

**Der „Sektorweite Ansatz“ im Gesundheitswesen
—
die Bedeutung von „SWAp for Health“ für die Arbeit der GTZ**

**Bergis Schmidt-Ehry
Kathrin Lauckner**

Juni 2001

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Mit diesem Artikel liegt nun das zweite unserer Reihe von Arbeitspapieren vor, die sich mit dem Thema „Sector-wide Approaches“ im Gesundheitsbereich beschäftigen. Wie angekündigt liegt diesmal der Schwerpunkt auf den Erfahrungen der GTZ Projekte im Kontext von SWAps im Gesundheitssektor. Diese Erfahrungen werden hier in Zusammenhang gestellt mit aktuellen Entwicklungen in der internationalen Debatte um neue Formen und Inhalte der Entwicklungszusammenarbeit – und in der deutschen Entwicklungspolitik.

Wir richten uns mit diesem Artikel wiederum an interessierte Kolleginnen und Kollegen aus allen Sektoren, die in ihrem Arbeitskontext mit Sektoransätzen konfrontiert sind. Die Zielsetzung unserer Publikationen bleibt mit erhöhter Dringlichkeit bestehen. Auf dem Hintergrund der derzeitigen Entwicklungen erscheint es wichtiger denn je

- die Erfahrungen von GTZ Projekten und Programmen im Kontext von SWAps zu erfassen
- ihre Aufgaben und Beiträge zu diesen Prozessen herauszuarbeiten
- die Rollen zu definieren, die GTZ Projekte und Programme in Zukunft in SWAps einnehmen können und sollen

Des weiteren möchten wir dazu anregen, sich verstärkt in die Debatte auf der nationalen Ebene der Partnerländer einzumischen und die Anliegen und Ansätze der GTZ in eine kritische Diskussion des Konzeptes einzubringen. Wir haben versucht, die Möglichkeiten und Instrumente aufzuzeigen, die die GTZ Mitarbeiter nutzen können, um eben dieses zu tun. Insbesondere in dieser Sache erhoffen wir von den Kommentaren der Kollegen und Kolleginnen vor Ort zusätzliche Anregungen.

Dieses Papier ist nicht als „One-way“-Kommunikation gedacht. Wir erarbeiten weitere Kurz-Papiere, in die Ihre Kommentare eingehen. Zu einigen Ländern liegen bereits Studien vor, die wir ebenfalls zur Verfügung stellen. Darüber hinaus haben wir eine „Tool-Box“ zusammengestellt, in der Sie jene Artikel finden können, auf die in diesem Papier an einigen Stellen verwiesen wird. Die Tool-Box kann in Arbeitsfeld Gesundheit (Bergis Schmidt-Ehry, Zi. 1320) eingesehen und kopiert werden.

In der Hoffnung auf einen anregenden Austausch, herzlichst,

Bergis Schmidt-Ehry
Kathrin Lauckner

Inhaltsverzeichnis

<u>Einführung</u>	4
<u>1. Der internationale Kontext</u>	6
<u>1.1. Die Diskussion um Verfahrensharmonisierung</u>	6
<u>1.2. Die „Health Sector Reform“ Diskussion</u>	7
<u>1.3. HPIC und PRSP</u>	8
<u>1.4. 20:20 Initiative</u>	9
<u>2. Neuer Wind in der Deutschen Entwicklungspolitik</u>	10
<u>3. Erfahrungen der GTZ</u>	12
<u>3.1. SPA-Tracking von Sektorprogrammen</u>	12
<u>3.2. Erfahrungen der GTZ in den SWAps Gesundheit</u>	13
<u>3.2.1. Ownership</u>	14
<u>3.2.2. Capacity Building</u>	15
<u>3.2.3. Human Resources Management</u>	16
<u>3.2.4. Gestaltung der Zusammenarbeit und Basket-funding</u>	17
<u>3.2.5. Weitere Aspekte der Finanzierung und Verfahrensharmonisierung</u>	18
<u>3.2.6. Accountability</u>	18
<u>3.2.7. Monitoring und Evaluation - Qualitätssicherung</u>	19
<u>3.2.8. Equity und Armutsminderung</u>	19
<u>3.2.9. Stakeholder participation</u>	19
<u>3.2.10. Dezentralisierung</u>	20
<u>3.3. Rolle der GTZ in den bekannten Health SWAps</u>	21
<u>4. Konsequenzen für die Arbeit der GTZ im Gesundheitsbereich – Was können Sie tun?</u>	22

Der „Sektorweite Ansatz“ im Gesundheitswesen – die Bedeutung von „SWAp for Health“ für die Arbeit der GTZ

Einführung

Die internationale Diskussion um den „Sektorweiten Ansatz“ hat in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen und fordert die Technische Zusammenarbeit zur Auseinandersetzung heraus. Dieses betrifft schon lange nicht mehr die produktiven Sektoren allein sondern in zunehmendem Maße auch die sozialen Sektoren Bildung und Gesundheit.

Im Prinzip stellt der „Sector-wide Approach for Health Development“ (SWAp) in der heutigen Sichtweise die Zusammenführung zweier Elemente dar: einerseits der **Health Sector Reform (HSR)** als Konzept umfassender Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssektors und andererseits des **Sector Investment Programme (SIP)** als Instrument der auf den Sektor bezogenen finanziellen Entwicklungshilfe eines oder mehrerer Geber. Aus der anfänglich noch stark methoden- und instrumenten-orientierten Debatte entwickelte sich zunehmend ein Modell für den Prozess optimierter Zusammenarbeit der Entwicklungspartner im Gesundheitssektor.

1997 ergriffen Weltbank und WHO gemeinsam mit einigen bilateralen Gebern die Initiative, um die Wirksamkeit der Fördermaßnahmen durch abgestimmte Wege der Unterstützung zu steigern, eine größere Kohärenz der Entwicklungsförderung zu gewährleisten und die Effizienz der Fördermaßnahmen im Sinne des „value for money“ zu verbessern¹. Dabei wurde die Notwendigkeit von umfassenden Reformen im Gesundheitssektor vieler Entwicklungsländer dargestellt. Im Vordergrund standen:

- die Weiterentwicklung der gesundheitspolitischen Rahmengesetzgebung
- die Einrichtung / Verbesserung des nationalen Politikdialoges im Gesundheitswesen
- die Einrichtung / Verbesserung eines (staatlichen) Managementsystems für den Sektor
- die Einführung / Verbesserung einheitlicher nationaler Evaluierungs- und Monitoring-Verfahren

Durch die Verbindung von Gesundheitssektorreformen mit dieser neuen Form der Zusammenarbeit von Gebern und Partnerländern, dem Sector-wide Approach, erhoffte man sich nachhaltigere Erfolge bei der Umsetzung gemeinsam erarbeiteter nationaler Gesundheitsstrategien.

Was ist ein SWAp?

Im Laufe der Entwicklung des Konzeptes hat die Vorstellung davon, was unter SWAp zu verstehen sei, einige Veränderungen erfahren². Nach unserer Auffassung hat es sich bewährt, für die Auswertung der vorliegenden Erfahrungen keine zu enge Definition zu wählen. Vielmehr ist es von Interesse, auch solche Reformprozesse zu untersuchen, die wesentliche Elemente des SWAp enthalten.

¹ Treffen der Geber in Kopenhagen und Dublin im Januar bzw. Oktober 1997

² Für nähere Ausführungen zur Entwicklung des Konzeptes wird auf das Papier „Sector Investment Programmes, Sector Development Programmes, Sector-wide Approaches – neue Herausforderungen für die Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen“ (Kathrin Lauckner, Bergis Schmidt-Ehry 12/00) verwiesen, dem Teile des folgenden Abschnitts entnommen sind.

Ein SWAp ist in keinem Fall gleichzusetzen mit neuen Finanzierungsmechanismen wie Basketfunding, Budgethilfe oder Untied Aid, auch wenn diese Vorgehensweisen in vielen Fällen im Rahmen von SWAp diskutiert oder praktiziert werden. In vielen Dokumenten zu Theme SWAp wird allerdings diese Gleichsetzung vollzogen. So sieht z. B. das Discussion Draft der DAC Task Force zur Verfahrensharmonisierung einen SWAp als eingeführt, wenn gemeinsame Finanzierung über einen Pool, Aufbindung der EZ sowie gemeinsame Verfahren zum Procurement vorliegen³.

Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass der Sector-wide Approach eine Form der Zusammenarbeit zwischen Regierung und Gebern beschreibt, die Prozesscharakter hat (siehe auch Cassels, „Sector-wide Approaches for Health Development“, 1998). Alle gegenwärtigen Erfahrungen beschreiben solche Prozesse, die nicht darauf angelegt sind, zu einem bestimmten Zeitpunkt abgeschlossen zu sein. Die zunehmende Integration der verschiedenen Unterstützungsquellen, die Einbeziehung von Projekten und vertikalen Programmen in die Sektorplanung und die Entwicklung von Vertrauen in die Verlässlichkeit der Regierungsorgane zeigen eher eine Richtung an, in die sich der Wandel vollzieht. Dabei stehen strukturbildende Maßnahmen im Vordergrund. Das Ziel ist die möglichst effiziente und effektive Unterstützung der Entwicklung von funktionsfähigen Gesundheitssystemen, die sowohl dem Bedarf der Bevölkerung als auch den Möglichkeiten des entsprechenden Landes angepasst sind.

Für diese Untersuchung haben wir Länder ausgewählt in denen SWApS oder SWAp-ähnliche Prozesse zu beobachten sind. Für die Auswahl wurden jene Kriterien verwendet, auf die wir uns bereits im ersten Artikel bezogen haben:

Die Kernelemente (eines SWAp) werden als gegeben gesehen, wenn alle wesentlichen finanziellen Beiträge der Geber eine kohärente Sektorpolitik und die entsprechende Ausgabenplanung unterstützen, der Prozess unter der Leitung der Regierung steht, die Gebergemeinschaft gemeinsame Verfahren der Planung und Finanzierung entwickelt und zunehmend die nationalen Strukturen für die Verteilung der Mittel und die Rechnungslegung genutzt werden.

Den gegenwärtigen Stand der internationalen Diskussion haben wir bereits in unserem Artikel „Sector Investment Programmes, Sector Development Programmes, Sector-wide Approaches – neue Herausforderungen für die Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen“ (Dezember 2000) dargestellt, auf den hier als grundlegende Einführung verwiesen werden soll. Das vorliegende, zweite Papier soll nun dazu dienen, die Erfahrungen der GTZ im Kontext von Sektorprogrammen im Gesundheitsbereich aufzuarbeiten. Länderbeispiele sollen dazu dienen, die unterschiedlichen Entwicklungen in dem jeweiligen spezifischen Kontext zu veranschaulichen.

Das erste Kapitel stellt die Debatte um den Sektorweiten Ansatz zunächst in den Rahmen der Health Sector Reform Diskussion, der internationalen Bemühungen zur Verfahrensharmonisierung sowie weiterer relevanter Trends. Kapitel 2 beschreibt die Veränderungen in der Position des BMZ und der Bundesregierung und setzt sich mit der Frage auseinander, warum die Thematik sowohl unter entwicklungs- als auch unter unternehmenspolitischen Erwägungen für die GTZ von Bedeutung ist. Im folgenden Kapitel

³ „A sector wide approach is established when a consortium of co-financiers agree to pool their funds and disburse them on an untied basis and within an agreed strategy, policy, and program framework to facilitate their collaboration in a specific sectoral operation. Typically donors adopt common implementation requirements, such as common fiduciary framework with harmonized financial management, procurement and disbursement rules.“ (Harmonization of Operational Policies, Procedures, and Practices: Experience to date. Discussion Draft for the Development Committee Meeting, April 30, 2001. March 4, 2001)

3 sollen die Erfahrungen der GTZ im Kontext von Sektoransätzen und –programmen im Gesundheitssektor betrachtet werden. Das Papier endet im Kapitel 4 mit einer Positionsbestimmung des Arbeitsfeldes und einer Handreichung, die die derzeitigen Möglichkeiten der GTZ zu einer Beteiligung an SWAs darstellt und auf die entsprechenden Instrumente hinweist.

1. Der internationale Kontext

Die Debatte um Sector-wide Approaches, SIPs und andere sektorbezogene Ansätze steht nicht isoliert. Sie ist vielmehr ein Zeichen eines Paradigmenwechsels in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit, der sich in verschiedenen aktuellen Diskussionsprozessen niederschlägt. Insbesondere die Thematik der Verfahrensharmonisierung, die Entwicklung neuer Armutsminderungsstrategien und die „Health Sector Reform“-Diskussion sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung und sollen in diesem Kapitel kurz skizziert werden.

1.1. Die Diskussion um Verfahrensharmonisierung

Die internationale Diskussion um Verfahrensharmonisierung wurde von den Bretton Woods Institutionen und anderen multilateralen Organisationen, insbesondere den **Multilateralen Entwicklungsbanken** (MDBs), bereits vor 1996 eingeleitet⁴. Den Hintergrund hierfür bildete die zunehmende Erkenntnis der negativen Auswirkungen von multiplen Verfahren auf die Regierungsorgane der Empfängerländer. Eine Steigerung von Effektivität und Effizienz und eine Reduktion der Transaktionskosten der Entwicklungszusammenarbeit sowohl auf Nehmer- wie auch auf Geberseite wurde als wünschenswert und notwendig erachtet.

Die Notwendigkeit einer verstärkten Koordination der internationalen Zusammenarbeit wurde ebenfalls in 1996 von den Mitgliedstaaten der OECD in dem DAC-Papier „Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Co-operation“ dokumentiert. Hier wurde besonders betont, dass Koordination und Harmonisierung der Verfahren für die Bildung tatsächlicher „Ownership“ durch die Regierungen der Nehmerländer unerlässlich sei. Die gegenwärtige Situation erschwere in erheblichen Maße die Förderung der landeseigenen, administrativen Kompetenzen⁵.

Seither haben die Mitgliedsstaaten einige Anstrengungen unternommen, die jedoch noch einer systematischen und pragmatischen Herangehensweise entbehren. Hierzu hat das **Development Assistance Committee der OECD (DAC)** eine Task Force eingerichtet, die über einen Zeitraum von zwei Jahren die Möglichkeiten der Harmonisierung prüfen und entsprechende Empfehlungen entwickeln soll. Darüber hinaus soll hier eine Plattform für den Austausch der verschiedenen bereits bestehenden, bisher jedoch fragmentierten internationalen Initiativen geschaffen werden.

⁴ Die MDBs betreiben seit 1996 sechs thematische Arbeitsgruppen, die die Möglichkeiten der Harmonisierung in den Bereichen Beschaffung (procurement), Evaluation, Umwelt, Regierungsführung /Korruption/Capacity Building, im Finanzsektor und im Bereich privater Infrastruktur prüfen sollen.

⁵ OECD, Development Co-operation Directorate. Ad-hoc meeting on donor procedures – draft agenda and discussion paper

Im DAC wird die Thematik für bilaterale Organisationen in verschiedener Hinsicht als bedeutungsvoll eingeschätzt. Im Kontext von Sector-wide Approaches, in die zahlreiche Bilaterale involviert sind, hat sich die Entwicklung von Verfahren der Beschaffung (procurement) und des Finanzberichtswesens (financial reporting) als besonders schwierig erwiesen. Das Fehlen bzw. die Unzulänglichkeit solcher Verfahren stellt andererseits für einige Geber einen Hinderungsgrund für ihre Teilnahme an einem SWAp dar.

Des weiteren tragen auch Bilaterale zu der Vielzahl von immer neuen politischen Konditionalitäten bei, die, laut der Kritik seitens einiger Nehmerländer⁶, zu der Überlastung der Administrationen beitragen und die Verfahren zusätzlich komplizieren.

Weitere Initiativen werden getragen vom **SPA** (Strategic Partnership with Africa, ehemals Special Program of Assistance), das ebenfalls Task Teams ins Leben gerufen hat, die sich u. a. mit den Bereichen Finanzmanagement und Accountability sowie Sektorprogrammen beschäftigen.

Insgesamt nimmt das Thema Verfahrensharmonisierung eine prominente Stellung in der aktuellen internationalen Diskussion ein. Die Konzepte der Sektoralen Ansätze beziehen ihre Rechtfertigung ebenfalls unter anderem aus der Analyse der Ineffizienzen der gegenwärtigen Verfahrenspraxis.

Hierbei darf jedoch nicht übersehen werden, dass das Thema Verfahrensharmonisierung und Geberkoordination auch Fragen von Machtverteilung und organisationseigenen Interessen beinhaltet⁷.

Ein „Sector-wide Approach for Health Development“ darf aber keinesfalls auf Fragen der Effizienzsteigerung oder der Positionsbestimmung und der Absteckung von Einflussbereichen verkürzt werden. Hier geht es um eine über Verfahrensfragen hinausgehende, inhaltliche Gestaltung einer kohärenten Sektorpolitik, die gemeinsam unter der Leitung der Regierung des Nehmerlandes bestimmt werden muss. Die inhaltlichen Aspekte, die hier zur Diskussion stehen, sind jene, die seit mehreren Jahren die internationale Debatte um grundlegende Reformen des Gesundheitswesens und der Gesundheitssystementwicklung bestimmen.

1.2. Die „Health Sector Reform“ Diskussion

Die internationale Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit grundlegender Reformen im Gesundheitswesen begann bereits in den späten 80er Jahren, als dramatische Veränderungen weltweit die politischen und wirtschaftlichen Systeme erfassten und man gleichzeitig begann, Gesundheit als Grundelement von Entwicklung zu begreifen. Lange Zeit wurden die Aufgaben der EZ im Bereich Gesundheit auf dem Hintergrund der Konferenz von Alma Ata vor allem in der Sicherstellung einer Basisversorgung und im Bereich der Kontrolle von Infektionskrankheiten gesehen.

Unter einem zunehmenden ökonomischen Druck durch wirtschaftliche Krisen der Entwicklungsländer und einem zurückgehenden Engagement der Geber in den sozialen Sektoren entstand eine kritische Betrachtung der Funktionsweise von Gesundheitssystemen unter Effizienz- und Effektivitätsgesichtspunkten. In der Diskussion wurde zunehmend

⁶ formuliert von der Groupe Ministeriel d’Animation et de Proposition (GMAP), einer Gruppe von Ministern aus den Ländern der Sahelzone.

⁷ OECD Ad-hoc meeting on donor procedures – draft agenda and discussion paper, sowie Kampmann, M.: Stellungnahme vom 19.10.2000 zum Thema „Harmonizing“

deutlich, dass in den Ländern einerseits häufig umfassende, über den Sektor hinausgehende strukturelle Reformen und andererseits eine grundlegende Neuorientierung in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung hin zu einer verstärkten Einbeziehung des Privatsektors notwendig sein würde.

Diese zunehmende Bedeutung der Gesundheitssystementwicklung in der Entwicklungszusammenarbeit wurde nochmals unterstrichen durch den Weltgesundheitsbericht 2000 der WHO „Health Systems: Improving Performance“, der einen mehrdimensionalen Gesundheitssystemvergleich anstellt. Aspekte wie „responsiveness“ eines Gesundheitssystems und „fair financing“ spielen hier bei der Bewertung eine besondere Rolle.

In dem Bericht der WHO wird als zentrale Aufgabe einer Regierung die „Stewardship“ für den Gesundheitssektor herausgearbeitet. Der Begriff „Stewardship“ beschreibt die Steuerungsaufgabe der Regierung als eine Haltung der Verantwortlichkeit. Nur die aktive Sorge für eine wirksame Umsetzung der nationalen Gesundheitspolitik führt zu einer tatsächlichen Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung. Der SWAp kann dazu beitragen, durch verbesserte Koordination und Kooperation und die Bereitstellung entsprechender Mittel die Regierung eines Partnerlandes in die Lage zu versetzen, diese „Stewardship“ wahrzunehmen.

Die zentralen Themen für die Gesundheitsministerien der Partnerländer ergeben sich auch im Kontext eines SWAp aus den entsprechenden Fragestellungen der Gesundheitssektorreform. Diese sind u. a. Aufgaben der institutionellen Reform und Organisationsentwicklung, der strategischen Planung, Priorisierung und Geberkoordination. Des weiteren kommen Aspekte der transsektoralen Vernetzung, Fragen der Finanzierung, des Personalressourcenmanagements und der Qualitätssicherung zum tragen.

Die Notwendigkeit, den Gesundheitssektor als Ganzes zu betrachten und zu entwickeln, bildet gleichsam den Ausgangspunkt der HSR Diskussion und ist hier seit langem Thema. SWAp kann als ein neuer Versuch verstanden werden, dieser Notwendigkeit gemeinsam mit allen an dem Prozess beteiligten Partnern Rechnung zu tragen.

Ein weiteres wichtiges Thema, das die internationale EZ zur Zeit maßgeblich beeinflusst ist die **Armutsminderung**. Die hierzu entstehenden neuen Strategien und Programme legen großes Gewicht auf die sozialen Sektoren. Zusätzliche Ressourcen für die Weiterentwicklung von Gesundheit und Bildung sollen so verfügbar gemacht werden. Zwei wichtige Initiativen sind in diesem Zusammenhang zu nennen.

1.3. HPIC und PRSP

Viele Länder, in denen Sektorprogramme durchgeführt werden, sind gleichzeitig mit der Erstellung von Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP) befasst. Einige Länder qualifizieren sich auf diesem Wege ebenfalls für die Entschuldungsinitiative HIPC II. Die durch die Schuldenerleichterung freierwerdenden Mittel stellen u. U. eine weitere Quelle von Ressourcen für die Entwicklung der sozialen Grunddienste dar. Eine Verzahnung beider Prozesse (SWAp und PRSP) ist allerdings in den vorliegenden Beispielen meist noch nicht in ausreichendem Maße vorhanden, wird jedoch von Seiten der Geber häufig angemahnt. Ebenso wie in Bezug auf die 20:20 Initiative kann aus den bisherigen Erfahrungen die

Erwartung noch nicht bestätigt werden, dass ein SWAp zu einem Anstieg der für den Gesundheitssektor zur Verfügung stehenden Mittel führt⁸.

Wie bereits an anderer Stelle angemerkt, ist jedoch eine rein Input-orientierte Diskussion des Konzeptes SWAp eine unzulässige Verkürzung. Auch im Zusammenhang mit Prozessen wie PRSP und HPIC geht es um die Einbindung gesundheitsrelevanter Themen in übergreifende Strategien wie jene zu Armutsminderung oder guter Regierungsführung.

1.4. 20:20 Initiative

Eine der Initialzündungen für die Entwicklung des Konzeptes „SWAp“ war die Erwartung, dass auf diesem Wege zusätzliche Ressourcen für die entsprechenden Sektoren mobilisiert werden könnten⁹. In den frühen neunziger Jahren war allgemein ein zurückgehendes Engagement der Geber für die sozialen Sektoren zu verzeichnen. Die 20:20 Initiative versuchte durch eine freiwillige Selbstverpflichtung aller Seiten diesem Trend entgegenzusteuern. Diese Initiative wurde auf dem Weltsozialgipfel in Kopenhagen 1995 ins Leben gerufen und sollte Geber wie Nehmer darauf verpflichten, jeweils 20% ihrer Entwicklungsbeiträge bzw. ihrer öffentlichen Haushalte in die sozialen Grunddienste zu investieren. Die folgende Diskussion war von deutlicher Zurückhaltung vor allem seitens der staatlichen Organisationen geprägt. Es ist jedoch eindeutig, dass für die Verwirklichung eines universellen Zugangs zu Grundbildung und Basisgesundheitsdiensten eine erhebliche, globale Finanzierungslücke besteht (UNDP 1998 nach: Fues, Oktober 2000).

Das BMZ begründete den begrenzten Umfang der Investitionen in den Sozialbereich u. a. mit der mangelnden Absorptionsfähigkeit der Nehmerländer. Ein verstärktes Engagement führe nur zu einer Überförderung und verschärfter Geberkonkurrenz.

Dem hält Fues (2000) entgegen, dass möglicherweise gerade die neueren Entwicklungen in Richtung Programmfinanzierung/SWAp diese Problematik zu lösen vermögen. Die vom BMZ kritisierte „Projektfixierung“ werde hier überwunden, es finde eine Bündelung von Ressourcen statt und Geberkonkurrenz trete in den Hintergrund¹⁰. Die Mittel fließen darüber hinaus in eine kohärente Sektorpolitik, in deren Entwicklung die Geber ihre Vorstellungen im Hinblick auf soziale Sicherung und Armutsbekämpfung einbringen können.

Von den Vorstellungen des BMZ und der Bundesregierung im Hinblick auf Armutsbekämpfung, Sektorprogramme und „projektungebundene Hilfe“ soll im nun folgenden Kapitel die Rede sein.

⁸ Brown, Adrienne; Current Issues in Sector-wide Approaches for Health Development - Tanzania Case Study, WHO 2000

⁹ Workshop „SWAp for Health Development“, 1997 in Kopenhagen (siehe Workshop- Proceedings)

¹⁰ Fues, T.: 20:20 Initiative und soziale Grunddienste im BMZ Haushalt 2001, Oktober 2000

2. Neuer Wind in der Deutschen Entwicklungspolitik

Bereits 1996 entschied der damaligen Minister zur deutschen Position gegenüber den Sektorinvestitionsprogrammen der Weltbank, dass das „BMZ sich verstärkt aktiv (an SIPs) beteiligen und darüber hinaus in einzelnen Fällen die Federführung innerhalb der Gebergemeinschaft anstreben soll.“¹¹.

Auch durch den Regierungswechsel 1998 und den Amtsantritt von Heidemarie Wiezcorek-

Die Utstein-Initiative

Die Utstein-Initiative entstand 1999 aus einem Treffen der Ministerinnen Norwegens, der Niederlande, Englands und Deutschlands in der Utstein Abtei in Norwegen. Im April 2000 reisten die Ministerinnen gemeinsam nach Tansania um dort die von ihnen erarbeiteten Prinzipien ihrer Entwicklungspolitik mit der Tansanischen Regierung und anderen Gebern zu diskutieren.

Die Ministerinnen wollen die Kohärenz und Koordination internationaler Entwicklungsbemühungen fördern. Sie setzen sich für eine schnelle Implementierung der Entschuldungsinitiative, eine Stärkung des UN-Systems, Aufbindung von EZ und „ehrliche“ Partnerschaft mit den Nehmerländern ein.

Zeul änderte sich diese grundlegende positive Einschätzung und der Anspruch der Beteiligung Deutschlands an Sektorprogrammen nicht. Die Initiative der Ministerin, mit ihren Kolleginnen aus den Niederlanden, England und Norwegen eine verstärkte Zusammenarbeit anzustreben und das Interesse der Ministerinnen an dem SWAp Gesundheit in Tansania gaben der Bewegung hin zu Geberkoordination und Sektor-weiten Ansätzen einen weiteren Impuls.

Im Zusammenhang mit der im vorigen Kapitel beschriebenen internationalen Diskussion gewinnt die deutsche Beteiligung an programmorientierter EZ (gemeinsam mit anderen Gebern) nun zunehmend an Bedeutung. Hierbei kommt es zu teilweise paradigmatischen Änderungen der Strategien des BMZ und der Bundesregierung. Beide verfolgen das Ziel, die deutsche EZ politischer zu gestalten und Kohärenz mit jenen entwicklungsorientierten Initiativen der Bundesregierung herzustellen, die über den Bereich des BMZ hinausgehen. Nachhaltige Entwicklung wird nicht mehr ausschließlich als eine Aufgabe des BMZ gesehen.

Aktionsprogramm 2015

Im Rahmen des Milleniumgipfels der Vereinten Nationen im Jahr 2000 hat Bundeskanzler Schröder einen deutschen Aktionsplan zur weltweiten Minderung der Armut angekündigt. Dieser wurde im April 2001 verabschiedet. Der „Aktionsplan 2015 – der Beitrag der Bundesregierung zur weltweiten Minderung extremer Armut“ betont, dass soziale Grunddienste die Lebensbedingungen der Armen nachhaltig verbessern können. Die Bundesregierung werde daher mit Partnerländern Vereinbarungen zur 20:20 Initiative zur Förderung sozialer Sektorreformprogramme schließen. Dabei „ist es in Zukunft vor allem erforderlich, dass die Industrie- und Entwicklungsländer sich auf ein koordiniertes Vorgehen im Rahmen von Sektorreformprogrammen verständigen und neue Wege der **projektungebundenen** Finanzierung gehen“ (Aktionsplan 2015, S.27; Hervorhebung durch die Autoren).

¹¹ Schreiben von RL Dr. Ducklau an KfW und GTZ vom 12.12.96

Das BMZ selbst schließt sich zunehmend der internationalen Sichtweise an, dass programmorientierte Entwicklungszusammenarbeit die effektivste und effizienteste Form der EZ darstellt.

Das BMZ geht davon aus, dass auf diesem Weg auch für die deutsche TZ zur Durchsetzung deutscher entwicklungspolitischer Ziele eine größere Hebelwirkung entfaltet werden kann. Dabei kann es nicht um reine Mitfinanzierung von Maßnahmen gehen (beispielsweise über eine Basketfinanzierung). Eine programmorientierte EZ muss sich selbstverständlich an den Durchführungskapazitäten der Partner orientieren, wobei diese vor allem mit Instrumenten der TZ unterstützt werden sollte.

Die Akzente und Werte deutscher EZ und ihre komparative Vorteile sollen in jedem Fall in die Konzeption und Gestaltung der Programme eingebracht werden. Für die TZ ergeben sich hierbei Chancen, bei der Gestaltung entwicklungspolitischer Rahmenbedingungen mitzuwirken¹². Gleichzeitig wird hierdurch die Form der bilateralen Zusammenarbeit nachhaltig geändert. Das BMZ entwickelt zur Zeit eine Position zu den neueren Entwicklungen und denkt hierbei vermehrt über projektungebundene Hilfe und die Rollen der Durchführungsorganisationen nach.

Die internationale Kritik am Projektansatz und an „Technical Assistance“ im allgemeinen setzt die Bundesregierung und das BMZ unter Argumentationsdruck. Die Rechtfertigung der Rolle von TA in Programmen und SWAs ist in der gegenwärtigen Situation keine leichte Aufgabe. Die jüngsten Anfragen des BMZ an die GTZ um eine Stellungnahme zu dieser Diskussion verdeutlichen neben der entwicklungspolitischen auch die unternehmenspolitische Relevanz dieser Frage nach der Anschlussfähigkeit der deutschen EZ.

Im März 2001 wurde aus diesem Grunde eine Task Force „Positionierung der GTZ“ von der Geschäftsleitung beauftragt, Diskussionsbeiträge und eine Stellungnahme zu programmorientierter Entwicklungszusammenarbeit zu erarbeiten¹³. Aus den Ergebnissen der Task Force geht u. a. hervor dass die GTZ dringend die relativen Vorzügen der deutschen TZ und ihre Auffassungen zu einigen zentralen Begriffen wie Ownership und Partnerschaft im internationalen Dialog einbringen muss. Hier stellt sich auch verstärkt die Frage nach dem Zusammenwirken von Botschaft, BMZ Vertretung vor Ort und den Durchführungsorganisationen.

Im Verhältnis zu der internationalen Diskussion um TA geht es einerseits darum, die Unterschiede von „technical assistance“ und „technical co-operation“ stärker herauszuarbeiten und damit eine deutlichere Profilierung der Technischen Zusammenarbeit zu erreichen. Hierbei gilt es zu unterstreichen, dass die GTZ in einem erheblichen Ausmaß über Erfahrungen im Bereich des „capacity building“ verfügt. Im Gegensatz zu der Auffassung, „project aid“ führe zu einer Schwächung der nationalen Kompetenzen, muss hier deutlich gemacht werden, dass gerade in Programmen und Projekten der GTZ „capacity building“ stattfindet und einen zentralen Bestandteil der Konzeption darstellt. Darüber hinaus dienen Projekte als „Verhandlungsforen“, die die Partizipation der Betroffenen ermöglicht – ein Aspekt, der anerkanntermaßen einen Schwachpunkt der meisten Sektorprogramme darstellt.

Andererseits ist auch eine Neuorientierung vonnöten, die eine aktive Beteiligung an der Gestaltung der Sektorpolitik auf der Basis der auf der Implementierungsebene gewonnenen Erfahrungen ermöglicht. Hier steht die GTZ vor der Aufgabe, ihr Instrumentarium in seiner ganzen Breite zum Einsatz zu bringen. Eine Fixierung auf den Projektmodus im traditionellen Sinne sollte unter den gegebenen Umständen vermieden werden.

¹² Hier ist ein wichtiger Ansatzpunkt zu sehen, die ordnungspolitische Dimension der Entwicklung der sozialen Sektoren herauszuarbeiten. Der im World Health Report 2000 entwickelte Begriff der „stewardship“ stellt die Gestaltung eines funktionsfähigen Gesundheitssystems als einen wichtigen Aspekt von „good governance“ heraus.

¹³ Internationale Zusammenarbeit im Wandel – Diskussionsbeiträge der GTZ, April 2001. Das Papier ist auf der Seite der Stabsstelle 04 im Intranet einzusehen.

Die international stark von politischen Interessen geleitete Debatte wird intensiv geführt. Hierbei geht es im Falle des Sektors Gesundheit einerseits um die Inhalte der Sektorreformen selbst und andererseits um die Anforderungen, die der SWAp Prozess an die Beteiligten stellt.

Auf dem Hintergrund der Haltung des BMZ steht inzwischen nicht mehr infrage, ob die Durchführungsorganisationen sich an diesen Prozessen beteiligen sollen oder nicht. Es ist die Frage, wie die GTZ sich dazu stellt und an welcher Stelle sie ihre Kompetenzen einbringen kann. Um hierzu eine Position zu entwickeln, erscheint es notwendig, zunächst einen Blick auf die bereits vorliegenden Erfahrungen aus den GTZ Gesundheitsprojekten zu werfen. Diese sind Gegenstand des nun folgenden Kapitels.

Den direkten Erfahrungen der GTZ vorangestellt ist eine Kurzauswertung des Trackings von Sektorprogrammen, das vom SPA (Strategic Partnership with Africa) im Auftrag der Weltbank und unter Beteiligung der GTZ durchgeführt wird.

3. Erfahrungen der GTZ

3.1. SPA-Tracking von Sektorprogrammen

Das Special Programme of Assistance for Africa, seit 1999 umbenannt in Strategic Partnership with Africa, führte im vergangenen Jahr zum zweiten Mal das von der Weltbank finanzierte SPA-Tracking durch. Dieses Tracking untersucht die Fortschritte einer Auswahl von Sektorprogrammen¹⁴ (SPs) auf der Basis eines Ratings, das von Mitarbeitern der beteiligten Geber und Organisationen¹⁵ abgegeben wurde. Die Absicht des Trackings ist es, Bereiche zu identifizieren, in denen SPs ihre Qualität verbessern können, und sowohl „good practices“ als auch mögliche Problemfälle frühzeitig zu erkennen. Eine solche „Überwachung“ der Entwicklung von SPs soll auch zu einer größeren Kohärenz der Geberpolitiken führen.

¹⁴ Die untersuchten Sektorprogramme werden auf der Basis eines Threshold-Tests ausgewählt, der sechs Kriterien zugrunde legt: das Vorhandensein

- einer umfassenden Sektorpolitik und –strategie
- einer jährlichen Ausgabenplanung und eines Medium Term Expenditure Framework
- einer von der Regierung geleiteten Geberkoordination
- einer Stabilität der makroökonomischen Rahmenbedingungen entsprechend den Kriterien des IMF
- einer Konsistenz der Sektorfinanzplanung mit der Makroökonomie
- und die Unterstützung des gemeinsam erarbeiteten Programmes durch die wichtigsten Geber, die ihre Mittel innerhalb dieses Rahmens zur Verfügung stellen.

Einige prominente Fälle haben sich im ersten Durchgang nicht über den Threshold-Test qualifiziert, was jedoch nicht bedeutet, dass diese nicht mehr als Sektorprogramme betrachtet werden. Eine Untersuchung dieser Art musste sich jedoch auf eine Anzahl von Eingangskriterien stützen. Untersucht wurden Beispiele aus den Sektoren Gesundheit, Bildung, Landwirtschaft, Strassen (bzw. Transport) und Energie.

¹⁵ Es beteiligen sich je nach Engagement in dem jeweiligen Sektor (und Land) neben GTZ und KfW die Niederlande, Japan, DANIDA, IDA, USAID, Frankreich, die Schweiz, Norwegen, Schweden und die EC.

Aus dem ersten Tracking 1999 gingen einige interessante Aspekte hervor, die ein Licht auf die bisherige Entwicklung der untersuchten Sektorprogramme werfen.

Die höchsten Ratings gab es für die „Government Ownership“, insbesondere im Hinblick auf Implementierungskompetenz und Koordination. Die Erwartung, dass ein SWAp/SIP dazu führt, dass sich die Regierung in verstärkten Maße den Entwicklungsprozess zueigen macht, findet hier Unterstützung. Der Dialog zwischen Geberschaft und Regierung gewinnt ebenfalls an Boden und bindet in zunehmendem Maße die Beteiligten in den durch den SWAp gesetzten den Rahmen ein.

Weniger positiv wurde die Orientierung auf Armutsminderung bewertet. Auch durch direkte Kommentare zu diesem Mangel, wurde deutlich, dass hier eine anerkannte Schwäche der Sektorprogramme vorliegt. Das gleiche gilt für den Bereich der Partizipation.

Die schwächste Beurteilung des gesamten Ratings erhielten die Managementkompetenzen in Bezug auf die Finanz- und Budgetplanung auf der dezentralen Verwaltungsebene. Es wurde auch in den Kommentaren kritisch angemerkt, dass die Fortschritte in einem Sektorprogramm häufig von einzelnen engagierten Personen abhängen und dass die dezentralen Strukturen wenig Einfluss auf die Entwicklung nehmen können. Die nationale Ebene werde durch den intensiven Dialog und die Verfahren der Planung und Rechenschaftslegung gestärkt. Dieses erscheint im Hinblick auf die erhoffte Nachhaltigkeit von SWAp/SIP bedenkenswert.

Das zweite Tracking (2000) untersuchte insgesamt 30 SPs in 6 Sektoren und 17 Ländern. Wiederum wurden Ownership und Qualität des Dialogs positiv bewertet. Es wurde eine zunehmende Klarheit in den Zielsetzungen der Sektorpolitiken und der Prioritätensetzung bei der Planung der Aktivitäten festgestellt. Auch die Angemessenheit und Konsistenz der Ausgabenplanung mit den makroökonomischen Rahmenbedingungen erhielt hohe Bewertungen. Vor allem in den Sektoren Gesundheit, Bildung und Landwirtschaft wurden hier Verbesserungen im Verlauf der SPs konstatiert.

Ein Mangel an Kapazitäten für Budget Management und Implementierung wird weiterhin insbesondere in den dezentralen Strukturen gesehen. Des weiteren besteht ebenfalls nach wie vor keine ausreichende Orientierung auf Armutsminderung und entsprechende Indikatoren fehlen in den meisten bestehenden Monitoringsystemen. Das Monitoring der Prozesse weist insgesamt Schwächen auf im Hinblick auf „out-puts“.

Ein Großteil der Gebermittel geht nach wie vor über Projekte dem Sektor zu. Direkte Budgethilfe oder „pooled funds“ sind selten. Allerdings habe die Verlässlichkeit und Vorhersehbarkeit der finanziellen Verpflichtungen der Geber zugenommen.

Der Gebrauch von nationalen Strukturen für Beschaffung, Rechenschaftslegung und Audit wird sehr unterschiedlich gehandhabt und findet nach wie vor nur in begrenztem Umfang statt.

Grundsätzlich werden die „comparative advantages“ von SWAp/SIP im Verhältnis zur projektorientierten Hilfe zwischen „gleichbleibend“ und „gut“ eingestuft¹⁶. In der Praxis besteht ein Kontinuum zwischen beiden Herangehensweisen und ein Nebeneinander von Projekten, Common Pools und Budgethilfe. Ein Trend zu einer Entwicklung von „input“- zu „results/impact“-gesteuerter Hilfe wird ebenso beobachtet wie eine stärkere Vernetzung mit anderen nationalen Prozessen wie der Erstellung von PRSPs.

3.2. Erfahrungen der GTZ in den SWAps Gesundheit

¹⁶ um 1.5 bei einer Skala von 0 (=schwach) bis drei (=sehr gut).

Die im Zusammenhang mit SWApS for Health geführte Diskussion konzentriert sich auf eine Reihe von Themen, von denen einige quasi „SWAp-spezifisch“ sind, andere jedoch Bestandteil der Gesundheitsreform und –systementwicklung sind. Im einzelnen sind folgende Themen angesprochen:

- Ownership
- Capacity Building
- Personal Ressourcen Management
- Gestaltung der Zusammenarbeit
- Finanzierung und Verfahrensharmonisierung
- Accountability
- Monitoring und Evaluation
- Equity und Armutsminderung
- Stakeholder participation
- Dezentralisierung
- Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Diese wollen wir nun im Hinblick auf die in GTZ Vorhaben gemachten Erfahrungen untersuchen. Die Informationen entstammen teilweise einem Fragenbogen, den uns einige Kollegen und Kolleginnen freundlicherweise beantwortet haben. Ghana und Tansania wurden von der Koautorin besucht, zu Bangladesh und Äthiopien konnten Interviews mit informierten Ansprechpartnern geführt werden. Zu den genannten Ländern liegen über diese Auswertung hinausgehende Kurzartikel oder Länderstudien vor, die bei den Autoren erhältlich sind.

3.2.1. Ownership

Sowohl aus Ghana als auch aus Tansania wird berichtet, dass die Initiative für einen SWAp zunächst von der Geberschaft ausging und erst im Laufe des Prozesses von der jeweiligen Regierung übernommen wurde. Geber, die sich hier engagieren sind meist die Weltbank, DfID und auch DANIDA (Ghana). In Kambodscha hingegen hat die Regierung selbst mit Unterstützung der WHO einen Prozess des Sector-wide Management in Gang gesetzt. Von einem SWAp wird noch nicht gesprochen, er wird aber angestrebt.

In der Regel sind in allen SWAp Ländern die entscheidenden Regierungsorgane einbezogen, d.h. MoH, MoF, evtl. Parlament oder Kabinett, in einigen auch die Ministerien für Regional- bzw. Distriktverwaltung (Tansania, Uganda). Allerdings ist die Haltung der Ministerien zum SWAp in den verschiedenen Ländern unterschiedlich. In Uganda ist beispielsweise der SWAp gut in der nationalen Politik verankert, der Poverty Reduction Action Plan ist vom Parlament verabschiedet und das Ministry of Finance and Economic Planning stehen dem Vorhaben positiv gegenüber. In Tansania hingegen wurde berichtet, dass das MoF weiterhin skeptisch sei insbesondere in Bezug auf das Basket Funding.

In Tansania wurde das PoW vom Parlament verabschiedet, in Ghana dort zumindest die gesetzlichen Voraussetzungen für die Umsetzung geschaffen. In Kambodscha befindet sich der SWAp noch in der Vorbereitung.

In einigen Ländern (Bangladesh, Mali, Senegal) sind zum Teil bereits im Vorfeld eines SWAp auf Druck der Geber parallele Strukturen entstanden, da die vorhandenen Kapazitäten sich als nicht tragfähig für einen Sektoransatz erwiesen. Dieses steht im Widerspruch zu dem Anspruch, durch einen SWAp die Ownership der Partnerregierungen zu fördern.

Zum Teil bestehen innerhalb der Ministerien Einheiten, die für die Implementierung der Reformen und die Führung des SWAp zuständig sind. Diese erhalten ein topping-up oder

werden zum Teil von Gebern finanziert, sind also ebenfalls quasi „parallel“, wenn auch im Ministerium angesiedelt (Tansania, Kambodscha, nicht so in Ghana). In Kambodscha und Nepal setzen (oder setzten) sich einige Geber (DfID, WB, ADB) für die Einrichtung paralleler Spezial-Units oder Geber-Sekretariate ein. In Bangladesh wurde die Kritik geäußert, dass diese Strukturen im wesentlichen dem Interesse dieser Geber an der zeitgerechten Erstellung von Berichten und der Bedienung anderer Anforderungen dienen.

Dass zunächst eine Entwicklung nationaler Strukturen stattfinden muss, die die Grundlage für einen SWAp bilden können, wird in einigen Ländern von dort engagierten Gebern angemahnt. „Ein SWAp braucht Zeit“ ist eine immer wieder geäußerte Warnung. Vorliegende Beispiele bestätigen dies.

In Uganda lagen bereits vor Beginn des SWAp im Mai 1999 ausgearbeitete Strategien und eine Priorisierung von Aktivitäten und Zielen durch die Regierung vor. Ebenso bestand bereits eine weitgehende Dezentralisierung. Diese Voraussetzungen bildeten einen stabilen Grund, auf dem der SWAp aufsetzen konnte. In Tansania dagegen haben im Vorfeld des SWAp im Gesundheitssektor zwar bereits Ansätze zu einer verstärkten Kooperation bestanden, jedoch setzte die Dezentralisierung und die damit verbundene Verwaltungsreform erst später ein. Eine Überforderung der lokalen Autoritäten vor allem im Bereich Planung und Finanzmanagement ist die Folge, die derzeit auch zu einer Verlangsamung des Mittelabflusses führt. In Ghana ging dem offiziellen Beginn des SWAp eine Periode von fast 10 Jahren der Vorbereitung durch intensives Capacity Building vor allem im Bereich der Finanzverwaltung voraus.

Die Beteiligung der dezentralen Ebene und privater Akteure (for-profit und non-profit) an der Entwicklung der Programme ist bisher in allen Ländern kaum bis gar nicht vorhanden. Die lokale bzw. zivilgesellschaftliche Ownership ist daher in der Regel schwach. Ein Mangel an Kenntnissen über die Inhalte der Programme und ihre Begründung ist verbreitet.

Die Nähe der GTZ zu den Partnern unterhalb der nationalen Ebene führt in ihrem „Einzugsbereich“ durchaus zu einem besseren Verständnis der Reformen auch auf Distriktebene. Die GTZ-Projekte fungieren hier zum Teil als „Piloten“ für die neuen Ansätze und liefern gleichzeitig die notwendige Unterstützung bei der lokalen Umsetzung (Tansania, Ghana). In Kambodscha wird diese Qualität auch ausdrücklich im Zusammenspiel von Regierung und Gebern gewürdigt. Hier besteht ein deutliches Interesse, auf Provinzebene evtl. eine umfassende Gesundheitsplanung mit einer gemeinsamen Finanzierung durch die dort engagierten Geber („Provincial SWAp“) durchzuführen und die GTZ –Erfahrungen für die nationale Politik zu nutzen.

3.2.2. Capacity Building

Auf der nationalen Ebene scheint der erfolgreiche Verlauf des Prozesses von einigen wenigen qualifizierten und engagierten Individuen abzuhängen, selbst in so lange bestehenden Reformprogrammen wie in Ghana. Insgesamt wird in den Ministerien noch der stärkste Aufwand betrieben, die notwendigen Kapazitäten zu schaffen. Auf lokaler Ebene hingegen werden die Kompetenzen in allen Ländern als überwiegend schwach beurteilt. Die Besetzung von Schlüsselpositionen erfolgt auch hier nicht auf der Basis von Fachkompetenz sondern häufig aus politischen Erwägungen (Ghana).

Qualifizierungsbemühungen der Geber laufen in erheblichem Umfang, wenn auch häufig unkoordiniert, in Form von Workshops, Auslandsstipendien, „training on the job“ und durch ausländische Fachkräfte. Die Ministerien bilden durch modulare Trainings aus und unterstützen durch Berater. Capacity building und Human Resources Development ist in den untersuchten Ländern überall wichtiger Bestandteil der offiziellen Politik. Inwieweit der Anspruch eingelöst wird ist jedoch im Einzelfall sehr unterschiedlich.

In Ghana gibt es von JICA federführend umgesetzte Pilotprojekte zu einem strukturierten In-service Training, das in der GTZ Projektregion von der GTZ unterstützt wird. In Bangladesh ist das GTZ Projekt ebenfalls eingebunden in die nationale HRD Strategie und unterstützt die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal durch das National Institute for Population Research and Training (NIPORT). In Kambodscha besteht Interesse daran, die auf Provinzebene gewonnenen Erfahrungen der GTZ mit dem Aufbau der für einen SWAp notwendigen lokalen Kompetenzen für das ganze Land zu nutzen. Die GTZ ist gemeinsam mit der WHO Hauptpartner im Bereich Management Training.

Insbesondere die konzeptionellen Beiträge und praktischen Erfahrungen bei der Entwicklung von Distriktgesundheitsplänen und Supervisionsverfahren haben in Tansania Eingang in die nationale Strategie gefunden. In Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät der Universität von Dar es Salaam fördert die GTZ die Postgraduiertenfortbildung, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Gesundheitsreform in Tansania ausgerichtet ist. Darüber hinaus haben die Ergebnisse operationeller Studien die nationale Diskussion in Bezug auf Accountability, Transparenz und Qualität der Gesundheitsdienstleistungen beeinflusst und damit einen wesentlichen Beitrag zur Organisationsentwicklung erbracht.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass es im Zusammenhang mit den Entwicklungen der internationalen Debatte um TA und deren Bedeutung in SWAps als ausgesprochen wichtig erscheint, auf die Aktivitäten der GTZ Projekte aufmerksam zu machen. Bei allen Gebern stellt sich mittlerweile die Erkenntnis ein, dass SWAp ohne „empowerment“ der Strukturen nicht möglich ist. Trotz dieser Erkenntnis und der Anerkennung der zentralen Bedeutung des Capacity Buildings werden die SWAps (zumindest im Afrikanischen Kontext) bisher häufig von jenen Gremien dominiert, die die Finanzierung des gesamten Vorhabens verhandeln.

3.2.3. Human Resources Management

Human Resources Development und Management ist für eine erfolgreiche Umsetzung von durch einen SWAp geförderten Gesundheitsektorreformen von ausschlaggebender Bedeutung.

In allen genannten Ländern ist jedoch ein Management der Human Resources sowohl durch kulturelle als auch strukturelle Bedingungen erschwert. Letztere berühren häufig Unklarheiten in Bezug auf Personalautorität (Einstellung, Entlassung, Sanktionierung) und die Problematik unzureichender Gehälter im Public Service (Motivation). Erstere bedingen häufig eine geringe Umsetzung von Leistungsorientierung und Sanktionsmöglichkeiten, selbst wenn diese eindeutig gegeben sind. Diese Schwierigkeiten scheinen durch die SWAps keine entscheidenden Veränderungen zu erfahren.

Eine Veränderung des Status der Angestellten in den Gesundheitsdiensten entsteht nicht direkt durch den SWAp, wohl aber möglicherweise durch die Dezentralisierung (Tansania) oder Umstrukturierungen auf zentraler Ebene, z. B. Schaffung eines unabhängigen Health Services (Ghana). Diese Entwicklungen sind jedoch noch nicht abgeschlossen, sodass sich Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und die Qualität der Dienste noch nicht bestimmen lassen.

Die GTZ Projekte in Nepal und Kambodscha sind beteiligt an der Erstellung einer Personaldatenbank für das MoH und eines Personalentwicklungsplans einschließlich Ausbildungsplanung.

In Bangladesh unterstützt ein GTZ Vorhaben das Directorate for Inservice Training bei der Entwicklung von innovativen Ansätzen in der beruflichen Weiterbildung. Drei weitere Geber sind nun unter dem neuen Sector-wide Management des SWAp im Bereich Human Resources Development engagiert. Unter dem zuvor bestehenden Projektansatz war die

GTZ alleinige Unterstützerin des National Institute for Population Research and Training (NIPORT). Durch die neue Situation hat die Komplexität der Abstimmungsprozesse zugenommen.

Ein wichtiges Problem des HRM ist nicht nur, neue Kompetenzen zu schaffen sondern auch vorhandene Capacity richtig einzusetzen und zu halten. Ohne Gehaltszuzahlungen und Gehaltsanhebungen wird dieses in Zukunft kaum umzusetzen sein. Im Rahmen des SWAp Tansania wird zur Zeit ein Ansatz in dieser Richtung verfolgt, der jedoch zunächst nur den Angehörigen des MoH Gehaltssteigerungen in Aussicht stellt. Dieses soll jedoch später auf andere Funktionsträger ausgeweitet werden.

3.2.4. Gestaltung der Zusammenarbeit und Basket-funding

In allen untersuchten Ländern gibt es regelmäßige (monatliche oder vierteljährliche) Treffen von Gebern und Regierung. In diesen Gremien ist die GTZ als Durchführungsorganisation ebenfalls vertreten. Darüber hinaus gibt es in der Regel jährliche oder halbjährliche Sector Reviews, an denen auch die GTZ teilnimmt. Die Erstellung der Terms of Reference und die Auswahl der beteiligten Fachleute erfolgt in der Regel gemeinsam, d. h. Geber und Regierung entscheiden über die Besetzung (Tansania).

Innerhalb der Gebergemeinschaft gibt es z. T. Unstimmigkeiten bezüglich des unterschiedlichen Status von „Basket-fundern“ und nicht am Basket beteiligten Gebern (Tansania, Zambia Education). In einigen Länder existieren eigene Gremien dieser Gebergruppe mit Regierungsvertretern (Tansania, sog. „Basket Funding Committee“, ebenfalls Zambia). Der Einfluss der Basket-Geber auf den Prozess der Politikentwicklung wird daher häufig als stärker angesehen. Dies trifft nicht zu auf Kambodscha, wo eine gleichberechtigte Beteiligung aller Geber am Prozess unter der Leitung des MoH besteht.

Einige Geber beanspruchen die Rolle einer „lead agency“ (WB, DfID, auch DANIDA und WHO). Diese unterstreichen sie z. T. durch entsprechendes finanzielles Engagement. Die WB drängt in vielen Ländern sehr auf einen SWAp (Nepal, auch Kambodscha) und hat hier auch in einigen Ländern zu Beginn des Prozesses die entscheidenden Impulse gesetzt (Ghana). In Ethiopien sind in dem Steering Committee des SWAp, der nicht nur Gesundheit sondern den Bildungssektor mit einschließt, nur noch die WB und USAID vertreten.

Es wird deutlich, dass die unterschiedlichen Geber durchaus weiterhin ihre Eigeninteressen verfolgen, z. T. durch den Einsatz erheblicher Summen¹⁷. Die GTZ hat nicht die Möglichkeit einer großzügigen Mitfinanzierung der Programme in einem Umfang, der ihr ein vergleichbares Gewicht verschaffen könnte (Tansania, Kambodscha). In Tansania ist die GTZ allerdings seit jüngstem über einen Finanzierungsvertrag am Basket beteiligt (ebenso wie die KfW). Dieses ermöglicht die Teilnahme an den entsprechenden Gremien, auch wenn der Betrag gegenüber den Leistungen der Geber verschwindend gering ausfällt.

Das Vorhandensein eines dem Projektleiter direkt zur Verfügung stehenden Budgets, wird seitens der GTZ Mitarbeiter zum Teil positiv bewertet (Ghana). Diese flexiblen, wenn auch vom Umfang her geringfügigen, Mittel werden als Vorteil des Projektansatzes gesehen, da auf diese Weise bei Bedarf kurzfristige und unbürokratische Unterstützung bereitgestellt

¹⁷ Interessengruppen, die sich häufig ausmachen lassen, sind die Banken, die UN Organisationen, die Bilateralen und NGOs (letzte v. a. in Asien). Zwischen diesen Gruppen, zwischen einzelnen Gruppen und der Regierung bzw. der „SWAp-Community“ gibt es Konflikte, z. B. in Bezug auf Investitionen (Ghana) oder die Rolle von vertikalen Programmen (WHO, UNICEF).

werden kann. Dieses wäre bei einer Umleitung von GTZ Mitteln in den Basket nicht mehr möglich.

3.2.5. Weitere Aspekte der Finanzierung und Verfahrensharmonisierung

Verfahrensharmonisierung findet in der Regel einerseits über einen nationalen Sektorplan und über gemeinsame Finanzierungsformen statt. Sektorstrategien, die die Aktivitäten aller Geber und Organisationen einbinden sollen, existieren mittlerweile in fast allen Ländern.

Common Pools existieren in den afrikanischen Ländern und in Bangladesch. In Ghana deckt der Basket inzwischen etwa 30% der Nicht-Lohnkosten ab. Beteiligte Geber sind meist die WB, DfID, DANIDA, die Niederlande und die Nordics (in Ghana auch EU, in Tanzania auch SDC und GTZ/KfW).

Harmonisierung bei der Berichterstattung erfolgt z. T. über die gemeinsamen Reviews und die Rechenschaftslegung für die Basketmittel. Parallel finanzierte Vorhaben werden weiterhin nach den Anforderungen der Organisationen abgewickelt. Weiterhin existiert in den meisten Ländern ein Code of Conduct oder ein Memorandum of Understanding, an das sich bis auf wenige Ausnahmen (in Ghana z. B. der Saudi Fund) alle Beteiligten binden.

In Ghana sind die Aktivitäten des Projektes in den Sektorplan integriert und die Operationsplanung wurde durch die Planung des MoH im Rahmen des Medium Term Expenditure Framework (MTEF) ersetzt. Dieses bedeutet, dass die Pläne der lokalen Gesundheitsverwaltungen, die Bestandteil dieser finanziellen Rahmenplanung der Regierung sind, die GTZ geförderten Aktivitäten einschließen. Die Verwaltung der Mittel erfolgt jedoch lokal durch die Partnerorganisation.

In Kambodscha nutzt das GTZ Projekt die Möglichkeiten zur Co-Finanzierung und entwickelt gemeinsame Maßnahmen im Bereich von Ausbildung und Training mit einigen UN Organisationen und NGOs.

Aus Ghana wird berichtet, dass seit der Einführung des SWAp weniger Doppelausgaben bzw. Parallelfinanzierungen entstehen.

Andererseits gibt es auch die Wahrnehmung, dass durch die Einführung des Basketfunding die Korruption zugenommen habe (Bangladesch). Insbesondere die Finanzierung von nationalen Consultants durch das Basket bietet ein Eingangstor für Eigeninteressen bestimmter Gruppen. Beispielsweise haben nicht wenige Ministeriumsmitglieder in Bangladesch bereits ihre eigenen Consultingfirmen gegründet oder sind an solchen beteiligt.

3.2.6. Accountability

Die bisherigen Erfahrungen mit der Rechenschaftslegung fördern eher Skepsis als Zuversicht. Selbst in Ghana wird dem System bisher nicht mehr als ein absolutes Minimum an Accountability zugestanden (Hierzu gibt es allerdings unterschiedliche Bewertungen. Siehe Fallstudie Ghana, Lauckner, 5/2001).

Die geringen Kapazitäten auf Distriktebene wurden bisher nicht in einem Maße ausgebaut, das eine Sicherheit im Finanzmanagement gewährleisten würde. Hierdurch wird wahrscheinlich entweder viel Geld „versickern“ oder nicht ausgegeben werden, aus der Befürchtung heraus, nachher keine stimmige Buchhaltung vorlegen zu können.

In Tansania haben die Schwächen der Distriktebene bereits dazu geführt, dass Basket-Gelder nicht ausgezahlt wurden. Die Zusammenarbeit von Gesundheitsministerium und Geberschaft wurde jüngst massiv dadurch belastet, dass das MoH den Bericht des externen Auditors für das zentrale Basket zunächst zurückhielt. Die Vorlage und Diskussion des

Berichtes hätte eigentlich ein Bestandteil des jährlichen Reviews sein sollen. Bis zur Stunde ist dieser Bericht den Vertretern der Geber nicht zur Einsicht zur Verfügung gestellt worden.

Nach der Einschätzung des GTZ Teamleiters Ghana führt die Abrechnung von lokalen Zuschüssen und direktes Feedback durch Projekt zur Einübung von besserer Buchhaltung (auch für Procurement). Die Anwesenheit des Experten führt auch zu größerer Sorgfalt und Vorsicht. Dieses könnte ein Vorteil sein und ein Mittel, die Kompetenzen der Distrikte sorgfältig aufzubauen.

3.2.7. Monitoring und Evaluation - Qualitätssicherung

In Kambodscha besteht bereits ein recht gutes Monitoringsystem. In den afrikanischen Ländern wurden im Laufe des SWAp Prozesses Indikatoren entwickelt oder befinden sich noch in der Entwicklung. Die GTZ Erfahrungen aus der Umsetzung fließen hier zum Teil ein (Tansania, Ghana).

Insgesamt wird in einigen Ländern die Schwäche der Datenerhebung und resultierend die mangelhafte Qualität der Daten zum Problem, besonders angesichts des Anspruchs, das SWAp Monitoring auf diesen Daten aufzubauen (Tansania).

In den untersuchten SWAp ist bisher noch eine starke Orientierung auf die Inputs zu verzeichnen, was zum Teil insbesondere von beteiligten Fachleuten beklagt wird. Die Ergebnisse in Bezug auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung stehen anscheinend gegenüber den Finanzierungsaspekten zumindest zu Beginn eines SWAp eher im Hintergrund.

Obwohl neben der Verbesserung der Effizienz auch die Qualität der Dienstleistungen eine der Hauptzielsetzungen der SWAp darstellen, sind bisher in der praktischen Umsetzung noch wenig Ansätze zu einem konsequenten Qualitätsmanagement zu erkennen.

Daher liegen auf nationaler Ebene noch keine ausreichenden Erfahrungen vor, jedoch wird ein Bedarf an Beratung sichtbar. Die GTZ Tansania und Kambodscha erproben QM auf Distriktebene.

3.2.8. Equity und Armutsminderung

Equity und Armutsminderung sind meist offizieller (schriftlicher) Bestandteil der Sektorpolitik. Es erscheint insgesamt zu früh, um hier Schlüsse in Bezug auf die Auswirkungen des SWAp auf Armutsindikatoren zu ziehen. Ein Mangel an Umsetzung von Armutstrategien im Gesundheitssektor kann überall festgestellt werden. Exemption Schemes für Mittellose und vulnerable Bevölkerungsgruppen existieren in Ghana, Tansania, Kambodscha. Auch hier ist die Umsetzung jedoch nicht ausgereift und das Problem von inoffiziellen Gebühren nicht gelöst.

Eine Verzahnung von SWAp mit Poverty Reduction Strategies und dem Prozess der Erstellung von PRSPs ist nirgends wirklich vorhanden.

3.2.9. Stakeholder participation

An sich ist es ein erklärter Anspruch der meisten Sektorprogramme, die Partizipation der verschiedenen „stakeholder“ im Gesundheitsbereich zu ermöglichen. Insbesondere die Gesundheitssektorreformen anerkennen die Notwendigkeit einer stärkeren Beteiligung der

Implementierungsebene, um eine bedarfsgerechtere und damit effizientere Versorgung zu gewährleisten. In der Praxis werden jedoch die meisten Programme diesem Anspruch nicht gerecht. Die Frage, wer eigentlich zu den „stakeholdern“ gezählt und damit beteiligt werden sollte, scheint nicht geklärt und so bleibt der Dialog häufig auf der Ebene der zentralen Ministerien hängen. Dieses gilt nicht nur für die Gesundheit. Hier wird allerdings besonders deutlich, dass der Staat ohne eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren nicht in der Lage ist, Gesundheitsversorgung zu sichern.

Die Beteiligung zivilgesellschaftlicher Gruppen und Einbeziehung der Nutzer von Gesundheitsdiensten in eine bedarfsorientierte Planung ist meist nicht vorhanden. Hierin zeigt sich eine (mittlerweile anerkannte) Schwäche der SWAps, die einerseits eine breite nationale Ownership fordern, andererseits jedoch in der Praxis ihre Arbeitsbeziehungen auf der zentralstaatlichen Ebene konzentrieren. Die partizipative Ausrichtung der GTZ Projekte strebt demgegenüber eine genuine lokale Ownership an, und sucht diese durch ihre Instrumente zu fördern.

Im Kontext der SWAps, an denen die GTZ beteiligt ist, hat sich der Mehrebenenansatz als geeignete „Brücke“ zwischen lokaler und zentraler Ebene erwiesen. Die Arbeitsbeziehungen der GTZ Mitarbeiter zu der lokalen ebenso wie der zentralen Ebene fördert den Informationsfluss in beide Richtungen.

Besonders in Bezug auf die Planung für den Sektor ist die Beteiligung nicht-staatlicher Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen überall schwach, obwohl NGOs und in einigen Ländern (Ghana, Tansania) die Kirchen bis zu 40% der Gesundheitsdienstleistungen erbringen. Die Planungskapazitäten der Distrikte sind auch im Hinblick auf die Förderung der Privaten in der Regel gering. An der Gestaltung der Sektorpolitik wirken die regionalen und Distriktgesundheitsverwaltungen meist nur in geringem Umfang bis gar nicht mit.

Als positives Beispiel mag Ghana gelten, wo laut Berichten die Regionen regelmäßig zu bestimmten Fragen konsultiert werden und darüber hinaus an den halbjährlichen „Health Summits“ teilnehmen, die dem Review und der Planung dienen (siehe Fallstudie Ghana, Lauckner 5/2001). Das GTZ Projekt in Ghana führte in der Region PRA¹⁸ Trainings für Gesundheitspersonal durch, um die Servicequalität und die Nutzerfreundlichkeit zu verbessern. Dieses wurde nicht viel später dann auch von anderen Organisationen aufgegriffen und in anderen Regionen wiederholt. Diese ist nach unserer Kenntnis der einzige Versuch, direkt die Einbeziehung der Bevölkerung in die Gestaltung der Dienste zu fördern.

In Kambodscha waren die Gouverneure (Provinzebene) an der Erarbeitung der Health Sector Reform beteiligt. Auf der Ebene der Health Centres gibt es sog. Feed-back Committees und Co-Management Committees, deren Vorhandensein auch die Voraussetzung für die Erhebung von Gebühren ist. Auch in den afrikanischen Ländern gibt es zum Teil Vorschriften über die Einrichtung von Komitees an den Gesundheitseinrichtungen, die aber häufig nicht handlungsfähig oder überhaupt nicht vorhanden sind.

In Tansania hat sich die Dachorganisation der Kirchen, die Christian Social Services Commission (CSSC), mit der Unterstützung von KfW und GTZ zu einem vom Ministerium anerkannten Partner im Sektordialog entwickelt. Diese Organisation ist mittlerweile als Vertretung der Kirchen zu den SWAp Komitees geladen.

3.2.10. Dezentralisierung

Dezentralisierung ist in der Regel Bestandteil der Gesundheitssektorreformen, die durch SWAps unterstützt werden. Die Dezentralisierung im Gesundheitswesen einerseits und in

¹⁸ Participatory Rapid (Rural) Appraisal

der Distrikt- und Regionalverwaltung andererseits stellt in vielen Ländern eine Problematik dar. Inwieweit der SWAp die angestrebten Entwicklungen unterstützt oder konterkariert wird in allen Fällen von unterschiedlichen Personen sehr unterschiedlich bewertet. Folgende Punkte werden für problematische Entwicklungen verantwortlich gemacht:

1. die Einleitung der Dezentralisierung erfolgt oft nicht zeitgleich
2. im weiteren Verlauf mangelt es an Abstimmung zwischen den Reformprozessen
3. eine gewisse „Re-zentralisierung“ durch den intensiven Sektordialog im SWAp, in den die dezentralen Strukturen oft wenig eingebunden sind.

Offensichtlich gelingt es jedoch, dass die Gesundheitsverwaltungen der Distrikte nun bessere finanzielle Grundlagen haben. Finanzverantwortung wird ebenso wie Planung und Budgetierung tatsächlich dezentralisiert. Sowohl in Ghana als auch in Tansania erhalten die Distrikte immerhin nun aus dem Basket regelmäßig direkte Zuwendungen, was zumindest in Ghana laut Berichten zu einer höheren Zuverlässigkeit bei der Ressourcenallokation geführt hat.

Die „horizontale Integration“, d. h. die Verbindung von der(Distrikt-)Gesundheitsverwaltung zur Distriktverwaltung ist jedoch meist schwierig und von Verunsicherung und Misstrauen geprägt. In Ghana, so wurde berichtet, kümmere sich die Distriktregierung kaum um die Entwicklung der Gesundheitsversorgung. Die District Health Administration, eingesetzt durch Regional Administration (mit Personal ausgewählt von der Human Resources Abteilung des MoH), plane und bekomme das Geld.

Genau an dieser Stelle entstehen insbesondere Probleme im Bereich Human Resources Management. Die Umsetzung der Dezentralisierung in Bezug auf die Verlagerung von Personalautorität auf die dezentralen Strukturen (Distriktverwaltung oder Gesundheitsverwaltung) erweist sich als ausgesprochen schwierig und findet nur sehr verzögert statt. Die Verunsicherung liegt hier auch beim Gesundheitspersonal. Es existiert in der Regel kein sog. „zweiter öffentlicher Dienst“¹⁹ auf Distrikt- oder Regionalebene, der eine verlässliche Struktur und damit eine klare Karriereplanung für die Angestellten auf dieser Ebene ermöglichen würde.

Die Verantwortung für die Distriktgesundheitsplanung ist durch die Dezentralisierung näher die Implementierungsebene herangerückt, gleichzeitig wird diese aber auch mit einem Mehr an Bürokratie belastet. Die Gesundheitsverwaltung, d. h. zum Beispiel District Health Management Teams und District Medical Officers, sind zum Teil an komplizierte Leitlinien gebunden, die den Planungsprozess erschweren.

In Tansania stellt das Basketfunding-System erhebliche Anforderungen an die Distrikte, was viele zur Zeit noch nicht bewältigen können. Sowohl im Hinblick auf Planung als auch auf die Rechnungslegung treten durch die Überforderungssituation Verzögerungen in der Auszahlung auf.

Nähere Ausführungen zu SWAp und Dezentralisierung finden sich in den beiden Fallstudien „Decentralisation in the Health Sector in Tanzania“ (Lauckner, 2000) und „Ghana Sector-wide Approach for Health“ (Lauckner, 2001).

3.3. Rolle der GTZ in den bekannten Health SWAp

¹⁹ Eine Struktur des öffentlichen Dienstes auf Distrikt- oder Regionalebene, die Möglichkeiten zur beruflichen Entwicklung bietet, d. h. ein transparentes Beförderungssystem mit den entsprechenden Stufen (von der Ausbildung bis zur z. B. zum Regional Medical Officer) vorsieht.

Von den Kollegen vor Ort, deren Meinung wir einholen konnten, wird das Konzept als bisher erfolgreicher Weg bzw. als vielversprechender Ansatz betrachtet. Es wird auf die Wichtigkeit der Vor- und Rahmenbedingungen hingewiesen. Vorbestehende nationale Sektorkonzepte inklusive einer nationalen Prioritätensetzung, personelle Kontinuität auf Ministeriumsseite, politische und wirtschaftliche Stabilität über einen langen Zeitraum und eine entsprechend umfangreiche Unterstützung durch die Geber – diese Umstände werden als förderliche Faktoren beschrieben.

Die Beteiligung der GTZ an den SWAp Prozessen in den untersuchten Ländern ist sehr unterschiedlich ausgeprägt. Auch hier wurde eine personelle Kontinuität (auf Seiten der GTZ) als Vorteil gesehen (Kambodscha). Die Anwesenheit und Beteiligung der GTZ auf der Implementierungsebene wird zum Teil genutzt, um eine realistische Einschätzung der Schwierigkeiten nach oben zu spielen („die Stimme aus dem Busch im Konzert der Geber“, A. Grueb, Ghana). Weitere „Eingangstore“ für die GTZ Projekte werden u. a. in der Beteiligung an der Entwicklung von Indikatoren für das Monitoring und der Erarbeitung eines Essential Services Package gesehen.

Darüber hinaus ist natürlich der Bereich des Capacity Building derjenige, in dem die GTZ Projekte ihren Schwerpunkt setzen. Die Wahrnehmung dieses Beitrags der GTZ zum Prozess der HSR und des SWAp durch die Geber fällt jedoch in den untersuchten Fällen sehr unterschiedlich aus. Die Präsenz auf der nationalen Ebene und die Kontinuität von direkten Arbeitsbeziehungen zu Ministeriumsangehörigen und Gebern ist offensichtlich und naheliegenderweise ein Vorteil. In Tansania verschafft die Beteiligung an der Basketfinanzierung der GTZ weiteres Gewicht und eine Repräsentanz in dem entsprechenden Gremium.

Inwieweit die GTZ von Regierung und Gebern als Partner im SWAp wahrgenommen wird hängt offensichtlich sehr von dem jeweiligen Ansprechpartner, dessen Engagement und Auftragsverständnis ab.

Hiermit kommen wir zu den Konsequenzen, die diese Entwicklungen für die Arbeit der GTZ im Gesundheitsbereich haben.

Die Prozesse laufen – auf dem Hintergrund verschiedener internationaler Diskussionsthemen und mit Unterstützung durch die Bundesregierung. Die Erfahrungen insbesondere aus dem Kontext der GTZ Projekte zeigen jedoch auch die Schwächen auf. Hier liegt ein zentrales Aufgabenfeld für die Technische Zusammenarbeit.

4. Konsequenzen für die Arbeit der GTZ im Gesundheitsbereich – Was können Sie tun?

SWAps können zentrale Anliegen der Gesundheitssystementwicklung in den Fokus koordinierter Bemühungen der Geberschaft bringen. Die Entwicklung einer kohärenten Sektorpolitik kann im Sinne der nachhaltigen Sicherung einer den Möglichkeiten des Landes angepassten Gesundheitsversorgung nur begrüßt werden²⁰.

Aus diesem Grunde erscheint es als Notwendigkeit, die Arbeit der GTZ-Projekte stärker in den laufenden SWAp-Prozessen zu verankern. Dieses bedeutet, die Wahrnehmung des Beitrags der GTZ zu der Entwicklung des Sektors zu fördern und an der Gestaltung der Sektorstrategie mitzuwirken durch

- **Präsenz** in den entsprechenden Steuerungsgremien (SWAp Committees, Basket-funding Committees, Partner-meetings, Review Missions, Gebertreffen). Diese Präsenz kann auch gesucht werden, wenn eine Teilnahme offiziell z. B. nur den Basket-Gebern zusteht. Auch hier funktioniert erfahrungsgemäß vieles informell! Es kann auch sehr sinnvoll sein, hier zur Ergänzung der fachlichen Präsenz durch Sie zusätzlich die Büroleitung einzubeziehen.
- **Kooperation und Abstimmung mit KfW und BMZ** und politische Vertretung durch das BMZ unterstützen bzw. einzufordern
- Feedback an die Zentrale! Die Zentrale verarbeitet die Informationen über die aktuellen Prozesse in Ihrem Land und leitet sie weiter an andere Projekte. Darüber hinaus sind Ihre Erfahrungen wichtig für die Policyentwicklung des Arbeitsfeldes und für die Beratung des BMZ.

Die Arbeit des Projektes sollte sich selbstverständlich in die nationalen Strategien einfügen. Es sollte also sichergestellt werden, dass die Aktivitäten mit der Operationsplanung (z. B. „Program of Work“) übereinstimmt. Eine

- **Darstellung** der Aktivitäten, ihrer Relation zur Sektorstrategie und ihres Beitrags zum Capacity Building (gegenüber der Regierung und im Geberkreis!)
- Hinweisen auf „capacity gap“ und Ansatz der GTZ deutlich herausstellen
- Auf die geringe Ergebnisorientierung hinweisen und auf **Erfahrungen der Implementierungsebene** aufmerksam machen, insbesondere im Hinblick auf gesundheitsrelevante (oder andere Sektor-bezogene) Indikatoren

Es ist inzwischen allgemein anerkannt, dass ein SWAp ohne „Empowerment“ der Strukturen nicht funktionieren kann und hier ein massiver Bedarf an **Capacity Building** besteht. Die GTZ-Projekte haben hier Möglichkeiten durch gezielten Einsatz ihrer Instrumente insbesondere die Kompetenzen in dem kritischen Bereich Finanzverwaltung und Budgetplanung zu fördern. Hierzu stehen zur Verfügung:

- Örtliche Zuschüsse
- Finanzierungsverträge

²⁰ In der Leitlinie „Beratung zum Thema Gesundheitssystementwicklung und Reformen“ des Arbeitsfeldes 4320 wird die Position des AF zu SWAp wie folgt formuliert: „Die GTZ beteiligt sich an der Koordination von verschiedenen Ansätzen im Gesundheitssektor und berät das Ministerium beim Erstellen von Nationalen Entwicklungsplänen für das Gesundheitswesen. Im Rahmen der Vorgaben des BMZ beteiligt sie sich an sektorweiten Ansätzen (SWAp, SIP) und bringt hierzu fachliche Beiträge ein entsprechend dem aktuellen Stand der internationalen Fachdiskussion. Darüber hinaus unterstützt sie die Partner bei der Moderation und Mediation zwischen beteiligten Gruppen innerhalb und außerhalb der Gesundheitssektors.“ Aus der „Leitlinie Beratung zum Thema Gesundheitssystementwicklung und Reformen“, Arbeitsfeld 4320, 4.10.2000

In Tansania wurde ein Finanzierungsvertrag eingesetzt, um eine **Beteiligung am Basket** zu ermöglichen. Die Mittel, die den Distrikten bisher in der Form örtlicher Zuschüsse direkt ausgezahlt worden waren, werden nun in den Basket umgeleitet. Diese geschieht unter der Vorstellung, dass diese Gelder den Distrikten nunmehr durch die „District Health Basket Grants“ zur Verfügung gestellt werden. Auch die KfW wird sich hier an der Basketfinanzierung beteiligen.²¹

In der Regel entstehen im Kontext des SWAp aus der Arbeit der Steuerungsgremien heraus Bedarfe an Kurzzeiteinsätzen von Gutachtern zu verschiedenen Fragestellungen oder zeitlich begrenzter technischer Unterstützung beispielsweise zu Fragen des Finanzmanagements. Hier besteht die Möglichkeit einer Beteiligung durch

- Mitarbeit von ortsansässigen Mitarbeitern in bestehenden Arbeitsgruppen (etwa zur Entwicklung des Monitoringsystems, wie in Tansania geschehen)
- Finanzierung von KZEs

Entsprechende Mittel für die Finanzierung von Gutachtern werden oft in den laufenden Budgets der Projekte nicht vorgesehen sein. Hier ist es in Einzelfällen möglich, zusätzliche Ressourcen über den Studienfachkräfte-Fond zu mobilisieren.

Es kann auch erwogen werden, in einem entsprechenden Änderungsangebot, bei Neuvorhaben direkt im Angebot, Mittel für solche Zwecke vorzusehen.

Für die Durchführung und den Erfolg eines Projektes wird eine derartige Beteiligung am Prozess des SWAp wahrscheinlich vordergründig als nicht notwendig erscheinen. Für die Position der GTZ in der internationalen EZ-Landschaft ist es jedoch von Bedeutung, wie sie sich in diesem Kontext einbringt. Dieses sollte aus den Ausführungen zu der gegenwärtigen Entwicklungen der Diskussion mit dem BMZ deutlich geworden sein.

Da die SWAps im Gesundheitssektor verbreiteter und weiter fortgeschritten sind, eignet sich der Sektor als „Eingangstor“ für die deutsche TZ. Hier kann die GTZ die vom BMZ gewünschte „Anschlussfähigkeit“ unter Beweis stellen. Die Gebervertreter sind in der Regel keine Gesundheitsfachleute und meistens für mehrere Sektoren zuständig. Was sie über das Engagement der GTZ im Gesundheitssektor erfahren und wie sie sie als Akteur im SWAp erleben, wirkt sich daher auf die Wahrnehmung der GTZ insgesamt aus. Da Gesundheit zur Zeit in vielen Partnerländern nicht mehr als Schwerpunkt berücksichtigt wird, kann hier die Chance genutzt werden, dem Sektor nicht nur aus entwicklungspolitischer sondern auch aus unternehmensstrategischer Sicht neues Gewicht zu verleihen.

Quellen

OECD, Development Co-operation Directorate. Ad-hoc meeting on donor procedures – draft agenda and discussion paper, 10/2000

²¹ Genauere Informationen zu der Situation in Tansania entnehmen Sie bitte der Kurz-Fallstudie „Die GTZ im SWAp for Health Tansania“ (Görgen, Schmidt-Ehry, Lauckner), die in Kürze erhältlich sein wird.

- OECD, Development Co-operation Directorate. Progress with implementing partnership frameworks. Summary record of the 4th informal consultation of multilateral secretariats, Washington, 14th April 2000
- Walt, Gill et al.: Health sector development: from aid co-ordination to resource management. In: Health Policy and Planning; Vol. 14, No. 3 September 1999
- Schreuder/Schmets. Analysis of the constraints for EC and MS and currently used indicators under a Sectoral Approach. Presentation to the EC experts meeting (Slides)
- WHO, Weltgesundheitsbericht 2000 „Health Systems: Improving Performance“
- Merkle, A.: Health Sector reform 2000 – The necessary Transition Process – Comparison of Different Countries “Building the ship while we are sailing”. Paper presented to the International Conference on Global Public Health Perspective: Challenges for the Future, Bangkok 15.-18.11.1998 (Mahindol University/WHO)
- Sen, Kasturi und Meri Koivusalo: Health Care Reforms and Developing Countries – A Critical Overview. International Journal of Health Planning and Management, Vol. 13, 1998
- Kampmann, M.: Handreichung zur Konzentration bei der Schwerpunktsetzung im Rahmen der Länderprogrammierung des BMZ. 11/10/00
- Kahrman, Ch.: „Mehr Kohärenz und Kreativität“. GTZ intern, Ausgabe Nr. 84, November 2000
- Fues, Thomas: 20:20 Initiative und soziale Grunddienste im BMZ Haushalt 2001 –Studie im Auftrag des Arbeitskreises 20:20, Oktober 2000
- SPA: Tracking of Support provided under Sector Programs – Final Task Group Report for SPA Plenary Meetings, December 1999, Paris
- Asche, Helmut: A Glimpse of SPA Tracking Results within the Special Program of Assistance for Africa. September 1999
- SPA Secretariat: Tracking of Sector Programs in Africa 2000. Progress Report, December 2000, Paris (Slides)
- Fragebogen zu den Erfahrungen der GTZ-Projekte im Kontext von SWAp, Antworten der Kollegen aus Ghana, Tansania und Kambodscha (2000)