

Ex-post-Evaluierung: Kurzbericht

INDONESIEN: KV-Wiederaufbauhilfe für das Distrikt- Gesundheitswesen Aceh/Nord-Sumatra



Sektor	12230 Infrastruktur im Bereich Basisgesundheits	
Vorhaben/Auftraggeber	KV-Wiederaufbauhilfe für das Distrikt-Gesundheitswesen Aceh/Nord Sumatra, BMZ Nr. 2005 65 671*	
Projekträger	Bureau of Rehabilitation and Reconstruction (BRR)	
Jahr Grundgesamtheit/Jahr Ex-post-Evaluierungsbericht: 2013/2013		
	Projektprüfung (Plan)	Ex-post-Evaluierung (Ist)
Investitionskosten (gesamt)	15,0 Mio. EUR	19,5 Mio. EUR
Eigenbeitrag	1,0 Mio. EUR	5,5 Mio. EUR
Finanzierung, davon BMZ-Mittel	14,0 Mio. EUR 14,0 Mio. EUR	14,0 Mio. EUR 14,0 Mio. EUR

*Vorhaben in Stichprobe 2013

Kurzbeschreibung: Bei dem Vorhaben handelt es sich um ein Programm zum Wiederaufbau und zur Verbesserung der Gesundheitsdienste in der Provinz Nanggroe Aceh Darussalam (NAD, Provinz Aceh, Nord Sumatra). Die Programmregion umfasst sechs östliche Küsten- sowie vier zentrale Bergdistrikte der Provinz. Diese Distrikte haben unter der Tsunamikatastrophe (Küste) und/oder dem 30 Jahre währenden Konflikt zwischen der Zentralregierung und der Rebellenorganisation GAM (Bewegung für ein freies Aceh) gelitten. Der Fokus des Vorhabens lag auf Basisgesundheitsseinrichtungen, welche (wieder) in die Lage versetzt werden sollten, die Bevölkerung mit bedarfsgerechten Gesundheitsleistungen zu versorgen.

Zielsystem: Durch Rehabilitierung und Wiederaufbau zerstörter Basisgesundheitsseinrichtungen sollten die Voraussetzungen geschaffen werden, um Gesundheitsdienstleistungen bedarfsgerecht anzubieten und - in Zusammenhang mit dem KV-Beitrag der GIZ - die Nutzung dieser öffentlichen Einrichtungen zu erhöhen (Programmziel). Damit sollte die Gesundheitssituation verbessert und diesbezüglich ein Ungleichgewicht zwischen den vom Tsunami bzw. von den kriegerischen Auseinandersetzungen betroffenen Gebieten vermieden sowie zur Konfliktminderung beigetragen werden (Oberziel). Letztere wurden zu dem Zeitpunkt kaum von externen Gebern unterstützt. Rd. 7% der in den Programmdistrikten bestehenden Infrastruktur für Basisgesundheits waren Bestandteil des Vorhabens. **Zielgruppe** des Vorhabens waren die gesamte Bevölkerung im Programmgebiet/Einzugsgebiet der Gesundheitseinrichtungen, insbesondere jedoch die im ländlichen Raum lebenden, zumeist ärmeren Familien.

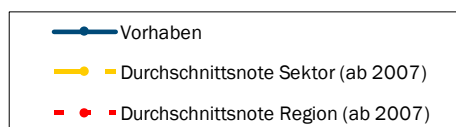
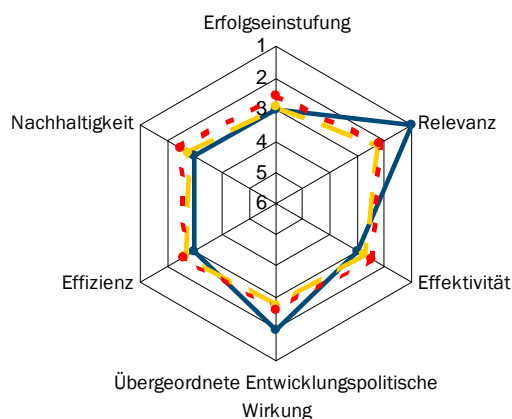
Gesamtvotum: Note 3

Das Vorhaben wird als zufriedenstellend bewertet.

Bemerkenswert:

- Breiter Zielgruppenansatz, um regionale Ungleichgewichte zu verhindern (Einbindung von Konflikt- und Tsunami-Regionen).
- Zügige Umsetzung im Rahmen der Nothilfe bedingte teilweise eine reduzierte Auslastung der finanzierten Infrastruktur (Effizienz).
- Lokale Handlungsfähigkeit in sehr abgelegenen Gebieten wurde durch die Einbindung einer lokalen NGO erreicht. Dies ermöglichte ferner eine intensive Einbeziehung der jeweiligen Gemeinden.

Bewertung nach DAC-Kriterien



RAHMENBEDINGUNGEN UND EINORDNUNG DES VORHABENS

Die Provinz Aceh ist Opfer einer doppelten Katastrophe - eines 30-jährigen Bürgerkriegs um Acehs Autonomie sowie des Tsunamis Ende 2004. Der Wiederaufbau wurde mit deutscher EZ unterstützt. Dazu zählte auch das o.g. FZ-Programm, welches als Nothilfe im Eilverfahren konzipiert und über die sogenannte „Tsunami-Hilfe“ (Barmittel) finanziert wurde.

ZUSAMMENFASSENDE ERFOLGSBEWERTUNG

Gesamtvotum

Das Vorhaben wird mit zufriedenstellend bewertet.

Note: 3 (zufriedenstellend)

Relevanz

Zum Zeitpunkt der Programmplanung, unmittelbar im Nachgang der Tsunami-Katastrophe bzw. der Beilegung des 30 jährigen Konflikts um die Autonomie der Provinz, entsprach der Wiederaufbau von Infrastruktur der Basisgesundheit dem deklarierten Schwerpunkt der indonesisch-deutschen Kooperation. Der Schwerpunkt stimmte auch mit dem von der indonesischen Regierung verfassten „*Master Plan for the Rehabilitation and Reconstruction of Aceh and Nias*“ überein, der als Wegweiser für den Wiederaufbau diente. Gesundheit ist heute kein Schwerpunkt der Zusammenarbeit mehr. Die Abstimmung mit anderen Gebern erfolgte über die „Wiederaufbaubehörde“ (Bureau of Rehabilitation and Reconstruction, BRR), wobei zum damaligen Zeitpunkt in den Bergregionen kaum weitere Geber aktiv waren.

Das als offenes Programm konzipierte Vorhaben wurde dem durch die Notsituation bedingten Handlungsdruck gerecht und ermöglichte einen raschen Beginn erster Maßnahmen. Die Auswahl der Standorte und Art der Infrastruktur erfolgte (relativ rasch) zu Beginn der Umsetzung in Zusammenarbeit von nationalen Behörden und Consultant. Die Maßnahmen konzentrierten sich auf die Rehabilitierung bzw. den Neubau an bestehenden Standorten. Bei der Umsetzung agierte der Consultant im Tandem mit einer nationalen NGO, welche in schwer zugänglichem Gebiet eine direkte Zusammenarbeit mit der Gemeinde ermöglichte. Die Provinz- bzw. Distriktbehörden beschränkten sich primär auf eine formale Abstimmung der Maßnahmen. Sie verfügten in der Notsituation nicht über die Kapazitäten eine federführende Rolle bei der Umsetzung einzunehmen.

Die Zusammenstellung der Programmregion aus vom Tsunami oder/und vom Rebellenkonflikt betroffenen Distrikten war sehr sinnvoll, um gleichgewichtige Förderung zerstörter Infrastruktur zu erreichen. Ferner war der praktizierte Ansatz, innerhalb der Distrikte nicht zwischen Bevölkerungsgruppen (ehemalige Rebellenkämpfer bzw. deren Gegner sowie vom Tsunami unmittelbar betroffene und nicht-betroffene Personen) zu unterscheiden, sehr sinnvoll. Dieser Ansatz förderte den Ausgleich zwischen Bevölkerungsgruppen und stand im Ein-

klung mit der Nothilfe- bzw. fragilitätsgeprägten Situation sowie dem entsprechend definierten dualen, auf Wiederaufbau von Infrastruktur und Konfliktminderung ausgerichteten Zielsystem.

Die dem Konzept zugrunde liegende Wirkungskette war grundsätzlich richtig: Verfügbarkeit von qualitativ gut ausgestatteten Gesundheitszentren führt zu einer besseren Akzeptanz und damit Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und dadurch zu einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung; wobei die Berücksichtigung von Tsunami- und Bürgerkriegsgeschädigten Regionen zum Ausgleich beitragen sollte. Die Auswahl der Standorte wurde angesichts der Eilbedürftigkeit zweitrangig behandelt. Hier ist ein „trade off“ zwischen schneller Implementierung und verlässlicherer Abschätzung zukünftiger Bedarfe festzustellen.

Teilnote: 1

Effektivität

Zur Bewertung der **Programmziels (1)**, Verbesserung und intensivere Nutzung der Gesundheitsinfrastruktur in der Provinz NAD, werden folgende Indikatoren herangezogen, die primär auf Basis der Ergebnisse der Vor-Ort-Besichtigungen bewertet werden (22 der 106 FZ-Programmstandorte wurden unangekündigt besucht):

1a	Angemessene Auslastung der Gesundheitszentren	<i>Die Auslastung der finanzierten Infrastruktur unterscheidet sich zwischen Berg- und Küstenregion. Letztere weisen eine deutlich höhere Nutzungsintensität auf, die insgesamt als angemessen angesehen werden kann (rd. 60% intensive Nutzung). In den Bergregionen dagegen weisen nur rd. 25% der Zentren eine intensivere Nutzung auf; 1/3 der während der Ex-post-Evaluierung besuchten Zentren waren (z.T. temporär) geschlossen. Der Indikator wird für die Küstenregionen als erfüllt und für die Bergregionen als nicht erfüllt angesehen.</i>
1b	84% der Geburten werden von medizinischem Personal betreut	<i>Entsprechend regionaler Statistiken werden in den Programmdistrikten mittlerweile rd. 92% der Geburten von medizinischem Personal betreut (Durchschnitt Provinz NAD: 88%). Der Indikator wird als erfüllt angesehen.</i>
1c	Bei 95% der Schwangeren wird mindestens eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt.	<i>In den Programmdistrikten wurden 2012 bei 96% der Schwangerschaften mindestens eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt (Durchschnitt NAD: 94%). 2006 lag dieser Wert bei 91% (NAD: 92%). Der Indikator wird insgesamt als erfüllt angesehen.</i>

Für die Bewertung des **Programmziels (2)**, Ausgleich von Unterschieden in der Gesundheitsversorgung zwischen vom Tsunami betroffenen und weniger betroffenen Distrikten, wurden zum Zeitpunkt der Programmprüfung keine Indikatoren definiert. Für die Bewertung im Rahmen der Ex-post-Evaluierung wurden folgende Kennwerte herangezogen:

2a	Infrastrukturdichte	- <i>Bergdistrikte: je 100.000 Einwohner (EW) stehen zwischen 38 und 57 größere Gesundheitszentren zur Verfügung. Zusätzlich gibt es zwischen 43 und 94 Geburtsstationen.</i>
-----------	---------------------	---

		<p>- Küstendistrikte: je 100.000 EW stehen zwischen 8 und 24 größere Gesundheitszentren zur Verfügung. Zusätzlich gibt es zwischen 24 und 66 Geburtsstationen.</p> <p>Hieraus ergibt sich kein Hinweis auf Benachteiligung von Bergregionen.</p>
2b	Dichte an medizinisch geschulten Personal	<p>Bei dem je 1000 EW (abgeleitet aus dem Einzugsgebiet der jeweiligen Gesundheitszentren) zur Verfügung stehenden medizinisch geschulten Personal (Ärzte/Zahnärzte, Hebammen, Krankenschwestern, Laborpersonal) ist kaum ein Unterschied zwischen Berg- und Küstenregionen feststellbar: Durchschnittlich sind die Zentren mit rd. 4 medizinisch geschulten Personen auf 1000 EW besetzt.</p>
2c	Aufteilung der FZ-Finanzierung (Puskesmas/Pustu) auf Berg-/Küstenregionen	<p>Die FZ-Finanzierung je EW (2005) liegt in den Bergregionen rd. doppelt so hoch wie in den deutlich dichter besiedelten Küstenregionen, in denen auch mehrere andere Geber Unterstützung leisteten. Diese Relation spiegelt in etwa die bestehende Infrastrukturdichte wider und deutet damit eine auf Ausgleich bedachte Aufteilung der FZ-Unterstützung an.</p>

Insgesamt wird von einer guten Programmzielerreichung ausgegangen. Das Gesamtergebnis wird jedoch von der unbefriedigenden Auslastung der Infrastruktur in den Bergregionen, die rd. 40% der Aufwendungen für Infrastruktur ausmachten, deutlich herabgestuft. Zu berücksichtigen ist hier allerdings die weniger dichte Besiedelung, die – bei angemessener Erreichbarkeit von Gesundheitsstationen – eine geringere Auslastung mit sich bringt.

Teilnote: 3

Effizienz

Das Vorhaben wurde zügig und im geplanten Zeitrahmen von 36 Monaten umgesetzt. Dies erfolgte u.a. durch massiven Einsatz von Consultingleistungen bzw. Leistungen einer lokalen NGO. Die Consultingkosten beliefen sich auf rd. 21% der Gesamtkosten bzw. 30% der FZ-Finanzierung. Hinzu kamen 15% der Infrastrukturkosten, die den Aufwand der NGO abdeckten. Zudem hatte die KfW zur Steuerung der „Tsunami-Notfallprogramme“ ein lokales KfW-Büro etabliert, welches ebenso die Umsetzung des Programms stark vorantrieb. Angesichts der Notsituation und des laufenden Prozesses der Befriedung kam dem raschen Aufweisen von Ergebnissen eine hohe Bedeutung zu. Nur so kann der hohe Umsetzungsaufwand gerechtfertigt werden.

Die Kosten der Investitionen lagen beim Neubau von kleineren Gebäuden (Pustu/ Puskesmas) meist zwischen 25-30 TEUR und zwischen 170-230 TEUR für größere Gesundheitsstationen (Puskesmas inkl. Nebengebäude). Diese Kosten scheinen eher günstig.

Die Allokationseffizienz ist für die Berg- und Küstendistrikte unterschiedlich einzuschätzen. In den Küstendistrikten ist die vor Ort erfasste Nutzungsintensität der Infrastruktur sehr viel höher als in den Bergregionen, wo nur 25% der bei der Ex-post-Evaluierung besuchten Gesundheitsstationen eine intensivere Nutzung aufweisen (> 5 Patienten/Tag) und 1/3 (z.T.

temporär) geschlossen waren. Dies obgleich keine zusätzlichen Standorte durch FZ finanziert, sondern bestehende (nicht mehr funktionsfähige) verbessert oder ersetzt wurden. Diese eher niedrige Nutzung ist in Zusammenhang mit der Ausgangslage (Ziel: rasches Handeln), aber auch mit der Post-Konflikt-Situation zu bewerten. Die Datenlage für die Bergregionen war zum Zeitpunkt der Programmprüfung sehr lückenhaft. Die Befriedung der Region führte u.a. dazu, dass die Bevölkerung mobiler wurde (zunehmende Sicherheit, steigendes Einkommen, verbesserte Straßen). Diese sich verändernde Lebensweise stellt die hohe Infrastrukturdichte der Vor-Konflikt-Zeit in Frage. Zudem eröffnet die neu etablierte Krankenversicherung „für alle“ den Patienten die Möglichkeit, ohne Zusatzkosten höherwertige Referenzebenen aufzusuchen. Die führt „zur Abstimmung mit den Füßen“, d.h. Stationen, die keinen guten Service bieten, werden nicht aufgesucht.

Die Wartung von Infrastruktur und Ausstattung ist generell defizitär, allerdings ist auch hier eine deutliche Abstufung zwischen Küsten- und Bergregion festzustellen. So sind die zwei in Bergregionen besichtigten Generatoren außer Betrieb; die zwei in der Küstenregion dagegen sind in Funktion. Nur eine der 5 eingerichteten Abfallverbrennungsanlagen in den Bergregionen ist in Betrieb, während in der Küstenregion alle 3 Anlagen noch betrieben werden. In Einzelfällen sind Geräte bzw. Behandlungsausstattungen (z.B. Gebärstuhl, Behandlungsliege, Zahnarztstuhl) kaum/nie in Betrieb gewesen.

Zusammenfassend führen die akzeptable Produktionseffizienz und die deutlich niedrigere Allokationseffizienz zu einer noch zufriedenstellenden Gesamtbewertung.

Teilnote: 3

Übergeordnete Entwicklungspolitische Wirkungen

Oberziel des Vorhabens war es, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung im Programmgebiet zu leisten. Indikatoren wurden keine etabliert. Zur Bewertung im Rahmen der Ex-post-Evaluierung wird die Mütter- sowie die Kindersterblichkeit herangezogen.

Die **Müttersterblichkeit** hat sich seit 2005 (im Durchschnitt NAD) deutlich verbessert. Sie sank von 224/100.000 Lebendgeburten (2006) auf derzeit 184 (2012). Auch die **Kindersterblichkeit** hat sich in der Zeitspanne markant reduziert (von 57 Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten für ganz Nord-Sumatra auf angabegemäß 11,4 für die Provinz NAD, 2012). Das FZ-Programm umfasste rd. 7% der Basisinfrastruktur des Programmgebiets. So kann davon ausgegangen werden, dass das Programm einen Beitrag zu dieser Verbesserung geleistet hat – zumal in den Bergregionen vorrangig geographisch bedeutende Einrichtungen einbezogen wurden. Mindestens ebenso entscheidend war die Einführung der kostenlosen Krankenversicherung für alle Einwohner von NAD, welche eine Zugangsbarriere zur Basisgesundheitsversorgung beseitigte.

Bei der Ex-post-Evaluierung wird ferner der als zweites Programmziel verankerte Ausgleich zwischen den vom Tsunami- und den vom Rebellen-Konflikt betroffenen Gebieten aufgegriffen. Dies sollte letztlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität, wie z.B. durch Ermöglichung eines geregelten Alltags, und damit zu einer Verhinderung der Abwanderung aus den bis dato vernachlässigten Bergregionen führen. Zu der Bewertung dieses zweiten Oberziels werden Hinweise, die sich aus den Vor-Ort-Befragungen ergaben, sowie die statistisch erfasste Bevölkerungsentwicklung der Distrikte hinzugezogen.

Rd. 25% der in Bergdistrikten befragten 61 Familien war vom Konflikt in der Weise betroffen, dass sie (temporär) migrieren mussten. Zudem hatten nahezu alle Bewohner unter erheblichen Einschränkungen der Bewegungsfreiheit und der ständigen Unsicherheit gelitten. Mittlerweile sind als konfliktiv wahrgenommene Auseinandersetzungen bzw. Begebenheiten selten geworden und die meisten der Vor-Ort-Befragten berichten, dass sie und ihre Familien sich sehr sicher fühlen und ungestört ihrem Einkommenserwerb nachgehen können. So hat sich die Bevölkerung im Programmgebiet seit 2007 um rd. 10% erhöht (NAD: 9%). Die Bergregionen weisen dabei mit 7% ein leicht unterproportionales Wachstum auf. Erweitert man den Beobachtungszeitraum jedoch um die Vorperiode „2005-2007“ lässt sich für die Bergregionen für die Zeitspanne „2007-2012“ ein deutlicher Wachstumsanstieg beobachten (2005-2007: 0,8% p.a.; 2007-2012: 1,5% p.a.), während sie in den Küstenregionen über den gesamten Zeitraum weitgehend konstant bleibt (rd. 2% p.a.). Diese Hinweise deuten auf eine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Bergregionen nach dem Friedensschluss hin. Die übergeordneten Entwicklungspolitischen Wirkungen werden in ihrer Gesamtheit mit gut bewertet

Teilnote: 2

Nachhaltigkeit

Die Vor-Ort-Besichtigung hat gezeigt, dass die Wartung und Instandhaltung der Gesundheitsinfrastruktur insgesamt defizitär ist und sehr deutlich vom Engagement der jeweiligen Leitung abhängt. Grundsätzlich werden (dank des bei Umsetzung realisierten *On-budget – Off-treasury* Ansatzes) für die finanzierte Infrastruktur (geringe) Beträge für Wartung in die jährliche Budgetplanung aufgenommen. Diese Beträge werden mit dem Budget für Personalzuschusszahlungen (Überstunden, sonstige Extraarbeiten) zusammengeführt. Über die Verwendung kann die jeweilige Gesundheitsstation frei entscheiden. Dieser Nutzungsspielraum führt dazu, dass zumeist der Gesamtbetrag dem Personal als Gehaltszuschuss zugute kommt und die Wartung stark vernachlässigt wird. Dies reduziert die Nutzungsdauer der finanzierten Einrichtungen.

Hinsichtlich der zukünftigen Nutzung der Infrastruktur sind – aus heutiger Sicht – keine wesentlichen Veränderungen zu erwarten; ggf. wird die Auslastung der untersten Referenzebenen etwas nachlassen. Dies gilt sofern das bestehende Krankenversicherungssystem weiterhin aufrecht erhalten wird. Dies System fördert zwar einerseits die Nutzung der Basisgesundheitsversorgung, aber gleichzeitig auch, dass Patienten verstärkt direkt höherwertige Einrichtungen

im Referenzsystem, denen mehr Kompetenz zugeschrieben wird, aufsuchen. Letztere erhalten für vergleichbare Behandlungen höhere Erstattungen durch die Krankenversicherung. Somit verweisen auch Gesundheitsstationen unterer Ebene die Kranken an die höhere Ebene, auch wenn sie die Behandlung leisten könnten, der Fall für sie aber nicht "lukrativ" ist.

Grundlage für die Befriedung und „Normalisierung“ des Alltags der Bevölkerung war das Friedensabkommen von 2005. Seitdem wurden zwei reguläre Wahlen durchgeführt. Nach der letzten Wahl erfolgte zudem die Übergabe der Provinzregierung an die früheren Rebellen, die sich zwischenzeitlich als Partei organisiert haben. Ein Rückfall in die aktive Konfliktzeit ist derzeit nicht zu erwarten. Die Bevölkerung – insbesondere in den vor dem Konflikt vergleichsweise reichen Bergregionen - hat ein klares Interesse, den Konflikt nicht mehr aufzulammen zu lassen.

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	zufrieden stellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
Stufe 4	nicht zufrieden stellendes 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 (zufrieden stellende 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 „zufrieden stellend“ (Stufe 3) bewertet werden.