

**Indonesien: Basisgesundheits- und Ernährungsprogramm**

**Schlussprüfung**

<b>OECD-Förderbereich</b>	12240 / Ernährung	
<b>BMZ-Projektnummer</b>	1993 65 321	
<b>Projektträger</b>	Republik Indonesien, vertreten durch das Gesundheitsministerium	
<b>Consultant</b>	Saniplan, Deutsche Beratungsstelle für Hygiene und Medizin mbH, DECON	
<b>Jahr der Schlussprüfung</b>	<b>2005</b>	
	<b>Projektprüfung (Plan)</b>	<b>Schlussprüfung (Ist)</b>
<b>Durchführungsbeginn</b>	4. Quartal 1993	4. Quartal 1993
<b>Durchführungszeitraum</b>	66 Monate	105 Monate
<b>Investitionskosten</b>	126,8 Mio. EUR	84,7 Mio. EUR
<b>Eigenbeitrag</b>	33,9 Mio. EUR	10,0 Mio. EUR
<b>Finanzierung, davon FZ-Mittel</b>	15,3 Mio. EUR	14,8 Mio. EUR
<b>Andere beteiligte Institutionen/Geber</b>	Weltbank 77,6 Mio. EUR	Weltbank 59,9 Mio. EUR
<b>Erfolgseinstufung</b>	3	
<b>• Signifikanz/Relevanz</b>	3	
<b>• Effektivität</b>	3	
<b>• Effizienz</b>	3	

**Kurzbeschreibung, Oberziel und Projektziele mit Indikatoren**

Das mit der Weltbank kofinanzierte Vorhaben umfasste Maßnahmen zur Verbesserung der Basisgesundheitsdienste in 5 östlichen Provinzen Indonesiens (West-Java, Zentraljava, West Timor [Nusa Tenggara Timur – NTT], Moluku und Papua). Wesentliche Bestandteile des Programms waren die Ausbildung von Basisgesundheitspersonal, Bau und Rehabilitierung von Gesundheitszentren, deren Ausstattung mit medizinischen Geräten, Instrumenten und Verbrauchsmaterial sowie die Stärkung der Managementkapazität des Gesundheitsministeriums auf zentraler Ebene. Der FZ-Beitrag diente der Finanzierung von medizinischen Geräten, Instrumenten, Gebrauchs- und Verbrauchsgütern, Lehr-, Unterrichts- und Büromaterial sowie von Consultingleistungen.

Oberziel des Vorhabens war es einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von Müttern, Säuglingen und Kindern im Programmgebiet zu leisten. Programmziele waren die kontinuierliche Versorgung von 10 % der Gesamtbevölkerung der Programmgebiete mit Basisgesundheitsdiensten, insbesondere im Mutter- und Kindbereich, sowie die Vermittlung gesunder Ernährungsweisen.

Während der Programmprüfung (PP) wurden für das Gesamtprogramm folgende Indikatoren festgelegt: Nutzungsgrad der Basisgesundheitsseinrichtungen wie z.B. Anzahl behandelter Patienten und durchgeführter Geburtshilfen; Anteil der immunisierten Kinder; Anzahl und Art durchgeführter Aufklärungskampagnen sowie Verkaufsmenge von jodiertem Salz. Die endgültige

Festlegung der Indikatoren sowie die genaue Feststellung der Ausgangssituation (Quantifizierung) sollte im Rahmen des unter Begleitung der Weltbank zu implementierenden Monitoring- und Evaluierung- (M+E-)Systems erfolgen. Ein solches System wurde jedoch wegen der auf diesem Gebiet fehlenden Kooperation des indonesischen Gesundheitsministeriums (MOH) nie eingeführt, wie die Weltbank in ihrem Evaluierungsbericht (Implementation Completion Report, 2001) selbst kritisch festhält. Schon die Weltbank beschränkte sich, da es kein Baseline-Szenario gibt, in ihrem Evaluierungsbericht daher auf die allgemeine Darstellung der Veränderungen im Gesundheitsbereich der 5 Provinzen.

Für die FZ-Komponente wurden 1998 gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium folgende Indikatoren – jedoch ohne Zielgrößen – festgelegt: i) Tetanusdurchimpfungsgrad von Frauen, ii) Anteil der Geburten, die von medizinischem Fachpersonal betreut werden, iii) Masern- und Tetanusdurchimpfungsgrad von Kindern, iv) Prozentsatz untergewichtiger Kinder unter 5 Jahren, v) Anzahl der Ärzte und Hebammen und vi) Anzahl der Gesundheitszentren mit Standardausrüstung.

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

Das Gesamtvorhaben CHN3 (Third Community Health and Nutrition Programm) war als Parallelfinanzierung mit der Weltbank konzipiert, wobei die Weltbank ca. 71 %, die FZ gut 17 % und die indonesische Regierung ca. 12 % der Gesamtkosten finanzierte. Insgesamt hat sich der Programmumfang von ursprünglich geplanten 152 Mio. USD (127 Mio. EUR) auf 102 Mio. USD (85 Mio. EUR) reduziert. Ursachen für die Kürzung des Weltbankdarlehens um 20 Mio. USD waren politische Unruhen auf mehreren Inseln und die dadurch verringerte Absorptionsfähigkeit des Programms. Außerdem reduzierte sich durch die asiatische Wirtschaftskrise (und die damit verbundene Abwertung der indonesischen Rupiah) der Eigenbeitrag des Gesundheitsministeriums stark. Auch die FZ-Komponente wurde nach der Abschlusskontrolle (AK) um 0,5 auf 14,8 Mio. EUR gekürzt, diese Mittel wurden auf andere Projekte umprogrammiert.

Das CHN3 war in zwei Komponenten aufgeteilt. Die erste diente dem Auf- und Ausbau von Gesundheitsdiensten auf Provinzebene, die zweite der Trägerstärkung des Gesundheitsministeriums sowie angegliederter Institutionen auf zentraler Ebene. Die Maßnahmen auf Provinzebene erstreckten sich auf die Schulung von medizinischem Personal einschließlich Hebammen in Gesundheitsdiensten sowie gesunden Ernährungsweisen, den Aufbau von regionalen Verwaltungsstrukturen, den Ausbau von Infrastruktur im Gesundheitsbereich sowie die Ausstattung von Gesundheitszentren. Im Mittelpunkt der zweiten Komponente standen die Verbesserung der Managementkapazitäten im MOH zur Schaffung einer effizienten zentralen Verwaltung sowie die Einrichtung eines Gesundheitsinformationssystems zur Erfassung zentraler Indikatoren.

Der FZ-Beitrag war dabei nur Bestandteil der ersten Komponente und konzentrierte sich auf die Finanzierung von medizinischen Geräten (23% der FZ-Mittel), Instrumenten (15%), Ausrüstungen (14%), Ge- und Verbrauchsgütern (8%), Lehr-, Unterrichts- und Büromaterialien (31%) sowie Consultingleistungen (9%). Es handelte sich um ein offenes Programm, so dass im Prüfungsbericht nur eine beispielhafte Auflistung der Ausrüstungsgegenstände erfolgte, die während der Durchführung mehrfach angepasst wurde. (Die Liste aller Lieferungen befindet sich im AK-Bericht, Anlage 5.) Stichproben zur Kontrolle der Mittelverwendung wurden durch den Beschaffungsconsultant periodisch durchgeführt und in seinen Berichten dokumentiert. Eine externe Evaluierung von Teillieferungen und ihrer Verwendung wurde zweimal durchgeführt. Wir können dem FZ-Vorhaben eine insgesamt ordnungsgemäße Mittelverwendung attestieren.

Hauptzielgruppe der Programms waren Frauen und Kinder sowie das in die Durchführung der Programmmaßnahmen involvierte Basisgesundheitspersonal in den ländlichen Gebieten mit überwiegend armen Bevölkerungsschichten.

Im CHN3 ergaben sich deutliche Verzögerungen gegenüber der ursprünglichen Zeitplanung. Angestrebte personelle und institutionelle Anpassungsprozesse im Rahmen des komplexen Programmansatzes haben sich als sehr schwierig erwiesen. Hinzu kamen politische Unruhen auf drei der fünf Inseln (Maluku, Papua und NTT) sowie die asiatische Wirtschaftskrise, von der Indonesien besonders stark betroffen war, die die Programmdurchführung immer wieder zurückwarfen und die Zusammenarbeit mit den zentralen Planungseinheiten erschwerten. Aufgrund der schlechten Erfahrungen mit dem MOH (die u.a. auch die Nichterstellung des vorgesehenen M+E-Systems einschlossen) wurde während der Durchführung mehr Gewicht auf die regionale Komponente verlagert und entsprechend auch mehr Verantwortlichkeiten bezüglich Budget- und Personalplanung auf die Provinzen verlegt. Insgesamt wurden für Maßnahmen auf Provinzebene ca. 2/3 des Programmbudgets ausgegeben. Da das Provinzpersonal aber nicht im Umgang mit internationalen Ausschreibungsprozessen geschult war und sich zusätzlich aufwendige Abstimmungsverfahren zwischen den Verwaltungsebenen ergaben, wurden Beschaffungsaktivitäten in den ersten Jahren stark verzögert, wovon auch die FZ-Komponente betroffen war, die sich insgesamt um gut 3 Jahre verlängerte und erst im September 2002 beendet wurde.

### **Wesentliche Ergebnisse der Wirkungsanalyse und Erfolgsbewertung**

Der indonesische Gesundheitssektor war in den letzten Jahrzehnten von einer kontinuierlichen Expansion des öffentlichen Gesundheitswesens gekennzeichnet und hat ein vergleichsweise dichtes Basisgesundheitsystem aufgebaut. Dies besteht aus Distriktkrankenhäusern, Gesundheitsstationen („Puskesmas“) und darunter aus dörflichen Gesundheitsposten („Pustu“) sowie dörflichen Geburtszentren („Polindes“). Entsprechend sind auch die Ausgaben für die primäre Ebene des Gesundheitswesens an den staatlichen Gesundheitsausgaben von rd. 20% Anfang der 90er Jahre auf über 30% gegen Ende der 90er Jahre gestiegen. Insgesamt sind die Ausgaben für den Gesundheitssektor mit 5,4% (2005) des nationalen Budgets im regionalen Vergleich jedoch sehr niedrig. Die angestrebte Dezentralisierung im Gesundheitssektor kommt weiterhin nur schleppend voran und verläuft unkoordiniert. Das öffentliche Gesundheitswesen ist von hoher Ineffizienz in der Allokation, Nutzung und dem Management von Ressourcen gekennzeichnet. Hervorgerufen wird dies durch schlechte Planung, fehlende Budgets und eine nicht funktionierende Kommunikation zwischen Zentral- und Provinzebene. So werden z.B. die Gesundheitsstationen direkt von der Distriktverwaltung gesteuert, d. h. sie haben keine eigenen Budgets, und wesentliche Entscheidungen werden von den Distrikten oder zentral in der Provinzhauptstadt getroffen. Damit haben die Leiter der Gesundheitsstationen kaum Entscheidungsspielraum, wodurch die Planungen oft am Bedarf vorbei gehen. Ein wesentliches Defizit liegt ferner in einem unzureichenden Instandhaltungswesen. Präventive Wartung findet praktisch nicht statt. Vorhandene Gelder werden meist zur Beschaffung von neuem Verbrauchsmaterial eingesetzt. Die hohe Personalfuktuation, hervorgerufen durch fehlende Anreiz- und Motivationssysteme, und die zum Teil schlechte Ausbildung von medizinischem Fachpersonal tragen ebenfalls zur Ineffizienz bei.

Die Förderung des Gesundheitssektors in Indonesien ist seit den 70er Jahren ein Schwerpunkt der Entwicklungszusammenarbeit der Weltbank, wobei sich die Vorgängerprogramme auf die Verbesserung der physischen Infrastruktur konzentrierten. Auch UNICEF und die GTZ sind seit vielen Jahren im Gesundheitssektor aktiv. Die ärmeren Provinzen Indonesiens, zu denen das Programmgebiet zählt, werden noch längere Zeit auf Unterstützung von außen angewiesen sein, da weder die Provinzen noch die Zentralregierung ein ausreichendes Investitionsbudget

bereit stellen können. Die Einnahmen durch Patientengebühren reichen besonders in den armen Provinzen bei weitem nicht aus, laufende und Investitionskosten zu decken.

Vor diesem Hintergrund setzte das Programm mit seinem Anspruch, die dezentralen Verwaltungsstrukturen zu stärken, Basisgesundheitspersonal auszubilden und dezentrale Gesundheitsstationen mit einer medizinischen Basisausrüstung auszustatten, an der richtigen Stelle an. Jedoch litt das Programm wie bereits ausgeführt unter der fehlenden Entscheidungsbefugnis und den begrenzten Kapazitäten der dezentralen Verwaltungsstrukturen und der Trägerschwäche des Gesundheitsministerium, die auch durch Trägerstärkungsmaßnahmen der Weltbank nicht aufgefangen werden konnten. Auch die Wirtschaftskrise von 1997/1998, die den finanziellen Spielraum für den Gesundheitssektor stark einschränkte und dadurch die ausreichende Beschaffung von Verbrauchsmaterial gefährdete sowie politische Unruhen auf den Inseln Maluku und Papua haben das Programm belastet. In Maluku wurden medizinisches Gerät und Funkgeräte entwendet und zerstört. Der geschätzte Schaden für das Gesamtprogramm belief sich zum Zeitpunkt der Abschlusskontrolle (AK) in 2003 auf 800.000 EUR. In Maluku wurden daraufhin alle Programmmaßnahmen abgebrochen und die lokale Steuerungseinheit aufgelöst.

Die besten Erfolge konnte das Programm im Bereich der Ausbildung und Ausstattung von Gesundheitspersonal auf Provinzebene erzielen. Vor Beginn der Programmimplementierung waren gerade in den ländlichen Gegenden Indonesiens erhebliche Defizite im Bereich der medizinischen Versorgung während der Schwangerschaft, der Vermittlung gesunder Ernährungsweisen sowie der Neugeborenen-Versorgung festgestellt worden. Im Rahmen von CHN3 wurden daher 3 Ausbildungsakademien erbaut (NTT, Papua, Maluku) und weit über 1500 Gesundheitsarbeiter, Hebammen und Ärzte in verschiedenen Themengebieten geschult. Die einzelnen Provinzen waren in die Planung und Gestaltung der Trainings intensiv eingebunden, so dass auch Fähigkeiten für die spätere eigenständige Planung von Trainingsprogrammen aufgebaut wurden. Neben der Ausbildung ihres Gesundheitspersonals profitierten die Provinzen von der Ausstattung von ca. 500 Gesundheitsstationen (Puskesmas) mit medizinischer Basisausrüstung sowie der Versorgung von über 1.800 Hebammen mit einem Ausrüstungskit sowie teilweise mit Solarlampen und Handfunkgeräten, die durch die FZ finanziert wurden. Dadurch konnte die medizinische Grundversorgung vor allem von Schwangeren und Kindern in der Programmregion erheblich ausgebaut werden.

Die Nachhaltigkeit dieser Komponente ist jedoch nur eingeschränkt gegeben. Zum einen gab es immer wieder Personalwechsel sowohl in der Verwaltung als auch beim medizinischen Fachpersonal (vor allem in entlegenen Gesundheitsstationen) wodurch Schulungswissen wieder verloren ging. Zum anderen führten mangelnde Instandhaltungsmaßnahmen dazu, dass bereits zum Zeitpunkt der AK 2003 nur noch ca. 85 % der finanzierten Ausrüstungsgegenstände ordnungsgemäß zum Einsatz kamen. Insbesondere die nachhaltige Nutzung der technisch anspruchsvollen Solarausrüstungen, die jedoch weniger als 1,5% des Gesamtbudgets ausmachten, kann daher nicht als gesichert angesehen werden. Aktuelle Informationen zu Zustand und Unterhaltung der Geräte liegen uns nicht vor, da eine systematische Überprüfung vor Ort unverhältnismäßig aufwendig geworden wäre. Wir gehen allerdings aufgrund der Situation bei AK davon aus, dass wesentlich mehr als die Hälfte der Geräte weiterhin sinnvoll eingesetzt wird.

Die Maßnahmen zur Trägerstärkung auf zentraler Ebene, in die die FZ nicht eingebunden war und die großteils autonom von den Maßnahmen auf Provinzebene umgesetzt wurden, waren weniger erfolgreich. Vor allem die Einrichtung eines Informationssystems, in dem zentrale Gesundheitsindikatoren gesammelt werden sollten, ist nicht geglückt. Dies hatte zur Folge, dass auch das geplante M+E System nicht erstellt und dementsprechend keine Programm spezifischen Daten erfasst wurden. Aufgrund der im Laufe der Durchführung verbesserten Zusammenarbeit mit dem MOH und erfolgreicher Trainingsmaßnahmen auf Universitätsebene wird

diese Komponente von der Weltbank als gerade noch "satisfactory" beurteilt. Insgesamt hat die Weltbank das Gesamtvorhaben als „satisfactory“ eingestuft.

Die Wirkungen des Gesamtvorhabens zur Verbesserung der Gesundheitssituation in den fünf Programmprovinzen lassen sich mittels der nachfolgenden Daten verdeutlichen (vgl. Anlage 2):

- Die Schwangeren-Vorsorge und die Geburtshilfe durch medizinisches Personal sind in allen Provinzen gestiegen. Vorsorge-Untersuchungen werden inzwischen in drei Provinzen von über 90% der Frauen wahrgenommen. Nur in Maluku (67%) und Papua (87%) werden diese Werte noch nicht erreicht, wobei die Zahlen für diese beiden Inseln einer älteren Erhebung entstammen und daher nicht vergleichbar sind. Auch die Inanspruchnahme von Geburtshilfe durch medizinisches Personal ist stark angestiegen, wenngleich die Zahlen mit 49% (Westjava) bis 67% (Zentraljava) weit unter denen der Vorsorgeuntersuchungen liegen. Die Werte für Papua und Maluku entstammen wiederum einer älteren Befragung und liegen darunter.
- Entsprechend ist die Säuglingssterblichkeit seit der Programmprüfung (PP) in allen Provinzen stark zurückgegangen. In Maluku hat sie sich gemäß des letzten „Health Survey“ von 2005 von 76 auf 38 pro 1.000 Geburten halbiert. Für die gesamte Programmregion bewegt sie sich nun zwischen 34 und 53 pro 1.000 Geburten nach 65 bis 90 zum Zeitpunkt der PP.
- Die Impfungen von Schwangeren sowie Kindern sind während der Programmlaufzeit auf allen fünf Inseln stark angestiegen. Die TT2-Impfungen von Schwangeren gegen Neugeborenen-Tetanie liegen zwischen 41% (20%) und 86% (70%) und die DPT1-Impfungen (Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus) von Kindern zwischen 81% (55%) und 100% (96%).
- Auch die Ärztedichte hat sich leicht verbessert und liegt inzwischen bei 7.700 (Maluku) und 16.000 (NTT) Einwohnern pro Arzt, nach vormals fast 20.000 Einwohnern pro Arzt in NTT.

Das Gesamtprogramm hat somit trotz der geschilderten Durchführungsschwierigkeiten und des unsicheren politischen Umfeldes wesentlich zur Reduzierung der Säuglingssterblichkeit und der besseren Versorgung von Schwangeren beigetragen. Die Verhaltensänderungen der Frauen bezüglich Schwangerschaft und Geburt sowie die gestiegene Zahl der Impfungen berechtigen zur Annahme, dass ein verbessertes Gesundheitsbewusstsein als wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltig verbesserte Gesundheitspflege erzeugt wurde. Wir gehen davon aus, dass aufgrund der durchgeführten Schulungen, bei Besuchen in den Gesundheitszentren auch Grundlagen über gesunde Ernährung vermittelt wurden, auch wenn darüber keine Daten vorliegen. Bei den vereinbarten Indikatoren zur Programmzielerreichung der FZ-Komponente ist, soweit diese erhoben wurden, eine deutliche Verbesserung eingetreten. Die FZ-Komponente hat insgesamt einen plausiblen Beitrag zum Gesamterfolg des CHN3 geleistet. Das Oberziel des Gesamtvorhabens wurde aufgrund der dargestellten Datenlage erreicht.

Die Bevölkerung in der Projektregion ist als überwiegend arm bis sehr arm einzustufen und profitierte unmittelbar durch das Vorhaben (SUA). Das Vorhaben zielte weiterhin v.a. auf die Verbesserung der Gesundheitssituation von Frauen und Kindern, was durch Ausstattung von Gesundheitsstationen und Hebammen sowie Training von Hebammen und Gesundheitspersonal erreicht wurde (G2). Durch die Trainingsmaßnahmen wurden zudem vornehmlich Frauen als Mitarbeiterinnen der lokalen Gesundheitsdienste begünstigt. Das Vorhaben sah auf Zielgruppenebene keine besonderen partizipativen Elemente vor (PD/GG0). Umweltaspekte waren nicht Teil der Programmkonzeption (UR0) und umweltrelevante Aspekte traten nicht auf, da die Basisgesundheitsseinrichtungen klein dimensioniert waren und sich der Verbrauch von medizinischen Artikeln auf das unbedingt notwendige Maß beschränkte.

Wir beurteilen das Vorhaben anhand der Schlüsselkriterien Effektivität, Signifikanz, Relevanz und Effizienz wie folgt:

- Effektivität: Das Programmziel wird insgesamt als erreicht eingestuft, da ein wesentlicher Anstieg von betreuten Schwangerschaften und Geburten sowie ein höherer Durch-

impfungsgrad zu verzeichnen ist. Die Verbesserung weiterer Gesundheitsindikatoren (Anlage 2) lässt vermuten, dass der Dienst der öffentlichen Gesundheitsversorgung, auch aufgrund der FZ-finanzierten Ausstattung der Gesundheitszentren, stärker angenommen wird. In Anbetracht der geschilderten Defizite bei der nachhaltigen Nutzung der Ausstattung bewerten wir die Effektivität nur als insgesamt ausreichend (Stufe 3).

- Signifikanz und Relevanz: Das Vorhaben war entwicklungspolitisch relevant, da zum Zeitpunkt der PP besonders in der Gesundheitsversorgung im Mutter- und Kindbereich in der Programmregion erhebliche Defizite zu verzeichnen waren. Das Oberziel des Programms (Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von Müttern, Säuglingen und Kindern im Programmgebiet) wurde erreicht. Einschränkend ist anzumerken, dass die angestrebte Stärkung von dezentralen Einheiten nicht im gewünschten Maße eingetreten ist, da diese noch immer stark, vor allem auch finanziell, von übergeordneten Verwaltungseinheiten abhängen. Die Kommunikation ist weiterhin schlecht, Anreize zu einer Senkung der Personalfuktuation konnten nicht eingeführt werden und die Erfassung relevanter Daten erfolgt nicht systematisch. Das Teilkriterium Signifikanz/Relevanz wird mit insgesamt ausreichend (Stufe 3) bewertet.
- Effizienz: Insgesamt verlängerte sich die Durchführungszeit des Vorhabens um drei Jahre und wurde mehrfach in Art und Umfang angepasst. Neben der ausgeprägten Schwäche des Projektträgers, die u.a. zu starken Verzögerungen der Ausschreibungen führten, lagen die Ursachen auch in nicht vorhersehbaren schwierigen politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Dies führte zum einen zu einem stark reduzierten Eigenbeitrag der indonesischen Seite und zum anderen zum Verlust bzw. zur stark verzögerten Lieferung von Ausrüstungsgegenständen. Insgesamt konnten Ineffizienzen des bestehenden Systems trotz großer Anstrengungen nicht behoben werden. Der Leistungsumfang und damit auch die Kosten des Gesamtprogramms haben sich aufgrund der Unzugänglichkeit einiger Inseln stark verringert. Insgesamt betrachten wir die Kosten als angemessen. Die Effizienz wird aufgrund der schwierigen Rahmenbedingungen als noch insgesamt ausreichend eingestuft (Stufe 3).

Die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird als insgesamt ausreichend beurteilt (Stufe 3):

### **Projekt übergreifende Schlussfolgerungen**

Bei Programmen mit großen Geräte- und Ausrüstungskomponenten ist ausreichendes Gewicht auf den Aufbau von Wartungsdiensten zu legen. Dabei ist der Aufbau von dezentralen Wartungseinheiten zu berücksichtigen, auf ausreichende Budgets und deren ordnungsgemäße Verwendung ist zu achten.

Es ist unbedingt notwendig, realistische Indikatoren für die Programmziele zu benennen und mit Zielwerten zu versehen, nachdem die Ausgangslage erfasst wurde. Zu den Indikatoren sollten vom Projektträger oder den dezentralen Einheiten regelmäßig und mit angemessenem Aufwand Erhebungen durchgeführt werden, wenn nötig mit Unterstützung eines Consultant.

## 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, o. g. 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.