

# Ex-post-Evaluierung – Indonesien

>>>

**Sektor:** Medizinische Dienste / 12191  
**Vorhaben:** Dr. Wahidin Sudirohusodo-Krankenhaus, Makassar, BMZ Nr: 2004 66 383\* und 2004 70 609 (BM)  
**Träger des Vorhabens:** Indonesisches Gesundheitsministerium



## Ex-post-Evaluierungsbericht: 2015

|                                      | Vorhaben** (Plan) | Vorhaben** (Ist) |
|--------------------------------------|-------------------|------------------|
| Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR | 12,57             | 12,39            |
| Eigenbeitrag Mio. EUR                | 2,57              | 2,57             |
| Finanzierung Mio. EUR                | 10,00             | 9,82             |
| davon BMZ-Mittel Mio. EUR            | 10,00             | 9,82             |

\*) Vorhaben in der Stichprobe 2015

\*\*) Inklusive Begleitmaßnahme (BM) 2004 70 609 in Höhe von 0,99 Mio. EUR

**Kurzbeschreibung:** Das Vorhaben umfasste Maßnahmen zu Renovierung bzw. Neubau von Krankenhausgebäuden, die Rehabilitation bzw. den Neubau von Infrastruktur (Wasserversorgung, Elektrizität, Entsorgung), die Beschaffung, Installation und Wartung von medizinischen Geräten sowie die Beratung zur Verbesserung des Managements (Personalmanagement, Finanz- und Wartungsmanagement, Krankenhausinformationssystem) des staatlichen Dr. Wahidin Sudirohusodo-Krankenhauses in Makassar. Es handelt sich um das einzige Tertiärkrankenhaus in der Region Südsulawesi.

**Zielsystem:** Ziel der FZ-Maßnahmen war die Verbesserung des quantitativen und qualitativen Leistungsangebotes und daraus abgeleitet der Nutzung des unterstützten, öffentlichen Krankenhauses der höchsten Versorgungsebene (Maximalversorger), um einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in Südsulawesi zu leisten (Oberziel).

**Zielgruppe:** Zielgruppe waren die rd. 8 Mio. Einwohner in Südsulawesi. Darüber hinaus dient das Krankenhaus als Knotenpunkt der Maximalversorgung in Ostindonesien. Es sollte sichergestellt sein, dass auch die ärmere Bevölkerung von den FZ-Maßnahmen profitiert.

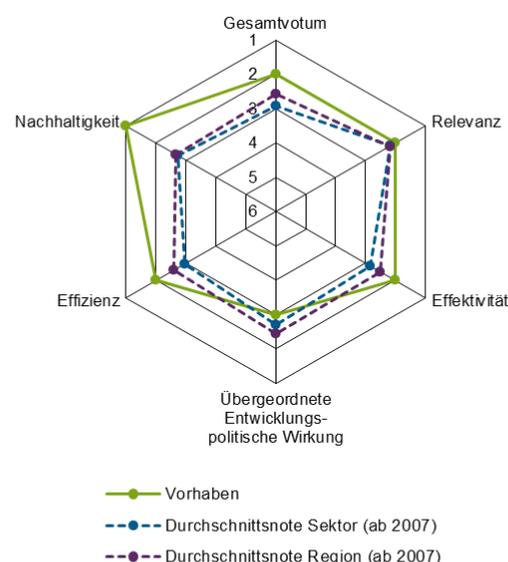
## Gesamtvotum: Note 2

**Begründung:** Das Vorhaben adressiert den Engpass der Tertiärversorgung (gute Relevanz) und zeichnet sich insbesondere durch angemessene Technologie aus, aus der sich eine hohe Effizienz und Nachhaltigkeit ergeben. Die Wirkung auf entwicklungspolitischer Ebene (Impact) ist plausibel, aber nicht empirisch nachweisbar. Effektivität entspricht den Erwartungen und übertrifft sie partiell.

### Bemerkenswert:

Soziale Krankenversicherung hat die Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen insbesondere für Arme maßgeblich erhöht, so dass die qualitativ hochstehenden Leistungen des Maximaldienstleister-Krankenhauses auch dieser Gruppe voll zu gute kommen.

Gute Balance zwischen Wunsch nach Exzellenz und Einbindung in das Referenzsystem, d.h. die Investitionen erfolgten durchgängig auf angemessenem Niveau, das sowohl die Funktionalität des Tertiärkrankenhauses erlaubt als auch ein ausgewogenes Verhältnis zu anderen Krankenhäusern in der Projektregion sicherstellt.



# Bewertung nach DAC-Kriterien

## Gesamtvotum: Note 2

### Relevanz

Das Projekt ging von der Annahme aus, dass die Qualität der Leistungserstellung des Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospitals den primären Engpass einer effektiven Gesundheitsversorgung darstellt. Steigende Qualität würde zu steigender Auslastung und damit zu einer verbesserten Gesundheit der Bevölkerung führen, die einen grundlegenden Wert der internationalen Entwicklungszusammenarbeit und der Regierung von Indonesien darstellt. Gleichzeitig ist das Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital ein Lehrkrankenhaus, so dass auch diese Funktion von Relevanz für das Ziel einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung in Ostindonesien und insbesondere in Südsulawesi sein sollte.

Seit dem Prüfbericht ist die Evidenz in der Literatur erheblich gestiegen, dass diese Annahmen grundsätzlich korrekt sind<sup>1</sup>. Eine gesunde und produktive Bevölkerung erfordert verlässliche, zugängliche und erschwingliche Gesundheitsdienste mit guter Qualität auf allen Ebenen. Die wichtigsten Barrieren sind die Zahlungsfähigkeit der Patienten (Finanzbarriere), schlechtes Management (Qualitäts-, Personal-, Facility-Management inkl. Wartung), geringe strukturelle Qualität (Zahl und Qualifikation des Personals; Gebäude und Ausstattung) sowie unzureichende Prozessqualität (Standards, Dokumentation). Aus systemischer Sicht stellt die Disfunktionalität des Referenzsystems ebenfalls eine Barriere der Bevölkerung zu guter Gesundheitsversorgung dar. Folglich ist die Relevanz des Ansatzes sehr hoch.

Weiterhin legt das Projekt einen (nicht ausschließlichen, aber deutlichen) Schwerpunkt auf die Zielgruppe der ärmeren Bevölkerung, die sich aus eigenen Mitteln keine über Grunddienste hinausgehende Versorgung in (überwiegend privaten) Krankenhäusern leisten kann. Auch dieses Ziel stimmt mit den Prioritäten der Regierung Indonesiens und der Entwicklungspolitik überein. Da das Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital das einzige Tertiärkrankenhaus in Ostindonesien ist, gibt es zweifelsohne eine ausreichende Nachfrage für die Dienste des Krankenhauses. Die Relevanz des Neubaus des Privatbereichs der Klinik beruht allein auf seiner Fähigkeit, Deckungsbeiträge zur Subventionierung der Dienste für Armutsgruppen zu generieren. Dies kann das Krankenhaus aufgrund einer (vergleichsweise rudimentären) Gewinn- und Verlustrechnung nachweisen. Eine darüber hinaus gehende Relevanz der Privatklinik für die Versorgung der Bevölkerung bzw. für die entwicklungspolitischen Ziele können nicht festgestellt werden.

Folglich kann konstatiert werden, dass das Projekt die richtigen Fragestellungen aufgegriffen hat. Eine Abstimmung mit weiteren Maßnahmen der Entwicklungspolitik war nicht nötig, da mit Ausnahme einer (abgeschlossenen) rein medizinischen Maßnahme von USAID kein Zusammenhang zu weiteren Maßnahmen vorliegt. Damit kann zusammenfassend geschlossen werden, dass das Projekt die richtigen Gesundheitsprobleme adressiert hat, ein konsistentes Wirkungsmodell entwickelt und geeignete Maßnahmen ausgewählt hat.

### Relevanz Teilnote: 2

### Effektivität

Das Projektziel, wie es bei der Projektprüfung definiert wurde, ist die Verbesserung der Quantität und Qualität der Gesundheitsdienstleistungen des Krankenhauses und deren Nutzung. Die Entwicklungen des Gesundheitssektors in Indonesien haben die Bedeutung und Zweckmäßigkeit des Projekts tendenziell unterstrichen und gestärkt:

- Epidemiologische Transition: Die Bedeutung chronisch-degenerativer Erkrankungen steigt stetig in Indonesien. Dies erfordert eine noch stärkere Fokussierung der Qualität als primäre Outputdimension. Diese Erkrankungen verlangen häufig eine längerfristige und intensive Behandlung, bei der verlässliche Standards unabdingbar sind.

---

<sup>1</sup>Vgl. hierzu „Gesundheit und Entwicklung“ in Flessa, S. (2013). Internationales Gesundheitsmanagement. München, Oldenbourg.

- Nationale Krankenversicherung: Die Einführung der Nationalen Sozialen Krankenversicherung reduzierte die finanzielle Barriere insbesondere für ärmere Bevölkerungsgruppen erheblich. Landesweit führte dies zu einem Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Die primäre Barriere, die seither geblieben ist, ist die Qualität der Leistung.
- Akkreditierung: Ab 2016 ist die Akkreditierung von Krankenhäusern verpflichtend, wenn sie gegenüber der sozialen Krankenversicherung abrechnen möchten. Für viele Krankenhäuser stellt dies eine große Herausforderung dar. Das Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital ist sowohl nach KARS (Indonesian Commission for Accreditation of Hospitals) als auch nach Joint Commission International (JCI) akkreditiert - eines der ganz wenigen Häuser in Indonesien, die diesen Standard erfüllen. Es wurde mehrfach betont und ist plausibel, dass dieser Erfolg zum Teil auf der Grundlage des Projektes basiert.

Aufbauend auf die bei Projektprüfung definierten Zielindikatoren wird die Zielerreichung wie folgt belegt:

| Indikator   | Ziel*  | Status 2005 | Status 2014 | Veränderung |
|---|--------|-------------|-------------|-------------|
| (1) Zahl der ambulanten Behandlungen (Anzahl/Jahr)  | +25 %  | 148.539     | 185.686     | +25 %       |
| (2) Zahl der stationären Patienten (Anzahl/Jahr)    | +15 %  | 27.104      | 35.097      | +29 %       |
| (3) Zahl der Operationen (Anzahl/Jahr)              | +100 % | 5.228       | 8.942       | +71 %       |
| (4) Zahl der Fälle in der Notaufnahme (Anzahl/Jahr) | +20 %  | 21.337      | 26.543      | +24 %       |
| (5) Notfallreaktionszeit (min)                      | < 7    | 7           | 4           | -43 %       |
| (6) Kaiserschnitttrate (%)                          | +50 %  | 22          | 56          | +154 %      |

\*) Nach Projektdurchführung: Plan September 2010; Ist: Januar 2012.

Das Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital ist ein Tertiärkrankenhaus, d.h. zentrale Kriterien zur Messung der Zielerreichung sind die Fallquantität, -komplexität und die -qualität. Indikatoren (1), (2) und (4) zeigen, dass die quantitative Leistung erheblich gestiegen ist (teilweise über den Erwartungen), während Indikatoren (3) und (6) Proxies der Fallkomplexität darstellen. Für ein Tertiärkrankenhaus ist es vor allem wichtig, die schweren Fälle (z.B. hoher Anteil von Kaiserschnitten; hoher Anteil von Operationen) zu behandeln. Indikator (5) ist ein Proxy für die Prozessqualität. Mit Ausnahme der Zahl der Operationen (3) sind die Ziele aller Indikatoren vollständig erfüllt; die Kaiserschnitttrate wurde vom Gutachter mit einem Zielwert belegt. Zusammenfassend können wir feststellen, dass das Projekt erfolgreich war.

### Effektivität Teilnote: 2

#### Effizienz

Effizienz vergleicht die Inputs mit den Ergebnissen des Projekts und fragt, ob die Investitionsmittel produktiver hätten eingesetzt werden können. Die Effizienz ist als vergleichsweise hoch zu bewerten. Die Geräte (laut Beschaffungslisten und im Spot-Check) wurden auf einem dem Entwicklungsstand angemessenen Niveau beschafft, die Gebäude (Renovierung u.a. von Notaufnahme; Neubau MCH) entsprechen dem Standard eines Tertiärkrankenhauses im Gesundheitssystem von Ostindonesien. In beiden

Fällen kann von angemessener Technologie gesprochen werden. Geräte und Gebäude werden umfassend genutzt, das geschulte Personal befindet sich (mit wenigen Ausnahmen) noch am selben Arbeitsplatz. Wartung und Einbindung ins Qualitätsmanagement sind geregelt (siehe auch „Nachhaltigkeit“). Damit kann geschlossen werden, dass Geräte und Gebäudeinvestitionen geeignet sind, die zentralen Engpässe des Krankenhauses zum Zeitpunkt der Projektplanung zu beheben. Sie sind bis heute überwiegend einsetzbar und leisten einen erheblichen Beitrag zur Qualitätssteigerung.

Die Begleitmaßnahme wurde auf hohem Niveau erbracht. Ob es angesichts des hohen Ausbildungsniveaus in Indonesien wirklich notwendig war, für viele Aufgaben Ausländer einzusetzen, bleibt zu fragen. Ob der Einsatz lokaler Ausbildungskräfte allerdings zu einer Kostenreduktion und damit zu einer Effizienzsteigerung geführt hätte, ist nicht eindeutig.

Das Projekt wurde für vier Jahre geplant und benötigte 8 Monate länger. Die Verlängerung war nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden und es gibt keinen Hinweis, dass diese Verlängerung sich negativ auf die Effizienz ausgewirkt hat.

Einige wenige Ineffizienzen sind aufgetreten (z.B. zu kleine Müllverbrennungsanlage, mangelnde Sprachkenntnisse der Trainer, Nichtanwendung der klinischen Pfade), aber ihre Zahl und Bedeutung ist verhältnismäßig gering.

Die Bewertung der Effizienz der Maßnahme im gesamten Referenzsystem ist schwierig. Nach dem Besuch des nicht FZ-geförderten Krankenhauses auf Sekundärebene, Labuang Baji, kann festgehalten werden, dass dieses nicht als Sekundärkrankenhaus ausgestattet und auch nicht auf dieser Ebene funktionsfähig ist. Dementsprechend müssen Patienten an das Tertiärkrankenhaus überwiesen werden, die eigentlich auf Sekundärebene zu behandeln wären. Eine Akkreditierung von Labuang Baji ist im derzeitigen Zustand ausgeschlossen, da Gebäude, Abwassersysteme und Geräte in einem Zustand sind, der weit unter dem nationalen Standard liegt.

Es wäre verständlich zu hinterfragen, ob es sinnvoll ist Tertiärkrankenhäuser zu stärken, während Sekundärkrankenhäuser noch in einem sehr schlechten Zustand sind. Allerdings ist es eine klare Entscheidung der Regierung von Indonesien, dass es die Tertiärebene geben soll. Das Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital ist das Referenzkrankenhaus für ganz Ostindonesien, d.h. über 30 % der Patienten kommen tatsächlich von außerhalb Südsulawesi. Investitionen in Gebäude und Geräte waren auf angemessenem Niveau und haben kein „Luxuskrankenhaus“ erschaffen, sondern einen qualitativ ansprechenden Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen innerhalb des Überweisungssystems. Weitere Investitionen in die Sekundärebene sollten folgen, aber diese Tatsache diskreditiert nicht die Investition in das Dr. Wahidin Sudirohusodo Krankenhaus.

Darüber hinaus dient das FZ-geförderte Krankenhaus als Lehrkrankenhaus für die lokale Universität in Makassar (UNHAS), d.h. jedes Jahr werden 200-300 junge Ärzte ausgebildet, die einen erheblichen Beitrag gerade auch für die Primärversorgung leisten werden. Eine Ausbildung von Medizinern ohne Tertiärkrankenhaus wäre derzeit kaum denkbar. Folglich kann die Investition in das Tertiärkrankenhaus aus Sicht der öffentlichen Gesundheitsversorgung als angemessen bezeichnet werden. Die allokativen Effizienz ist zumindest akzeptabel.

Zusammenfassend wird die Effizienz des Vorhabens mit gut bewertet.

**Effizienz Teilnote: 2**

### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das entwicklungspolitische Ziel des Projektes war die Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung im Einzugsbereich des Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospitals. Bei Projektprüfung wurde darauf verzichtet, Indikatoren für dieses Oberziel festzulegen. Es ist jedoch plausibel, dass die Investitionen in das geförderte Krankenhaus einen positiven Effekt auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, seine Größe ist jedoch nicht quantitativ nachweisbar.

Die folgende Tabelle demonstriert einige demografische und epidemiologische Entwicklungen in Indonesien (ganzes Land) und Südsulawesi. Es zeigt sich, dass die epidemiologischen Parameter von Südsulawesi immer noch schlechter sind als der Landesdurchschnitt, sich jedoch seit 2005 erheblich verbessert

haben<sup>2</sup>. Es ist plausibel, dass das Projekt hier einen Beitrag geleistet hat, aber eine direkte Zurechnung kann nicht erfolgen.

| Indikator   | Indonesien 2005 | Indonesien 2012 | Süd-sulawesi 2005 | Süd-sulawesi 2012 |
|---|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| (1) Lebenserwartung (Jahre)                                   | 69              | 71              | 68,7              | 70,4              |
| (2) Säuglingssterblichkeit (per 1.000)                        | 34              | 25              | 41                | 31                |
| (3) Kindersterblichkeit (per 1.000)                           | 52              | 31              | 46                | 37                |
| (4) Anteil der Bevölkerung unter nationaler Armutsgrenzen (%) | 16              | 12              | 14                | 9,8               |

Quelle: Provincial Health Department (2015); KNOEMA (2015); World Bank (2014).

Bei Projektprüfung wurden folgende Bedingungen definiert, um bei Erreichung der Projektziele tatsächlich das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel zu unterstützen:

1. Der Autonomiestatus des Krankenhauses wird gestärkt und weiterentwickelt.
2. Zentral- und Provinzregierung fördern das Krankenhaus weiterhin ausreichend.
3. Die Beziehung zwischen Krankenhaus und Universität entwickelt sich zu einer Win-Win-Situation.
4. Das Krankenhaus implementiert erfolgreich einen strategischen Plan.

Aus heutiger Sicht kann man feststellen:

Ad 1: Das Krankenhaus hat den BLU-Status<sup>3</sup>, d.h. es ist relativ unabhängig. Lediglich wichtige Führungspositionen werden vom Gesundheitsministerium besetzt, jedoch scheint auch hier das Krankenhaus ein Mitspracherecht zu haben. Beispielsweise ist im Moment die Position des Direktors neu zu besetzen; die Entscheidung wird letztlich vom Ministerium gefällt, wichtige Stakeholder (z.B. auch UNHAS) werden jedoch einbezogen. Wichtig ist, dass das Krankenhaus volle Autonomie über seine Einnahmen hat. Da diese seit der Einführung der sozialen Krankenversicherung noch gestiegen sind, impliziert dies einen hohen Autonomiegrad. Da die meisten Ärzte auf Honorarbasis („ausgeliehen“ von UNHAS) arbeiten, stellt dies eine hohe Entscheidungsfreiheit dar.

Ad 2: Die Provinzregierung stellt keine Mittel zur Finanzierung des Krankenhauses bereit, aber der Input der Zentralregierung (Gesundheitsministerium) ist signifikant. Im Mittel der letzten Jahre betrug er etwa 25 % der Gesamteinnahmen (Daten erst seit 2010 verfügbar). Bis 2013 war der Anteil der Einnahmen, die vom Staat kommen, stabil. Mit Einführung der sozialen Krankenversicherung 2014 stieg dieser Anteil des Einkommens absolut und relativ an, während die Einnahmen vom Staat absolut und relativ zurückgingen. Dies scheint durchaus sinnvoll, da der Staat ja auch die Sozialversicherung für die Armen stark subventioniert und damit lediglich ein anderer Kanal für die Staatszuschüsse gefunden wurde. Allerdings muss in Zukunft überwacht werden, dass die Staatszuschüsse nicht noch weiter sinken. Im Moment scheint die Regierung das Krankenhaus ausreichend zu finanzieren.

Ad 3: Wie bereits angedeutet, hat sich die Beziehung zwischen der Hasanuddin Universität, Makassar, und dem Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital sehr verbessert. Regelmäßige Treffen, die Besetzung der Direktorenposition mit einem Fakultätsmitglied sowie die Unterzeichnung des MoU (2015) führten zu einem regen Informationsaustausch und einer besseren Abstimmung. Es muss jedoch überwacht werden, dass dies auch in Zukunft so bleibt. Die Expansion des UNHAS Hospitals und die mögliche Besetzung der Direktorenposition mit einem Manager von außen stellen eine Herausforderung dar.

<sup>2</sup> Zu berücksichtigen ist, dass sich hierzu Daten verschiedener Quellen teilweise widersprechen.

<sup>3</sup> Badan Layanan Umum: Semi-autonome staatliche Organisation.

Ad 4: Das Krankenhaus ist sowohl unter Joint Commission International als auch KARS akkreditiert. Für beide Systeme ist die Entwicklung eines strategischen Plans Akkreditierungskriterium. Ebenso liegt ein Masterplan für die Weiterentwicklung (insb. Gebäude) vor.

Damit kann zusammenfassend geschlossen werden, dass eine positive entwicklungspolitische Wirkung plausibel und wahrscheinlich ist, jedoch keine belastbare Evidenz bzgl. der Zurechenbarkeit vorliegt.

### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3

#### Nachhaltigkeit

Die renovierten oder neu errichteten Gebäude existieren nach wie vor und sind in einem guten Bauzustand. Bislang wurden keine Renovierungen vorgenommen (z.B. Malerarbeiten) und einige Risse bzw. kleinere Probleme mit den Deckenplatten sind sichtbar. Vier Jahre nach Bauende ist dies jedoch im Rahmen.

Wir führten eine stichprobenartige Erhebung der FZ-finanzierten Geräte durch. 12 % konnten nicht gefunden werden. Dies impliziert nicht, dass sie verschwunden sind, sondern dass sie nicht an dem Platz waren, der laut Inventar vorgesehen ist. 6 % der Geräte waren funktionsunfähig und in Reparatur, der Rest funktionsfähig und in Gebrauch. Für kleinere Geräte dürften die Einnahmen des Krankenhauses für einen Ersatz reichen, der Ersatz von größeren Geräten wird ein Problem darstellen. Die Wartung wird regelmäßig durchgeführt und scheint überwiegend lokal möglich zu sein. Zu bedenken ist, dass ungefähr die Hälfte der Geräte in den nächsten zwei Jahren seine ökonomische Lebensdauer erreichen wird und ersetzt werden muss.

Die Wartungsverträge für Großgeräte wurden nicht verlängert, aber die Techniker und Ingenieure (inkl. der Leitung), die für die Wartung im Krankenhaus ausgebildet wurden, arbeiten noch immer dort. Die Werkstatt bräuchte dringend eine Verbesserung. Ansonsten geben Geräte und Gebäude den Eindruck guter Wartung. Sie sind funktionsfähig. Dieses nicht überall in vergleichbaren Projekten anzufindende Ergebnis beruht auch darauf, dass Geräte und Gebäude auf einem Niveau angeschafft bzw. gebaut wurden, das in Indonesien tatsächlich handhabbar ist. Hier wurde kein „Luxus“ aufgebaut, sondern angemessene Technologie von Gebäuden und Anlagen gewählt. Die Abgrenzung, was „Luxus“ und was „angemessen“ ist, ist sicherlich subjektiv. Tatsächlich ist das Krankenhaus auf einem höheren Niveau als Krankenhäuser der unteren Stufe (Typ B), aber dies muss zweifelsohne so sein, um auf Typ A Niveau arbeiten zu können. Aber Anlagen und Gebäude sind zweckmäßig, ohne unnötigen und teuren Luxus und überwiegend aus eigenen Mitteln wartbar.

Wir überprüften auch die Nachhaltigkeit der Begleitmaßnahmen. Sie gingen überwiegend in den Akkreditierungsprozess ein und wurden hierfür weiterentwickelt. Es wurde immer wieder gesagt, dass die „Kultur des KfW-Projektes“ den gesamten Akkreditierungsprozess inspiriert hat. Dies impliziert eine sehr starke Nachhaltigkeit.

Die klinischen Pfade (Teilschritte eines Behandlungsprozesses) sind überwiegend für die Schubladen entwickelt und hatten allem Anschein nach keine Bedeutung für die klinische Entscheidungsfindung. Ebenso wurde mehrfach betont, dass Trainings auf Englisch oder Bahasa Malaysia relativ wirkungslos geblieben sind, weil die Teilnehmer sie nicht verstanden haben. Ob die sprachliche oder kulturelle Barriere wirklich zu einer geringen Nachhaltigkeit geführt hat, kann nicht nachgewiesen werden, erscheint jedoch plausibel.

Das Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital ist das Referenzkrankenhaus für Ostindonesien. 33 % der ambulanten und 37 % der stationären Patienten (2014) kommen aus Regionen außerhalb Südsulawesi. Vergleichswerte von 2005 liegen nicht vor. Wir besuchten auch zwei Krankenhäuser der Sekundärebene (Niveau B), ein staatliches und ein privates. In beiden Fällen wurde das Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital als das Krankenhaus der Wahl für Überweisungen genannt. Bei Diensten der Tertiärebene besteht derzeit keine Konkurrenz zur Privatwirtschaft, lediglich bei Patienten, die nicht in einem Maximalversorger behandelt werden sollten. Da Gesundheitsstationen (Health Centres) nicht mehr direkt an Krankenhäuser der Tertiärstufe überweisen dürfen, wurde auf einen Besuch von Health Centres verzichtet.

Damit kann zusammenfassend die Nachhaltigkeit des Projektes als außergewöhnlich und überraschend gut bewertet werden. Im Vergleich zu anderen Projekten sind die meisten Investitionen nach vier Jahren

noch voll funktionsfähig bzw. wurden weiterentwickelt. Um dies auch in Zukunft sicherzustellen, sollten die hier praktizierten Prinzipien der angemessenen Technologie weiterhin bei allen Investitionen berücksichtigt werden.

**Nachhaltigkeit Teilnote: 1**

### 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:

|                |  |
|----------------|--|
| <b>Stufe 1</b> | sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis   |
| <b>Stufe 2</b> | gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel   |
| <b>Stufe 3</b> | zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse   |
| <b>Stufe 4</b> | nicht zufriedenstellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse |
| <b>Stufe 5</b> | eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich                                     |
| <b>Stufe 6</b> | 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.