

Guatemala: Ländliches Gesundheitsprogramm in der Region VII

Schlussprüfung

OECD-Förderbereich	12220 - Basisgesundheitsdienste	
BMZ-Programmnummer	1998 65 544	
Programmträger	Gesundheitsministerium Guatemala	
Consultant	Saniplan GmbH	
Jahr der Schlussprüfung	2003	
	Projektprüfung (Plan)	Schlussprüfung (Ist)
Durchführungsbeginn	3. Quartal 1999	1. Quartal 2000
Durchführungszeitraum	4 Jahre	abgebrochen
Investitionskosten	8,44 Mio EUR	4,87 Mio EUR
Eigenbeitrag	3,32 Mio EUR	2,16 Mio EUR
Finanzierung, davon FZ-Mittel	5.112.918,81 EUR	2.712.918,81 EUR
Andere beteiligte Institutionen	GTZ	GTZ
Erfolgseinstufung	5	
• Signifikanz/Relevanz	4	
• Effektivität	5	
• Effizienz	5	

Kurzbeschreibung, Oberziel und Programmziele mit Indikatoren

Ziel des Programms war es, den Zugang der ländlichen, bisher unterversorgten Bevölkerung der Region VII (Departamentos Huehuetenango und Quiché) zu qualitativ höherwertigen Basisgesundheitsdienstleistungen zu verbessern. Damit sollte ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der in extremer Armut lebenden indigenen Bevölkerung der Programmregion geleistet werden (Oberziel). Das Programm bildete einen integralen Bestandteil der Sektorreform des guatemaltekischen Gesundheitsministeriums (MSPAS), die wiederum Bestandteil der im Friedensvertrag durch die guatemaltekische Regierung eingegangenen Verpflichtungen ist. Kernstück des offenen Programms war die zeitlich begrenzte, degressive Finanzierung von Basisgesundheitsdiensten durch Nichtregierungsorganisationen (über das sog. Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS). Ergänzend sollte ein sich aus den Verkaufserlösen refinanzierender Medikamentenfonds für die Region eingerichtet werden (Programa de Accesibilidad de Medicamentos, PROAM). Weiterhin sollte aus FZ-Mitteln die Beschaffung von medizinisch-technischer Ausrüstung für Gesundheitseinrichtungen sowie von Kommunikations- und Transportmitteln finanziert werden. Schließlich wurden programmbezogene Consultingleistungen und Fortbildungsmaßnahmen finanziert. Aufgrund massiver Durchführungsprobleme, die v.a. auch im Rahmen einer gemeinsam mit dem Projektträger durch-

geführten Zwischenevaluierung im September 2001 erneut bestätigt wurden (vgl. unsere FK-Berichte vom 30.03.2000 und 10.04.2001), und angesichts der Tatsache, dass trotz eines intensiven Monitorings durch uns und verstärkter Unterstützung durch den FZ-Consultant keinerlei Aussicht auf eine Verbesserung der Situation sowie auf eine Erreichung der Programmziele bestand, wurde die Finanzierung des Vorhabens im August 2002 nach Genehmigung durch das BMZ vorzeitig (nach 2,5 Jahren) eingestellt.

Das Programm wurde als FZ/TZ-Kooperationsvorhaben mit dem TZ-Projekt "Ländliches Basisgesundheitsprogramm (PAPS)" durchgeführt. Der vorliegende Bericht ist mit der GTZ abgestimmt. Die Anlage enthält weitere Programmkenndaten.

Zur Messung der Programmzielerreichung wurden folgende bei Programmprüfung (PP) definierte Indikatoren herangezogen: Drei Jahre nach Ende der Programmlaufzeit

- verfügen mindestens 60% der Bevölkerung, die im Rahmen des Programms mit Basisgesundheitsdienstleistungen versorgt wurden, weiterhin über einen regelmäßigen Zugang zu Gesundheitsdiensten (SIAS);
- sind mindestens 60% der im Rahmen des Programms eingerichteten Medikamentenverkaufsstellen in Betrieb (PROAM);
- führen mindestens 60% der rehabilitierten Laboratorien eine ihrer Kapazität angemessene Anzahl von Laboruntersuchungen pro Monat durch;
- werden aussagekräftige Berichte über die Gesundheitsversorgung des jeweiligen Einzugsgebietes von mindestens 70 % der Gesundheitszentren an die regionalen Gesundheitsverwaltungen gesandt.

Nicht verwendete FZ-Mittel in Höhe von 2,4 Mio EUR wurden bereits im Rahmen der Regierungsverhandlungen 2002 zugunsten des Wasserver- und Abwasserentsorgungsprojekts Flores und San Benito umprogrammiert. Es bestehen noch Restmittel in Höhe von rd. 114 TEUR, über deren Verwendung im Rahmen der nächsten Regierungskonsultationen entschieden werden soll.

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

Die Konzeption des Vorhabens setzt sich zusammen aus drei eigenständigen Komponenten, die komplementär auf einander abgestimmt waren. Dies sind im einzelnen (a) die Finanzierung von Nichtregierungsorganisationen (NRO) als Gesundheitsdienstleister (über das sog. SIAS-Programm), (b) das Medikamenten-Programm PROAM sowie (c) die Ausrüstung für Gesundheitseinrichtungen. Zur Unterstützung des Programmträgers bei der Umsetzung dieser Komponenten wurden ergänzend ein Langzeit-Consultant sowie mehrere Kurzzeitexperten finanziert.

Bei dem SIAS-Programm, der wichtigsten konzeptionellen Säule des Vorhabens, handelt es sich um einen innovativen Ansatz der Dienstleistungserbringung nach dem – ausgehend von Kapazitätsengpässen und Qualitätsdefiziten bei staatlichen Gesundheitseinrichtungen und fehlendem Vertrauen der indigenen Bevölkerung gegenüber dem Staat – die Gesundheitsdienste durch (lokal vertretene und anerkannte) NRO erbracht werden. Die Konzeption folgt den neueren Ansätzen des „Private Health“, nach denen der Privatsektor zur Verbesserung von v.a. Qualität und Effizienz der Gesundheitsdienste in den Gesundheitssektor mit eingebunden wird. Der Ansatz ist auch aus heutiger Sicht grundsätzlich verfolgenswert und sinnvoll. Bei der Umsetzung dieser Komponente sind jedoch schwerwiegende Probleme aufgetreten, die schließlich zusammen mit den Problemen

bei den übrigen Komponenten und angesichts der abzusehenden Zielverfehlung zum Abbruch des Vorhabens geführt haben. Im Rahmen der im September 2001 durchgeführten Zwischenevaluierung wurden v.a. folgende Probleme identifiziert:

- a) Die vom guatemaltekischen Gesundheitsministerium (MSPAS) unter Vertrag genommenen NRO wiesen mehrheitlich weder spezifische Erfahrungen im Gesundheitssektor noch in der Region auf und verfügten i.d.R. auch nicht über Kenntnisse der indigenen Sprachen und Kulturen. Damit fehlten wichtige Grundvoraussetzungen zur Erbringung von qualitativ zufrieden stellenden Gesundheitsdiensten.
- b) Mit der Supervision der NRO wurden entsprechend der Dezentralisierungspolitik des MSPAS die regionalen Gesundheitsdistrikte DAS („Direcciones de Area“) auf Departaments-Ebene beauftragt, die ihrerseits diese Aufgabe den „jefaturas de distrito“ (Distrikt-Ebene) übertragen haben. Das MSPAS hat keine der Ebenen für diese neue Aufgabe mit zusätzlichem Personal, der logistischen Infrastruktur und sonstigen erforderlichen Finanzmittel ausgestattet, so dass de facto keine Kapazitäten für eine angemessene Supervision zur Verfügung standen. Mit dem vorhandenen Personal wurde versucht, zumindest eine formale, buchtechnische Überprüfung vorzunehmen, bei der auf Grundlage der von den NRO vorgelegten Berichte quantitative bzw. finanzielle Aspekte wie Mittelverwendung, personelle Kapazitäten, Finanzkraft, etc abgefragt wurden. Die Quantität und Qualität der tatsächlich lokal erbrachten Dienste wurden allerdings nicht überprüft. Gemäß der Leistungs-Verträge zwischen dem MSPAS und den NRO waren 26 zu erbringende Gesundheitsdienstleistungen vorgesehen, davon wurden jedoch nur 9 auf Basis der Aufzeichnungen der NRO überprüft. Es ist davon auszugehen, dass die übrigen Dienste nicht erbracht wurden. Vor diesem Hintergrund und auf unser Drängen hin hat das MSPAS die Durchführungseinheit und der FZ-Consultant kurzfristig mit der Supervision beauftragt, womit zumindest ein Mindestmaß an Mittelverwendungskontrolle sichergestellt wurde. Wegen Kapazitätsengpässen erfolgte dies zwar auch nur mit erheblichen zeitlichen Verzögerungen, jedoch gelang es zeitweise immerhin, die Supervisionsaufgaben zusammen mit dem Personal der Distriktebene durch zu führen und damit einen gewissen Know-how-Transfer zu erreichen.
- c) Konzeptionell war darüber hinaus vorgesehen, im Rahmen der Supervision den Ausbildungsbedarf für die NRO abzuleiten, um so sukzessive die Performance der Leistungserbringer zu verbessern (man ging davon aus, dass die lokalen und kulturspezifischen Erfahrungen mit der indigenen Bevölkerung und ihre Akzeptanz durch diese wichtiger waren als die gesundheitsmedizinische Erfahrung, die man sukzessive aufbauen wollte). Die Ausbildungskurse sollten aus FZ finanziert werden, wurden aber wegen Kapazitätsengpässen bei den DAS und der Durchführungseinheit nicht umgesetzt. Ein weiteres Problem bei der Weiterqualifizierung der NROs bestand darin, dass die SIAS-Zentrale im MSPAS einmal im Jahr eigenständige buchtechnische Evaluierungen der NRO durchführte, nach welchen ein erheblicher Teil der NRO wegen schlechter Performance ausgetauscht und durch neue – i.d.R. ebenso unerfahrene – ersetzt wurden (ohne, dass ein Akkreditierungssystem vorgelegen hätte und ohne sich mit der Durchführungseinheit oder dem FZ-Consultant abzustimmen).
- d) Als ein schwerwiegendes praktisches Problem erwies sich die Bezahlung der NRO durch das MSPAS, die nur sehr unregelmäßig und mit erheblichen zeitlichen Verzögerungen von etwa 3-6 Monaten erfolgte. Dadurch konnten die NRO keine kontinuierliche Gesundheitsversorgung leisten und wurden mit ernsthaften Liquiditäts- und Personalproblemen konfrontiert. Die Gründe waren zum einen

die fehlende bzw. unregelmäßige Liquidität des MSPAS, die die Aufbringung des Eigenbeitrags erschwerte sowie zum anderen die extreme Bürokratie und Ineffizienz innerhalb des MSPAS und der dezentralen Einheiten (inklusive der Durchführungseinheit). Diese Probleme standen auch einer effizienten Abrufherstellung und damit einer zeitnahen Auszahlungen der FZ-Mittel im Wege.

- e) Bei PP waren bereits die schwache Finanzkraft des guatemaltekischen Gesundheitsministeriums und die damit verbundenen Gefahren für die Nachhaltigkeit des SIAS-Programms bzw. des FZ-Programms als Risiko identifiziert worden. Im Verlauf der Durchführung mussten wir feststellen, dass angesichts der kontinuierlichen Budgeteinschnitte (anstelle der wegen der degressiven FZ-Finanzierung erforderlichen Budgeterhöhungen) und der desolaten Finanzsituation des Staatshaushalts die Nachhaltigkeit des Programms ernsthaft in Gefahr war. Auch nach Einstellung der FZ-Finanzierung zeigt sich, dass das MSPAS lediglich die formale Erfüllung der Vereinbarung aus dem Friedensvertrag (Erhöhung des Versorgungsgrades) über die Finanzierung der NRO im Wechsel durch verschiedene Geber anstrebt, ohne ausreichend die Nachhaltigkeits- und Qualitätsaspekte zu berücksichtigen.

Die zweite konzeptionelle Säule des Gesundheitsprogramms sollte die Einrichtung von Medikamentenfonds über das PROAM sein, die jedoch nicht umgesetzt wurde. Auch dieser konzeptionell grundsätzlich sinnvolle Ansatz scheiterte v.a. an Schwächen in der Qualifikation, der Kapazitäten, der Effizienz und Motivation der Durchführungseinheit und der übrigen mit der Abwicklung beauftragten Mitarbeiter auf zentraler Ebene. Die Komplexität bzw. der Arbeitsaufwand dieser Komponente waren auch bei PP von allen Beteiligten unterschätzt worden. So mussten z.B. die Anträge der Verkaufseinrichtungen („ventas sociales de medicamentos“: VSM) und Kleinstapotheken („botiquines rurales“: BR) auf ihre Finanz- und Organisationskraft geprüft werden, der Aus- und Weiterbildungsbedarf identifiziert und befriedigt sowie ein Supervisionsmechanismus etabliert und umgesetzt werden. Nach 2 Jahren Durchführungszeit war vom MSPAS noch immer kein einziger Antrag geprüft worden, so dass das MSPAS diese Komponente im Rahmen der Zwischenevaluierung im Einvernehmen mit uns zurückgestellt hatte. Nach den Erfahrungen bei der SIAS- und Beschaffungskomponente (vgl. unten) war die ordnungsgemäße Durchführung dieser Komponente dem MSPAS bzw. der Durchführungseinheit nicht mehr zuzutrauen. Rückblickend zeigt sich, dass auch hier im Vorfeld die Kompetenz des Trägers und die Folgekosten dieser Reformmaßnahme für das MSPAS (in Form von Personalaufwand und Finanzmittel für Antragsprüfung, Ausbildung und Supervision) nicht ausreichend untersucht worden waren. Außerdem hat sich gezeigt, dass die einzelwirtschaftliche Rentabilität der VSM in ländlichen Gebieten nicht gesichert ist und aus Umsatzgründen der Verkauf unnötiger Medikamente stimuliert wird (z.B. Vitamine, Antibiotika, etc.), die den medizinischen Indikationen teilweise entgegen stehen.

Die dritte Komponente des Programms war die Beschaffung von Ausrüstung für Gesundheitseinrichtungen. Diese wurde nur in Teilen umgesetzt: es wurden 2 Fahrzeuge (für die DAS), 50 Motorräder (für die staatlichen Gesundheitsposten) sowie 50 Computer (für die DAS und die nachgelagerte Distriktebene) beschafft. Der Beschaffungsprozess war v.a. aufgrund der komplexen nationalen Beschaffungsverfahren und der geringen Erfahrung der Durchführungseinheit außerordentlich langwierig (rd. 2 Jahre) und hat unverhältnismäßig viele Kapazitäten bei der Durchführungseinheit gebunden. Die geplante Beschaffung von 10 medizinischen Labors für staatliche Gesundheitszentren sowie von medizinisch-technischer Ausrüstung für bis zu 15 staatliche und private-gemeinnützige (v.a. kirchliche) Gesundheitseinrichtungen ist nicht erfolgt, v.a. weil die DAS bzw. das MSPAS seiner Verpflichtung – die auszustattenden Einrichtungen zuvor zu rehabilitieren und das erforderliche Laborpersonal bereit zu stellen – nicht nachge-

kommen ist. Die Fahrzeuge und Motorräder werden nach Angaben des MSPAS weiterhin genutzt; dem Schlussbericht des Consultants ist zu entnehmen, dass die Wartung nur unregelmäßig erfolgt. Das ursprünglich vorgesehene Leasingmodell für die Wartung der Motorräder konnte aufgrund der guatemaltekischen Gesetzeslage nicht angewendet werden. Für die Computerbeschaffung hat das MSPAS die entsprechenden Räumlichkeiten zuvor rehabilitiert. Die Inbetriebnahme der Computer verzögerte sich aber, unter anderem weil die Vereinheitlichung der vom TZ-Projekt PAPS und vom Gesundheitsministerium entwickelten Softwareteile noch nicht abgeschlossen war. Inzwischen wurde jedoch ein einheitliches Informationssystem entwickelt, allerdings konnte im Ergebnis bisher vor allem die technische Infrastruktur, d.h. die Voraussetzungen für die Datenverarbeitung verbessert werden. Diese Daten werden von den Epidemiologen der DAS in Huehuetenango und Quiche für die Erstellung von Berichten und Vergleichen genutzt. Die zunehmende Nutzung des Informationssystems als Managementinstrument ist eines der Ziele des TZ-Projekts

Da das SIAS derzeit die einzige Alternative ist, der zuvor unterversorgten und marginalisierten Bevölkerung Gesundheitsdienste anzubieten und die Dienste von der Bevölkerung auch weitgehend geschätzt wurden, haben wir versucht, trotz der erheblichen Durchführungsprobleme, über die Vereinbarung von durch das MSPAS zu erfüllenden Mindestvoraussetzungen das Programm unter verbesserten Bedingungen fortführen zu lassen. Diese Mindestvoraussetzungen wurden jedoch nicht erfüllt (vgl. unser Schreiben an BMZ vom 6. Juni 2002), so dass wir dem BMZ die Einstellung der Finanzierung des Vorhabens empfohlen haben.

Das Vorhaben war konzipiert als Kooperationsvorhaben mit dem TZ-Projekt PAPS, das sich jedoch im ersten Jahr der Durchführung des FZ-Programms unabgestimmt und überraschend aus der Programmregion zurückzog und erst im letzten Jahr der Durchführung (ab Oktober 2001) die Aktivitäten mit neuem Personal wieder aufnahm. Die Kooperation beschränkte sich zu Beginn auf die Teilnahme des TZ-Projektleiters an den jährlichen Monitoringtreffen. Erst nach dem Personalwechsel konnte die Zusammenarbeit (v.a. im Bereich PROAM und Computerausstattung) intensiviert werden. Die Kompetenzdefizite auf Seiten der Durchführungseinheit und die fehlende Unterstützung durch die Zentral- und Distriktebene konnten jedoch weder durch die TZ noch durch den FZ-Consultant ausgeglichen werden. Die im Programmprüfungsbericht festgelegte Auflage 1 bzgl. der Anwendung der staatlichen Beschaffungsrichtlinien wurde weitgehend erfüllt, ein Teil der Beschaffungen erfolgte gemäß der „Ley de Emergencia“. Die Auflage 2 zur Vorlage von jährlichen Wirtschaftsprüfungsberichten wurde, wenngleich verspätet, erfüllt.

Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung

Mit den FZ-Mitteln wurden seit Anfang 2000 16 Leistungs-Verträge mit 14 NRO finanziert, womit die Zahl der durch Basisgesundheitsdienste erreichte Menschen um insgesamt 293.000 erhöht werden konnte. Unklar ist, wie viele dieser durch die NRO-Verträge theoretisch erreichbaren Menschen tatsächlich Gesundheitsdienste in Anspruch genommen haben. Im Rahmen der o.g. Zwischenevaluierung wurden 12 der 14 FZ-finanzierten NRO besucht und deren Leistungen bewertet. Dabei stellte sich heraus, dass nur ein Bruchteil der vertraglich vereinbarten Aktivitäten von den NRO erbracht werden und in vielen Fällen nicht einmal das Basisgesundheitspaket gesichert war. Die Qualität der erbrachten Leistungen war als wenig überzeugend bewertet worden, insbesondere weil die Wirkungen auf die Gesundheitssituation der Bevölkerung zweifelhaft waren. Beispiele dafür sind: (a) In der Mehrheit der Fälle wurden zwar Impfprogramme durchgeführt, jedoch funktionierte nicht immer die Kühlkette, so dass die Wirksamkeit des Impfschutzes angezweifelt werden musste. (b) Das Gesundheitspersonal führte kei-

ne Patientenregister, die eine Überprüfung von Diagnose und Therapiebehandlung sowie die weitere Verfolgung des Krankheitsverlaufs ermöglicht hätten. (c) Es wurden keinerlei Laboruntersuchungen durchgeführt. (d) Die Medikamentenaufbewahrung erfolgt größtenteils unzureichend (unhygienisch, feucht) und die Ausstattung mit Medikamenten war ebenfalls unzureichend. (e) Die an Gesundheitshelfer und Hebammen gerichtete Ausbildung durch die NRO wurde von den Ausgebildeten als mangelhaft bewertet (zu kurz, zu komplex, nicht an die Erfordernisse angepasst, wenig präventiv ausgerichtet und auf spanisch anstatt in der lokalen Maya-Sprache). (f) Die von den NRO genutzten Behandlungsräume waren in einem schlechten Zustand (fehlende Mindestausstattung, kein Trinkwasseranschluss, keine Latrinen, unhygienisch). Dienste der Familienplanung, die nachweislich für die Verbesserung der Lebenssituation von großer Bedeutung sind, wurden überhaupt nicht erbracht. Nichtsdestotrotz muss gesehen werden, dass es sich um die ersten modernen Gesundheitsdienste zu Gunsten der indigene, marginalisierte Bevölkerung handelt und daher diese auch entsprechend einer BID-finanzierten Studie von den Begünstigten positiv wahrgenommen werden.

Zusammenfassend sind folgende Ergebnisse festzuhalten, die nach 2,5 Jahren Durchführung auch die Gründe waren für die vorzeitige Einstellung der Finanzierung: (1) Angesichts der chronischen und zunehmenden Haushaltsdefizite des guatemaltekischen Staates war die im Indikator 1 implizit enthaltene finanzielle Nachhaltigkeit des Vorhabens nicht mehr zu erwarten. Die übrigen bei PP definierten Indikatoren (2-4) waren nicht mehr erreichbar und damit die Programm- bzw. Oberzielerreichung unmöglich. (2) Die Qualität der von den NRO erbrachten und aus FZ und guatemaltekischen Mitteln finanzierten Gesundheitsleistungen war unzureichend, was zusammen mit Punkt (1) eine entsprechend geringe Effektivität des Vorhabens bedeutet (Stufe 5). (3) Unzureichende Kompetenz sowie personelle, finanzielle und materielle Ausstattung der regionalen Gesundheitsverwaltungen (DAS) und der Durchführungseinheit (UEP) standen einer ordnungsgemäßen fachlichen und finanziellen Durchführung des Vorhabens (z.B. Supervision der Versorgungsstandards, Mittelverwendung, etc.) entgegen. (4) Trotz des im Laufe der Durchführung substantiell reduzierten Maßnahmenumfangs (vgl. unsere letzte FK vom 10.04.2001) ergaben sich gravierende zeitliche Verzögerungen bei der Durchführung des Programms (v.a. wegen bürokratischer Verfahren, aber auch unzureichender Qualifikation und permanenter Personalwechsel), die das Vorhaben zusätzlich ineffizient machten (Stufe 5). (5) Schließlich wird mit dem SIAS-Programm auf politischer Ebene nach außen der Eindruck erweckt, dass für die indigene Bevölkerung ein ausreichendes Basispaket präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung bereitgestellt wird, während tatsächlich von 26 geforderten Basisdiensten maximal nur 4-5 Dienste und diese mit fraglicher Qualität erbracht werden. Die Signifikanz bzw. Relevanz des Vorhabens beurteilen wir abschließend angesichts der geringen Wirkungen als nicht ausreichend (Stufe 4). Gleichzeitig existieren aber für diese marginalisierte Bevölkerung keine alternativen Gesundheitsdienste, die immerhin rd. 2,5 Jahre aus FZ finanziert wurden und von den Menschen genutzt sowie subjektiv auch geschätzt werden. Als positive Wirkung ist auch anzuführen, dass durch das FZ-Programm erstmalig überhaupt eine Art von Supervision auf der Distriktebene eingeführt und das Gesundheitspersonal vor Ort und auch die NRO selbst diesbezüglich sensibilisiert wurden, was in den übrigen Regionen nicht der Fall war. Auch hat das Programm über das intensive Monitoring durch die KfW und den FZ-Consultant dazu beigetragen, auf zentraler Ebene das MSPAS für bestimmte Probleme zu sensibilisieren und gewisse – wenngleich unzureichende – Änderungen einzuführen (z.B. Bereitstellung von 1-2 Distriktangestellten für Supervision).

Nach Abwägung der o.g. Schlüsselkriterien schreiben wir dem Vorhaben eine insgesamt eindeutig unzureichende entwicklungspolitische Wirksamkeit zu (Stufe 5).

Programmübergreifende Schlussfolgerungen

Programmübergreifend ziehen wir folgende Schlussfolgerungen: (1) Bei PP ist stärker auf die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Reformprozess in Richtung Dezentralisierung zu achten, so dass neben der Dekonzentration von Aufgaben auch eine Dezentralisierung von Entscheidungs- und Ressourcenkompetenz sichergestellt ist. (2) Ein Vorhaben dieser Komplexität erfordert eine deutlich höhere Grundqualifikation von Seiten des Trägers und eine genauere Analyse seiner Finanzkraft; beides war sicherlich bei PP von uns überschätzt worden. (3) Trotz der ursprünglichen Absicht wurde die Zivilgesellschaft bei der Planung und Durchführung der in Guatemala eingeführten Reformelemente nicht mit einbezogen, wodurch das an sich innovative NRO-Modell als ein Ansatz von oben nach unten umgesetzt wurde. (4) Schließlich ist anzumerken, dass bei der Planung der Gesundheitsreform keine integrale Betrachtungsweise zugrunde gelegt wurde, stattdessen wurden sinnvolle Reformelemente unabhängig und isoliert von einander konzipiert und zudem die zweite Versorgungsebene ausgeklammert.

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 unten 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.