

Ex-post-Evaluierung – Indien

>>>

Sektor: Infrastruktur im Bereich Basisgesundheits (CRS Kennung 12230)
Vorhaben: KV Basisgesundheits Westbengalen, BMZ-Nr.: 1997 65 496*
Programmträger: Regierung des indischen Bundesstaates Westbengalen, vertreten durch das Department of Health and Family Welfare (DoHFW)



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2014

	Projekt (Plan)	Projekt (Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR	36,87	36,80
Eigenbetrag Mio. EUR	6,19	7,44
Finanzierung Mio. EUR	30,68	29,36
davon BMZ-Mittel Mio. EUR	30,68	29,36

*) Vorhaben in der Stichprobe 2014

Kurzbeschreibung: Bei dem Vorhaben handelte es sich um ein FZ/TZ Kooperationsvorhaben zur Verbesserung der Basisgesundheitsdienste in acht Distrikten des indischen Bundesstaates Westbengalen. Die Hauptmaßnahme war die Rehabilitierung bzw. der Bau von insgesamt 236 Basisgesundheitseinrichtungen. Weitere Handlungsfelder des Projektes waren die Beschaffung von medizinischen und nicht-medizinischen Geräten, der Erwerb von 133 Ambulanzfahrzeugen und die pilothafte Einführung von Ambulanzfahrtdiensten und medizinischen Diagnostiklaboren, die durch Public Private Partnership (PPP) betrieben werden. Darüber hinaus wurde ein Voucher/Gutschein-System für Ambulanzdienste für werdende Mütter eingeführt und ein Planned Preventative Maintenance (PPM) Konzept entwickelt und getestet. Das Projekt wurde in zwei Projektabschnitten durchgeführt.

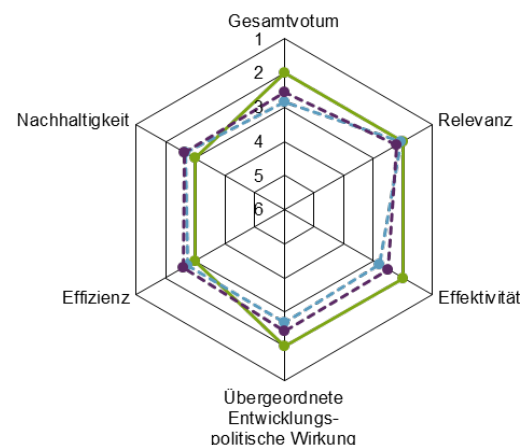
Zielsystem: Mit der quantitativen und qualitativen Verbesserung des Angebotes an Basisgesundheitsdiensten in ausgewählten Distrikten Westbengalens und deren Nutzung sollte ein Beitrag zur Anhebung des Gesundheitszustandes der überwiegend armen ländlichen Bevölkerung der Region geleistet werden.

Zielgruppe: Die Zielgruppe des Programms ist die Bevölkerung in den acht Distrikten Westbengalens, die zu einem Großteil aus armen ländlichen Bevölkerungsgruppen besteht.

Gesamtvotum: Note 2

Begründung: Das Vorhaben wies eine hohe Relevanz auf und hatte deutliche entwicklungspolitische Wirkungen. Die Nachhaltigkeit des Projektes sowie die Effizienz der Durchführung war zufriedenstellend und es dominierten die positiven Ergebnisse. Die Effizienz des Vorhabens entsprach voll den Erwartungen und insgesamt wurde damit eine gute Gesamtbewertung erzielt.

Bemerkenswert: Zwei der im Rahmen des Projektes entwickelten innovativen Ansätze i) Public Private Partnership Modelle für Ambulanzdienste und medizinische Diagnostiklabore und ii) Gutschein-Systeme für den Transport von werdenden Müttern wurden nach erfolgreicher Pilotierung in den Projektdistrikten in allen achtzehn Distrikten Westbengalens eingeführt und bis heute angewendet. Die unterste Ebene des Basisgesundheitswesens (Sub Center) wurde neben Infrastrukturmaßnahmen durch umfangreiche bundesstaatliche und nationale Mutter-Kind-Programme gestärkt und weist eine sehr gute Qualität und Funktionsfähigkeit auf, die maßgeblich zur Erreichung der Oberziele beigetragen hat.



—●— Vorhaben
 - - - ● - - - Durchschnittsnote Sektor (ab 2007)
 - - - ● - - - Durchschnittsnote Region (ab 2007)

Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 2

Relevanz

Das Kernproblem einer nicht ausreichenden Gesundheitsversorgung auf Ebene der Basisgesundheitsseinrichtungen wurde richtig erkannt. Die Wirkungskette des Projekts, die auf Basis erhöhter technischer Ausstattung und verbesserter Kapazitäten in Basisgesundheitsseinrichtungen von einer quantitativen und qualitativen Verbesserung der Dienstleistungen dieser SC/PHC/BPHC/RH ausging und damit einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation in den Projektdistrikten leisten wollte, scheint plausibel. Insbesondere die arme ländliche Bevölkerung, deren Anteil in Westbengalen auch heute noch bei über 30 % liegt, war von einem unzureichenden Angebot an dezentralen Gesundheitseinrichtungen besonders betroffen, da sie zumeist nicht über die Mittel verfügen, die staatlichen Gesundheitsdienste in den Distrikthauptstädten oder das private Gesundheitsangebot zu nutzen. Die qualitative und quantitative Verbesserung der dezentralen Basisgesundheitsseinrichtungen war daher ein angemessener Ansatz, dieser Bevölkerungsgruppe gezielt zu helfen.

Der Ansatz bei Projektprüfung (PP) war, Einrichtungen auf allen drei Sub-Ebenen des Basisgesundheitswesens zu fördern: Sub Center (SC), Primary Health Center (PHC), Block Primary Health Center (BPHC) / Rural Hospital (RH). Diese Strategie wurde in der ersten Hälfte des Projektes (im folgenden 1. Projektabschnitt genannt) auch konsequent umgesetzt mit dem Bau bzw. der Renovierung von 86 SC, 91 PHC und 38 BPHC in der Zeit zwischen 2000-2005. In der zweiten Hälfte des Projektes (im Folgenden 2. Projektabschnitt genannt) wurden keine Mittel mehr für SC und PHC verwendet. Alle Investitionsmittel wurden für die Renovierung von BPHC in den Blockhauptstädten und deren Aufwertung zu RH verwendet (Erweiterung der Bettenzahl, Bau und Einrichtung von Operationssälen und Diagnostik-Laboren). Diese Konzentration auf BPHC und RH, die laut Definition des Gesundheitsministeriums auch zu den Basisgesundheitsseinrichtungen zählen, wurde in erster Linie durch eine gesundheitspolitische Strategieänderung in Westbengalen hervorgerufen. Auch wenn es aus ökonomischen und projektstrategischen Gründen möglicherweise zu rechtfertigen war, den Fokus des zweiten Projektabschnittes auf weniger, aber dafür größere Bauten zu konzentrieren, war der Bedarf an weiteren dezentralen PHC und SC nicht abgedeckt. Die Aufstockung von BPHC zu RH erfordert neben dem allgemeinmedizinischem Personal eine entsprechende Verfügbarkeit an Fachpersonal (Anästhesisten, Kinderärzte, Gynäkologen, etc.), das vom DoHFW zur Verfügung gestellt werden müsste.

Der Ansatz sah ferner vor, eine Erhöhung der Funktionalität öffentlicher Gesundheitsdienstleister durch Einbindung privater Anbieter zu erreichen. Dies war innovativ und sinnvoll (Public-Private-Partnership (PPP) Ansätze).

Das Projekt wurde zeitlich, geographisch und bezüglich der Auswahl der Interventionsbereiche komplementär zu den Vorhaben anderer Geber (z.B. DFID, Weltbank) geplant und umgesetzt. Die Planung des Projektes (1997) als Kooperationsvorhaben war angebracht, da die qualitative Verbesserung der Basisgesundheitsversorgung neben Infrastruktur und Ausrüstung auch die festgestellten Kapazitätsschwächen des DoHFW, insbesondere auf dezentraler Ebene, adressieren sollte.

Aus heutiger Sicht hat das Vorhaben die Probleme der Gesundheitssituation in Westbengalen richtig erfasst und unter Berücksichtigung des gesundheitspolitischen Rahmens auf Seiten des Trägers und der Bundesrepublik Deutschland Maßnahmen ergriffen, die größtenteils geeignet waren, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der armen und marginalisierten Bevölkerung zu leisten. Der Infrastrukturansatz des ersten Projektabschnittes wird mit gut bewertet, der des zweiten Projektabschnittes mit befriedigend, da seine Bedarfsorientierung als geringer angesehen wird und bestimmte Nutzungsvoraussetzungen nicht sichergestellt waren (Fachpersonal). Unter Einbeziehung aller Projektmaßnahmen wird die Relevanz des Vorhabens jedoch mit gut bewertet.

Relevanz Teilnote: 2

Effektivität

Das Projektziel war die qualitative und quantitative Verbesserung des Angebotes an Basisgesundheitsdiensten in ausgewählten Distrikten Westbengalens mit einem hohen Anteil an benachteiligten Bevölkerungsgruppen und deren Nutzung. Die Erreichung der bei PP definierten Projektziele wird an Hand der Nutzung der verbesserten Angebote gemessen, dafür wurden die folgenden drei Indikatoren festgelegt:

Indikator	Status Projektprüfung	Status Ex-post-Evaluierung
(1) Zunahme der ambulanten Patienten in den Gesundheitseinrichtungen um 30 % <i>(Zahlen für BPHC/RH/PHC/SC) in 8 Projekt Distrikten Westbengalens)</i>	9,1 Mio. Patienten	19,5 Mio. Patienten <i>Indikator erfüllt</i>
(2) Zunahme der institutionellen Geburten um 20 Prozentpunkte	40 % aller Geburten in den 8 Projektdistrikten werden institutionell betreut	73 % aller Geburten in den 8 Projektdistrikten werden institutionell betreut Das entspricht einem Anstieg um 82 % <i>Indikator erfüllt</i>
(3) Anstieg der durchschnittlich von PPP-Ambulanzen transportierten Patienten auf 50 pro Monat	Es gab keine PPP Ambulanzen	40-70 PPP-Transporte / Monat / pro Einrichtung <i>Durchschnittlich 1-3 PPP-Ambulanzen je nach Einrichtung, Nutzerdaten nur erhältlich für Ambulanzen, die unter dem Mutter/Kind Projekt laufen. Gesamtzahl der PPP-Transporte basiert daher zusätzlich auf Befragungen und Beobachtungen vor Ort.</i> <i>Indikator weitgehend erfüllt</i>

Die Indikatoren des Projektes haben sich seit PP in allen Projektdistrikten positiv entwickelt. Die Zahl der ambulanten Patienten hat sich im Projektzeitraum mehr als verdoppelt, was auf gestiegene Kapazitäten in den Gesundheitseinrichtungen hinweist. Der Erfolg bei der Entwicklung und Einführung eines PPP-Modells für den Ambulanzbetrieb in Basisgesundheitsseinrichtungen wird durch den Anstieg der monatlich transportierten Patienten deutlich. Die Zusammenarbeit mit Nicht-Regierungs-Organisationen (NRO) und dem Privatsektor hat sich erfolgreich etabliert und scheint die Funktionsfähigkeit und Qualität dieser Services erhöht zu haben. Die Anzahl der stationären Patienten in BPHC und RH hat sich zwischen 2001 und 2013 verdreifacht, was durch den Ausbau dieser Einrichtungen einschließlich höherer Bettenzahl zustande kommt.

Die Verbesserung des Angebots an Basisgesundheitsleistungen kommt unmittelbar der armen Bevölkerung zugute, da sie diese Einrichtungen am meisten nutzt. Die besser verdienenden Bevölkerungsgruppen nehmen für ambulante medizinische Versorgung in großem Maße private Ärzte in Anspruch, da in den staatlichen Einrichtungen zumeist lange Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen und die Qualität der Versorgung häufig defizitär ist. Die Qualität der Krankenhäuser wird zum einen durch die Qualität der Ärzte beeinflusst, zum anderen durch die Pflege und Wartung der Einrichtung

Effektivität Teilnote: 2

Effizienz

Zur Messung der Effizienz der Mittelallokation und der Durchführung sollen folgende Indikatoren herangezogen werden: Durchführungsdauer, erzielttes Ergebnis im Vergleich zur Planung und Nutzung der Einrichtungen (als Proxy Indikator). Die Baukosten pro m² zu vergleichen erscheint in diesem Fall nicht angebracht, da es sich um sehr unterschiedliche Arbeiten von Abbruch und Neubau bis zur Renovierung vorhandener Gebäude handelt.

Die tatsächliche Laufzeit des Projektes betrug 10 Jahre und damit 5 Jahre länger als im PP veranschlagt. Das Mengengerüst des PP von 1997 wurde mehrfach revidiert, statt der geplanten 1.430 Basisgesundheitsseinrichtungen (darunter Neubau von 900 SC und Rehabilitierung von 360 PHC) wurden im Rahmen eines ersten Projektabschnittes 215 Einrichtungen (SC, PHC, BPHC) gebaut oder rehabilitiert und in einem zweiten Projektabschnitt wurden 21 BPHC zu RH ausgebaut. Diese Veränderungen gegenüber dem PP wurden durch mehrere Gründe hervorgerufen: Nach Umstrukturierungen im Gesundheitssektor, basierend auf dem 2004 eingeführten nationalen Reform Projekt "National Rural Health Mission" (NRHM), wurde unter anderem vom DoHFW die Erweiterung der Kapazitäten auf der obersten Ebene des Basisgesundheitswesens (BPHC, RH) in den Fokus gerückt. Das hatte zur Folge, dass es durch die Konzeptionsänderung zu erheblichen Zeitverzögerungen kam und nur eine kleinere Anzahl an Einrichtungen (mit höherem Finanzbedarf pro Einrichtung) gebaut werden konnte als im PP vorgesehen. Weitere zeitliche Verzögerungen in der Implementierung wurden durch politische Unruhen und Streiks in einigen Projektdistrikten hervorgerufen. Preissteigerungen bei Baumaterial zogen zeitaufwändige Anpassungen bei Verträgen mit Bauunternehmen nach sich, da zwischen Ausschreibung der Bauverträge und Beginn des Baus z.T. 2 Jahre lagen. Dies hatte eine weitere Reduzierung der Anzahl der Bauten zur Folge.

Nach Aussagen des Partners sind alle Einrichtungen in Betrieb (die Stichprobe während der Ex-post-Evaluierung bestätigt diese Angabe). Die Nutzung der SC, PHC und BPHC/RH ist durchschnittlich gut, wie an Hand der gestiegenen ambulanten und stationären Patientenzahlen zu erkennen ist. Vor allem die für die ländliche Bevölkerung am leichtesten zu erreichenden Subzentren mit ihren umfangreichen Mutter-Kind-Projekten werden stark frequentiert. Die Situation sieht anders aus bei den durch das Projekt geschaffenen spezialisierten Behandlungsräumen (zumeist Operationssäle) in den renovierten BPHC/RH, einschließlich der zugehörigen medizinischen Geräte. Über deren Nutzung liegen keine offiziellen Statistiken vor, im Rahmen der Ex-post-Evaluierung wurden jedoch in allen der 7 besuchten BPHC/RH die Operationssäle nicht genutzt und das spezialisierte medizinische Gerät lagerte zumeist seit Jahren in Originalverpackung in der Einrichtung. Zu wenig ärztliche Spezialisten und ein komplexes, oft ineffizientes Personalmanagement tragen maßgeblich zu der mangelnden Nutzung dieser speziellen Behandlungsräume bei. Das führt außerdem dazu, dass Patienten mit oder ohne Überweisung direkt in die besser ausgestatteten Distriktkrankenhäuser (Sekundär-Ebene) gehen und deutet auf Ineffizienzen im Versorgungssystem hin, weil Behandlungen nicht auf der dafür vorgesehenen Ebene erfolgen.

Effiziente Mittelverwendung wurde durch das Vergabeverfahren der regionalen Ausschreibung in mehreren Losen gewährleistet. Die Consultingleistungen betrugen nach Projektabschluss 28 % der Gesamtkosten und waren damit sehr viel höher als ursprünglich vorgesehen. Das ist auf ein Vielzahl von Faktoren zurückzuführen (u.a. Zeitverzögerungen, Ersatzleistungen für nicht mehr umgesetzte TZ-Maßnahmen). Die Erhöhung der Mittelallokation für Consultingleistungen wird in Anbetracht der erforderlichen Erweiterung des Aufgabenfeldes und der nicht verschuldeten Zeitverzögerungen als gerechtfertigt eingeschätzt, ist jedoch mit nahezu einem Drittel der Projektsomme als sehr hoch anzusehen. Eine strategischere Auswahl der Standorte hätte möglicherweise zu einer Reduktion der Kosten beitragen können.

Zusammenfassend (beide Projektabschnitte) wird die Effizienz mit gerade noch befriedigend bewertet.

Effizienz Teilnote: 3

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel des Vorhabens war die Verbesserung des Gesundheitszustandes der ärmeren Bevölkerung Westbengalens, Mütter und Kinder sollten laut PP besonders von dem Vorhaben profitieren. Die Wirkungen werden anhand folgender Indikatoren gemessen:

Indikator	Status Projektprüfung	Status Ex-post-Evaluierung
(1) Kindersterblichkeit (IMR) * <i>Ziel bei PP für 2010: 45 (in ländlichen Gebieten 47)</i>	55 (in ländlichen Gebieten 53)	32 (in ländlichen Gebieten 33) <i>Indikator erfüllt</i>
(2) Anteil der Kinder (12-23 Monate) mit vollständigem Impfschutz <i>Ziel bei PP: 75 % (in ländlichen Gebieten 70 %)</i>	44 % (in ländlichen Gebieten: 41 %)	97,4 % (in ländlichen Gebieten: k.A.) <i>Indikator erfüllt (für Bundesstaatsdurchschnitt)</i>

* IMR = Anzahl der Kinder, die im Zeitraum der ersten 5 Lebensjahre sterben pro 1.000 Lebendgeburten pro Jahr

Auf der Basis vorliegender Daten ist die Kindersterblichkeit bei Kindern unter 5 Jahren seit PP um 35 % gesunken, in ländlichen Gebieten sogar um 38 %. Der Anteil der Kinder mit vollständigem Impfschutz stieg seit PP um 120 % an und liegt in Westbengalen bei nahezu 100 %. Damit liegen die bei der Ex-post Evaluierung ermittelten Werte deutlich über dem bei PP anvisierten Niveau und sind auch besser als der gesamtindische Durchschnitt, wo die Kindersterblichkeit bei 42 liegt (Westbengalen 32). Dennoch bleibt festzuhalten, dass dieser Wert, trotz der enormen Verbesserungen in den letzten 15 Jahren, global betrachtet noch immer auf einem recht hohen Niveau liegt (Vergleich Kindersterblichkeit in Industrieländern: 4-6/1.000 Lebendgeburten) und fortgesetzte Anstrengungen notwendig sind, um die Gesundheitssituation der Bevölkerung Westbengalens weiter zu verbessern

Der Beitrag, den das FZ-finanzierte Vorhaben zur Verbesserung der Gesundheitssituation der 8 Distrikte Westbengalens geleistet hat, kann nicht herausgelöst werden aus der Gesamtwirkung der zahlreichen Gesundheitsprojekte, die von der indischen und/oder der westbengalischen Regierung ins Leben gerufen wurden. Durch die FZ wurden in den 8 Distrikten 39 % aller BPHC/RH, 20 % der PHC und 2 % der SC neu gebaut bzw. rehabilitiert. Die Verbesserung der Infrastruktur in Basisgesundheitsseinrichtungen kann als wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung einiger dieser anderen Projekte betrachtet werden.

Die Oberzielerreichung wird zusammenfassend (beide Projektabschnitte, wobei der erste Abschnitt stärker abschneidet) mit gerade noch gut bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2

Nachhaltigkeit

Das PPP-Modell ist die wohl erfolgreichste Komponente des Projektes. Das Konzept dafür wurde bereits 2003 entwickelt und beinhaltet eine strategische Zusammenarbeit zwischen staatlichen Gesundheitsdiensten und NRO / Privatsektor, mit dem Ziel, eine Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen auf Gemeindeebene zu erzielen. Auf Grund der Erfolge im Bereich Ambulanztransport sowie Labor- und Diagnostikdiensten wurde dieses Konzept nicht nur landesweit eingeführt, sondern auch auf andere Servicebereiche übertragen (z.B. Fair Price Medicine Shops, Catering, Entsorgung von medizinischem Müll, etc.) und scheint zu einer Verbesserung der Leistungen beigetragen zu haben. Das DoHFW plant sogar ein Pilotmodell, in dem ein komplettes PHC durch eine PPP-Initiative geführt wird. Die Nachhaltigkeit wird zusätzlich abgesichert durch eine 2006 von der Regierung erlassene "PPP-Policy".

Ebenso nachhaltig war die Einführung des "Voucher Systems" für schwangere Frauen, durch das der kostenlose Transport und eine verbindliche Versorgung von schwangeren Frauen und Neugeborenen sichergestellt werden soll. Die Gutscheinhefte haben mittlerweile landesweit Anwendung gefunden und tragen zur Verbesserung der Nutzung öffentlicher Einrichtungen sowie zur der Mutter-Kind Gesundheit bei.

Unzureichend ist die Nachhaltigkeit im Bereich "Betrieb und Wartung" der Einrichtungen und Geräte. Das "Planned Preventative Maintenance" (PPM) Konzept wurde zwar erfolgreich entwickelt, getestet und an Hand von Schulungsmaterial einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt, konnte nach Projektende jedoch auf Grund fehlender staatlicher Unterstützung nicht weitergeführt werden. Die Erfahrungen mit PPM wurden von beteiligten Krankenhaus- und Distriktleitungen durchweg als positiv bezeichnet. Die Pflege und Wartung findet nunmehr jedoch wieder wie gehabt auf einer ad hoc Basis statt und wird für korrektive (an Stelle von vorbeugenden) Maßnahmen verwendet. Die Ex-post-Evaluierung ergab, dass die Hygiene- und Wartungsstandards in den einzelnen Einrichtungen auf sehr unterschiedlichem Niveau liegen und in erster Linie abhängig sind von den Kapazitäten der jeweiligen Hospitalleitung. Die Wiederaufnahme des PPM-Konzeptes und seine finanzielle Absicherung im Rahmen eines speziellen Fonds scheinen dringend geboten, um eine nachhaltige Nutzung der Gebäude und Geräte sicherzustellen.

Das Projekt wurde bei PP als Kooperationsvorhaben mit der Technischen Zusammenarbeit (TZ) geplant. Die TZ sollte u.a. Distriktgesundheitspläne als Grundlage für bedarfsorientierte Infrastrukturentscheidungen erarbeiten und die Entwicklung eines angemessenen Abfallentsorgungssystems unter Einbeziehung privater Anbieter begleiten. Die TZ Komponente wurde jedoch bereits 2004 beendet. Da der technischen Unterstützung des DoHFW auch nach dem Ende des TZ-Projektes noch eine entscheidende Rolle für die nachhaltige Absicherung des Projekterfolges zukam, wurde ein großer Teil der technischen Unterstützung durch das FZ Projekt übernommen (PPP, PPM, etc.) und möglicherweise hat das dazu geführt, dass nicht alle Maßnahmen so umfassend begleitet werden konnten wie es erforderlich gewesen wäre.

Aus heutiger Sicht wird die Nachhaltigkeit zusammenfassend als zufriedenstellend beurteilt.

Nachhaltigkeit Teilnote: 3

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den Kriterien **Relevanz, Effektivität, Effizienz, übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen** als auch zur abschließenden **Gesamtbewertung** der entwicklungspolitischen Wirksamkeit wird eine sechsstufige Skala verwandt. Die Skalenwerte sind wie folgt belegt:

Stufe 1	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
Stufe 2	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
Stufe 3	zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
Stufe 4	nicht zufriedenstellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
Stufe 5	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
Stufe 6	das Vorhaben ist nutzlos bzw. die Situation ist eher verschlechtert

Die Stufen 1–3 kennzeichnen eine positive bzw. erfolgreiche, die Stufen 4–6 eine nicht positive bzw. nicht erfolgreiche Bewertung.

Das Kriterium **Nachhaltigkeit** wird anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet:

Nachhaltigkeitsstufe 1 (sehr gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit unverändert fortbestehen oder sogar zunehmen.

Nachhaltigkeitsstufe 2 (gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nur geringfügig zurückgehen, aber insgesamt deutlich positiv bleiben (Normalfall; „das was man erwarten kann“).

Nachhaltigkeitsstufe 3 (zufriedenstellende Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich zurückgehen, aber noch positiv bleiben. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die Nachhaltigkeit eines Vorhabens bis zum Evaluierungszeitpunkt als nicht ausreichend eingeschätzt wird, sich aber mit hoher Wahrscheinlichkeit positiv entwickeln und das Vorhaben damit eine positive entwicklungspolitische Wirksamkeit erreichen wird.

Nachhaltigkeitsstufe 4 (nicht ausreichende Nachhaltigkeit): Die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens ist bis zum Evaluierungszeitpunkt nicht ausreichend und wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht verbessern. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die bisher positiv bewertete Nachhaltigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit gravierend zurückgehen und nicht mehr den Ansprüchen der Stufe 3 genügen wird.

Die **Gesamtbewertung** auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der fünf Einzelkriterien gebildet. Die Stufen 1–3 der Gesamtbewertung kennzeichnen ein „erfolgreiches“, die Stufen 4–6 ein „nicht erfolgreiches“ Vorhaben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Vorhaben i. d. R. nur dann als entwicklungspolitisch „erfolgreich“ eingestuft werden kann, wenn die Projektzielerreichung („Effektivität“) und die Wirkungen auf Oberzielebene („Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“) **als auch** die Nachhaltigkeit mindestens als „zufriedenstellend“ (Stufe 3) bewertet werden.