

# Ex-post-Evaluierung – Tansania

>>>

**Sektor:** Gesundheit (CRS Kennung 13030)  
**Vorhaben:** Gesundheitsreformprogramm II bis IV, BMZ Nr. (II) 2003 65 072, (III) 2003 65 890\*, (IV) 2006 65 281\*  
**Programmträger:** Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (MoHSW)



## Ex-post-Evaluierungsbericht: 2014

		II - IV (Plan)	II - IV (Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR		k.A.	1935,00
Eigenbeitrag Mio. EUR		k.a.	1189,00
Finanzierung Mio. EUR		20,00	20,00
davon BMZ-Mittel Mio. EUR		20,00**	20,00**

\*) Vorhaben in der Stichprobe 2014;

\*\*\*) (II): 10 Mio. EUR, (III): 3 Mio. EUR, (IV): 7 Mio. EUR

**Kurzbeschreibung:** Bei den drei FZ-Finanzierungstranchen handelt es sich um eine Kofinanzierung des tansanischen Gesundheitssektorreformprogramms (HSSP) in seiner zweiten Phase (2003-2008). Die Korbfinanzierung erfolgte durch 17 verschiedene Geber im Rahmen eines Sector-wide Approaches (SWAp). Der deutsche Beitrag floss über 6 Jahre in das Budget des Gesundheitssektors ein. Die Gesundheitsreform war mit der Armutsminderungsstrategie des Landes abgestimmt und insgesamt Teil eines umfangreichen Reformprogramms. Von zentraler Bedeutung war hierbei die Dezentralisierung.

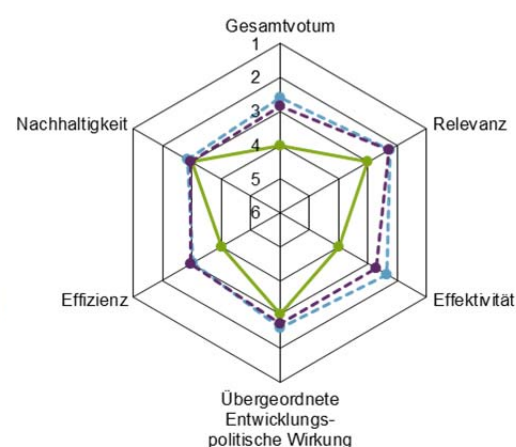
**Zielsystem:** Die Ziele der FZ-Tranchen stimmen vollständig mit denen des Gesundheitsreformprogramms überein. Ziel der Gesundheitsreform ist es, durch die Verbesserung des Zugangs zu den Gesundheitsdiensten, deren Nutzung, Qualität und Finanzierung einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der tansanischen Bevölkerung zu leisten (übergeordnetes entwicklungspolitisches Ziel). Programmziel war die qualitative Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen.

**Zielgruppe:** Zielgruppe der Vorhaben sind die Nutzer von Gesundheitseinrichtungen mit öffentlichem Versorgungsauftrag in staatlicher und gemeinnütziger Trägerschaft auf dem Festland Tansanias (ohne Sansibar). Damit werden etwa 80 % der tansanischen Bevölkerung erreicht und darunter insbesondere Frauen und sozial schwache Bevölkerungsgruppen.

## Gesamtvotum: Note 4 (II - IV)

**Begründung:** Nicht zufriedenstellende Effektivität und Effizienz führen bei zufriedenstellender Relevanz, entwicklungspolitischer Wirkung und Nachhaltigkeit zu einer nicht zufriedenstellenden Gesamtbewertung

**Bemerkenswert:** Die Gesundheitssektorreform beruhte auf einer kohärenten Strategie mit passendem Zielsystem. Allerdings wurde die parallele Dezentralisierungsreform als wesentliche Durchsetzungsmodalität zu wenig kritisch hinterfragt. Angesichts sehr schwacher Trägerkapazitäten sowohl im Gesundheitsbereich als auch in der neuen dezentralen Verwaltungsstruktur gelang zwar eine Umstellung der Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen auf die Dezentralisierung. Die originären gesundheitspolitischen Ziele wie verbesserte Nutzung und Qualität der Gesundheitsdienste konnten jedoch nicht (in ausreichendem Umfang) erreicht werden.



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

## Bewertung nach DAC-Kriterien

### Gesamtvotum: Note 4

Die Ziele und Indikatoren des Sektorkorbprogrammes sind aus damaliger wie auch aus heutiger Sicht relevant und adäquat. Allerdings wurden die Wechselwirkungen zwischen der parallel umgesetzten Dezentralisierungsreform und den rein sektoralen Reformen im Gesundheitsbereich – der trade off dieser faktischen Doppelzielsetzung - nicht ausreichend berücksichtigt. Die anspruchsvollen und ausschließlich auf sektorpolitische Ziele, wie verbesserte Nutzung und Qualität der Gesundheitsdienste, ausgerichteten Indikatorwerte der Korbfinanzierung konnten so nicht erreicht werden. Dies spiegelt sich auch in der Erreichung der übergeordneten Gesundheitsziele wider: Diese wurden erreicht, wo es parallel zum Sektorprogramm finanziell gut ausgestattete vertikale Krankheitsbekämpfungsprogramme gab (HIV, Malaria, Tb, Impfung), die Aufbauend und in Ergänzung zum Basisgesundheitsystem wirken. Dort wo allein die Leistungen der Basisgesundheitsdienste gefragt waren (z.B. Müttergesundheit), blieb das Ergebnis deutlich hinter den Erwartungen zurück. Zentrale Systeme innerhalb des Gesundheitswesens wie Medikamentenlogistik, Referenzsystem (Definition der Funktion unterschiedlicher Akteure und Ebenen im Gesundheitswesen), Personalausbildung, -rekrutierung und -anreizsysteme sowie eine verbesserte Einbindung privater Gesundheitsdienstleister machten kaum nennenswerte Fortschritte.

### Rahmenbedingungen und Einordnung der Vorhaben

Die drei FZ-Vorhaben werden aus folgenden Gründen gemeinsam evaluiert:

1. Sie stellen ein von den Durchführungsmodalitäten einheitliches Serienvorhaben dar (Korbansatz in Kofinanzierung mit anderen Gebern, SWAp).
2. Sie beziehen sich auf dieselbe Phase des Gesundheitsreformprogramms (2003-2008), und die vereinbarten Politik- und Reformmaßnahmen haben i.d.R. einen mittel- bis langfristigen Wirkungshorizont. Entsprechend ist es nicht möglich, die Einzelvorhaben mit einem jeweiligen Implementierungszeitraum von ein bis zwei Jahren hinsichtlich Effektivität, Effizienz und übergeordneter entwicklungspolitischer Wirksamkeit separat zu evaluieren.

### Relevanz

Der Gesundheits-SWAp war insofern hochgradig relevant, als das tansanische Gesundheitssystem sich in den 90er Jahren in einem desolaten Zustand befand, aus dem es sich mithilfe des umfangreichen Reformwerkes in Phase I des Reformprogramms herausarbeiten begann (Fokus: Rahmenbedingungen Gesundheitssektor), dessen Fortsetzung (HSSP II) durch die hier evaluierten FZ-Programmantrachen (Fokus: Verbesserung Gesundheit) unterstützt wurde. Der SWAp ermöglichte es, Gebergelder zu bündeln und einen bis dahin nicht gesehenen Grad an koordinierter Sektorfinanzierung zu erreichen. Selbst das WHO-Ziel von 15 % des Staatshaushalts für Gesundheitsausgaben wurde über einige Jahre erreicht, diese waren aber in den letzten 2-3 Jahren eher wieder rückläufig. HSSP II war in ein nationales Reformpaket eingebunden, dessen Rahmen die Armutsminderungsstrategie bildete und das geprägt war von der Dezentralisierungsreform des Staates. Die finanzielle und administrative Umsetzung der Dezentralisierung im Gesundheitssektor war das zentrale Charakteristikum von HSSP II. So war zu beobachten, dass originäre Gesundheitsthemen wie eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung, Referenzsystem, Personalrekrutierungs- und Anreizsysteme, Einbindung kirchlicher Gesundheitseinrichtungen (PPP), Supervision/Inspektion etc. eher untergeordnete Priorität einnahmen. Dies wird insbesondere beim Thema reproduktive Gesundheit deutlich, wo die Nutzung bis heute deutlich hinter den Erwartungen zurückbleibt.

Das Reformpaket beruhte auf der Grundannahme, dass Dezentralisierung kurz- und mittelfristig zu verbesserter Dienstleistungsqualität im Gesundheitssektor führt. Zwar erscheint Dezentralisierung in einem so großen Flächenstaat wie Tansania sinnvoll. Jedoch erfordert eine erfolgreiche Dezentralisierung auch eine starke, kompetente Verwaltung, die in einem Staat mit schwachen Systemen und Kapazitäten durch die Schaffung neuer Strukturen nicht automatisch erwartet werden kann. Hinzu kommt, dass im Falle der Delegation von maßgeblicher Verantwortung der Leistungserbringung an Distrikte eine Gesundheitsreform nicht mehr direkt durchgesetzt werden kann, sondern auf das Zusammenspiel mit der De-

zentralisierungsbehörde und den Lokalverwaltungen angewiesen ist, die eigene und damit z.T. andere Prioritäten haben als das Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (MoHSW).

Die de facto umgesetzten Maßnahmen zur Verbesserung (dezentraler) Strukturen, die langfristig (20-30 Jahre) wirken, bedingten einen trade-off bei der kurz-/mittelfristigen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Die Gesundheitsdienstleistungen sind nach wie vor regional extrem ungleich verteilt (primär Stadt/Land) und in Anspruch genommen. Trotz des Angebots kostenloser Primärversorgung müssen die Patienten noch erhebliche Zuzahlungen leisten (Medikamente/Verbrauchsgüter und out-of-pocket Zahlungen), so dass die Leistungen hauptsächlich da in Anspruch genommen wurden, wo sie völlig kostenfrei angeboten wurden, nämlich in den vertikalen Krankheitsbekämpfungsprogrammen (HIV/AIDS, Tb, Malaria, Impfungen), die außerhalb des SWAp durchgeführt (und dafür kritisiert) wurden. (Formal) kostenlos ist mittlerweile auch jegliche Betreuung schwangerer Frauen sowie älterer Personen und Kindern unter 5 Jahren. Des Weiteren ist die Frage der finanziellen Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen, wozu auch Fragen der Logistiksysteme (Verfügbarkeit von Medikamenten, Transport von Patienten) zählen, im SWAp zu wenig bedacht worden.

Aufgrund dieser Ambivalenzen und konzeptionell nicht berücksichtigter trade-offs sowie z.T. verfehler Schwerpunktsetzung in der Umsetzung beurteilen wir die Relevanz der FZ-Vorhaben als zufriedenstellend.

### Relevanz Teilnote: 3 (alle 3 FZ-Tranchen)

#### Effektivität

Das Programmziel des HSSP II ist die Erhöhung der Nutzung medizinischer Dienstleistungen und Verbesserung ihrer Qualität (ausschließlich sektorale Zielsetzung).

Outcome - Indikatoren <sup>1</sup>	Ziel 2010	2004	2010	2012	
Anteil medizinisch betreuter Geburten	80 %	44 %	49 %		-
Moderne kontrazeptive Prävalenz (15-49)	n.v.	20 %	27,4 %		+
Anteil geimpfter Kinder gegen Diphtherie (DPT-3)	n.v.	80 %	88 %	92 %	+
Abgeschlossene Tb-Behandlungen	85 %	80 %	88 %		+
Bevölkerung ist mit Gesundheitsdiensten zufrieden	n.v.	n.v.	n.v.	nein	-
Ambulante Nutzung von Gesundheitsdiensten (Besuche pro Kopf der Bevölkerung)	n.v.	n.v.	8,5 % (2009)	6,9 %	-

Für zwei Indikatoren, nämlich Tb-Bekämpfung und Kindergesundheit, kann eine eindeutige Verbesserung konstatiert werden, und auch die klar ansteigende kontrazeptive Prävalenz ist eine Entwicklung in die richtige Richtung. Typischerweise sind dies Bereiche, die durch vertikale Programme und parallele Projekte (wie z.B. Familienplanung über Social Marketing) abgedeckt wurden. Der Anteil medizinisch betreuter Geburten blieb weit hinter den anspruchsvollen Erwartungen zurück ebenso wie das Wissen um HIV-Präventionsmethoden, das im Vergleichszeitraum sogar leicht rückläufig war. Während die Kundenzufriedenheit mit den Gesundheitsdienstleistungen sich in den Jahren 1999-2007 positiv entwickelt hatte, ergab eine repräsentative Zielgruppenbefragung 2012 hohe Unzufriedenheit der Patienten mit den Gesundheitsdiensten wegen der Einstellungen des Personals, hoher direkter (out-of-pocket) Zahlungen und schlechter Medikamentenverfügbarkeit. Letzteres belegt auch die von der WHO zusammengestellte Liste von 14 generischen „tracer“-Medikamenten, welche an einem „Kontrolltag“ nur in 20 % der Gesundheitseinrichtungen vorrätig waren. „Stock outs“ sind weiterhin sehr häufig.

Demgegenüber stand eine hohe Zufriedenheit mit den kostenlosen, qualitativ hochwertigen Diensten der Krankheitsbekämpfungs- und Impfprogrammen. Ferner ist anzumerken, dass die Zahl ambulanter Klinik-

<sup>1</sup> Die Indikatoren selbst sind dem HSSP II und damit den Programmprüfberichten (PPB) entnommen, allerdings für die Zwecke der Ex-post-Evaluierung in ihrer Anzahl reduziert. Quellen für das Zielniveau, PRSP 2005, Indikatoren ohne Zielangabe PPB Tranchen II-III, Werte 2004/10 aus DHS; für die Werte 2012 der „analytical mid-term review report“ der HSRP III.

besuche in Tansania zwischen 2009 und 2012 eher niedrig war und eine leicht abnehmende Tendenz aufweist.

Hieraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass es dem MoHSW in dem über 10 Jahre dauernden Reformprogramm trotz des stark erhöhten Sektorbudgets nicht gelungen ist, die Basisgesundheitsdienstleistungen auf ein deutlich höheres Niveau zu heben. Dies ist auch dann noch gültig, wenn man das hohe Anspruchsniveau an institutionelle Geburtsbegleitung senkt. Ursächlich dafür ist die Durchführungskonzeption des Korbes, die der administrativen Etablierung dezentraler Strukturen und Prozesse einen zentralen Stellenwert einräumte und darüber andere Kernprobleme im Sektor (z.B. Nachfragehemmnisse wie out-of-pocket Zahlungen) nachrangig behandelte. In Zusammenhang mit den kapazitätsbedingten Planungsdefiziten führte dies auch zu Absorptionsproblemen für die von Geberseite bereitgestellten Mittel. Die guten Ergebnisse der vertikalen (off-budget) Programme wären zwar ohne eine Grundlage (Personal und Equipment) in den Basisdienstleistungen auch nicht zu erzielen gewesen, doch stellten sie - zumindest kurz- und mittelfristig - effektivere Modalitäten der Leistungserbringung bei rein sektoraler Zielsetzung dar.

#### **Effektivität Teilnote: 4 (alle 3 FZ-Tranchen)**

#### **Effizienz**

Der Gesundheitskorb zeigt in Bezug auf die definierten sektoralen Gesundheitsziele eine Reihe von Ineffizienzen, die wesentlich auf die unterschätzten bzw. nicht ausreichend berücksichtigten trade offs von sektoralen und strukturellen Maßnahmen zurückzuführen sind. Wenn man das Ziel der verbesserten Gesundheitsversorgung in einem 10-Jahreszeitraum verfolgt, ist es wenig effizient, Zeit und Ressourcen mit der Einrichtung dezentraler Strukturen und Prozesse zu verbringen, welche erst langfristig wirksam werden können, anstatt sich auf die originären Schwächen im Gesundheitssystem zu konzentrieren (Personalquantität und -qualität, Medikamentenlogistik etc.). Hier stellt sich allerdings angesichts der Armut des Landes und der Geberabhängigkeit von Tansania grundsätzlich die Frage, ob eine eher kurz-/mittelfristige Bedarfsdeckung an Gesundheitsdienstleistungen oder aber eine eher langfristige Ausrichtung der Allokation knapper Ressourcen zur Versorgungssicherheit der Bevölkerung für das Instrument der Korbfinanzierung sinnvoller ist. Im vorliegenden Fall liegt ein Widerspruch vor. Während die Zielsetzung eher kurzfristig ausgerichtet ist, werden mit den Maßnahmen eher mittel- bis langfristige Ziele verfolgt.

Auch kam es, obwohl dies in der Sektorstrategie HSSP II so nicht beschrieben bzw. aus guten Gründen ausgeschlossen wurde, in den letzten 10 Jahren zu einem Ausbau der Gesundheitsinfrastruktur um 50 %, ohne nur annähernd ausreichend (qualifiziertes) Personal oder Betriebsmittel dafür zur Verfügung stellen zu können. D.h. viele Investitionen bleiben wirkungslos. Selbst wenn man nur den Zugang zu Gesundheitsversorgung betrachtet, ergeben sich für ein dünn besiedeltes Flächenland wie Tansania vermutlich effizientere Lösungen als den Bau von Infrastruktur, z.B. im Transportbereich. Jedoch benötigen solche Überlegungen eine übergeordnete regionale oder sogar nationale Planung/Strategie und dürfen nicht der Entscheidung dezentraler Einheiten überlassen werden, deren Interessen meist an ihrem Verantwortungsbereich enden. D.h. Dezentralisierung von Verantwortung für Infrastruktur und Personal birgt generell ein (höheres) Risiko für gesamtwirtschaftlich ineffizientere Mittelallokationen.

Wenn man das Instrument der Sektorkorbfinanzierung an sich betrachtet, so ergeben sich im Vergleich zur Einzelprojektfinanzierung aus der Bündelung von Geberfinanzierungen in einem Programm erhebliche Effizienzgewinne durch die Verminderung von Transaktionskosten auf Seiten des MoHSW. Dies ist zumindest langfristig der Fall, denn kurz- und mittelfristig führt die Einrichtung von und Auseinandersetzung mit Sektorstrukturen zunächst zu prozessbedingten Ineffizienzen. Allerdings wurden diese Effizienzpotentiale in Tansania weder von den Gebern noch vom Staat voll ausgeschöpft. Im Vergleich zu anderen Finanzierungsinstrumenten wie Budget- oder Sektorbudgetfinanzierung, die die Auszahlungen an umgesetzte Reformziele bzw. erreichte Indikatorwerte knüpfen, stellt sich die Korbfinanzierung, bei der zwischen Gebern und nationalen Strukturen vereinbarte Inputs finanziert werden und das Monitoring primär auf Mittelabsorption ausgerichtet ist ggf. als weniger effizient zur Verfolgung spezifischer Outcomeindikatoren dar.

#### **Effizienz Teilnote: 4 (alle 3 FZ-Tranchen)**

## Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Übergeordnetes entwicklungspolitisches Ziel der Gesundheitsreform war es, durch die Verbesserung des Zugangs zu den Gesundheitsdiensten, deren Nutzung, Qualität und Finanzierung einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der tansanischen Bevölkerung zu leisten.

Impakt -Indikatoren <sup>2</sup>	Ziel 2010	2004	2010	
Reduzierte Säuglingssterblichkeit auf 1.000	50	68	51	+
Reduzierte Kindersterblichkeit (<5) auf 1.000	79	112	81	+
Reduzierte Müttersterblichkeit auf 100.000	265	529	454	-
Reduzierte HIV-Prävalenz (15-24)*	n.a.	5,6 %	2,0 %	++
Fertilitätsrate TFR (15-49)	n.a.	5,7	5,4	+

Die Erreichung der bei Planung definierten Oberzielindikatoren stellt sich überwiegend positiv dar. Grundsätzlich erscheinen die Zielvorgaben (des HSSP II, die auch in der allgemeinen Budgethilfe festgelegt waren) ehrgeizig gesetzt, vor allem im Hinblick auf die Risiken und Erschwernisse, die mit der Dezentralisierungsreform einhergehen. Die Ziele der Kindergesundheit wurden knapp erreicht. Laut vorherrschender Sektoranalysen ist dies vornehmlich auf die Erfolge bei der Malariabekämpfung (weitgehend über staatliche Strukturen umgesetzte vertikale Programme) zurückzuführen. Selbiges gilt für den Erfolg hinsichtlich der reduzierten HIV-Prävalenz, die z.T. auf verändertes Sexualverhalten vor allem bei jungen Frauen sowie auf die Verabreichung von antiretroviralen Medikamenten<sup>3</sup> zurückzuführen ist. Die Müttersterblichkeit ist zwischen 2004 und 2010 um rd. 16 % gesunken und liegt damit noch deutlich unter dem anvisierten Zielwert, der eine Halbierung des Kennwertes vorsah. Hier spiegeln sich die geringen Fortschritte bei der medizinischen Betreuung von Schwangerschaft und Geburt wider. Müttergesundheit war anerkanntermaßen ein vernachlässigter Aspekt im HSSP II und wurde für HSSP III ganz oben auf die Reformagenda gesetzt - jedoch ohne damit bisher größere Erfolge zu erzielen. Die Fertilitätsrate hat sich reduziert, ist jedoch nach wie vor hoch und führt zu einem Bevölkerungswachstum von 2,9 % p.a.. Familienplanung war kein Schwerpunkt der Reformagenda.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die übergeordneten entwicklungspolitischen Ziele überwiegend erreicht wurden. Dies ist jedoch auf eine breite Palette diverser Programme und Projekte zurückzuführen, und nur zum Teil als Ergebnis des Gesundheits-SWAp zu werten. Angesichts der mit der Korbfinanzierung geleisteten Grundlagenarbeit hinsichtlich dezentraler Strukturen halten wir das Ergebnis jedoch für noch zufriedenstellend.

## Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3 (alle 3 FZ-Tranchen)

### Nachhaltigkeit

Die Nachhaltigkeit des Programms ist ambivalent zu beurteilen. In Bezug auf die Dezentralisierung ist zu erwarten, dass es langfristig gelingt, verbesserte Verwaltungsstrukturen aufzubauen, die in der Lage sind, eine transparente Planung und Mittelverwendung zu vollziehen, was die Nachhaltigkeit der Gesundheitsdienste verbessern könnte. Vor-Ort-Eindrücke aus zwei auch in 2014 durchgeführten Ex-post-Evaluierungen (Distriktgesundheitsversorgung Tanga, BMZ-Nr. 2003 65 031; Kofinanzierung von Social Marketing von Kondomen und Kontrazeptiva, BMZ-Nr. 2005 65 796) scheinen diese Tendenz zu bestätigen.

<sup>2</sup> Quellen: für das Zielniveau: PRSP 2005, Indikatoren ohne Zielangabe: PV Phase II-III, für die Werte 2004 u. 2010: Tanzania demographic and health survey (TDHS)

\* für HIV bietet das THMIS andere Werte: 2,4 % (2007/08) und 2,0 % (2011/12), wobei das Sinken vor allem auf gesunkene HIV-Raten bei jungen Frauen zurückgeht.

<sup>3</sup> Die Einnahme von Medikamenten (ART) reduziert die die Ansteckungsfähigkeit von HIV-Patienten (medizinische Prävention) und erhöht gleichzeitig deren Lebensdauer, d.h. es bestehen gegenläufige Effekte auf HIV-Prävalenz.

In Bezug auf die originären Gesundheitsergebnisse sieht die Bilanz weniger positiv aus. Zwar sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den letzten Jahren stark angestiegen, doch beruht dies größtenteils auf einer verstärkten Geberabhängigkeit im Sektor (gestiegen von 27 % 2003 auf 41 % 2011) und einer wieder ansteigenden Beteiligung der Patienten an den Kosten (2006-09 im Durchschnitt 40 % der Gesamtkosten; 2012 rd. 60 %), was nicht armutsgerecht ist und zusammen mit anderen Faktoren zu im Durchschnitt eher niedrigen Nutzungsraten führt. Zwar ist auch der tansanische öffentliche Finanzierungsanteil für Gesundheit gestiegen, doch ist angesichts des seit 2010/11 leicht abnehmenden Gesamthaushaltes kein stabiler Aufwärtstrend absehbar. Das nach wie vor hohe Bevölkerungswachstum stellt die Finanzierung der Sozialsysteme vor enorme Herausforderungen. Eine konsequente Strategie, wie der Gesundheitszustand der Bevölkerung angesichts knapper Ressourcen am effektivsten und effizientesten verbessert werden kann, ist nicht in Sicht. Die im Ansatz kohärente Strategie des HSSP II wurde und wird durch parallele Sektorprogramme der Regierung (mit Geberfinanzierung) unterminiert. Familienplanung hatte zunächst nicht den politischen Stellenwert im Gesundheitssystem, den sie angesichts der Problematik haben müsste. Dies stellt sich mittlerweile anders dar: alle Ebenen des Referenzsystems bieten in einer separaten Sektion (Reproductive Health Care, RHC) zumindest in urbanen und semi-urbanen Regionen neben spezifischen Mutter-/Kind-Dienstleistungen auch aktiv Familienplanung an (Aufklärungsaktivitäten und kostenlose Produktpalette an Kontrazeptiva).

Qualitätsverbesserungen der Gesundheitsdienste wurden zwar zum Teil erreicht, jedoch nicht im angestrebten Umfang, so dass wichtige Subsysteme im Gesundheitsbereich wie das Referenzsystem, die Medikamentenlogistik oder das Personalmanagement nach wie vor unzureichend funktionieren. Aber auch hier sind punktuelle Fortschritte erkennbar (u.a. stärkere Gliederung des Gebührensystems, als Anreiz zur Nutzung der vorgesehenen Referenzebene; Verbesserung der Personalverfügbarkeit – bei weiter bestehenden regionalen und disziplinarischen Herausforderungen), die fortdauernde Reformbemühungen dokumentieren.

**Nachhaltigkeit Teilnote: 3 (alle 3 FZ-Tranchen)**

### 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:

<b>Stufe 1</b>	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
<b>Stufe 2</b>	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
<b>Stufe 3</b>	zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
<b>Stufe 4</b>	nicht zufriedenstellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
<b>Stufe 5</b>	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
<b>Stufe 6</b>	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.