

# Ex-post-Evaluierung – Kamerun

>>>

**Sektor:** Infrastruktur im Bereich Basisgesundheits 12230  
**Vorhaben:** KV-Sektorprogramm Gesundheit II (BMZ-Nr. 2000 65 391\*),  
 Begleitmaßnahme (BMZ-Nr. 2001 70 001),  
 Aus- und Fortbildungsmaßnahme (BMZ 2004 308)  
**Träger des Vorhabens:** Gesundheitsministerium Kameruns



## Ex-post-Evaluierungsbericht: 2015

	BMZ Nr. 2000 65 391 (Plan)**	BMZ Nr. 2000 65 391 (Ist)**
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR	8,34	9,35
Eigenbeitrag Mio. EUR	0,00	0,98
Finanzierung Mio. EUR	8,34	8,37
davon BMZ-Mittel Mio. EUR	8,34	8,37

\*) Vorhaben in der Stichprobe 2015

\*\*) Betrag inkl. Personelle Unterstützung BMZ Nr. 2001 70 001 (1,26 Mio. EUR), 2004 308 (0,25 Mio. EUR) sowie Restmittel in Höhe von 0,03 Mio. EUR aus Phase I, BMZ Nr. 1994 66 095

**Kurzbeschreibung:** Das Sektorprogramm Gesundheit (Phase II) in Kamerun sollte laut Prüfungsbericht als Kooperationsvorhaben (KV) mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung in ursprünglich sechs von 40 Gesundheitsdistrikten der Provinzen Littoral, Nordwest und Südwest leisten. Wegen des wesentlich höheren Rehabilitierungsbedarfs konnten dann aber in nur 5 Gesundheitsdistrikten anders als geplant nur 4 (statt bis zu 6) Distriktkrankenhäuser sowie 6 (statt bis zu 15) umliegende Gesundheitszentren renoviert bzw. neu gebaut und ausgestattet werden. Mit einem Wartungsfonds sollte der Erhalt der Geräte gesichert werden. Mit einer Begleitmaßnahme wurden die Mitarbeiter der in den beiden Phasen des Sektorprogramms unterstützten Einrichtungen fortgebildet.

**Zielsystem:** Als Oberziel der zweiten Phase des Sektorprogramms Gesundheit sollte ein Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in den begünstigten Distrikten geleistet werden. Das Programmziel war die qualitative und quantitative Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den begünstigten Distrikten durch die Schaffung eines Angebots von Dienstleistungen hinreichender Qualität und deren Nutzung in den rehabilitierten Gesundheitseinrichtungen.

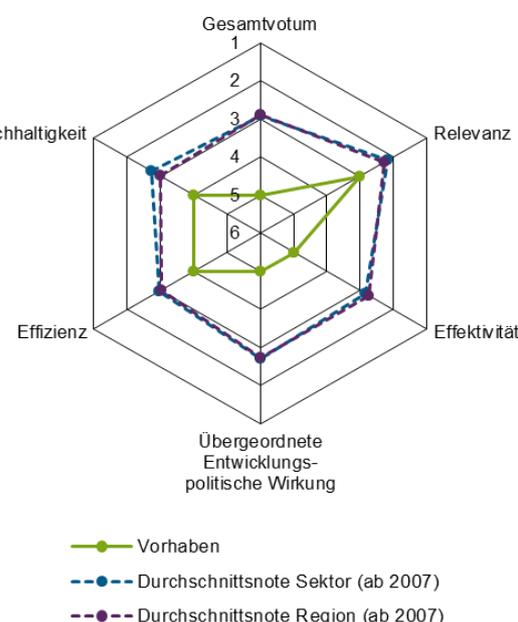
**Zielgruppe:** Zielgruppe war die Bevölkerung der ursprünglich 6 zu unterstützenden Gesundheitsdistrikte mit ca. 0,7 Mio. Einwohnern (Angaben zur Bevölkerung der letztlich erreichten 5 Distrikte liegen nicht vor).

## Gesamtvotum: Note 5

**Begründung:** Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Nutzung der Infrastruktur nicht wie geplant erhöht hat, sondern durchgängig rückläufig ist. Damit wird auch die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens als eindeutig unzureichend eingestuft. Trotz erheblicher Investitionen in die Gesundheitsinfrastruktur konnte bei keinem der Indikatoren eine Verbesserung festgestellt werden. Auch die ermittelten Kosten liegen weit oberhalb des regional üblichen Rahmens.

### Bemerkenswert:

Durch die Rehabilitation konnte der geplante Anstieg der Nutzung der geförderten Gesundheitsinfrastruktur nicht erreicht werden. Das Gegenteil ist zu beobachten: Die Anzahl der Patienten nimmt ab. Gründe für die geringe Nutzung der Einrichtungen konnten im Rahmen der Evaluierung nicht tiefgehend analysiert werden. Sicherlich halten die relativ hohen offiziellen und inoffiziellen Patientengebühren die ärmere Bevölkerung davon ab, die Einrichtungen zu nutzen, während die wohlhabendere Bevölkerung private Angebote bevorzugt. Hinzu kommen fehlende Funktionalität zentraler Geräte sowie wenig motiviertes oder auch abwesendes Personal.



# Bewertung nach DAC-Kriterien

## Gesamtvotum: Note 5

### Relevanz

Bei der Programmprüfung des Vorhabens wurde zu Recht festgestellt, dass Kamerun trotz seiner im Vergleich zu vielen Nachbarländern besseren wirtschaftlichen Möglichkeiten Gesundheitsindikatoren hatte, die ähnlich unbefriedigend waren wie die der viel ärmeren Nachbarländer. Die Verbesserung der Gesundheitssituation der kamerunischen Bevölkerung war daher von höchster entwicklungspolitischer Bedeutung. Die Millennium Development Goals haben der Verbesserung der Gesundheit eine hohe Bedeutung gegeben und zwei Ziele in Bereichen festgelegt, in denen Kamerun sehr unbefriedigende Ergebnisse aufwies und leider auch weiterhin aufweist, nämlich bei der Kinder- und der Müttersterblichkeit. Entsprechend hatte Kamerun in seiner (2009 aktualisierten) Gesundheitsstrategie auch festgelegt, dass bis 2015 die Müttersterblichkeit um 40 % und die Sterblichkeit von Kindern um zwei Drittel reduziert werden sollte. In seiner Konzentration auf die Verbesserung der Gesundheitssituation entsprach das Vorhaben internationalen Zielen und den Hauptzielen der deutschen EZ. Kamerun ist ein Schwerpunktland der deutschen EZ; der Gesundheitssektor war während der Programmplanung und auch noch bei der Durchführung einer von drei EZ-Schwerpunktsektoren. Daher ist ein Programm, das die Gesundheitssituation der Bevölkerung verbessern will, nach wie vor als sehr relevant zu bewerten.

Die Auswahl der unterstützten Regionen ergab sich aus den regionalen Schwerpunkten der deutschen EZ im Gesundheitsbereich in Kamerun (Südwesten des Landes), die Auswahl der unterstützten Einrichtungen erfolgte anhand nachvollziehbarer Kriterien, wie z.B. bestehender, nicht durch andere Geber abgedeckter Rehabilitierungsbedarf, Vorleistungen der Gesundheitseinrichtungen in der Form von Vorstudien, Größe der Zielgruppe etc.

Aus heutiger Sicht ist allerdings kritisch zu hinterfragen, ob die zugrunde gelegte Wirkungskette zwischen Maßnahmen (Rehabilitierung der Gesundheitsinfrastruktur und Beschaffung neuer Geräte) und Programmziel (Nutzung des verbesserten Dienstleistungsangebots) nicht wesentliche Lücken aufwies und zahlreichen Faktoren zu wenig Bedeutung beigemessen hat, die für die Zielerreichung unabdingbar waren. Dazu gehören u.a. ein genügend großes Angebot an qualifizierten und motivierten Mitarbeitern, ausreichende finanzielle Mittel zur laufenden Beschaffung von Medikamenten, Verbrauchsmaterialien und Ersatzteilen, regelmäßige Wartung der Gebäude und Geräte, eine Willkommenskultur für die Patienten als Kunden und Gebühren, die auch für ärmere Bevölkerungsteile erschwinglich sind. Auch wurde konzeptionell den unzureichenden Ausgangsbedingungen bei der Wasser- und Elektrizitätsversorgung zu wenig Rechnung getragen. So wurden z.B. trotz bekannter Spannungsfuktuationen keine Spannungsausgleichgeräte vorgesehen. Gesundheitsstationen wurden rehabilitiert, obgleich die Wasserversorgung vorab nicht sichergestellt war. Ähnlich kritisch zu beurteilen ist die fehlende Müllentsorgung, die lediglich für das Krankenhaus in Edéa nach Beendigung des Vorhabens durch den Partner eingeführt wurde.

Zusätzlich konnte die ursprüngliche Vorstellung, mit der Rehabilitierung der Infrastruktur die zum Zeitpunkt der Programmprüfung umfassenden Beratungsangebote der TZ im Rahmen eines Kooperationsprogramms zu ergänzen, nicht realisiert werden. Die Kooperation begrenzte sich dann auf die Wartungs- und Instandhaltungskomponente der TZ als zentrales Element der Nachhaltigkeit. Da auch andere Geber sich kurz nach Beginn des Vorhabens aus der Unterstützung von Maßnahmen zur Rehabilitierung der Gesundheitsinfrastruktur zurückzogen, war das Vorhaben weniger in übergeordnete Programme eingebettet, als bei der Prüfung erwartet worden war.

### Relevanz Teilnote: 3

### Effektivität

Das Programmziel war die qualitative und quantitative Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den begünstigten Distrikten durch die Schaffung eines Angebots von Dienstleistungen hinreichender Qualität in den rehabilitierten Gesundheitseinrichtungen. Das Erreichen dieses Programmziels sollte mit insgesamt vier Indikatoren überprüft werden. Dabei beschränkte sich die Erhebung der Daten für diese Indika-

toren auf die vier unterstützten Krankenhäuser (2 davon in privater konfessioneller Trägerschaft), während zur Überprüfung der Wirkungen des Vorhabens in den sechs rehabilitierten Gesundheitszentren keine Indikatoren festgelegt und dafür während der Programmlaufzeit auch keine Daten erhoben wurden. Die folgende Tabelle fasst daher nur die Ergebnisse der durch den Durchführungsconsultant in den vier unterstützten Krankenhäusern erhobenen Statistiken zusammen und basiert auf den Ergebnissen seines Schlussberichts. Die hier zusammengefassten Daten vergleichen das Jahr 2007 (vor Beginn der Rehabilitierungsmaßnahmen) mit den Ergebnissen des Jahres 2009 und 2010, als bis auf die Rehabilitierung des Krankenhauses in Edéa alle Infrastrukturmaßnahmen abgeschlossen waren. Während der Besuche der Gesundheitseinrichtungen in 2015 wurden die aktuellen Daten abgefragt, die insgesamt allerdings gegenüber der Situation von 2009/10 und der Berichterstattung des Consultants von 2014 keine positiven Veränderungen zeigen konnten. Leider war das Gesundheitsministerium nicht in der Lage, aktuellere Informationen zu den Patientenstatistiken der unterstützten Gesundheitseinrichtungen bereitzustellen. Inwieweit die handschriftlichen Patientenstatistiken der beiden besuchten Krankenhäuser zuverlässig sind, konnte nicht überprüft werden.

Indikator*	Ausgangswert 2007	Zielwert 2009**	Wert 2010***	Krankenhaus Edéa, 2015****
(1) Erhöhung des Nutzungsgrads der vier rehabilitierten Krankenhäuser um insgesamt 10 %, gemessen an der Anzahl der neuen Konsultationen pro Jahr.	24.814	27.295	20.274	- 18 % im Vergleich zum Ausgangswert 2007.
(2) Erhöhung der Aufnahmen in den rehabilitierten Krankenhäusern um insgesamt 10 %, gemessen an der Anzahl der stationären Aufnahmen pro Jahr.	8.581	9.439	7.287	Diese Statistiken werden in den besuchten Krankenhäusern nicht mehr geführt.
(3) Erhöhung der Operationen in den rehabilitierten Krankenhäusern um insgesamt 20 %.	2.610	3.132	1.021	- 39 %
(4) 80 % der gelieferten Ausrüstung funktioniert noch 3 Jahre nach der Lieferung.	Bei AK (3 Jahre nach der Lieferung) funktionierten weniger als 80 % der gelieferten Ausrüstung. Der selektive Vor-Ort-Eindruck bei Ex-post-Evaluierung bestätigt diese Beobachtung.			Deutlich unter 80 %.

\* Nutzungswerte sind jeweils für die vier geförderten Krankenhäuser aufsummiert. Die gewählten Indikatoren für die ambulanten Behandlungen (neue Konsultationen) sind die typischerweise in den Krankenhäusern erhobenen Statistiken, während für wiederholte Konsultationen nur sehr niedrige oder gar keine Werte vorliegen. \*\* Zwei Jahre nach Beendigung der Maßnahme; \*\*\* Werte aus Abschlussbericht des Consultingunternehmens, 2011 und Aide Memoire der AK-Mission; \*\*\*\* Werte basieren auf den Patientenstatistiken eines der vor Ort besuchten Krankenhäuser (Edéa). Die Statistiken des zweiten besuchten Krankenhauses erschienen wenig belastbar (Wum).

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Nutzung der Infrastruktur nicht wie geplant erhöht hat, sondern weiterhin durchgängig rückläufig ist. Auch die Vor-Ort-Besuche in zwei der vier Krankenhäuser wie auch in zwei der sechs unterstützten Gesundheitszentren bestätigen dieses Bild.

Auf der Basis einer so begrenzten Erhebung lassen sich die Gründe für diese sehr begrenzte Nachfrage nicht tiefgehend analysieren. Der in der Berichterstattung wie auch bei dem Besuch des Krankenhauses in Edéa für den Nachfragerückgang angeführte Grund ist, dass die Konkurrenz privater und kirchlicher

Gesundheitsdienste zugenommen habe. Laut Studie der Weltbank (2013) dagegen sind die unbefriedigenden Gesundheitswerte in Kamerun im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die Patientengebühren die wesentliche Einnahmequelle der Gesundheitseinrichtungen sind und die im Vergleich zu vielen anderen Ländern immer noch sehr hohen Gebühren viele Patienten davon abhalten, die Gesundheitseinrichtungen aufzusuchen. Über die Höhe der offiziellen und inoffiziellen Nutzergebühren der staatlichen, kirchlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen gibt es keine verlässlichen Informationen. Hinzu kommt die geringe Qualität der Leistungen vieler öffentlicher Einrichtungen. Die Tatsache, dass laut UNICEF (2014) zwar 97 % der Geburten der reichsten 20 % der Bevölkerung durch qualifiziertes Gesundheitspersonal betreut werden, dieser Wert aber für die ärmsten 20 % auf auch weltweit sehr niedrige 19 % sinkt, deutet daraufhin, dass die reicheren Kameruner vermutlich (bessere) private Angebote nutzen, während sich die ärmere Bevölkerung wegen der Höhe der Gebühren der staatlichen Gesundheitseinrichtungen ihre Nutzung nicht leisten kann. Der staatliche Beitrag zu den getätigten Gesundheitsaufwendungen beträgt rd. ein Drittel (WHO 2012). Der privat finanzierte Anteil beläuft sich auf zwei Drittel der Gesamtaufwendungen, dies sind nahezu ausschließlich „out of pocket“-Zahlungen der Patienten.

### Effektivität Teilnote: 5

#### Effizienz

Ein Programm zur Rehabilitierung von Gesundheitsinfrastruktur lässt sich hinsichtlich seiner Produktionseffizienz nur bedingt bewerten: Grund ist die Individualität der Rehabilitierungskomponenten, für die es keine Standardkosten gibt, die zeigen, ob die Rehabilitierung im üblichen Preisrahmen liegt. Betrachtet man die Rehabilitierungskosten des Krankenhauses in Edéa, so machen diese mit etwa 2,74 Mio. EUR etwa 55 % der Rehabilitierungskosten der Krankenhäuser und rd. 35 % der Gesamtkosten (ohne personelle Unterstützung) des Vorhabens aus. Bezogen auf die Fläche von 5.350 m<sup>2</sup> ergeben sich damit Gesamtkosten von über 500 EUR/m<sup>2</sup> (rd. 330 EUR/m<sup>2</sup> davon für die Gebäuderehabilitierung), was beides weit oberhalb des regional üblichen Kostenrahmens liegt. Die reine Gebäuderehabilitierung im Krankenhaus Wum beläuft sich auf 206 EUR/m<sup>2</sup>.

Ferner mussten die vorab geschätzten Gesamtkosten revidiert werden. Ursprünglich sollten bis zu 6 Distriktkrankenhäuser und bis zu 15 Gesundheitszentren mit den vorgesehenen Mitteln rehabilitiert werden. Im Programmverlauf wurde die Zahl der Einrichtungen auf 4 Distriktkrankenhäuser und 6 Gesundheitszentren eingeschränkt. Grund dafür war der stark erhöhte Bedarf an erforderlicher Rehabilitierung. Andererseits wurde die geplante Umsetzungszeit deutlich überschritten: Während bei der Planung vorgesehen war das Vorhaben in 48 Monaten durchzuführen, wurden vor allem wegen Schwierigkeiten mit der staatlichen Bürokratie und oft fehlender Kompetenz der Unterauftragnehmer 84 Monate, trotz der gegenüber der ursprünglichen Planung reduzierten Anzahl an Standorten, benötigt.

Die Allokationseffizienz des Vorhabens, d.h. die je Euro erzielte Wirkung, lässt sich ebenso nur bedingt quantitativ bewerten, weil der durch das Vorhaben entstehende Nutzen nicht monetisiert werden kann. So wird zur Bewertung vornehmlich auf Hinweise zurückgegriffen, wie Nutzung der Infrastruktur und Wartungspraktiken. Die Vor-Ort-Beobachtungen ergaben, dass viele Beschaffungen und Baumaßnahmen nie genutzt wurden bzw. mittlerweile (6 Jahre nach Inbetriebnahme) nicht mehr genutzt werden. Hier sind z.B. die in allen Gesundheitseinrichtungen bereitgestellten Toilettenhäuschen mit Wasserspülung zu nennen, die nie genutzt werden konnten, weil in den Gesundheitszentren kein Wasseranschluss vorhanden war und auch bisher nicht hergestellt wurde<sup>1</sup>. Auch zahlreiche standardmäßig beschaffte Geräte, wie z.B. Zahnarztinstrumente, konnten nicht genutzt werden, weil die entsprechenden Zahnärzte zum Zeitpunkt der Prüfung, aber auch heute noch nicht vor Ort waren. Insbesondere aber sprechen die Tatsachen, dass viele der Geräte nach kurzer Zeit nicht mehr bzw. zum Teil niemals funktionsfähig waren und einige der rehabilitierten Einrichtungen zum Zeitpunkt der Ex-post-Evaluierung schon wieder eine umfassende Rehabilitierung benötigen, nicht für eine hohe Wirkungseffizienz der verwendeten Mittel.

### Effizienz Teilnote: 4

<sup>1</sup> Lt. Abschlusskontrolle war als Begründung für die fehlende Wasserversorgung angeführt worden, dass Probebohrungen negative Ergebnisse erbracht hätten (unzureichende Wasserqualität). Ob diese Probebohrungen in allen Gesundheitszentren dieselben negativen Ergebnisse erbracht haben und ob eine Wasserversorgung mit unbefriedigender Qualität nicht besser als keine Wasserversorgung gewesen wäre, ließ sich aus den Unterlagen nicht ersehen.

## Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Oberziel des Vorhabens war die Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in den unterstützten Distrikten. Oberzielindikatoren wurden bei Prüfung nicht festgelegt. Natürlich dürfte es schwer sein, einen Wirkungszusammenhang zwischen den Maßnahmen des Vorhabens und der Verbesserung der Gesundheitssituation der Zielgruppenbevölkerung wegen zahlreicher durch das Vorhaben nicht beeinflussbarer Faktoren herzustellen. Zur Ex-post-Bewertung werden dennoch als Proxy-Indikatoren für die Erreichung des Oberziels die Reduzierung der Müttersterblichkeit und der Kindersterblichkeit in den 3 Programmregionen als zwei der Millennium Development Goals herangezogen. Auf nationaler Ebene zeigt der Vergleich der Werte zwischen den EDS 2004 und 2011 (EDS - Enquête Démographique et de Santé) bei der Kindersterblichkeit eine Verbesserung von 144/1.000 Lebendgeburten auf einen immer noch unbefriedigenden Wert von 122/1.000, während die Werte der Müttersterblichkeit sich zwischen 2004 und 2011 von 669/100.000 (Zeitraum 1998-2004) auf 782/100.000<sup>2</sup> (Zeitraum 2004-2010) erheblich verschlechtert haben. Auffällig dabei ist die Differenzierung nach sozio-ökonomischen Quintilen der Bevölkerung. So hat sich z.B. die Kindersterblichkeit insbesondere bei den 60 % besser gestellten Bevölkerungsteilen verbessert (Senkung zwischen 18 und 22 %), während die 20 % Ärmsten der Bevölkerung nur eine marginale Verbesserung von knapp 3 % erreichen konnten (Zeitraum 2004-11). Deren Kindersterblichkeit liegt 2011 noch immer bei 189/1.000 Lebendgeburten.

Sehr kritisch ist die Tatsache anzusehen, dass das Vorhaben es unterlassen hat, im Rahmen der Rehabilitation - bis auf Edéa - angemessene Entsorgungseinrichtungen für Medizinmüll aufzubauen. In Wum wie auch in den beiden besuchten Gesundheitszentren lagen hoch kontaminierte Spritzen einfach offen im Gelände. Aber auch in Edéa wurde das vorgesehene Entsorgungskonzept erst lange nach der Rehabilitation durch die Regierung umgesetzt. Der entsprechende elektrische Verbrennungsofen wurde erst vor kurzem installiert und wirkte nicht benutzt. Daher ist das Vorhaben unter Gesundheits- und Umweltsichtspunkten kritisch zu bewerten und zusammenfassend als eindeutig unzureichend zu beurteilen.

## Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 5

### Nachhaltigkeit

Bezüglich der Nachhaltigkeit des Vorhabens sollen hier zwei verschiedene Formen unterschieden werden, nämlich die finanzielle und die institutionelle Nachhaltigkeit. Bei der finanziellen Nachhaltigkeit stellt sich die Frage, ob der Partner in der Lage ist, den laufenden Betrieb, aber auch den Ersatz der Investitionen zu gewährleisten. Hier lässt sich nach den Ergebnissen der Besuche der Gesundheitseinrichtungen, aber auch aus den fehlenden Budgetzuweisungen und den sehr begrenzten Eigeneinnahmen der Gesundheitseinrichtungen klar erkennen, dass die finanzielle Nachhaltigkeit nicht gegeben ist. Keine der besuchten Gesundheitseinrichtungen erhielt außer der Zuweisung eines Teils des Personals und Finanzierung der Kosten dieser Mitarbeiter irgendwelche staatlichen Beiträge zu den Betriebs- oder Investitionskosten. Stattdessen erwartet der Staat, dass die Gesundheitseinrichtungen ihre Betriebskosten wie auch die Ersatzinvestitionen alleine aus den Patientengebühren finanzieren. Diese Patientengebühren reichen bei Weitem nicht aus, um ein qualitativ zufriedenstellendes Angebot bereitzustellen, sind aber auf der anderen Seite zu hoch für die arme Bevölkerung, was die niedrige Nachfrage erklärt.

Bezüglich der institutionellen Nachhaltigkeit der rehabilitierten Einrichtungen, also der Frage, ob die Leitungen und Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtungen die Kompetenz besitzen, die Einrichtungen wirtschaftlich zu führen und gleichzeitig ein qualitativ zufriedenstellendes Leistungsangebot bereitzustellen, haben die Feldbesuche in allen Fällen Grenzen der Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtungen gezeigt. Beobachtet wurden viele nicht funktionierende Geräte, schlechter Zustand der Einrichtungen, hohe Personalabwesenheit, wenig Nachfrage der Patienten als Ausdruck des lieblosen Angebots des Personals. Anzuerkennen ist, dass das Vorhaben mit den Wartungsfonds, mit der personellen und technischen Unterstützung der Wartungskomponente und mit den leider schon 2007 beendeten Fortbildungsmaßnahmen wichtige Beiträge in Richtung einer verbesserten Kompetenz der Leitungen der Gesundheitseinrichtungen, der Ärzte, des Pflege- und des Wartungspersonals geleistet hat (z.B. Wartungsverträge als Bestandteil des Vorhabens) und sich darin von vielen anderen Infrastruktur-

<sup>2</sup> Hierzu gibt es unterschiedliche Angaben: WHO 2012: 590/100.000; Weltbank (2013) 690/100.000. Einigkeit besteht allerdings bezüglich des landesweit negativen Trends.

programmen positiv unterscheidet. Leider sind die Früchte dieser Unterstützung aber wegen umfangreicher Personalwechsel (lediglich die Wartungstechniker waren noch vor Ort tätig) und vor allem auch wegen der fehlenden Bereitstellung von Mitteln zur Wartung durch das Gesundheitsministerium inzwischen weitgehend verloren gegangen.

**Nachhaltigkeit Teilnote: 4**

### 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.