

El Salvador: Basisgesundheitsprogramm in der Region Oriente

Ex Post-Evaluierungsbericht (Schlussprüfung)

OECD-Förderbereich	1220 / Infrastruktur im Bereich Basisgesundheit	
BMZ-Projektnummer	1995 67 025	
Projektträger	Gesundheitsministerium (MSPAS)	
Consultant	SANIPLAN, Frankfurt/Main	
Jahr der Schlussprüfung	2006	
	Projektprüfung (Plan)	Schlussprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	4. Quartal 1996	4. Quartal 1996
Durchführungszeitraum	41 Monate	60 Monate
Investitionskosten	9,7 Mio. EUR	8,35 Mio. EUR
Eigenbeitrag	2,0 Mio. EUR	2,3 Mio. EUR
Finanzierung, davon FZ-Mittel	7,7 Mio. EUR	6,05 Mio. EUR
Andere beteiligte Institutionen/Geber	GTZ	GTZ
Erfolgseinstufung	2	
• Signifikanz/Relevanz	2	
• Effektivität	1	
• Effizienz	3	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Programmziele mit Indikatoren

Ziel des Vorhabens ist es, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im vom Bürgerkrieg besonders betroffenen Osten El Salvadors zu verbessern. Damit soll ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation (i. S. von geringerer Mortalität und Morbidität) in der Zona Oriente geleistet werden (Oberziel). Dazu war vorgesehen, auf Primärebene bis zu 80 Gesundheitsposten zu bauen und auszustatten sowie auf Sekundärebene 7 Kleinkrankenhäuser zu bauen bzw. zu rehabilitieren und auszustatten. Darüber hinaus sollten der Neubau und die Ausstattung von 4 Gesundheitsverwaltungsgebäuden finanziert werden. Der Umfang des Programms wurde im Verlauf der Durchführung verändert und insgesamt reduziert auf den Bau von 40, nunmehr größeren Gesundheitsposten (Casas de Salud), den Bau und die Ausstattung von zwei Gesundheitsverwaltungseinrichtungen sowie die Rehabilitation und Ausrüstung eines Krankenhauses (Santiago de María). Projektträger war das Gesundheitsministerium (MSPAS). Das FZ-Programm wurde in Kooperation mit der Technischen Zusammenarbeit (TZ) durchgeführt, die sich auf die Qualifikation des medizinischen Personals in der Region sowie auf die Stärkung der Wartungs- und Qualitätssicherungssysteme konzentrierte.

Die Programmzielerreichung sollte anhand der folgenden Indikatoren gemessen werden. Drei Jahre nach Ende der Programmlaufzeit

1. beträgt die Durchimpfungsquote im Einzugsgebiet der Gesundheitsposten mindestens 95 %;
2. werden in den Gesundheitsposten mindestens einmal pro Monat Sprechstunden durch Ärzte oder Krankenpflegepersonal abgehalten;
3. beträgt die Bettenbelegungsquote in den Gesundheitszentren mind. 70 % (bei PP rd. 50 %);
4. liegt die Schwangerschaftsvorsorge um 10 Prozentpunkte höher (bei PP rd. 65 %);
5. liegt die Säuglingsvorsorge um 10 Prozentpunkte höher (bei PP rd. 80 %).

Oberzielindikatoren wurden nicht definiert, da unzureichende Ausgangsdaten und komplexe Wirkungszusammenhänge eine Zurechnung auf die Programmwirkung kaum möglich machen.

Konzeption des Vorhabens / Wesentliche Abweichungen von der ursprünglichen Projektplanung und deren Hauptursachen

Hauptprobleme der Gesundheitsversorgung bei Programmprüfung (PP) waren mangelnder Zugang, insbesondere der Bevölkerung in ländlichen und post-konfliktiven Gebieten, zu Basisgesundheitsdiensten, schlechter baulicher Zustand der bestehenden Basisgesundheitsinfrastruktur und unzureichende Ausstattung der Gesundheitszentren mit medizinischen und nicht-medizinischen Geräten.

Im Rahmen des FZ-Vorhabens wurden die folgenden Infrastrukturkomponenten finanziert:

Komponente	Soll bei PP	Ist bei SP	Gründe für Abweichungen
Neubau und Ausstattung von Gesundheitsposten	80	40	Gemäß den veränderten Vorgaben des MSPAS wurden die Gesundheitsposten gegenüber PP vergrößert.
Neubau und Ausstattung von Verwaltungsgebäuden	4	2	- Der Neubau der nationalen Planungsdirektion in San Salvador wurde auf Wunsch des MSPAS aus dem Programm genommen. - Für das Verwaltungsgebäude in La Unión ergaben sich bauliche Alternativen in bestehenden Einrichtungen.
Neubau bzw. Rehabilitierung von Kleinkrankenhäusern (KH La Unión bzw. KH Santiago de María)	2	1	- Bei dem KH Santiago de María handelte es sich ursprünglich um ein Centro de Salud, das erst nach PP zu einem KH der zweiten Versorgungsebene heraufgestuft wurde, was erhebliche Implikationen für die Auslegung und die Kosten hatte. - Das KH La Unión wurde nach Vorliegen der Planung und erster Voranschläge aus Kostengründen zurückgestellt.
Ausrüstung von weiteren Kleinkrankenhäusern bzw. Gesundheitszentren	5	-	- Diese Komponente wurde aus Kostengründen zurückgestellt; die Krankenwagen wurden mit Mitteln des MSPAS für alle KH beschafft.

Durch den Neubau und die Ausstattung der 40 Gesundheitsposten an sinnvoll ausgewählten Standorten wurde das Versorgungsnetzwerk auf Primärebene von zuvor unter- bzw. unversorgten und vom Bürgerkrieg betroffenen Gebieten erheblich verbessert. Fünf Jahre nach der Inbetriebnahme werden medizinische Ausrüstung und Mobiliar sinnvoll genutzt.

Auch die Entscheidung für den Bau der Gesundheitsverwaltungsgebäude in Usulután und San Francisco de Gotera erscheint gerechtfertigt. Die Gebäude sind in ihrer Auslegung angemessen und befinden sich dank der Bauqualität und regelmäßiger Wartung in einem guten Zustand. Sie werden immer noch von der jeweiligen Basisgesundheitsverwaltung genutzt und haben damit die angestrebte Dezentralisierungspolitik im Gesundheitswesen sinnvoll unterstützt.

Wesentliche Veränderungen im Vergleich zur PP ergaben sich bei der Rehabilitierung des Krankenhauses (KH) Santiago de María, weil wesentlich größere Gebäudeteile neu gebaut werden mussten, und weil im Verlauf der Programmdurchführung das ursprüngliche Gesundheitszentrum Santiago de María mit 33 Betten zu einem KH mit 60 Betten heraufgestuft wurde. Das KH verfügt über vollständig ausgestattete, funktionsfähige ambulante und stationäre Einrichtungen für die allgemeinmedizinische, chirurgische, geburtshilfliche, frauenheilkundliche und kinderärztliche Diagnostik, Therapie und

physiotherapeutische Rehabilitation. Damit erscheint die Ausrüstung angemessen. Nach Auslaufen der FZ-finanzierten Wartungsverträge müssen die Wartungsmaßnahmen aus dem viel zu kleinen Budget des Krankenhauses finanziert werden. Dank der nach wie vor recht neuen Gebäude- und Geräteausstattung und des damit verbundenen geringen aktuellen Substitutionsbedarfs sowie der ausgezeichneten Ausbildung des TZ-geschulten Wartungsteams und großen Engagements der beteiligten Mitarbeiter gelang dies bisher zufrieden stellend.

Als Ergebnis der Programmmaßnahmen stehen der Bevölkerung der Zona Oriente ein voll funktionsfähiges Kreis-KH mit 60 Betten, 40 Gesundheitseinrichtungen sowie 2 Gesundheitsverwaltungszentren zur Verfügung, die in der Zielregion die infrastrukturellen Voraussetzungen für eine wohnortnahe und qualitativ angemessene Gesundheitsversorgung deutlich verbessern. Insbesondere für die vorwiegend arme ländliche Bevölkerung im Einzugsbereich der Gesundheitseinrichtungen konnte damit die Erreichbarkeit und Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen stark verbessert werden.

Das Vorhaben wurde als Kooperationsvorhaben (KV) zwischen FZ und TZ durchgeführt. Das TZ-Programm „Aufbau des Gesundheitswesens in der Region Oriente“ förderte die Dezentralisierung des Gesundheitssektors von El Salvador, zielte auf die Weiterbildung der Führungsfachkräfte und die Verbesserung der Qualität ausgewählter Gesundheitseinrichtungen. Die TZ verbesserte die Qualifikation des Personals in der Region und trug zu einer Stärkung der Wartungs- und Qualitätssicherungssysteme bei. Die Maßnahmen des KV waren sinnvoll und aufeinander abgestimmt.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Die Zielerreichung stellt sich wie folgt dar:

Drei Jahre nach Ende Programmlaufzeit....	SOLL (PP)	IST (SP)	Bewertung/ Kommentar
(1) beträgt die Durchimpfungsquote im Einzugsbereich der Gesundheitseinrichtungen mindestens 95%.	95%	90-100%	Genaue Daten nicht erhältlich. Nach den Erhebungen der SP dürfte dieses Ziel aber erreicht sein.
(2) werden i. d. Gesundheitsposten mind. einmal pro Monat Sprechstunden durch Ärzte oder Krankenpflegepersonal abgehalten.	1 Sprechstunde pro Monat	i. d. R. wesentlich häufiger	übertroffen
(3) beträgt die Bettenbelegungsquote in den Einrichtungen (heute KH Santiago de Maria) mind. 70%.*	mind. 70%	84%	übertroffen
(4) liegt die Schwangerschaftsvorsorge um 10 Prozentpunkte höher (gegenwärtig bei Programmprüfung rd. 65%).	83,8%	95%	✓
(5) liegt die Säuglingsvorsorge um 10%-Punkte höher(gegenwärtig bei Programmprüfung rd. 80%).	92,5	98%	✓

* Der für das KH gewählte Indikator der Bettenauslastung ist nur beschränkt dafür geeignet, den Erfolgsgrad des Vorhabens zu messen. Eine effiziente Nutzung der Bettenkapazitäten lässt sich weniger an der Belegungsquote der Betten als an der Zahl der stationär behandelten Patienten ablesen.

Die gewählten Indikatoren können wesentliche Verbesserungen der Gesundheitssituation belegen und gehen aus, dass das Programmziel insgesamt erreicht werden konnte.

Oberzielindikatoren wurden nicht definiert, da unzureichende Ausgangsdaten und komplexe Wirkungszusammenhänge eine Zurechnung auf die Programmwirkung nicht möglich machen. Wir gehen davon aus, dass sich bei den wichtigsten von den Gesundheitseinrichtungen diagnostizierten und therapierten Krankheiten (Durchfall- und Atemwegserkrankungen) die Gesundheitssituation und Lebenserwartung der vorwiegend ländlichen, armen Bevölkerung verbessert haben. Die starke Konzentration des präventiven Leistungsangebots auf Maßnahmen der Säuglings- und Schwangerenversorgung trägt zudem langfristig dazu bei, die entsprechenden Mortalitätsziffern der Region zu verrin-

gern. Die Bereitstellung präventiver Gesundheitsdienste für bisher nicht versorgte arme Bevölkerungsschichten entwickelt positive Wirkungen auf die Gesundheitssituation der Zielgruppe, weil Risikoschwangerschaften und (einfach zu behandelnde) Infektionskrankheiten bei Säuglingen zu einem frühen Zeitpunkt diagnostiziert und die Einweisung in die nächst höhere Referenzebene bzw. eine entsprechende medikamentöse Behandlung vorgenommen werden können. Wir halten es daher für plausibel, dass das Vorhaben einen nennenswerten Beitrag zur Oberzielerreichung geleistet hat.

Als Zielgruppe wurde bei der PP die Bevölkerung der Zona Oriente festgelegt, die damals aus 1,2 Mio. (heute 1,35 Mio.) Bewohnern bestand. Es wurde dabei zu recht darauf hingewiesen, dass diese Region stark unter dem Bürgerkrieg gelitten hatte, viele Jahre unterversorgt war und der Anteil der Armen, welche die Gesundheitseinrichtungen besonders intensiv nutzen, mit zwei Drittel der Bevölkerung besonders hoch ist. Die Armutsrelevanz des Vorhabens kann dadurch unterlegt werden, dass sich nach einer aktuellen Erhebung 37 der 100 ärmsten Gemeinden in der vom Programm begünstigten Region Oriente befinden und der weitaus überwiegende Teil der FZ-finanzierten Infrastruktureinrichtungen (KH und Gesundheitsposten Santiago de María) damit der medizinischen Versorgung der armen und der extrem armen Bevölkerung zugute kommt.

Während die reicheren Bevölkerungsteile die Möglichkeit haben, private Gesundheitsangebote in den Städten der Region wahrzunehmen, besteht für die ärmeren Bevölkerungsteile keine Alternative zum staatlichen Angebot. Für diese ist in vielen Fällen durch die Maßnahmen des Vorhabens überhaupt erst ein erreichbares Gesundheitsangebot geschaffen worden. Die Tatsache, dass die medizinischen Angebote kostenlos sind bzw. arme Menschen eine Gebührenbefreiung beantragen können (KH), verschafft der überwiegend armen bzw. extrem armen Zielbevölkerung Zugang zu qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung. Damit hat das Vorhaben einen starken Armutsbezug.

Wegen der starken Konzentration des präventiven Leistungsangebots auf Schwangeren- und Säuglingsvorsorge und der durch das Vorhaben verbesserten Beratung zur Familienplanung sowie Kontrazeptivversorgung im ländlichen Raum besteht ein hohes Potenzial zur Stärkung der Rolle der Frauen bzw. Gleichstellung der Geschlechter. Entsprechende Wirkungen sind erkennbar.

Das Vorhaben ist nicht auf partizipative Entwicklung/ gute Regierungsführung ausgerichtet. Umwelt- und Ressourcenschutz waren nicht Teil des Zielsystems. Umweltbelastungen des Vorhabens liegen i. W. bei den Abwässern und der Behandlung der medizinischen Abfälle vor. Die Abwässer des Krankenhaus Santiago de María werden in das öffentliche Abwassernetz geleitet. Die medizinischen Abfälle werden an allen Standorten separat gesammelt und entweder in geeigneten Gruben verbrannt bzw. in Behältern eingesammelt, um auf der Ebene der KHs bzw. Gesundheitseinheiten in geeigneter Weise entsorgt zu werden. Die Strahlenbelastung durch Röntgenstrahlen ist durch geeignete Abschirmvorkehrungen minimiert worden.

Nachfolgend bewerten wir die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens anhand der Kriterien Effektivität, Effizienz und Relevanz/Signifikanz:

- Die Effektivität des Vorhabens wird sehr positiv beurteilt. Die durch gut ausgebildetes Personal (Hilfskrankenschwestern und in begrenztem Umfang auch Ärzte) bereit gestellten einfachen, präventiven und kurativen Dienste sind angepasst auf die Verhältnisse und Möglichkeiten im ländlichen, armen Umfeld. Ausgezahlt hat sich insbesondere auch der im Rahmen des KV verfolgte Ansatz, zusätzlich zu den FZ-Maßnahmen durch TZ-Maßnahmen die Dezentralisierung voranzutreiben und die Qualifikation des Managements und des Personals zu steigern. Das Vorhaben hat wesentliche Beiträge zu einer Verbesserung des Zugangs der ärmeren ländlichen Bevölkerung zu Einrichtungen der Basisversorgung und damit die Voraussetzungen für eine qualitativ angemessene ambulante kurative und präventive Versorgung geschaffen. Die Programmziele konnten erreicht werden. Es liegt eine hohe Effektivität vor (Teilstufe 1).
- Effizienz: Die jährlich stattfindenden 100.000 Patientenkontakte in den Gesundheitseinrichtungen wurden durch ein sehr begrenztes Investitionsbudget i. H. von 1,2 Mio. EUR und durch den vergleichsweise überschaubaren Einsatz von Löhnen und Gehältern sowie Betriebsmitteln erreicht. Die Entscheidung, die Einrichtungen mit (Hilfs-) Krankenschwestern zu besetzen, die einmal wöchentlich durch Ärzte supervidiert/ergänzt werden, war hier sicher eine wichtige Grundsatzentscheidung. Kosten mindernd für den Träger wirkt sich jetzt auch aus, dass wichti-

ge Renovierungs- und Ersatzbeschaffungsmaßnahmen durch die von den bestehenden Gesundheitskomitees organisierten Eigenbeiträge der örtlichen Bevölkerung erbracht werden. Im Rahmen einer Untersuchung der Produktionseffizienz des gesamten Vorhabens ist allerdings kritisch anzumerken, dass mit den FZ-Mitteln wesentlich weniger Einrichtungen für die erste medizinische Versorgung (wo der Grenznutzen in aller Regel am höchsten ist) gefördert werden konnten, als ursprünglich geplant. Das ist zumindest zum Teil mit zu optimistischen Planungsvorgaben, Zeitverzögerungen und suboptimaler Beschaffungspolitik zu erklären, die zu einer Umverteilung der Mittel zwischen primärer und sekundärer Referenzebene geführt haben. Zwar sind die für das KH anfallenden operativen Kosten gedeckt (Erstattung durch Zentralregierung und zu einem geringen Teil durch Nutzerbeiträge), aber es wird keine Vorsorge für den Ersatz von medizinischen und anderen Geräten getroffen. Wir halten die Effizienz insgesamt für ausreichend (Teilstufe 3).

- Signifikanz / Relevanz: Erst durch die Schaffung der Gesundheitsinfrastruktur in abgelegenen Landesteilen durch das FZ-Vorhaben erschließt sich breiten Bevölkerungskreisen das Angebot präventiver und kurativer Gesundheitsleistungen. Die Breitenwirkung, die das Programm durch den Bau der Gesundheitseinrichtungen entfaltet hat, dürfte signifikant dazu beigetragen haben, die Gesundheitssituation der Bevölkerung in der Region Oriente insbesondere von gefährdeten Personengruppen wie Säuglingen und Schwangeren nachhaltig zu verbessern. Folgeinvestitionen anderer Geber, die in ähnliche Programmtypen investiert haben, haben diese Wirkungen noch gesteigert. Eine Aufgliederung der Morbiditäts- und Mortalitätsziffern auf die einzelnen Regionen ist leider nicht möglich. Im ländlichen Raum konnte die kontrazeptive Prävalenz gesteigert werden (von 51,2 auf 60,1%), was sich durch die damit vorhandene Möglichkeit der Geburtenplanung positiv auf die Müttergesundheit auswirkt. Wir gehen davon aus, dass das Programm daher einen erheblichen Beitrag zu der in der jüngsten Zeit beobachtbaren Senkung der Säuglingssterblichkeit (Millennium Development Goals Nr. 4), der Müttergesundheit (MDG 5) und damit auch zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in der Zona Oriente (Oberziel) geleistet hat. Hervorzuheben ist dabei, dass die Region stark vom Bürgerkrieg betroffen gewesen war und dass das KV für viele Bevölkerungsgruppen der Zielregion einen ersten und wichtigen Baustein der Basisgesundheitsversorgung darstellte. Die Signifikanz im kurativen Bereich hätte bei einem effizienteren Umgang mit den FZ-Mitteln allerdings höher sein können. Daher erfolgt eine Bewertung der Signifikanz/Relevanz mit zufrieden stellend (Teilstufe 2).

Bei einer Gesamtbewertung des Vorhabens ist die Tatsache kritisch zu sehen, dass der Träger seine finanziellen Verpflichtungen für die Absicherung der Wartungs- und Instandhaltungsmaßnahmen nicht eingelöst hat. Es ist zudem kritisch festzuhalten, dass der mit diesem Vorhaben mittelbar und mit dem TZ-Vorhaben unmittelbar unterstützte Dezentralisierungsprozess im Gesundheitswesen in El Salvador nach wie vor nicht vollständig umgesetzt ist. Andererseits sind die unter den o. g. Teilkriterien dargelegten positiven Bewertungen auch im Hinblick auf die schon stattgefundenen Replikation des Ansatzes durch andere Geber und die hohe Akzeptanz der Zielgruppe sehr positiv und nach unserem Ermessen stärker zu gewichten. Wir bewerten die entwicklungspolitische Wirksamkeit das „Basisgesundheitsprogramms in der Region Oriente“ als zufrieden stellend (Stufe 2).

Projektübergreifende Schlussfolgerungen

1. Durch die Errichtung der mit FZ finanzierten Einrichtungen der Basisgesundheitsinfrastruktur und die Entwicklung eines relativ einfach vermittelbaren Programms präventiver Gesundheitsdienste konnte die Gesundheitssituation bisher unterversorgter Landesteile stark verbessert werden. Entscheidend für den Erfolg dieses Programms war sicherlich die Einbeziehung der Bevölkerung in die Auswahl der Standorte, die seitdem zu einer beeindruckenden Unterstützung der Gesundheitseinrichtungen durch die Zielgruppenbevölkerung geführt hat. Durch diese Unterstützung konnten die Gesundheitseinrichtungen nachhaltig erhalten und zum Teil sogar im Vergleich zur Ausgangssituation verbessert werden. Die enge Einbindung der Zielgruppenbevölkerung bei Planung und beim Betrieb der Gesundheitseinrichtungen sollte auch in anderen Vorhaben stärker sichergestellt werden. Zusätzlich müssen derartige Vorhaben der Gesundheitsbasisinfrastruktur auf einer entsprechend klaren nationalen Gesundheitsstrategie basieren, die darauf ausgerichtet ist, in die Fläche (also zu den Patient/inn/en) zu gehen. Eine derartige Strategie muss allein schon wegen der daraus resultierenden Folgekosten eindeutig fixiert sein. Jede heute finanzierte Gesundheitseinrichtung auf dem Land verursacht in Zukunft Mittelbedarfe (in Form von

Personal, Medikamenten, sonstigen Verbrauchs- und Investitionsgütern), die die fremd finanzierte Ursprungsinvestition um ein Vielfaches übersteigen.

2. Die Sicherstellung der Betriebs- und insbesondere der Wartungskosten der geförderten Gesundheitseinrichtungen ist von größter Bedeutung. Die Vereinbarung von Auflagen als Sanktionsmechanismen ist wenig wirksam, da deren Einhaltung erst nach der Durchführung und Finanzierung des Vorhabens überprüft werden kann. Eine Möglichkeit besteht darin, den Partner in solchen Fällen zu verpflichten, derartige Beiträge in einen Fonds außerhalb des Staatsapparats einzuzahlen, aus dem dann längerfristig derartige Verpflichtungen finanziert werden.
3. Wenn ein Vorhaben von Beginn an als Kooperationsvorhaben geplant ist, sollten die sich gegenseitig unterstützenden Komponenten so geplant sein, dass die erforderlichen Mittel bereitstehen und die Leistungen im richtigen Zeitraum zur Verfügung gestellt werden. Zur Erhöhung der Effektivität der KV ist hier in Zukunft eine noch stärkere Koordinierung der TZ- und FZ-Aktivitäten und deren Laufzeiten erforderlich.

Legende

Entwicklungspolitisch erfolgreich: Stufen 1 bis 3	
Stufe 1	Sehr gute oder gute entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 2	Zufriedenstellende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 3	Insgesamt ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Entwicklungspolitisch nicht erfolgreich: Stufen 4 bis 6	
Stufe 4	Insgesamt nicht mehr ausreichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 5	Eindeutig unzureichende entwicklungspolitische Wirksamkeit
Stufe 6	Das Vorhaben ist völlig gescheitert

Kriterien der Erfolgsbeurteilung

Bei der Bewertung der "entwicklungspolitischen Wirksamkeit" und Einordnung eines Vorhabens in die verschiedenen, weiter oben näher beschriebenen Erfolgsstufen im Rahmen der Schlussprüfung stehen folgende Grundfragen im Mittelpunkt:

- Werden die mit dem Vorhaben angestrebten **Projektziele** in ausreichendem Umfang erreicht (Frage der **Effektivität** des Projekts)?
- Werden mit dem Vorhaben in ausreichendem Maße **entwicklungspolitisch wichtige Wirkungen** erreicht (Frage der **Relevanz** und **Signifikanz** des Projekts; gemessen an der Erreichung des vorab festgelegten entwicklungspolitischen Oberziels und den Wirkungen im politischen, institutionellen, sozio-ökonomischen und -kulturellen sowie ökologischen Bereich)?
- Wurden und werden die Ziele mit einem **angemessenen Mitteleinsatz/Aufwand** erreicht und wie ist der einzel- und gesamtwirtschaftliche Beitrag zu bemessen (Frage der **Effizienz** der Projektkonzeption)?
- Soweit unerwünschte (**Neben-)Wirkungen** auftreten, sind diese hinnehmbar?

Der für die Einschätzung eines Projekts ganz zentrale Aspekt der **Nachhaltigkeit** wird von uns nicht als separate Bewertungskategorie behandelt sondern als Querschnittsthema bei allen vier Grundfragen des Projekterfolgs. Ein Vorhaben ist dann nachhaltig, wenn der Projektträger und/oder die Zielgruppe in der Lage sind, nach Beendigung der finanziellen, organisatorischen und/oder technischen Unterstützung die geschaffenen Projektanlagen über eine insgesamt wirtschaftlich angemessene Nutzungsdauer weiter zu nutzen bzw. die Projektaktivitäten eigenständig mit positiven Ergebnissen weiter zu führen.