMZ-Mittel (DED) Mio. EUR		0,87	2,17

*) Vorhaben in der Stichprobe 2015

Kurzbeschreibung: In der zweiten Phase des Distriktgesundheitsprogramms (District Health Improvement Programme, DHIP II) wurden auf der Grundlage von Krankenhausentwicklungsplänen aus FZ-Mitteln ein Regionalkrankenhaus (Ligula Regional Hospital) und drei Distriktkrankenhäuser (Masai, Newala und Tandahimba) rehabilitiert und verbessert. Das Vorhaben schloss an die erste Phase des DHIP an, in der von 1997-2003 u.a. 23 Basisgesundheitsstationen in der Region Mtwara rehabilitiert und ausgestattet wurden und eine Wartungswerkstatt aufgebaut wurde. Das Vorhaben wurde als Kooperationsvorhaben mit dem Deutschen Entwicklungsdienst (DED; heute Teil der GIZ) konzipiert. Der DED leistete durch Entsendung mehrerer Entwicklungshelfer die notwendige personelle Unterstützung des Trägers in den Bereichen Programmmanagement, Distriktgesundheitsmanagement, Krankenhausverwaltung, Bau- und Rehabilitierungsmaßnahmen, Wartung sowie Vermittlung klinischer Kenntnisse.

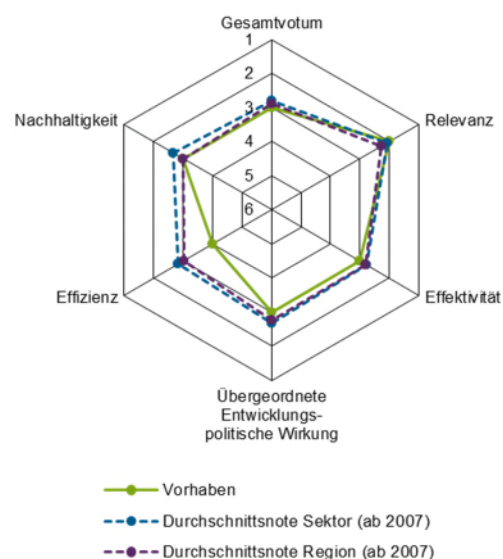
Zielsystem: Das entwicklungspolitische Oberziel (Impact) des Vorhabens war es, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in der Programmregion zu leisten, insbesondere für Arme, Frauen und Kinder. Programmziel der zweiten Phase des DHIP war die Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen auf der Ebene der Krankenhäuser und deren erhöhte Nutzung durch die Zielgruppe (Outcome).

Zielgruppe: Zielgruppe waren die Nutzer der geförderten Gesundheitseinrichtungen in der Programmregion Mtwara.

Gesamtvotum: Note 3

Begründung: Das Vorhaben hat zur Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen auf Krankenhausebene und deren Nutzung beigetragen. Allerdings bestehen Defizite im Bereich der Wartung sowie andere bereits bei Prüfung festgestellte Herausforderungen für die Erbringung qualitativ angemessener Behandlung (u.a. unzuverlässige Medikamentenversorgung, Personalmangel, Budgetknappheit auf Einrichtungsebene) weiterhin fort.

Bemerkenswert: Zwar stehen die Leistungen der Krankenhäuser formal allen Bevölkerungsschichten offen, durch begrenzte Zahlungsfähigkeit ist der Zugang ärmerer Menschen zu den Gesundheitsleistungen jedoch praktisch beschränkt. Grund hierfür ist insbesondere, dass die vorgesehene Kostenbefreiung nicht immer effektiv angewendet wird.



Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 3

Relevanz

Mtwara ist eine entlegene, arme Region Tansanias mit ländlicher Prägung. Zum Zeitpunkt der Konzeption des Vorhabens (2001) gehörte der schlechte Erhaltungszustand der Infrastruktur und Ausrüstung sowie chronischer Personalmangel neben der unzureichenden Versorgung mit Medikamenten und Verbrauchsgütern zu den Kernproblemen im Gesundheitssektor. Das Vorhaben setzte an diesen Problemen an, konzentrierte sich jedoch auf die Gesundheitsinfrastruktur, um die Gesundheitseinrichtungen in der Region Mtwara zu stärken und damit auch die Qualität der Versorgung zu verbessern. Nachdem im Rahmen von Phase I insbesondere Basisgesundheitsseinrichtungen rehabilitiert wurden, lag der Fokus der Phase II auf Bau- und Rehabilitierungsmaßnahmen bei Krankenhäusern. Dies erfolgte auf der Basis von Krankenhausentwicklungsplänen. Aufgrund begrenzter Mittelverfügbarkeit erfolgte eine Fokussierung auf die Finanzierung von Basisinfrastruktur für die Krankenhäuser (Wasser- und Stromversorgung sowie Abwasser- und Abfallentsorgung) sowie Finanzierung von grundlegenden Rehabilitierungen und Neubauten in zentralen Krankenhausbereichen (z.B. Mutter-Kind-Gesundheit, Entbindungsstation). Auf diese Weise sollten wichtige Grundvoraussetzungen für einen ordnungsgemäßen Betrieb der Krankenhäuser sichergestellt und durch den Bau von Personalhäusern die Arbeitsplatzattraktivität erhöht werden.

Der Gesundheitssektor war zu Beginn des Projektes ein Schwerpunkt der Entwicklungszusammenarbeit mit Tansania und gehörte gleichzeitig zu den prioritären Sektoren im Rahmen der tansanischen Armutsbekämpfungsstrategie. Heute ist der Gesundheitssektor nach wie vor eine Priorität der deutsch-tansanischen bilateralen Zusammenarbeit. Allerdings hat sich der Fokus innerhalb des Sektors verändert: Aktuelle FZ-Vorhaben setzen stärker nachfrageseitig bzw. bei der Etablierung von Krankenversicherungssystemen an.

Die dem Konzept zugrunde liegenden Wirkungsketten sind weitgehend plausibel. So sollen die durchgeführten Maßnahmen (Basisinfrastruktur sowie Bau- und Rehabilitierungsmaßnahmen) infrastrukturelle Grundvoraussetzungen für den ordnungsgemäßen Krankenhausbetrieb schaffen und zu einer verbesserten Qualität der Gesundheitsdienstleistungen der Krankenhäuser beitragen und damit letztlich zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation, insbesondere von ärmeren Bevölkerungsschichten. Bei fortbestehenden strukturellen Problemen wie unzureichender Finanzierung, Personalmangel und Versorgungsproblemen mit Medikamenten und Verbrauchsgütern unterliegt dieser Ansatz jedoch bestimmten Grenzen, da er nur einen Aspekt verbesserter Behandlungsqualität adressiert. Dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen insbesondere durch besonders arme Bevölkerungsschichten wurde im Rahmen des Projektkonzepts nicht ausreichend Rechnung getragen (siehe Abschnitt Effektivität). Unter Berücksichtigung begrenzter Mittel für die Finanzierung dieses Vorhabens - und der hieraus resultierenden Notwendigkeit zur Fokussierung - sowie parallel laufenden Aktivitäten im Sektor, die die Maßnahme flankierten (darunter der Gesundheitskorb zur Unterstützung eines umfassenderen Reformprogramms), kann die Relevanz, trotz beschriebener Einschränkungen, als gerade noch gut eingestuft werden.

Relevanz Teilnote: 2

Effektivität

Zur Bewertung der Erreichung des Projektziels "Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen auf Ebene der Krankenhäuser und deren erhöhte Nutzung" wurden sechs Indikatoren herangezogen. Die Bewertung der Indikatoren basiert auf Daten/Aussagen der unterstützten Krankenhäuser und weiteren Quellen sowie auf Beobachtungen bei Vor-Ort-Besichtigungen. Die Erreichung der bei Projektprüfung definierten Programmziele kann wie folgt zusammengefasst werden¹:

¹ Die Indikatoren selbst wurden erst im Rahmen der Implementierung definiert und wertbestückt. Daher fehlt eine Baseline.

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Steigerung der Zahl der ambulanten Patienten in den geförderten Einrichtungen, Anzahl pro Jahr	n.a.	<p>Alle Krankenhäuser gaben in Gesprächen an, in den letzten Jahren zunehmende Patientenzahlen zu verzeichnen. Daten zur Anzahl der ambulanten Patienten wurden jedoch nicht vorgelegt. Über die Entwicklung der ambulanten Behandlungen kann daher nur eine eingeschränkte Aussage getroffen werden.</p> <p>→ Indikator voraussichtlich erfüllt, Bewertung jedoch schwierig.</p>
(2) Durchschnittliche Belegungsrate aller Krankenhäuser	PP: 60 % Zielwert: >= 60 %	<p>Gesamteindruck bei den Besichtigungen war, dass die stationären Bereiche der geförderten Krankenhäuser gemessen am Zielwert ausreichend genutzt werden - allerdings bei festgestellter Varianz zwischen den Einrichtungen und zwischen einzelnen Krankenhausbereichen. Insgesamt könnte die Auslastung noch erhöht werden. Angefragte Daten zur jährlichen Zahl stationärer Patienten, der durchschnittlichen Bettenbelegung und zur Inanspruchnahme ausgewählter spezifischer Dienste wurden von den Krankenhäusern nicht vorgelegt. Somit stützt sich die Aussage der Evaluierung vor allem auf eine anekdotische Momentaufnahme zum Zeitpunkt des Besuchs.</p> <p>→ Indikator voraussichtlich erfüllt, Bewertung jedoch schwierig.</p>
(3) Alle Krankenhäuser verwenden mind. 5 % des jährlichen Budgets für Wartung.	Zielwert: mind. 5 %	<p>Informationen zur genauen Höhe des Wartungsbudgets wurden von den Programmkrankenhäusern nicht bereitgestellt. Besichtigungen und Diskussionen zeigten, dass in den Krankenhäusern kaum Budget für Wartung bereitgestellt wird. Die Wartungs- und Instandhaltungssituation von Ausstattung und Gebäuden ist insgesamt defizitär. Das Ziel von 5%-Wartungsbudget wird verfehlt.</p> <p>→ Indikator ist nicht erfüllt.</p>
(4) Durchschnittl. 80 % der neuen Personalhäuser werden durch med. Schlüsselpersonal genutzt.	Zielwert: 80 %	<p>Zum Zeitpunkt der Evaluierungsmission wurden alle Personalhäuser genutzt und weit überwiegend von Schlüsselpersonal (Medical Doctors, Assisting Medical Officers) bewohnt. Alle Einrichtungen maßen den Personalwohnungen große Bedeutung zu, um die Arbeitsplatzattraktivität zu erhöhen, Personal längerfristig zu halten und in Notfallsituationen kritisches Personal auch außerhalb der regulären Dienstzeiten in Rufnähe zu haben.</p> <p>→ Der Indikator ist erfüllt.</p>
(5) Alle Krankenhäuser haben Wartungsverträge mit den Zonal Workshops bis 2008 geschlossen.	Zielwert: 100 %	<p>Das unterstützte Wartungskonzept einer zentralen Wartungswerkstatt auf regionaler Ebene ("zonal workshop"), die sich durch Service Leistungen gegenüber Krankenhäusern und Unterstützung der Dis-</p>

		<p>trikte selbst finanziert, konnte nicht erfolgreich fortgeführt werden. Hauptgrund hierfür war die unzureichende Finanzierung für Leistungen der Wartungswerkstatt. Die physische Wartungswerkstatt besteht allerdings noch und ist mit zwei Technikern ausgestattet. Diese fungieren als Wartungstechniker für das Regionalkrankenhaus und leisten auf Ad-Hoc-Basis gelegentliche Reparatur- und Wartungsarbeiten auf Distriktebene. Es findet keine routinemäßige Wartung statt und insbesondere der Aspekt präventiver Wartung wird vernachlässigt.</p> <p>→ Der Indikator ist nicht erfüllt.</p>
--	--	---

Insgesamt zeigt sich ein gemischtes Bild bezüglich der Zielerreichung des Vorhabens, was insbesondere auf Defizite in der Wartung zurückzuführen ist, die als zentrales Element im Zielsystem verankert wurde. Die meisten der besichtigten rehabilitierten bzw. neuerrichteten Gebäude waren, trotz Defiziten in Wartung und Instandhaltung, in einem akzeptablen Zustand². Die Entbindungsstation am Regionalkrankenhaus wies jedoch ein leckendes Dach und größere Wasserschäden an der Decke auf. Die Sanitäreinrichtungen für die Patientinnen in der Entbindungsstation waren defekt und die Personaltoilette hatte kein funktionsfähiges Waschbecken. Zum Zeitpunkt der Besichtigung war keiner der beiden Incineratoren am Regionalkrankenhaus funktionsfähig. Einzelne Einrichtungen gaben darüber hinaus Probleme mit der Wasserversorgung an. Der Zustand von Ausstattung und Geräten war in allen besuchten Krankenhäusern problematisch und eine Reihe von Geräten außer Betrieb. Neben den in der Wirkungsmatrix abgebildeten Aspekten stellen insbesondere die weiterhin unzuverlässige Versorgung mit Medikamenten und der Mangel an qualifiziertem Personal (und speziell das Fehlen von spezialisierten Fachärzten) zusätzliche Herausforderungen für die Erbringung qualitativ angemessener Behandlungsmöglichkeiten auf Ebene der Krankenhäuser dar. Auch die Hygienebedingungen in den Krankenhäusern weisen deutliche Defizite auf. Mit Blick auf das starke Bevölkerungswachstum in Tansania wie auch die weitere Ausdehnung von Versicherungs- bzw. Absicherungsansätzen im tansanischen Gesundheitssektor ist voraussichtlich von einer künftigen stabilen bis steigenden Nutzung der Programmkrankenhäuser auszugehen, deren Auslastung noch verbessert werden kann. Dies setzt allerdings verbesserte hygienische Bedingungen voraus.

Zielgruppe des Vorhabens sind die Nutzer der geförderten Krankenhäuser, die zu einem hohen Anteil aus ärmeren, ländlichen Bevölkerungsschichten bestehen. Zwar stehen die Leistungen der Krankenhäuser formal allen Bevölkerungsschichten offen, praktisch wird der Zugang aber durch die eingeschränkte Zahlungsfähigkeit der ärmeren Nutzer beschränkt, da arme Menschen Gesundheitsdienstleistungen aufgrund von Nutzergebühren z.T. nicht oder nur unzureichend in Anspruch nehmen können. Zwar sieht das tansanische Gesundheitswesen eine Kostenbefreiung für Schwangere, Mütter, Kinder unter 5 Jahren sowie sehr arme Menschen vor, doch diese Befreiung wird nicht immer konsequent umgesetzt. Oft wird die Effektivität der Kostenbefreiung dadurch beeinträchtigt, dass Nutzer von Gesundheitseinrichtungen für fehlende Medikamente und Verbrauchsgüter oder für Spezialleistungen selbst bezahlen müssen. Hinzu kommen u.U. Probleme bei der Identifizierung armer Bevölkerungsgruppen (Targeting). Auch können lange Distanzen und Transportkosten ein Zugangshindernis darstellen. Dies gilt insbesondere für Personen, die in abgelegenen ländlichen Gebieten leben. Allerdings gab es hierzu unterschiedliche Aussagen.

Die Effektivität wird daher mit gerade noch zufriedenstellend bewertet.

Effektivität Teilnote: 3

² *) Die Hauptbaumaßnahmen im Rahmen der regulären Programmumsetzung wurden Mitte 2008 abgeschlossen. Umfangreichere Nachbesserungsarbeiten in Newala und Masasi wurden erst Anfang 2015 fertiggestellt und Gebäude in gutem Zustand vorgefunden

Effizienz

Aufgrund von Problemen bei der Projektdurchführung verlängerte sich die Projektlaufzeit gegenüber der ursprünglichen Planung von 36 auf 78 Monate zum Zeitpunkt der AK. Dies führte zu substantiellen Steigerungen der Gesamtkosten des Projekts, die vorrangig auf erhöhte Personalkosten des DED entfielen. Festgestellte erhebliche Baumängel bei AK, die teils auf den Einsatz lokaler - statt größerer nationaler - Firmen und teils auf unzureichende Bauüberwachung zurückgingen, führten zu weiteren Kostensteigerungen der Investitionsmaßnahmen. So war im Rahmen des Projektkonzepts vorgesehen, die lokale Wirtschaft in Mtwara zu stärken und vermehrt lokale, kleinere Bauunternehmen, u.a. auch Frauenkooperativen, für die Durchführung der Maßnahmen einzusetzen. Dies führte zu starken Unterschieden in der Bauqualität. Unerwartete personelle Schwierigkeiten seitens des DED (Unfall eines DED-Architekten, Probleme bei Erteilung der Arbeitserlaubnis für die nachfolgend entsandte DED-Architektin, teilweiser Ausfall des lokalen Architekten) hatten gleichzeitig zur Folge, dass die Bauüberwachung und Qualitätssicherung nicht immer im erforderlichen Maße durchgeführt werden konnte. Im Ergebnis zeigten sich in den Distriktkrankenhäusern in Masasi und Newala bei AK teils erhebliche Mängel bei den fertiggestellten Baumaßnahmen - bis hin zur Einsturzgefahr einer Dachkonstruktion. Für die erforderlichen Nachbesserungsarbeiten, die Anfang 2015 fertiggestellt wurden, bewilligte das BMZ eine Aufstockung über 0,5 Mio. EUR. Bereits während der Durchführung führte schließlich mangelnde Abstimmung mit anderen Geberorganisationen dazu, dass ein FZ-finanziertes Wachhaus am Distriktkrankenhaus Tandahimba sowie ein Müllverbrennungsofen (Incinerator) am Regionalkrankenhaus aufgrund veränderter Baupläne kurz nach Fertigstellung wieder abgerissen und neugebaut werden mussten. Die zusätzlichen Kosten hierfür wurden aus anderen Quellen getragen.

Die Gesamtkosten sind durch die lange Laufzeit des Programms, Probleme bei der Bauqualität sowie Ineffizienzen bei der Geberabstimmung als hoch zu bewerten.

Mit Blick auf die Überweisungspraxis und die angemessene Nutzung des Referenzsystems zeigen sich derzeit noch Defizite. Entscheidungskriterien für Patienten bei der Wahl der besuchten Einrichtung sind oftmals die erwartete Behandlungsqualität und die Erreichbarkeit und es besteht eine Tendenz zur übermäßigen Nutzung der oberen Referenzebenen (insbesondere im Bereich der ambulanten Behandlungen). Die Einrichtungen fordern auf der anderen Seite Überweisungen ("Referral Letters") nicht konsequent ein.

Zusammenfassend wird die Effizienz des Vorhabens angesichts der schwachen Produktionseffizienz (Kosten/Output) und der bestehenden Ineffizienzen bei der Nutzung der höheren Ebenen des Referenzsystems mit nicht zufriedenstellend bewertet.

Effizienz Teilnote: 4

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Bei Projektprüfung definiertes entwicklungspolitisches Oberziel des Vorhabens war es, zur Verbesserung der Gesundheit in der Region Mtwara beizutragen, insbesondere für arme Bevölkerungsgruppen, Frauen und Kinder. Auf eine Formulierung von Indikatoren wurde verzichtet. Im Rahmen der Ex-post-Evaluierung wurden die Säuglings-, Mütter- und Kindersterblichkeit in der Region Mtwara als Indikatoren herangezogen.

Indikator	Status PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Müttersterblichkeitsrate (pro 100.000 Lebendgeburten)	Tansania: 2001: 813 / 100.000* Mtwara: n.a.	Tansania: 2015: 398 / 100.000** Mtwara: 2012: 579 / 100.000**
(2) Sterblichkeit von Säuglingen < 1 Jahr (pro 1.000 Lebendgeburten)	Tansania: 2001: 76,2 / 1.000* Mtwara: 2002: 126 / 1.000**	Tansania: 2015: 41,5 / 1.000* Mtwara: 2012: 45,2 / 1.000**

(3) Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren (pro 1.000 Lebendgeburten)	Tansania: 2001: 123 / 1.000*	Tansania: 2019: 59 / 1.000*
	Mtwara: 2002: 212 / 1.000**	Mtwara: 2012: 62,3 / 1.000**

Quellen: *) World Bank Indicators **) Population and Housing Census 2002 / 2012

Die Indikatoren belegen auf Landesebene eine deutliche Verbesserung der Gesundheitssituation von Müttern und Kindern in den letzten elf Jahren. Für die regionale Ebene gibt es nur wenig disaggregierte Daten, seitens des Trägers wurden keine bzw. wenig belastbare Informationen vorgelegt. Verfügbare Daten der nationalen Statistikbehörde aus einem Haushaltszensus von 2012 lassen jedoch darauf schließen, dass der positive nationale Trend auch für Mtwara zutrifft, wobei auf Grund der fehlenden Ausgangsdaten keine Aussage zur Entwicklung der Müttersterblichkeit getroffen werden kann und diese laut Haushaltszensus in Mtwara 2012 noch sehr hoch lag.

Die insgesamt positive Entwicklung der Indikatoren ist u.a. auf vielfältige Geberunterstützung zurückzuführen, welche sich im Rahmen der Millenniumsentwicklungsziele oftmals auf relevante Aspekte für Mutter-Kind-Gesundheit konzentrierte und über unterschiedliche Instrumente umgesetzt wurde. Der Beitrag des hier evaluierten Vorhabens liegt in Bau- und Rehabilitierungsmaßnahmen in vier von insgesamt sechs Krankenhäusern in der Region mit Fokus auf der Bereitstellung von Basisinfrastruktur und Unterstützung zentraler Krankenhausbereiche (u.a. Mutter-Kind). Die Einrichtungen auf den oberen Referenzebenen stellen wichtige Pfeiler zur Behandlung von Krankheitsfällen jenseits der Basisgesundheitsfür die rd. 1,3 Mio. Einwohner der Region dar. Dementsprechend wird davon ausgegangen, dass das Vorhaben insgesamt einen Beitrag zu den positiven Trends geleistet hat, auch wenn der Wirkzusammenhang aufgrund des begrenzten Umfangs der Maßnahme und vielfältiger anderer (sozio-ökonomischer) Faktoren innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems insgesamt eher schwach ausgeprägt ist.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3

Nachhaltigkeit

Hinsichtlich der zukünftigen Nutzung der geförderten Gesundheitseinrichtungen sind mittelfristig nach derzeitiger Einschätzung keine wesentlichen Veränderungen zu erwarten. Eine konsequentere und stringenter Umsetzung von "Gatekeeping-Mechanismen" zur Förderung der Nutzung der Primär- und Sekundärebene hätte zur Folge, dass die höheren Referenzebenen tendenziell entlastet würden. Gleichzeitig spielen voraussichtlich Versicherungsansätze und deren weitere Entwicklung bzw. Ausweitung künftig eine zunehmende Rolle für die (stärkere) Nutzung angebotener Gesundheitsdienstleistungen, auch wenn die Versicherungsabdeckung im Land derzeit begrenzt ist. Noch werden Gesundheitsausgaben in Tansania zu großen Teilen durch externe Geberfinanzierung und private Ausgaben der Haushalte (out-of-pocket) finanziert. Das Gesundheitswesen wird auch mittelfristig erheblich von externen Zuwendungen abhängig bleiben. Das staatliche Gesundheitsbudget sowie die Einnahmen aus Nutzergebühren und Versicherungssystemen reichen nicht aus, um die laufenden Kosten der Grundversorgung zu decken³. Zugleich sind Teile der Bevölkerung zu arm, um selbst für eine Versicherung aufzukommen, sodass für diese Bevölkerungsgruppen die Versicherungsprämien durch den Staat oder Gebermittel finanziert bzw. subventioniert werden müssen. Tansania gehört gleichzeitig zu den Ländern mit dem höchsten Bevölkerungswachstum weltweit (rd. 3,13 %, Stand 2015) und die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen wird in den kommenden Jahren weiter steigen. Der Umfang externer Finanzierung und die Zahl aktiver Geber im Gesundheitsbereich zeigen hingegen in den vergangenen Jahren einen leicht abnehmenden Trend.

³ Die Gesundheitsausgaben pro Kopf sind in Tansania in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und liegen aktuell bei rd. 52 USD (Weltbank, 2014). Aktuelle Daten zur Aufteilung der Gesundheitsausgaben nach Quelle (Regierung/Geber/privat) sind nur begrenzt verfügbar. Daten aus dem Haushaltsjahr 2011/2012 zeigen folgende Aufteilung: Regierung 22 %, Geber 48 %, Haushalte 25 %, andere private Quellen 4 % (Health Financing Profile Tanzania, May 2016).

Die Rekrutierung von medizinischem Personal für die höheren Referenzebenen in ausreichender Zahl sowie mit angemessenem Qualifikationsniveau (inkl. spezialisierter Fachärzte) wird in der entlegenen, ländlich geprägten Region Mtwara auch künftig eine Herausforderung bleiben. Trotz Versuchen, verbesserte Anreize für das Personal zu schaffen (z.B. durch Personalhäuser), zeichnet sich noch keine überzeugende Strategie ab, um das Thema wirkungsvoll zu adressieren. Dies stellt weiterhin eine Herausforderung für angemessene Behandlungsmöglichkeiten auf den höheren Referenzebenen dar.

Mit dem FZ-Vorhaben wurde versucht, die Wartungskultur zu verbessern. Die Vor-Ort-Besuche machten jedoch deutlich, dass die Wartungssituation in allen besuchten Einrichtungen weiterhin unzureichend ist und eine große Herausforderung darstellt. In den Programmkrankenhäusern wird kaum Budget für Wartung bereitgestellt, weshalb die Instandhaltung von Geräten und Gebäuden nur im geringen Maße erfolgt. Das Konzept einer kostendeckend arbeitenden Wartungswerkstatt konnte nicht erfolgreich fortgeführt werden. Insgesamt gibt es derzeit in der Region nur zwei Techniker für die Wartung komplexerer Geräte. Es findet keine routinemäßige Wartung statt und präventive Wartung wird vernachlässigt. Neben zu geringem Wartungsbudget scheint die unzureichend verankerte Einsicht, dass ein konsequent umgesetztes Wartungssystem, inklusive regelmäßiger präventiver Wartung, sowohl für die Baumaßnahmen als auch für Geräte notwendig ist, ein hemmender Faktor zu sein. Darüber hinaus wird die Wartung vom Management der Krankenhäuser nicht ausreichend nachgehalten.

Zusammenfassend führen die erwartet fortbestehende bzw. steigende Nutzungsintensität der Krankenhäuser bei fortbestehenden substantiellen Mängeln im Wartungsbereich sowie angespannter Personal- und Budgetsituation und gleichzeitig hoher Abhängigkeit von Geberfinanzierung im Gesamtsektor zu einer gerade noch zufriedenstellenden Nachhaltigkeit.

Nachhaltigkeit Teilnote: 3

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.