

Ex-post-Evaluierung – Vietnam



Sektor: Medizinische Dienste (CRS-Code 12191)
Vorhaben: KV Dezentrale Gesundheitsversorgung 2008 (BMZ Nr. 2008 65 279)*
Träger des Vorhabens: „Provincial People’s Committees der Provinzen Nghe An und Thai Binh“



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2018

	Vorhaben A (Plan)	Vorhaben A (Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR	9,60	7,69
Eigenbeitrag Mio. EUR	1,90	Erfolgt**
Finanzierung Mio. EUR	7,70	7,69
davon BMZ-Mittel Mio. EUR	7,70	7,69

*) Vorhaben in der Stichprobe 2017; **) nicht zu beziffern

Kurzbeschreibung: Regionaler Schwerpunkt der FZ-Komponente des FZ/TZ-Kooperationsprogramms „Dezentrale Gesundheitsversorgung 2008“ waren die Provinzen Nghe An und Thai Binh. Die FZ Maßnahmen umfassten die Lieferung von medizinischem Gerät an ausgewählte Provinz- und Distriktkrankenhäuser, den Aufbau von Kapazitäten im Bereich Wartung und Instandhaltung sowie im Bereich Abfall- und Abwasserentsorgung. Komplementär wurde im Rahmen der deutschen TZ das Management der Krankenhäuser unterstützt und in ausgewählten Einrichtungen ein Gesundheits- und Krankenhausmanagementinformationssystem eingeführt und gefördert, das ebenfalls aus FZ-Mitteln finanziert wurde.

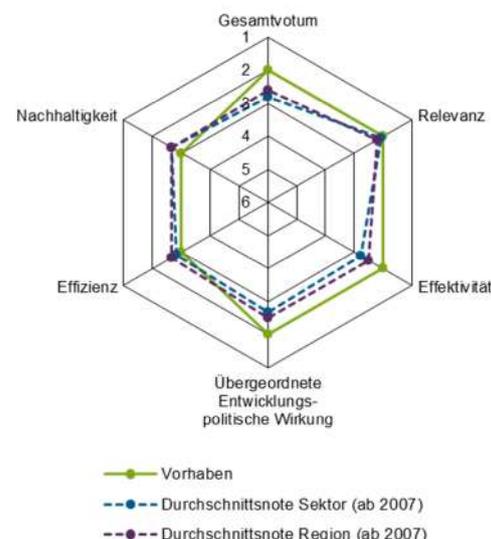
Zielsystem: Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel war es, die Gesundheitssituation der Bevölkerung in den Provinzen Nghe An und Thai Binh zu verbessern (Impact). Dies sollte durch eine Verbesserung des Zugangs der Bevölkerung in den zwei Provinzen zu quantitativ und qualitativ besseren Gesundheitsdienstleistungen erreicht werden (Outcome). Somit lautete das Ziel der FZ-Maßnahme "Die Bevölkerung in den Einzugsgebieten der geförderten Krankenhäuser nutzt vermehrt das quantitativ und qualitativ verbesserte Dienstleistungsangebot (einschließlich Umweltverträglichkeit)".

Zielgruppe: Die Zielgruppe der Maßnahme war die Bevölkerung in den Einzugsbereichen der ausgewählten Distrikt- und Provinzkrankenhäuser in den Provinzen Nghe An und Thai Binh.

Gesamtvotum: Note 2

Begründung: Die finanzielle Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen durch die soziale Krankenversicherung (Nachfrage) und die gleichzeitige Steigerung des Angebots an quantitativ und qualitativ besserer Diagnostik und Behandlung durch eine verbesserte Ausstattung hatten positive Auswirkungen auf die Gesundheitssituation in den Provinzen. Die Auswahl der Provinzen und die Übertragung der Projektträgerschaft auf die Provinzverwaltungen stärkten Ownership und Verantwortungsbewusstsein der politischen Führung. Das Konzept der „präventiven Instandhaltung“ ist nicht vorhanden. Wartung heißt immer noch ad-hoc Reparatur bei Ausfall eines Gerätes und führt zu Abzügen bei der Bewertung der Nachhaltigkeit der Investitionen.

Bemerkenswert: Die Einführung des Krankenhausinformationssystems, das zu Beginn mit erheblicher Skepsis gesehen wurde, ist heute eine Erfolgsgeschichte. Neben der Erfassung von Routinedaten wurde die Transparenz erhöht, Information wird zur Entscheidungsfindung genutzt, u.a. für Personalmanagement und geplante Investitionen sowie zur Entwicklung neuer Geschäftsmodelle für den selbständigen und unabhängigen Betrieb der Krankenhäuser (Krankenhaus Autonomie).



Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 2

Teilnoten:

Relevanz	2
Effektivität	2
Effizienz	3
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	2
Nachhaltigkeit	3

Relevanz

Das Kernproblem wurde zum Zeitpunkt der PP 2008 in den zwei Provinzen Nghe An (AN) und Thai Binh (TB), die von den FZ-Finanzierungen profitierten, korrekt identifiziert. Die damaligen quantitativen und qualitativen Gesundheitsdienstleistungen genügten nicht den Anforderungen und den Bedarfen der Bevölkerung und standen auch nicht allen Bevölkerungsgruppen uneingeschränkt zur Verfügung. Eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung war auch aus entwicklungspolitischer Sicht dringend erforderlich.

Die Provinzen Nghe An und Thai Binh gehörten zu den wirtschaftlich schwächeren und ärmeren Provinzen des Landes. Die Auswahl der Provinzen erfolgte anhand der für das EZ-Programm definierten Kriterien (u.a. hoher Anteil an Armen, unzureichende sozioökonomische Indikatoren, keine Überlappung mit Unterstützungsmaßnahmen anderer Geber) und in enger Abstimmung mit dem Projektträger. 2008 betrug die nationale Armutsrate 13.4 %. Nghe An gehörte mit einer Armutsrate von 22.5 % zu den 10 ärmsten Provinzen des Landes. Thai Binh lag mit einer Armutsrate von 9.8 % über dem nationalen Durchschnitt.¹ Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf in den Provinzen war mit ca. 4 Mio. VND nur halb so groß wie das landesweite BIP. Der Anteil von ethnischen Minoritäten an der Gesamtbevölkerung betrug in Nghe An 15 % und in Thai Binh 0,2 %. Beide Provinzen wiesen eine relativ hohe Mütter- und Kindersterblichkeit auf (Müttersterblichkeit: Nghe An 55/100.000; Thai Binh 30/100.000; Kindersterblichkeit: Nghe An 23/1.000; Thai Binh 40/1.000).

Die Auswahlkriterien für die Distrikte in den Provinzen waren eine hohe Bevölkerungsdichte und ein hoher Anteil an Armen und Minoritäten, ein großes Einzugsgebiet für die Krankenhäuser, hohe Nutzungsraten, eine gute gegebene Personalausstattung und zureichende Verfügbarkeit von baulicher Infrastruktur.

Als Zielgruppe des FZ-Vorhabens wurde die Bevölkerung in den ausgewählten Distrikten der Provinzen NA und TB unter besonderer Berücksichtigung von Armen und benachteiligten Bevölkerungsgruppen (ethnische Minoritäten, Frauen und Kinder) definiert. Der bei Programmprüfung (PP) teilweise beabsichtigten Fokussierung auf Arme und ethnische Minoritäten sowie in abgelegenen Gebieten lebende Bevölkerung wurde über die Auswahl von Einrichtungen mit besonderer Breitenwirkung für diese spezifischen Zielgruppen Rechnung getragen, unter der Annahme, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen durch eine Ausweitung der Krankenversicherung insb. auch für diese Bevölkerungsgruppen verbessert werden würde. Durch die alleinige Unterstützung der Angebotsseite konnte nicht sichergestellt werden, dass die medizinischen Dienstleistungen von allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen genutzt werden würden. Aus Sicht der EPE war die Auswahl der Provinzen und der geförderten Gesundheitseinrichtungen sinnvoll und das FZ-Vorhaben damals wie heute relevant.

Die Gesundheitssituation in den Provinzen ist immer noch geprägt von armutsbedingten Krankheiten, besonders in den ärmeren Gegenden. Gleichzeitig nehmen aber mit zunehmendem Wohlstand auch die sogenannten Zivilisationskrankheiten schnell zu, wie auch die Zahl von Verkehrsunfällen. In den letzten Jahren kam es vermehrt zu Epidemien von neuen Infektionskrankheiten, welche die Zahl der Krankenhausaufnahmen durch diese Krankheiten wieder ansteigen ließ. Durch die steigende Lebenserwartung nimmt

¹ General Statistics Office (GSO), gemessen nach GSO-WB und der jeweiligen Distriktkrankenhäuser für die EPE erfolgte nach den folgenden Kriterien: In jeder Provinz ein Distrikt in Küstennähe (Dien Chau, Tien Hai), ein Distrikt im Landesinneren

der Anteil der älteren Bevölkerung weiter zu, die wiederum spezifischere Gesundheitsdienstleistungen benötigt. Diese sich ständig verändernde Gesundheitssituation machte kontinuierliche Anpassung unumgänglich. Neue diagnostische- und Behandlungsmöglichkeiten eröffneten neue Perspektiven für eine angepasste, effektivere und effizientere Gesundheitsversorgung, die durch die Investitionen des Vorhabens in den geförderten Krankenhäusern ermöglicht wurden. Die Förderung und Unterstützung bei der Einführung des Informationsmanagementsystems war von besonderer Relevanz für den Erfolg des Vorhabens.

Die der Projektkonzeption zugrundeliegenden Wirkungsbezüge sind plausibel. Durch eine verbesserte Ausstattung mit medizinischen Geräten, einschließlich Wartung und Reparatur, sollte das quantitative und qualitative Angebot von Dienstleistungen in den geförderten Provinz- und Distriktkrankenhäusern verbessert werden. Die besseren Leistungen sollten von der Bevölkerung in den Einzugsgebieten der geförderten Einrichtungen - substantiell unterstützt durch das vietnamesische Krankenversicherungssystem - vermehrt genutzt werden und dadurch zur Verbesserung der Gesundheitssituation in den Distrikten der Provinzen Nghe An und Thai Binh beitragen. Durch die bessere Entsorgung von Abwasser und medizinischen Abfällen sollte die Umweltverträglichkeit verbessert werden.

Das Programm entsprach dem damaligen und noch heute gültigen Ziel der vietnamesischen Regierung, die umfassende gesundheitliche Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen durch „Universal Health Coverage for all until 2020“ sicherzustellen. Seit Anfang 2015 wird die Stärkung - auch die finanzielle - der unteren Ebenen - von der kommunalen bis zur Distriktebene - betont, wobei der vietnamesische Staat die kommunale Ebene finanzieren will und die Geber sich auf die Distrikt- und Provinzebene konzentrieren sollen. Dieser Ansatz entspricht dem des Vorhabens, welches zwei Provinz- und acht Distriktkrankenhäuser unterstützte. Gesundheit ist für die vietnamesische Regierung ein zentrales Thema, wie auch in der „Socio-Economic Development Strategy for the period of 2011-2020“ deutlich wird. Die Regierung bekräftigt in der Strategie die hohe Priorität, die der Entwicklung des Gesundheitssystems und der Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ guten Gesundheitsdienstleistungen zugeordnet wird, und sieht eine kontinuierliche Erhöhung der Staatsausgaben für den Gesundheitssektor bis 2020 vor.

Bis 2013 war Gesundheit ein Schwerpunkt der deutschen EZ mit Vietnam. Das Vorhaben entsprach den Zielen des BMZ, das dezentrale Gesundheitssystem in Vietnam zu stärken (Schwerpunktstrategiepapier 2007). Die Kooperation und Arbeitsteilung der FZ und der TZ im Rahmen des EZ Gesamtprogramms hatte per Konzeption das Potential einen effizienten und effektiven Beitrag im Schwerpunkt zu leisten. Die Durchführung des Vorhabens erfolgte in Abstimmung und komplementär zu den Aktivitäten anderer Geber in den Provinzen.

Relevanz Teilnote: 2

Effektivität

Das Projektziel (Outcome) lautet: "Die Bevölkerung in den Einzugsgebieten der geförderten Krankenhäuser nutzt vermehrt das quantitativ und qualitativ verbesserte Dienstleistungsangebot (einschließlich Umweltverträglichkeit)". Die Erreichung des Projektzieles kann anhand folgender Indikatoren gemessen werden:

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Der Anteil des Gesundheitspersonals, das sich zufrieden über die zur Verfügung stehende physische Infrastruktur für prioritäre Dienstleistungen äußert, erhöht sich.	38 %, Zielwert 85 %	85 %
(2) Die Nutzungsrate der medizinischen Ausrüstungen steigt.	20 %, Zielwert 85 %	100 % bei allen funktionierenden Geräten
(3) Die Anzahl der Gesundheitsein-	9 %, Zielwert 90 %	70 %, nach Angaben der PDoHs

richtungen, die über einen Wartungsplan verfügen und eine entsprechende Wartung und Instandhaltung durchführen, steigt.		konnte während der EPE nicht verifiziert werden s. Nachhaltigkeit
(4) Die Anzahl der Gesundheitseinrichtungen, die über eine umweltverträgliche Abfall- und Abwasserentsorgung verfügen, steigt.	0 %, Zielwert 80 %	90 % der besuchten Einrichtungen verfügen über eine Abfall- und Abwasserentsorgung (In NA unterstützt durch Weltbank (WB), in TB durch WB, verschiedene NGO Initiativen und Eigenmaßnahmen der Krankenhäuser.
(5) Bettenbelegungsraten		Zwischen 90% und 105%
(6) Anzahl der jährlich aufgenommenen Patienten steigt		Nghe An (Distrikte) 2012: 30.361 2016: 35.774 Nghe An (Provincial) 2012: 48.098 2016: 60.417 Thai Binh (Distrikte) 2012: 26.800 2016: 29.139 Thai Binh (O&G Hospital) 2012: 21.530 2016: 24.262
(7) Anzahl der jährlich durchgeführten chirurgischen Eingriffe steigt		Distriktkrankenhäuser 2012: 1.375 2016: 4.956 Provinzkrankenhäuser 2012: 27.071 2016: 33.513

Indikator 1 wurde während der EPE durch eine Kurzumfrage bei Abteilungsleitern, Personal, im abschließenden Treffen mit der Krankenhausleitung und beim Debriefing in den Departments of Health verifiziert. Im Vergleich zur AK (Umfrage Ende 2014) ging der Anteil des Personals, das sich zufrieden zeigte, etwas zurück. Die Zufriedenheit hing ab von der Funktion der zur Verfügung stehenden Geräte und bewegte sich zwischen 40 % und 100 % (z.B. war die Leiterin des Labors des TB Provincial Hospitals unzufrieden, da zwei der Geräte ausgefallen waren und zwei weitere häufige Störungen aufwiesen, die Reparaturen notwendig machten und zu längeren Unterbrechungen der Funktionalität führten). Indikator 2 muss mit einer Einschränkung betrachtet werden: Zwar waren 100 % der funktionsfähigen Geräte in Benutzung, bei der Besichtigung waren jedoch insgesamt ca. 20 % der gelieferten Ausstattung nicht funktionsfähig und konnten entsprechend auch nicht genutzt werden. Geräte, die nicht mehr in Betrieb waren, lassen sich in drei Kategorien einteilen: a) von Beginn an nicht brauchbar (~3 %); b) defekt, nicht reparierbar (~5 %); c) defekt, Reparatur initiiert (~12 %).

Das Vorhaben hat durch die technische Beratung und Unterstützung bei der Entwicklung von angepassten Konzepten der Abfall- und Abwasserentsorgung (Indikator 4) und den darauf abgestimmten Aus- und Fortbildungen des leitenden Personals und des entsprechenden technischen Personals einen wichtigen Beitrag geleistet zur Verbesserung eines umweltverträglichen Abfall- und Abwasser-Managements.

Die Bettenbelegungsraten (Indikator 5), die auf der Grundlage der offiziell geplanten Betten kalkuliert wurden, wiesen mit ca. 140 -150 % auf eine Überbelegung hin. Die aktuelle Zahl der zur Verfügung stehenden Betten wurde in den vergangenen Jahren kontinuierlich erhöht und war zum Zeitpunkt der EPE in den besuchten Krankenhäusern zwischen 30 % und 100 % höher als geplant. Die Belegungsraten waren dadurch nur schwer zu kalkulieren, lagen aber zwischen 90 % und 105 %, was auf eine gute Auslastung

hindeutet. Für Indikator 6 sind keine disaggregierten Daten verfügbar. Ausgehend von der Bevölkerungszahl der Provinzen und der Zahl der Distriktkrankenhäuser kann eine durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen von 6.000-7.000 in NA und 13.000 -14.000 in TB geschätzt werden. Annahme ist, daß es keine grossen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern gibt. Insgesamt war eine deutliche Zunahme der Patientenzahlen, stationär und ambulant, zu beobachten. Auch die Zahl der chirurgischen Eingriffe hat um ein Vielfaches zugenommen. Wie o.e. haben alle Krankenhäuser die Zahl der Betten z.T. erheblich erhöht. Nach Aussagen der Krankenhausleitungen konnte die Bettenzahl durch Anpassung an die steigenden Bevölkerungszahlen erhöht werden. Außerdem wurden alle besuchten Krankenhäuser aufgrund der hohen Patientenzahlen und des größeren Leistungsangebotes um einen Grad aufgewertet (nationale Skala 1-4) und die soziale Krankenversicherung hat die Erhöhung der Zahl der Betten, die über die Versicherung abgerechnet werden können, ebenfalls genehmigt. Die Autonomie der Krankenhäuser ermöglicht den Krankenhausleitungen, je nach Bedarf zusätzlich Personal einzustellen, wenn die finanziellen Voraussetzungen gegeben sind.

Nicht alle positiven Veränderungen können dem Vorhaben zugeschrieben werden. Die kontinuierliche Ausdehnung der sozialen Krankenversicherung mit Deckungsraten von 81,3 % in Nghe An und 82,5 % in Thai Binh ermöglichen auch den ärmeren Bevölkerungsgruppen einen Zugang zu einer qualitativ besseren Gesundheitsversorgung ohne erhebliche finanzielle Belastung. Durch die beeindruckende wirtschaftliche Entwicklung des Landes (und der ausgewählten Provinzen) ist die Armutsrate deutlich gesunken (NA 9,5 %, TB 4,61 %). Der wirtschaftliche Aufschwung und die Aufhebung der Verpflichtung, dem Referenzsystem zu folgen, haben ebenfalls einen hohen Anteil an der steigenden Nutzung der Dienstleistungen in den geförderten Distriktkrankenhäusern. Der Vergleich mit den nicht unterstützten Distrikten zeigt, daß trotz ähnlicher positiver Entwicklungen die Nutzung der angebotenen Dienstleistungen geringer ist als in den geförderten Einrichtungen. Es besteht aber weiterhin ein finanzielles Risiko für die Ärmsten der Armen aus entlegenen Gegenden, da, durch die nicht durch die Versicherung gedeckten indirekten Kosten (Transport, Unterhalt für Begleitpersonen usw.), der Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung eingeschränkt bleibt.

Die Annahme, daß das Referenzsystem gestärkt würde, hat sich nur teilweise bestätigt. Bei den Gesprächen mit den Vertretern der sozialen Krankenversicherung (VSS) wurde erwähnt, daß die Zahl der Patienten in den Communal Health Stations zurückgegangen ist, in Distriktkrankenhäusern stark zugenommen hat und die Patientenzahl auf Provinzebene nur leicht angestiegen ist. Dieser Eindruck konnte während der Mission durch die vorliegenden Statistiken und durch die Aussagen der Partner auf Distrikt- und Provinzebene bestätigt werden. Im 5-Jahresplan 2016-2020 des Gesundheitsministeriums wird diese Entwicklung positiv und als Erfolg bezeichnet². Es besteht jedoch die Gefahr, dass die Distriktkrankenhäuser durch das erweiterte Angebot an Dienstleistungen und die damit verbundenen, steigenden Patientenzahlen überfordert werden und nicht mehr in der Lage sind, eine qualitativ gute Versorgung zu leisten.

Die durch das FZ Vorhaben finanzierte Ausstattung diene in erster Linie dazu, nicht funktionsfähige Geräte und Geräte, die nicht mehr dem neuesten Stand der Technik entsprachen, zu ersetzen. Durch die sorgfältige Bedarfsanalyse wurden Ausstattungen gewählt, die für die essentiellen Gesundheitsdienstleistungen auf Provinz-, Distrikt- und Kommunenebene erforderlich waren, ohne das „Know how“ des verfügbaren technischen Personals zu überfordern. Für diagnostische Untersuchungen wurden z.B. ein CT Scanner für ein Provincial Hospital, Röntgengeräte, Ultraschallgeräte, Elektrokardiogrammgeräte und Analysegeräte für eine schnellere und bessere Laboranalyse von Blut- und Urinproben beschafft. Zur besseren und schnelleren Behandlung wurden u.a. Inkubatoren für Frühgeburten, Narkosegeräte, Operationssets, Operationstische, Intensivbetten, Infusionspumpen und vor allem Ausrüstung für endoskopische Eingriffe (minimal invasive surgery, MIS) beschafft.

Einen essentiellen Beitrag zur Steigerung der Effektivität leistete die Finanzierung und Einführung eines Informationssystems, das inzwischen auch von nicht geförderten Krankenhäusern in den benachbarten Distrikten, in unterschiedlichem Ausmaß, übernommen wurde. Nach anfänglicher Skepsis sind die geförderten IT Systeme nicht mehr aus dem Krankenhausbetrieb weg zu denken. Besseres Patientenmanagement, besseres Personalmanagement, transparentere Rechnungsstellung, besser informierte Entscheidungen der Krankenhausleitung, kürzere Wartezeiten für Patienten sind nur einige positive Aspekte, welche das Management der Krankenhäuser und die Effektivität und Effizienz verbessert haben. Die

² For People's Health Protection, Care and Promotion, Plan 2016-2020

Krankenhäuser und durch diese, auch für Patienten deutlich sichtbaren, positiven Veränderungen attraktiver geworden und ziehen mehr Patienten an.

In allen geförderten Krankenhäusern sowie den Departments of Health wurde die hohe Wertschätzung und Zufriedenheit mit dem Vorhaben zum Ausdruck gebracht.

Effektivität Teilnote: 2

Effizienz

Die Durchführung des Vorhabens dauerte insgesamt 66 Monate. Ursprünglich vorgesehen war eine Gesamtlaufrzeit von 42 Monaten. Insgesamt wurden für die medizinische Ausrüstung in AN 3.942.577,00 EUR und in TB 2.917.883,00 EUR aufgewendet. Für die Einführung und den Aufbau des Managementinformationssystems wurden in NA 185.377,00 EUR und in TB 346111,00 EUR ausgegeben. Die Consultingkosten beliefen sich auf 172.000,00 EUR in NA und 135.600,00 EUR in TB. Durch die internationale Ausschreibung der Ausrüstung und die nationale Ausschreibung der IT Hardware und Software konnten die günstigsten Preise erzielt werden. Die Consultingkosten sind angemessen, da durch hohen Abstimmungsaufwand mehr Zeit aufgewendet werden musste und häufigere Reisen in die Provinzen anfielen.

Änderungen im vietnamesischen Genehmigungsverfahren, Systemreformen und die Abstimmung über die endgültige Auswahl der zu beschaffenden Ausstattungen verursachten die Verzögerung. Die Verlagerung der Projektträgerschaft auf die Provinzebene und der Durchführung auf die jeweiligen Provinzgesundheitsabteilungen machten zusätzliche Abstimmungsschleifen zur besseren Koordination notwendig. Damit konnte aber sichergestellt werden, dass die Ausstattung tatsächlich den lokalen Bedarfen entsprach. Gleichzeitig wurde auch das Ownership erhöht, da das Vorhaben den strategischen Zielen der Provinzregierungen entsprach. Ebenfalls erleichtert wurde die Abstimmung und Koordination mit anderen, in den Provinzen aktiven Gebern. Die Verzögerungen bei der Vorbereitung des Vorhabens wurden während der EPE immer wieder kritisch erwähnt, da sie zu einer erheblichen Erhöhung der Eigenmittel zur Beschaffung von Geräten führte, die dringend benötigt wurden, um den kontinuierlich steigenden Bedarf zu decken, diese Mittel mussten von den Krankenhäusern aufgebracht werden. Zudem wurde ein gewisser Vertrauensverlust beklagt: Durch die Erhöhung der Bettenzahl, die kontinuierlich Ausdehnung der sozialen Krankenversicherung, die vielen Patienten einen finanziellen Zugang zu den Gesundheitsdiensten ermöglichte, stiegen die Erwartungen und Bedürfnisse der Bevölkerung sehr stark. Die Krankenhäuser, die immer mehr von Zahlungen der Krankenversicherung abhängig wurden, kamen in Zugzwang zu liefern.

Die Auswahl der Gesundheitseinrichtungen wurde sorgfältig durchgeführt und erfolgte in drei Schritten. Die Provinzen waren von den vietnamesischen Partnern in Abstimmung mit der EZ unter Berücksichtigung der maßgeblichen Sozialindikatoren ausgewählt worden. Die Distrikte und Gesundheitseinrichtungen wurden nach einem umfassenden „Mapping“ (durch die TZ) ausgewählt. Die Auswahl der Ausstattung wurde auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse getroffen, die sich an den klinischen Bedarfen und den Krankheitsmustern des jeweiligen Einzugsgebietes ausrichtete. Die Beschaffung erfolgte durch eine internationale Ausschreibung, wobei Lose für die Provinzen erstellt wurden. Dieser Prozess war zeitintensiv und wurde von den Partnern kritisch hinterfragt. Positiv wurde aber erwähnt, dass alle bestellten Ausrüstungsgegenstände zu einem Zeitpunkt geliefert wurden und dass die Provinzen bzw. die Krankenhausleitungen nur eine Firma als Ansprechpartner für Wartung und Reparatur haben. Dies steigerte die Effizienz der Maßnahme.

Die erheblich gestiegene Auslastung der geförderten Krankenhäuser lässt auf eine gute Allokationseffizienz schließen. Dies ist zum einen auf den Wegfall der finanziellen Hindernisse zurückzuführen, zum anderen aber auch der verbesserten Ausstattung zuzuschreiben. Allerdings sind auch Fälle der Überbelastung oder gar des Missbrauchs der gelieferten Geräte bekannt. Die Vertreter der sozialen Krankenversicherung äußerten den Verdacht, dass die Geräte nicht nur zur Erhöhung der Krankeneinnahmen, sondern auch für Privatkonsultationen benutzt werden. Dies konnte bei der Evaluierung nicht verifiziert werden, da keine Daten zur Verfügung gestellt wurden.

Die Arbeitsteilung und Kooperation der deutschen FZ und TZ hatte durch gute Abstimmung und sich gegenseitig ergänzende Maßnahmen einen großen Anteil an der Effizienz des deutschen EZ Programms.

Effizienz Teilnote: 3

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Oberziel (Impact) des FZ-Vorhabens war die Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in Nghe An und Thai Binh. Die Zielerreichung lässt sich am Trend folgender Indikatoren bewerten:

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Die Müttersterblichkeit ist zurückgegangen.	2008 Nghe An: 55/100.000 Lebendgeburten Thai Binh: 30/100.000 Lebendgeburten keine Zielwerte festgeschrieben	Nghe An: 14/100.000 Thai Binh: 16/100.000 Nationaler Wert von 2015: 54/100.000
(2) Die Kindersterblichkeit (bis 5 Jahre) ist zurückgegangen.	2008 Nghe An: 23/1.000 Lebendgeburten Thai Binh: 40/1.000 Lebendgeburten keine Zielwerte festgeschrieben	Nghe An: 10/1.000 (PDoH) 24,8 (General Statistics Office) Thai Binh: 6/1.000 (PDoH) 15,1 (General Statistics Office)

Die Informationen und Daten, die von den jeweiligen Provinzdepartments zur Erfassung der Indikatoren zur Verfügung gestellt wurden, zeigen eine deutliche Verbesserung der Gesundheitssituation bezogen auf die Mütter- und Kindersterblichkeit. Die Daten stehen allerdings im Widerspruch zu Daten, die vom General Office of Statistics veröffentlicht wurden und deutlich höher ausfallen (insbesondere für die Provinz NA) und sind deshalb nicht belastbar.

Das Projekt hat mit den quantitativen und qualitativen Verbesserungen der Dienstleistungen auf Provinz- und Distriktebene und deren vermehrter Nutzung einen wirkungsvollen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation geleistet. Ein weiterer positiver Aspekt ist eine gewisse Breitenwirksamkeit. Obwohl nur einige Distriktkrankenhäuser in den Provinzen unterstützt wurden, ist die Wichtigkeit einer guten und funktionierenden Ausstattung zur Optimierung der Dienstleistungen auch in anderen Distrikten und vor allem bei der politischen Leitung der Provinzen angekommen und hat zu Eigeninitiativen und weiteren Investitionen aus den Krankenhausbudgets oder dem Provinzbudget geführt.

Die Verbesserungen können aber nicht nur dem Projekt zugeschrieben werden. Der rasante wirtschaftliche Aufschwung, die eindrucksvolle Senkung der Armutsrate, die politischen Reformen, die Einführung und kontinuierlichere Ausdehnung und Anpassung der sozialen Krankenversicherung, innovative Eigeninitiativen, nationale und internationale Geberinvestitionen haben einen sehr hohen Anteil an den positiven Entwicklungen im Gesundheitsbereich.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2

Nachhaltigkeit

Bei der Beurteilung der Nachhaltigkeit wurden verschiedene Aspekte berücksichtigt. Das Vorhaben hat dazu beigetragen, dass der politischen Führung auf Provinz- und Distriktebene und den Krankenhausleitungen die Wichtigkeit einer funktionierenden und bedarfsgerechten Ausstattung wieder verstärkt ins Bewusstsein gerufen wurde. Die bereits bestehende Autonomie der Krankenhäuser, die Ausweitung der sozialen Krankenversicherung, weitere Reformmaßnahmen und vor allem der steigende Bedarf der Bevölkerung an qualitativ guten Dienstleistungen machen weitere Investitionen notwendig. Die Wichtigkeit und die Bedeutung einer funktionierenden und den Bedarfen angepassten Ausstattung wurde auch von der politischen Führung der Provinzen erkannt. In den abschliessenden Debriefing meetings wurde bestätigt, daß es, im Falle weiterer Unterstützung, Zusagen der Provinzverwaltungen gibt, die Investitionen nach Bedarf aufzustocken. Diese Zusagen und die steigenden Einnahmen durch die Krankenversicherung, die in den Distriktkrankenhäusern 100% der Behandlungskosten für ambulante und stationäre Behandlung erstattet, scheinen die finanzielle Nachhaltigkeit der Krankenhäuser zu sichern.

Personalressourcen für Wartung und Instandhaltung sind vorhanden. In allen Einrichtungen sind 1-4 Techniker eingestellt, die für die „in-house Maintenance“ zuständig sind. Das Personal wurde vom Vorhaben ausgebildet im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen für alle fünf Programmprovinzen. Neu rekrutiertes Personal wird „on-the job“ von dem erfahreneren Mitarbeiter ausgebildet. Die Gehälter für

dieses Personal sind Teil des laufenden Haushalts („recurrent budgets“) und nicht separat unter Maintenance geführt. Bis heute gibt es keine Budgetzeile im laufenden Haushalt der Krankenhäuser für Wartung und Instandhaltung, obwohl es eine Forderung in den Besonderen Vereinbarungen des FZ-Vorhabens war, dass bis zu 3,5 % des Budgets für Instandhaltung eingestellt werden sollten. Entgegen der Aussagen der Provinzdepartments of Health (PDoH), die eine Zielerreichung von 70 % angaben für das Vorhandensein von Wartungsplänen, konnten in keinem der Krankenhäuser systematische Wartungspläne eingesetzt werden. Für alle gelieferten Geräte gibt es Logbücher, die bis zum Auslaufen der 2-jährigen Wartungsverträge geführt werden. Seit Ende 2016/Beginn 2017 gibt es nur sporadische Einträge, wenn kleinere Reparaturen durchgeführt wurden. Bei größeren Reparaturen, die nicht intern durchgeführt werden, wird entweder eine lokale Wartungsfirma oder der Lieferant des Gerätes gerufen. Lange Wartezeiten müssen in Kauf genommen werden. In dringenden Fällen, wenn das defekte Teil transportierbar ist, wird auch der Transport durch einen Techniker nach Hanoi oder eine Provinzhauptstadt organisiert. Die Mittel für diese nicht sehr effiziente Weise der ad-hoc Reparaturen kommen aus dem „Hospital Development Fund“, dessen Mittel sich aus dem erwirtschafteten Überschuss, Spenden und anderen Einnahmen zusammensetzen. Nach übereinstimmenden Aussagen aller Krankenhäuser werden ca. 50 % der Mittel für Reparaturen der Geräte, 30 % für Baumaßnahmen und 20 % für neue Investitionen ausgegeben.

Das eingeführte und vom Vorhaben unterstützte Krankenhausmanagementinformationssystem ist bereits nachhaltig verankert in der Struktur der Krankenhäuser. Die Wichtigkeit eines funktionierenden IT System ist allen Krankenhausleitungen klar. Auch die nicht unterstützten Einrichtungen haben inzwischen funktionierende Systeme und Netzwerke. Noch wird das volle Potential der IT Systeme nicht genutzt, hat aber mit dem heutigen Grad der Nutzung schon zu Effizienzsteigerungen geführt. Einige Krankenhausleiter nutzen die IT-Systeme für Planung von Personal, zur Beschaffung von Material und zur Qualitätskontrolle. Die Krankenhäuser haben IT-Experten eingestellt und finanzieren die Weiterentwicklung und die Instandhaltung aus eigenen Mitteln. Kleinere Reparaturen können von den Technikern selbst durchgeführt werden. Die Software wird durch Vertrag mit dem Lieferanten halbjährlich überprüft und angepasst.

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.