



Projektauvaluierung: Kurzbericht

Tansania: Programm zur Unterstützung des Gesundheitssektors

Bezeichnung gemäß Auftrag:	Programm zur Unterstützung des Gesundheitssektors
Projektnummer:	2012.2243.9
Land/Region:	Tansania
CRS-Sektor:	12110
Gesamtziel:	Wichtige Voraussetzung für einen gleichberechtigten und nachhaltigen Zugang von Männern, Frauen und Jugendlichen zu qualitativ akzeptablen Gesundheitsdienstleistungen sind geschaffen und führen dazu, dass qualitativ bessere Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen werden können.
Gesamtlauzeit:	04/2013-03/2016
Gesamtkosten:	Voraussichtlich 14.130.000 EUR
Auftraggeber:	BMZ
Politischer Träger:	<i>Ministry of Health and Social Welfare</i> / Ministerium für Gesundheit und Soziales
Durchführungsorganisationen (im Partnerland):	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prime Minister's Office for Regional Administration and Local Government</i> / Büro des Premierministers für regionale Verwaltung und lokale Regierungen • Gesundheitsbehörden auf regionaler und kommunaler Ebene • Regionale und Distriktkrankenhäuser und Gesundheitszentren • <i>National Health Insurance Fund</i> / Nationale Krankenversicherung • <i>Tanzania Commission for AIDS</i> / Tansania AIDS-Kommission • Zivilgesellschaftliche Organisationen • Private Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen • Dachorganisationen (<i>Christian Social Service Commission, Association of Private Health Facilities of Tanzania, Association of Tanzanian Employers</i>)
Andere beteiligte Entwicklungsorganisationen:	Im Rahmen des <i>Providing for Health (P4H) Social Health Protection Networks</i> : Weltgesundheitsorganisation, Schweizer Zusammenarbeit, <i>United States Agency for International Development</i> und Weltbank.
Zielgruppen laut Angebot:	Die Bevölkerung der Regionen Mbeya, Tanga, Lindi und Mtwara mit rund 7.000.000 Menschen. Davon leben etwa 75% in ländlichen Gebieten; rund 33% der ländlichen Bevölkerung ist nach Angaben des nationalen Statistikbüros arm.

Projektbeschreibung

Tansania hat wichtige Fortschritte bei der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung erreicht. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation ist die Lebenserwartung im Zeitraum 2000-2012 um 11 auf 61 Jahre gestiegen. Die Kindersterblichkeit ist in der letzten Dekade von 162 auf 52 pro 1000 Lebendgeburten gesunken. Trotz langsamer Verbesserungen sterben nach Schätzungen noch immer 432 Frauen (bezogen auf 100.000 Lebendgeburten) und 20 von 1000 Neugeborenen. Diese Zahlen sind sensible Indikatoren für den schlechten Zugang zu und die mangelnde Qualität von Gesundheitsdiensten, da der größte Teil dieser Todesfälle durch adäquate Gesundheitsversorgung vermieden werden könnte. Gerade in ländlichen Gebieten fehlen ausreichend qualifiziertes Personal und Medikamente. Außerdem sind die Gesundheitsdienste wenig kundenorientiert. Private, meist kirchliche Einrichtungen sind über Dienstleistungsverträge in die Versorgungsstruktur eingebunden. Allerdings werden die erbrachten Leistungen von staatlicher Seite oft nicht fristgerecht vergütet. Die soziale Absicherung im Krankheitsfall ist kaum entwickelt. Es gibt private Krankenversicherungen, die Nationale Krankenversicherung für Angestellte, und die *Community Health Funds* für Menschen, die im informellen Sektor arbeiten. Die *Community Health Funds* werden auf Distriktebene implementiert und durch die Nationale Krankenversicherung beaufsichtigt. Nach Angaben der Nationalen Krankenversicherung waren im Jahr 2014 insgesamt 19,4% der Bevölkerung durch eines der drei Systeme abgesichert.

Die Dezentralisierung des Gesundheitswesens schreitet nur zögerlich voran und liegt weit hinter den Fortschritten zurück, die z.B. in der Grundbildung erreicht wurden. Auf zentraler Ebene arbeiten die zuständigen Behörden (das Gesundheitsministerium und das *Prime Minister's Office for Regional Administration and Local Government*) nicht ausreichend zusammen. Auf dezentraler Ebene sind Fertigkeiten für Planung und Management stark begrenzt und die Partizipation der Zivilgesellschaft ist kaum entwickelt. Trotz eines kohärenten Politik- und Reformsystems sind die Voraussetzungen für einen nachhaltigen und sozial ausgewogenen Zugang zu Gesundheitsdiensten mit ausreichender Qualität noch nicht gegeben. Das evaluierte Vorhaben ist darauf ausgerichtet, diese Voraussetzungen zu schaffen. Es hat dazu in fünf Handlungsfeldern gearbeitet 1) Soziale Sicherung im Krankheitsfall und Gesundheitsfinanzierung, 2) dezentrale Gesundheitsverwaltung, 3) Qualitätsmanagement mit Schwerpunkt sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, 4) Partnerschaften mit dem Privatsektor und 5) Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisationen. Das Vorhaben ist eines von zwei Modulen der Technischen Zusammenarbeit (TZ) innerhalb des mit der Finanziellen Zusammenarbeit (FZ) gemeinsam durchgeführten „Tansanisch Deutschen Programms zur Unterstützung des Gesundheitssektors“. Die Mitwirkung an zentralen nationalen Strategien (Gesundheitsfinanzierung, Arbeitskräfte für den Gesundheitssektor, Qualitätsverbesserung, Partnerschaften mit dem Privatsektor) bei gleichzeitiger Stärkung der entsprechenden Umsetzungskapazität in den Regionen Mbeya, Tanga, Lindi und Mtwara bilden die Grundlage der Intervention. Das Vorhaben wird gemeinsam mit den Partnerorganisationen in den vier Regionen implementiert.

Gesamtbewertung nach OECD/DAC Kriterien:	Einzelbewertung der OECD/DAC Kriterien:
Die Gesamtbenotung der TZ-Maßnahme ergibt sich durch den Durchschnitt der Einzelbewertungen:	
14 – 16 Punkte: sehr erfolgreich	Relevanz: sehr erfolgreich (14 Punkte)
12 – 13 Punkte: erfolgreich	Effektivität: erfolgreich (13 Punkte)
10 – 11 Punkte: eher erfolgreich	Impact: eher erfolgreich (11 Punkte)
8 – 9 Punkte: eher unbefriedigend	Effizienz: erfolgreich (12 Punkte)
6 – 7 Punkte: unbefriedigend	Nachhaltigkeit: erfolgreich (12 Punkte)
4 – 5 Punkte: sehr unbefriedigend	

Die TZ-Maßnahme wird mit insgesamt 12,4 Punkten als „**erfolgreich**“ bewertet.

Relevanz

Die Bevölkerung in Tansania ist mit der Gesundheitsversorgung nicht zufrieden. Befragungen zeigen, dass viele Patienten während einer Krankenhausbehandlung schlechte Erfahrungen machen. Besonders in ländlichen Gebieten fehlen qualifiziertes Personal und Medikamente. Finanzielle Barrieren beschränken den Zugang für Frauen und Männer, und bei schwerer Erkrankung besteht ein Verarmungsrisiko durch die Behandlungskosten. Etwa 30% der gesamten finanziellen Ressourcen werden direkt von den Patient(inn)en erbracht, dies belastet die ärmeren Bevölkerungsgruppen am stärksten. Das Vorhaben trägt dazu bei, diese kritische Situation zu verbessern, indem es zum Beispiel die Versorgung mit Medikamenten und das Management von medizinischem Fachpersonal stärkt und Beschwerdemechanismen sowie das Qualitätsmanagement in Krankenhäusern unterstützt.

Das Vorhaben stimmt mit der nationalen Gesundheitsstrategie (*Health Sector Strategic Plan 2009-2015*) überein. Es trägt unmittelbar zu ihren wichtigsten Handlungsfeldern bei: Distrikt- und Referenzkrankenhäuser; Unterstützung auf zentraler Ebene; Humanressourcen; Gesundheitsfinanzierung; Zusammenarbeit mit dem Privatsektor; Gesundheit von Müttern und Neugeborenen; Monitoring, Evaluierung und Forschung. Zusammen mit anderen Partnern hat das Vorhaben zur Entwick-

lung der nationalen Gesundheitsfinanzierungsstrategie beigetragen, die auf eine ausreichende Gesundheitsversorgung (*Universal Health Coverage*) im Kontext der nachhaltigen Entwicklung zielt. Das Expertenteam des Vorhabens hat außerdem zu Strategie und Leitlinien für die Zusammenarbeit mit dem Privatsektor und die Anpassung des gesetzlichen Rahmens, sowie zu den nationalen strategischen Plänen für Arbeitskräfte im Gesundheitssektor (2014-2019) und Qualitätsverbesserung (2013-2018) beigetragen.

Das Vorhaben unterstützt das Gesundheitsministerium auf der zentralen Ebene sowie die Gesundheitseinrichtungen und das Management in den vier ausgewählten Regionen, deren Administration dem *Prime Minister's Office for Regional Administration and Local Government* untersteht. Dadurch leistet es einen Beitrag zu einer effektiven Dezentralisierung im Gesundheitswesen

Das TZ-Modul trägt zur Erreichung der Millenniumsziele (Mütter- und Kinder-Gesundheit sowie die Bekämpfung von AIDS, Malaria und anderen Krankheiten) bei. Es stimmt mit den Vorgaben der deutschen Entwicklungspolitik zur Gesundheit und zur sozialen Sicherung überein. Die Armutsorientierung zeigt sich in den technischen Beiträgen zur Gesundheitsfinanzierungsstrategie. Darüber hinaus wurden ein Konzept und ein Aktionsplan entwickelt, auf deren Grundlage der *Tanzania Social Action Fund* die Mitgliedschaft der ärmsten Bevölkerungsgruppe in den *Community Health Funds* sicherstellen könnte. Gesundheitsfinanzierung, Qualitätsverbesserung und die Zusammenarbeit mit dem Privatsektor sind auch relevante Themen für die Ostafrikanische Integration; Gesundheit ist eine der beiden Prioritäten in der Zusammenarbeit der Bundesregierung mit der Ostafrikanischen Gemeinschaft (*East African Community*).

Das Vorhaben wird in Bezug auf seine Relevanz als **„sehr erfolgreich“** bewertet.

Effektivität

Das Modulziel lautet: „Wichtige Voraussetzungen für einen gleichberechtigten und nachhaltigen Zugang von Männern, Frauen und Jugendlichen zu qualitativ akzeptablen Gesundheitsdienstleistungen sind geschaffen und führen dazu, dass qualitativ bessere Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen werden können“. Die Erreichung dieses Ziels soll anhand nachfolgender Indikatoren überprüfbar sein. Da die ursprünglichen Indikatoren nicht ausreichend spezifisch und relevant waren, wurden sie für die Evaluierung angepasst.

Zielindikator	Soll laut Angebot	Ist-Zustand laut Projektevaluierung
1a: Die Zahl von Management-Kriterien, die von den <i>Community Health Funds</i> in acht Distrikten erreicht werden, ist von Null angestiegen.	Vier von fünf Kriterien ¹ werden erreicht	Das erste Kriterium (Trennung von Dienstleistungserbringung und Finanzierung) wurde in keinem Distrikt erreicht und wird auch bis zum Ende des Vorhabens nicht erreicht werden. Zwei Distrikte erreichen alle vier weiteren Kriterien.
1b: Der Anteil, der Bevölkerung, die in <i>Community Health Funds</i> eingeschrieben sind, ist in acht Distrikten gestiegen.	50% höhere Einschreiberaten pro Distrikt im Vergleich zu 2012.	Der Trend der Einschreiberaten ist sehr positiv. In einem Distrikt wurde der Zielwert noch nicht erreicht, es ist aber wahrscheinlich, dass dies bis zum Ende des Vorhabens der Fall ist. Nur in einem weiteren Distrikt erscheint die Zielerreichung bis zum Ende des Vorhabens fraglich.

¹ Kriterien: i: Trennung von Leistung und deren Finanzierung, ii: Mitgliederdatensysteme, iii: mindestens jährliche Inanspruchnahme der staatlichen Zuzahlungen zu den gepoolten Mitgliedsbeiträgen (*matching funds*), iv: mindestens zwei hauptberuflich tätige Koordinator(inn)en auf Distriktebene, v: Zugang zu ausgewählten Gesundheitsdienstleistungen im Krankenhaus durch ein erweitertes Leistungspaket.

<p>2: Nationale Vorgaben für die Jahrespläne werden, gemessen an drei Kriterien², in acht Distrikten besser umgesetzt.</p>	<p>Kriterium i: = 8 Distrikte Kriterium ii > 0 Distrikte Kriterium iii > 3 Distrikte</p>	<p>Kriterium i: 8 Distrikte Kriterium ii: 3 Distrikte Kriterium iii: 2 Distrikte</p> <p>Es ist nicht sicher, ob dieser Indikator bis zum Ende des Vorhabens vollständig erreicht werden kann, da die Governance-Strukturen noch erhebliche Unterstützung von zentraler und regionaler Seite benötigen, um ihren Aufgaben gerecht zu werden.</p>
<p>3: Der Anteil der in den Aktionsplänen der Einrichtungen geplanten und durchgeführten Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung ist von durchschnittlich 33,2% in 2013 gestiegen.</p>	<p>80%</p>	<p>61%</p> <p>Die Umsetzung geplanter Aktivitäten hängt auch von den finanziellen Ressourcen ab, deren Verwendung noch nicht in allen Einrichtungen ausreichend auf Qualitätsverbesserung ausgerichtet ist. Es ist daher möglich, dass dieser Indikator trotz guter Fortschritte nicht vollständig erreicht wird.</p>
<p>4: Richtlinien und Implementierungsstrategie für die Zusammenarbeit des Staates mit dem Privatsektor im Gesundheitsbereich wurden verabschiedet.</p>	<p>Verabschiedete Strategie und Richtlinien.</p>	<p>Strategie und Richtlinien wurden vom Gesundheitsministerium und seinen privaten Partnern verabschiedet, veröffentlicht und in allen vier Interventionsregionen verteilt. Außerdem wurde das Rahmengesetz (<i>Public Private Partnership-Act</i>) angepasst.</p>
<p>5: Elf unterstützte zivilgesellschaftliche Organisationen haben im Vergleich zu einer Bewertung im Jahr 2013 auf einer Skala von 0-10 messbare Fortschritte in drei von fünf Management-Kriterien gemacht (davon zwei Kriterien mit Gender-Relevanz).</p>	<p>i. Finanzmanagement: >5,2 ii. Verfassen von Anträgen: >1,8 iii. Berichterstattung: >3 iv. Integration von Querschnittsthemen (Gender, Menschenrechte, Inklusion von Behinderten) in ihre Aktivitäten: > 4,7 v. Ausgewogenes Genderverhältnis in ihren Steuerungsgremien: >4,4.</p>	<p>Zur Zeit der Evaluierung lag keine neue Bewertung entsprechend der Skala vor. Beobachtungen legen nahe, dass die zivilgesellschaftlichen Organisationen schrittweise Fortschritte im Finanzmanagement, beim Verfassen von Anträgen sowie bei der Integration von Querschnittsthemen gemacht haben. Berichterstattung und die genderbezogene Ausgewogenheit der Steuerungsgremien haben sich noch nicht wesentlich verbessert. Es wird aber angenommen, dass der Indikator bis zum Ende des Vorhabens weitgehend erreicht wird.</p>

Es war sehr schwierig, für die Evaluierung konsistente Daten von den Durchführungspartnern zu erhalten. Dies kann die Aussagekraft der Ergebnisse teilweise einschränken. Die Übersichtstabelle oben zeigt, dass der Grad der Zielerreichung variiert. Allerdings unterstreichen viele positive Wirkungen, die nicht durch Indikatoren abgebildet werden, dass das Vorhaben im Hinblick auf das gewählte Ziel viel erreicht hat. Die beobachteten positiven Wirkungen umfassen verbesserte Managementsysteme (z. B. verbessertes Mitgliedermanagement in den *Community Health Funds*, die Messung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern auf der Grundlage spezifischer, messbarer, erreichbarer und relevanter Indikatoren) und die Einrichtung von Kommunikations- und Lernforen (z.B. öffentlich-private Gesundheitsforen und die institutionelle Verankerung eines landesweiten Trainingsprogramms für Gesundheitsmanagement in den Distrikten). Das Projekt hat wichtige Verbesserungen angeregt und unterstützt. Dazu zählen z.B. die aktive Beteiligung von Dachorganisationen des Privatsektors am gesundheitspolitischen Dialog, die verbesserte Partizipation zivilgesellschaftlicher Organisationen an den nationalen Koor-

² Die Kriterien sind: i. Analyse des Gesundheitsministeriums bestätigt, dass Minimumstandards zur Qualifizierung für Förderung erreicht sind. ii. Zivilgesellschaftliche Organisationen, kirchliche und private Dienstleister wurden am Planungsprozess beteiligt. iii. die Pläne sind offiziell von den Governance-Strukturen (*Council Health Service Boards*) genehmigt.

dinierungsstrukturen des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria und ein stärkeres Engagement der lokalen Regierungen bei der Personalbereitstellung in ländlichen Gesundheitseinrichtungen. Unerwartete negative Wirkungen des Vorhabens wurden nicht beobachtet.

Das Vorhaben wird daher in Bezug auf Effektivität als „**erfolgreich**“ bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das Vorhaben trägt zur Erreichung des gemeinsamen Ziels der tansanisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor bei, also zu einer besseren Gesundheit der tansanischen Bevölkerung unter Berücksichtigung besonders gefährdeter und benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Die Erreichung dieses Ziels wird auf der Programmebene anhand von Indikatoren zur Kinder- und Müttersterblichkeit, Häufigkeit einer HIV-Infektion bei schwangeren Frauen und einigen Prozessindikatoren gemessen (z.B. der Anteil der Geburten mit fachgerechter Betreuung, die Anzahl von Gesundheitsfachkräften und der Anteil der Bevölkerung mit sozialer Absicherung im Krankheitsfall).

Nach Angaben des Gesundheitsministeriums hat sich die Anzahl von Fachkräften im öffentlichen Gesundheitswesen von 35.202 im Jahr 2008 auf 66.348 im Jahr 2014 erhöht. Der Anteil der Bevölkerung mit sozialer Absicherung im Krankheitsfall ist im selben Zeitraum nach Angaben des Nationalen Krankenversicherungsfonds von 9 auf 19,4% gestiegen. Das Vorhaben hat mit seiner Unterstützung für die *Community Health Funds* und das Management von Humanressourcen auf nationaler Ebene und in ausgewählten Gemeinden und Distrikten einen Beitrag zu diesen positiven Veränderungen geleistet. Für die anderen oben genannten Impact-Indikatoren gibt es keine Daten, um die Veränderung während der Laufzeit des Vorhabens zu messen. Eine Reihe von Beobachtungen belegt jedoch plausibel, dass das TZ-Modul zur Verbesserung der Gesundheit und für die Gesundheit relevanter Entwicklungsziele beigetragen hat (Geschlechtergerechtigkeit, Armutsminderung, und die Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit): Das Projekt hat eine wichtige Rolle auf der politischen Ebene gespielt und zur Entwicklung der Gesundheitsfinanzierungsstrategie beigetragen. Diese Strategie zielt auf gerechten Zugang zu Gesundheitsdiensten aus der Finanzperspektive. Die Umsetzung der Strategie wird finanzielle Barrieren für eine bedarfsgerechte Nutzung von Gesundheitsdiensten vermindern und dazu beitragen, dass Ausgaben im Krankheitsfall vermieden werden, die für die Patienten existenzgefährdend wären. Die *Community Health Funds* erlaubten es Frauen, die im informellen Sektor arbeiten, Gesundheitsdienste zu nutzen, die sie sich in der Vergangenheit nicht leisten konnten und haben so zur Gleichberechtigung der Geschlechter beigetragen. Dies konnte z.B. während der Zusammenarbeit mit einer Cashew-Nussfabrik (Olam) in Mtwara festgestellt werden. 90% des Personals dort waren Frauen. Die Unterstützung für die Interessenvertretung und Aufklärungsarbeit einer großen Rehabilitationseinrichtung für Menschen mit Behinderungen sowie Beiträge für Studien zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen in soziale Sicherungssysteme haben das Recht auf Gesundheit für Menschen mit Behinderungen gefördert.

In einigen Handlungsfeldern konnte das Vorhaben zeigen, wie lokale Interventionen auf Breitenwirksamkeit ausgerichtet werden können. Zum Beispiel wurde ein praktisches Modell für Personalbeschaffung und -bindung in ländlichen Gebieten entwickelt. Das Modell wurde vom Gesundheitsministerium mit Unterstützung der *Japan International Cooperation Agency* in einer Sammlung guter Praxisbeispiele für dezentrales Gesundheitsmanagement veröffentlicht. Zudem wurde ein Handbuch für die praktische Umsetzung des Modells erarbeitet und verteilt. Der Ansatz kann damit landesweit genutzt werden.

Andere Aktivitäten sind noch nicht auf Breitenwirksamkeit ausgerichtet. Die Beschränkung des Vorhabens auf nur zwei Distrikte pro Region erschwert dies. Die regionalen Management-Teams für Gesundheit berichten, dass die Ausrichtung auf zwei Distrikte pro Region zu Frustrationen und dem Gefühl von Benachteiligung geführt hat. Die Limitierung steht außerdem in einem gewissen Widerspruch zu der Aufgabe dieser Teams, die gleichmäßige Gesundheitsversorgung in allen Distrikten einer Region sicher zu stellen. Ein distriktübergreifender Versicherungsschutz ist ein wichtiger Schritt bei der Weiterentwicklung der *Community Health Funds* und für den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten. Technische Herausforderungen (z.B. die distriktübergreifende Nutzbarkeit der Versicherungskarte) und generelle Gestaltungsfragen (Harmonisierung der Leistungspakete, Risikoausgleich) können mit selektiven Ansätzen für einzelne Distrikte nur sehr begrenzt bearbeitet werden und beschränken die Breitenwirksamkeit des Vorhabens.

Das Vorhaben wird in Bezug auf die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen als „**eher erfolgreich**“ bewertet.

Effizienz

Die Evaluierung bewertet die Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Ressourcen im Verhältnis zu den erreichten Wirkungen und deren Zusammenspiel. Die Ressourcen umfassen Personal (internationale und nationale Lang- und Kurzzeitfachkräfte, Entwicklungshelfer(innen), Integrierte Fachkräfte) und finanzielle Beiträge, Materialbeschaffungen und *Human Capacity Development* (HCD), wie z.B. Fort- und Weiterbildung, Konferenzteilnahme oder Coaching. Eine monetäre Bewertung der Ressourcen und Wirkungen erfolgte nicht. Alternative Umsetzungsstrategien wurden während der Evaluierung selektiv diskutiert. Grundlage der Bewertung waren der Programmvorschlag, die *Capacity Development* Strategie und die Umsetzungspläne verglichen mit den Beiträgen der unterschiedlichen Interviewpartner.

Das Zusammenspiel der *Capacity Development* Maßnahmen auf individueller, Organisations- und Systemebene war der Schlüsselfaktor für den wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen. Die Effizienz war dort besonders hoch, wo das Vorhaben Kapazitäten auf allen drei Ebenen verbessern konnte und dadurch Synergien über die Ebenen hinweg entstanden sind. Das war zum Beispiel der Fall im Handlungsfeld 4 (Partnerschaften mit dem Privatsektor), in dem alle geplanten Veränderungen erreicht werden konnten. Der Ressourceneinsatz war dort weniger wirtschaftlich, wo solche Synergien nicht erzielt werden konnten: Dies war teilweise der Fall in den Handlungsfeldern 3 (Qualitätsmanagement) und 5 (Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisationen). Qualitätsverbesserungen wurden zwar erzielt, blieben aber auf die ausgewählten (zwölf) Krankenhäuser begrenzt, da die Interventionen nicht ausreichend in Politikberatung und Netzwerkarbeit eingebettet waren. Die direkte Beratung einer sehr kleinen Gruppe von (elf) Organisationen der Zivilgesellschaft in Mtwara hatte nur eine begrenzte Effektivität und keine entwicklungspolitische Wirksamkeit, weil *Capacity Development* auf der systemischen Ebene nicht in ausreichendem Maße geplant und umgesetzt wurde.

Innerhalb der jeweiligen Ebenen des *Capacity Development* kann ein wirtschaftlicher Einsatz der Ressourcen in den meisten Fällen bestätigt werden: Auf der individuellen Ebene hat das Vorhaben Kurz- und Langzeitfachkräfte als Berater eingesetzt und Fachtraining sowie Coaching am Arbeitsplatz finanziert. Das hat zu verbesserten Kenntnissen und Fähigkeiten nationaler Fachkräfte von Partnerinstitutionen in allen Handlungsfeldern geführt. Die nationalen Partner bekräftigten, dass dieser kombinierte Ansatz einen deutlich höheren Nutzen als Training in Kursen allein hat, bei vergleichbaren oder sogar niedrigeren Kosten. Beispielsweise hat sich der Einsatz eines Expertenteams in den Interventionsregionen Mbeya und Tanga als relativ preisgünstiges Model erwiesen, um Lernen und Innovation im Management und bei der Verbesserung der *Community Health Funds* zu maximieren.

Auf der Organisationsebene entsprach die Unterstützung von Planungs- und Managementprozessen durch Beratung, Manuelle (z.B. für das Personalmanagement) und strukturelle Verbesserungen (zum Beispiel die Einführung computergestützter Krankenhausmanagementsysteme) weitgehend einer wirtschaftlichen Nutzung der Projektressourcen. Herausforderungen wurden jedoch im Zusammenhang mit Entwicklungshelfer(innen) und Integrierten Fachkräften beobachtet. In mehreren Fällen fehlten klare, dem Bedarf der Partnerorganisationen entsprechende Zielvereinbarungen. Dies führte zu Vertragsabbrüchen und/oder begrenzter Wirksamkeit des Beratungseinsatzes.

Auf der Systemebene leistete das Vorhaben fachliche Beiträge zur Entwicklung von Strategien und Politiken für Schlüsselbereiche des Gesundheitssektors. Die Flexibilität des Vorhabens und seine Fähigkeit, sich dem Bedarf der Partner und entstehenden Möglichkeiten anzupassen, sind wichtige Elemente der Effizienz. Die nationalen Partner haben betont, dass die flexible Vorgehensweise effizient in Bezug auf die Unsicherheiten und die komplexen Sachverhalte im tansanischen Gesundheitssektor ist. Das Vorhaben ermöglichte außerdem Erfahrungsaustausch und Vernetzung zwischen Akteuren, zum Beispiel zwischen Organisationen der Zivilgesellschaft und lokalen Regierungen, während öffentlich-privater Gesundheitsforen oder durch die Förderung von kollegialem Lernen am Arbeitsplatz.

Das Vorhaben hat seine Wirtschaftlichkeit auch durch Beiträge des Partners und eine Koordination mit anderen Gebern verbessert. Das Gesundheitsministerium und seine nachgeordneten Behörden haben Fachkräfte für die Umsetzung der vereinbarten Aktivitäten bereitgestellt. Darüber hinaus wurden Fachkräfte (für insgesamt rund 15 Fachkraftmonaten pro Jahr) freigestellt, um an Trainings und Qualifikationsmaßnahmen des Projekts teilzunehmen. Die Partner stellten auch die Räumlichkeiten für solche Maßnahmen zur Verfügung. Außerdem zielten mehrere Interventionen des Vorhabens darauf ab, Partnerressourcen wirtschaftlicher zu nutzen. Zum Beispiel haben die computergestützten Krankenhausmanagementsysteme durch eine bessere Einnahmenkontrolle zu einem höheren verfügbaren Einkommen der Krankenhäuser geführt. Die wichtigsten Koordinationsgremien zwischen Gesundheitsministerium, Gebern und anderen Akteuren sind die technischen Arbeitsgruppen des Gesundheitsministeriums und das *P4H Social Health Protection Network*. Grundsätzlich haben diese Strukturen dazu beigetragen, Doppelungen zu vermeiden. Sie scheinen jedoch nicht ausreichend für eine strategische Kooperation genutzt zu werden, um Synergien zwischen den unterschiedlichen Maßnahmen zu entwickeln. Beispielsweise unterstützen mehrere Geber (einschließlich Deutschland, Japan und den Vereinigten Staaten von Amerika) das Gesundheitsministerium seit vielen Jahren bei der Anwendung unterschiedlicher Instrumente zur Messung der Qualität von Gesundheitsdiensten während parallel verschiedene Systeme leistungsbezogener Vergütung entwickelt werden. Bisher wurden diese Ansätze nicht kombiniert, um eine kohärente Qualitätsberichterstattung und Vergütungssysteme, die Qualitätsanreize setzen, zu entwickeln und landesweit einzuführen. Das *P4H Social Health Protection Network* hat im Handlungsfeld 1 (soziale Sicherung im Krankheitsfall und Gesundheitsfinanzierung) zu den Wirkungen des Vorhabens auf der entwicklungspolitischen Ebene sehr stark beigetragen. Allerdings besteht hierdurch für die Bewertung das Risiko, dass die Ergebnisse sowohl dem Vorhaben wie dem *P4H Social Health Protection Network* zugerechnet werden. Auf der Implementierungsebene hat das Vorhaben unterschiedliche Gelegenheiten der Kooperation mit Gebern für eine bessere Nutzung der Ressourcen wahrgenommen. Ein Beispiel hierfür ist die Zusammenarbeit mit der lokalen Langzeitberaterin für Qualitätsverbesserung der *Japan International Cooperation Agency* in Mtwara.

Die effiziente Nutzung der Mittel durch Koordination innerhalb der deutschen Entwicklungszusammenarbeit wurde im Programmvorschlag und während der Implementierung berücksichtigt. Die Zahl der Einschreibung in die *Community Health Funds* werden durch die FZ Interventionen in Mbeya und Tanga gesteigert. Innerhalb der FZ Maßnahmen erhalten schwangere Frauen eine Mitgliedschaft in der Nationalen Krankenversicherung während der letzten Monate der Schwangerschaft

und die ganze Familie ist für ein Jahr nach der Geburt Mitglied in einem *Community Health Fund*. Zwischen der tansanischen und der deutschen Regierungen ist bereits vereinbart, die FZ auf Lindi und Mtwara auszuweiten. Es kann erwartet werden, dass noch erhebliche Effizienzsteigerungen möglich sind, wenn FZ und TZ die Koordination weiter verbessern und eine gemeinsame Arbeitsplanung darauf ausrichten, die Mitgliedschaft in den *Community Health Funds* über das erste Jahr nach der Schwangerschaft zu erhalten und die *Community Health Funds* zu einer tragfähigen Übergangslösung auf dem Weg zur einheitlichen nationalen Krankenversicherung für alle zu machen. Über die Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitsprogramms hinaus gab es eine punktuelle Kooperation mit dem Wassersektor in Tanga. Dort wurde das Abwassersystem verbessert und damit ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung in einem Krankenhaus geleistet.

Das Vorhaben wird in Bezug auf Effizienz als „**erfolgreich**“ bewertet.

Nachhaltigkeit

Für die Nachhaltigkeit der Wirkungen ist die institutionelle Verankerung von Beratungsinhalten, Ansätzen, Instrumenten, Methoden und Konzepten im Partnersystem entscheidend. Positive Beispiele sind der *Public Private Partnership-Act*, die öffentlich-privaten Gesundheitsforen, das Trainingsprogramm für Gesundheitsmanagement auf Distriktebene oder die umfassende Dokumentation von Arbeitsplatzprogrammen zur Gesundheitsförderung im privaten Sektor. Die Dokumentation umfasst auch ein praktisches Manual für die Koordinatoren solcher Arbeitsplatzprogramme, das gemeinsam mit der Internationalen Arbeitsorganisation und dem tansanischen Arbeitgeberverband entwickelt wurde. Der Entwurf der Gesundheitsfinanzierungsstrategie und eines Umsetzungsplans für diese Strategie sind Ergebnisse, die auch bei politikbedingten Verzögerungen und Anpassungen nachhaltige Veränderungen bewirken werden.

Für andere Maßnahmen ist die Nachhaltigkeit noch fraglich. Beispielsweise kann nicht angenommen werden, dass die positiven Veränderungen im Zusammenhang mit den *Community Health Funds*, wie etwa die Einführung eines computerisierten Instruments zum Mitgliedsmanagement, automatisch erhalten bleiben. Lernerfahrungen müssen noch aufgearbeitet und kommuniziert werden, um eine minimale, dauerhafte Verbreitung zu gewährleisten. Im Bereich Qualitätsmanagement hat das mit der Durchführung beauftragte Konsortium eine einfache Excel-basierte Tabelle entwickelt, die es ermöglicht, die Messung von Qualität unabhängig von der bisher genutzten lizenzierten Software weiter zu führen. Das Vorhaben hat außerdem an einer Arbeitsgruppe teilgenommen, die eine nationale Indikatoren-Liste zur Qualitätsmessung entwickeln will. Allerdings ist noch nicht vereinbart, wie die Arbeitsgruppe weiter vorgehen wird, was genau erreicht und wie eine solche Indikatoren-Liste verwendet werden soll. Diverse Ansätze des Vorhabens (Training am Arbeitsplatz auf der Grundlage einer Training Skills Matrix; feste Ansprechpartner für Qualitätsverbesserung, Qualitäts-Coaches; Führungskräfte-Training) haben ein gutes Potenzial, um den Impuls für Qualitätsverbesserung zu erhalten und zu verstärken, wenn sie Bestandteil der Arbeitsroutine lokaler Akteure werden. Das kann allerdings nur passieren, wenn sie dokumentiert, verbreitet, vom Gesundheitsministerium übernommen und von anderen Entwicklungspartnern unterstützt werden. Die bisher im Arbeitsfeld Qualitätsmanagement durchgeführten Maßnahmen für eine bessere Versorgung von Neugeborenen werden in Zukunft im neuen TZ-Modul „Verbesserung der Mütter- und Neugeborenenesundheit“ fortgeführt und erweitert.

Die Unterstützung des Vorhabens für Organisationen der Zivilgesellschaft in Mtwara hat die Möglichkeit eröffnet, lokale Regierungen auf den Bedarf junger Menschen aufmerksam zu machen. Für einen sichtbaren und sinnvollen Beitrag zur Jugendgesundheit wären jedoch ausreichend hohe Förderbeiträge erforderlich. Diese sind bis jetzt auf der nationalen Ebene nicht vorgesehen.

Das Projekt berücksichtigt Risikofaktoren, welche die langfristige Nachhaltigkeit von Wirkungen beeinflussen können; es hat auf diese Faktoren aber nur begrenzten Einfluss (z.B. politischer Wille, Budgetallokationen).

Das Vorhaben wird zum jetzigen Zeitpunkt in Bezug auf Nachhaltigkeit als „**erfolgreich**“ bewertet.