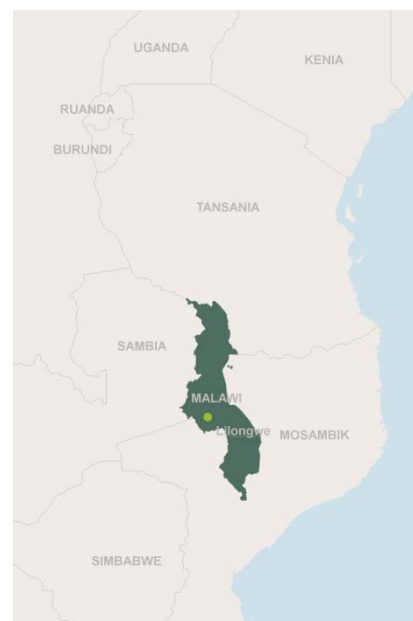


Ex-post-Evaluierung – Malawi

>>>

Sektor: Gesundheitspolitik und Verwaltung des Gesundheitswesens (CRS Kennung 12110)
Vorhaben: Unterstützung der Sektorstrategie Gesundheit I-III (I) 2005 66 521* (BM) 2007 70 032, (II) 2007 66 501, (III) 2009 67 257
Programmträger: Ministry of Health, Government of Malawi



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2014

	(Plan, I-III)	(Ist, I-III)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR	1277,94**	1435,89**
Eigenbeitrag Mio. EUR	1252,10	1410,10
Kofinanzierung Mio. EUR	1121,86	1265,21
Finanzierung Mio. EUR	25,80	25,80***
davon BMZ-Mittel Mio. EUR	25,80	25,80***

*) Vorhaben in der Stichprobe 2014; **) Betrag bezieht sich auf den gesamten SWAP-Ansatz I - III; ***) 3,5 Mio. EUR davon wurden separat für eine Deutsch-Norwegische Initiative (Komponente B) verwendet (hier nicht evaluiert).

Kurzbeschreibung: Die drei FZ-Tranchen haben die malawische Regierung im Rahmen eines sektorweiten Ansatzes (Sector-Wide-Approach, SWAp) bei der Reform ihrer Gesundheitspolitik unterstützt. Der Fokus der Maßnahmen lag in der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch ein während der Programmlaufzeit dezentralisiertes Versorgungssystem. Die Finanzierung ist über einen Geberkorb erfolgt. Die Tranche III umfasste sowohl die Fortführung der Korbfinanzierung (Komponente A) als auch die hier nicht evaluierte Deutsch-Norwegische Mutter-Kind-Gesundheitsinitiative (Komponente B). Ergänzend wurde eine Begleitmaßnahme zur Verbesserung des Finanzmanagements finanziert.

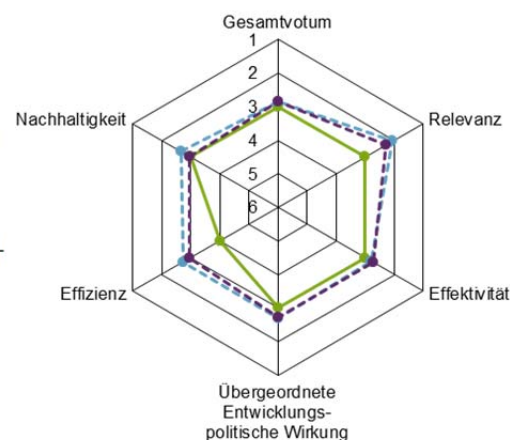
Zielsystem: Oberziel der drei Vorhaben war es, den Gesundheitszustand der malawischen Bevölkerung (insbesondere Frauen und Kinder der armen Bevölkerung) zu verbessern. Dies sollte dadurch erreicht werden, dass Basisgesundheitsleistungen (Essential Health Package) besser genutzt werden, indem der Zugang zu diesen Leistungen und deren Qualität verbessert werden (Programmziele).

Zielgruppe: Zielgruppe ist die malawische Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der armen Bevölkerung sowie Frauen und Kinder im ländlichen Raum. Damit sollten 80 - 90 % der Bevölkerung, insbesondere sozial schwache Gruppen, erfasst werden (darunter vor allem Frauen - Mütter und Schwangere).

Gesamtvotum: Note 3 (alle 3 Phasen)

Begründung: Eine deutliche Verbesserung von Kennwerten der Gesundheit führt bei nicht mehr zufriedenstellender Effizienz und zufriedenstellender Nachhaltigkeit zu einer insgesamt noch zufriedenstellenden Gesamtbewertung.

Bemerkenswert: Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Programmträger (Gesundheitsministerium) aufgrund seiner sehr schwachen Kapazitäten mit der Umsetzung einer vergleichsweise komplexen und komprimierten Reform zur Dezentralisierung bei gleichzeitiger Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen überfordert war.



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

Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 3 (alle 3 Phasen)

In Abwägung aller Kriterien stufen wir die Wirkung der drei Vorhaben als noch zufriedenstellend ein.

Rahmenbedingungen und Einordnung der Vorhaben

Die drei FZ-Vorhaben werden aus folgenden Gründen gemeinsam evaluiert:

1. Sie stellen ein von den Durchführungsmodalitäten einheitliches Serienvorhaben dar (Korbansatz¹ in Kofinanzierung mit anderen Gebern).
2. Sie beziehen sich auf dasselbe Gesundheitsreformprogramm, welches die Umsetzung einer gemeinsamen Strategie im Gesundheitssektor förderte. Entsprechend ist es nicht möglich, die Einzelvorhaben mit einem jeweiligen Implementierungszeitraum von ein bis zwei Jahren hinsichtlich Effektivität, Effizienz und übergeordneter entwicklungspolitischer Wirksamkeit separat zu evaluieren.

Die „Deutsch-Norwegische-Mutter-Kind-Gesundheitsinitiative“ (Komponente B der Tranche III, 3,54 Mio. EUR) ist von der Korbfinanzierung entkoppelt und wird nicht mit evaluiert. Die Initiative fördert zwar ebenfalls die Sektorstrategie, verfolgt jedoch ein anderes Zielsystem und wendet eine andere Finanzierungsform an (Projekt- statt Korbfinanzierung). Damit bezieht sich die Ex-post-Evaluierung auf folgende FZ-Volumina:

- (I) 2005 66 521, 5 Mio. EUR
- (II) 2007 66 501, 5 Mio. EUR. (II, BM) 2007 70 032, 0,6 Mio. EUR
- (III) 2009 76 257, 6,5 Mio. EUR (nur Komponente A)

Relevanz

Der Korbansatz zielte darauf ab, die Gesundheitssituation der Bevölkerung zu verbessern. Dies war entwicklungspolitisch von hoher Relevanz, da die mangelnde Gesundheitssituation der Bevölkerung auch ein Hemmnis für die soziale und wirtschaftliche Entwicklung Malawis darstellte, vielfach verstärkt durch die verbreitete Unterernährung der Bevölkerung. Insbesondere bei Kindern führt unzureichende Ernährung zu einer erhöhten Inzidenz von Krankheiten.

Das Korbprogramm entspricht der Sektorpolitik der Regierung, den Malawi Growth and Development Strategies I (2006-2011) und II (2011-2016), insbesondere hinsichtlich der Armutsbekämpfung durch die Förderung sozialer Sektoren, Public Private Partnership etc.. Der Ansatz fügt sich ebenso in die – in Zusammenarbeit mit den Gebern entwickelte – Gesundheitspolitik der Regierung ein. Doch trug die Programmkonzeption den institutionellen und strukturellen Schwächen des Gesundheitssystems, wie z.B. im Finanz- und Beschaffungsmanagement, nicht ausreichend Rechnung. Der sektorweite Ansatz, der erstmalig im Gesundheitssektor Malawis umgesetzt wurde, stellte für die Institutionen auf den verschiedenen Ebenen Neuland dar (Budgetierung, Rechenschaftslegung, ordnungsgemäße Auftragsvergabe). Auch wesentliche strukturelle Engpässe des Gesundheitssektors, etwa das unzureichende Personal- und Beschaffungsmanagement, insbesondere auf dezentraler Ebene, hätten konzeptionell stärker berücksichtigt werden müssen, d.h. der Trade-off zwischen Leistungserbringung und Dezentralisierung.

Der Gesundheitssektor ist Schwerpunkt der deutsch-malawischen Entwicklungszusammenarbeit. Das Programm ordnet sich gut ein in die deutsch-malawische Zusammenarbeit im Schwerpunkt, für die als übergreifendes Programmziel die Verbesserung des Zugangs zu und die Nutzung von qualitativ hochwertigen Basisgesundheitsdiensten (Essential Health Package), insbesondere im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (inkl. der Bekämpfung von HIV/Aids) definiert wurde.

¹ Korbfinanzierung, lt. BMZ Sektorkonzept: „Die Geber finanzieren gemeinsam einen Ausgabeplan für die Umsetzung eines konkreten Maßnahmenbündels, der sich aus einer Sektorstrategie ableitet. Es besteht eine Zweckbindung der vereinbarten Maßnahmen(...). Die Mittel werden auf ein Sonderkonto eingezahlt und nachrichtlich vom nationalen Haushalt erfasst (reported on-budget)...“

Im Hinblick auf die Kriterien der Kohärenz, Komplementarität und Koordination erfolgte das Engagement der beteiligten Geberorganisationen im Gesundheitssektor weitgehend koordiniert und komplementär. Viele Geber einigten sich auf eine Korbfinanzierung mit einem gemeinsamen Arbeitsprogramm. Immerhin wurden knapp 90 % der im nationalen Budget eingestellten Geberfinanzierungen für den SWAp I (Fiskaljahre 2004/05-2009/10) im Rahmen der Korbfinanzierung bereitgestellt; die übrigen rd. 10 % wurden als Projektfinanzierungen zur Verfügung gestellt. Trotzdem erfolgten Monitoring und Evaluierung des SWAp-Programms auf zentraler und lokaler Ebene nicht ausreichend kohärent. Auch erfolgte in Krisensituationen, wie der Wirtschafts- und Regierungskrise in der zweiten Amtszeit der Regierung Mutharika (2009-12), kein einheitliches Vorgehen der Geber gegenüber der Regierung. Zusammenfassend wird die Relevanz der drei Vorhaben mit zufriedenstellend bewertet.

Relevanz Teilnote: 3 (alle Phasen)

Effektivität

Programmziel war die verbesserte Nutzung dezentralisierter Gesundheitsdienstleistungen, mit Hauptaugenmerk auf verbessertem Zugang und definiertem Umfang essentieller Leistungen. Zentrale Indikatoren zur Messung der Zielerreichung werden im Folgenden zusammengestellt:

Erhöhte Nutzung und Wirksamkeit von Basisgesundheitsleistungen		
Indikator SOLL	Indikator IST	Zielerreichung
(1) Der Anteil der einjährigen Kinder, die gegen Masern geimpft werden, bleibt bei 82 % (2005).	89 % aller Kinder sind nach dem ersten Lebensjahr gegen Masern geimpft (HIMS 2012/13) 85 % (MICS 2014).	+
(2) Der Anteil der befragten Bevölkerung, der mit den Gesundheitsdienstleistungen zufrieden ist, erhöht sich. (keine Baseline Studie)	Studie von NORAD zur Patientenzufriedenheit (2010/11): - 76,4 % ländliche Gebiete - 83,6 % städtische Gebiete Studie NORAD, 2013 - 60 % aller Befragten war überwiegend / vollständig zufrieden mit CHAM-Gesundheitsleistungen* - 35 % aller Befragten war überwiegend / vollständig zufrieden mit staatlichen Gesundheitsleistungen - 68 % aller Befragten war zufrieden im Hinblick auf die Medikamentenversorgung (öffentliche Einrichtungen)	Keine Eindeutige Aussage möglich
(3) Die kontrazeptive Prävalenzrate ist von 28,1 % (DHS 2004) auf 40 % in 2011 angestiegen.	- 42 % (Multiple Indicator Cluster Survey 2010/11) - 59 % (MICS 2014)	+
(4) Anteil der Entbindungen, die in Anwesenheit von qualifiziertem Personal stattfinden, erhöht sich von 38 % (HMIS 2004-05) auf 75 % (2011).	- 52 % (2008/09) - 87 % (MICS 2014)	+

Besserer Zugang zu qualitativen Basisgesundheitsleistungen		
(5) Angebot des kompletten Pakets der Basisgesundheitsleistungen in 60 % aller Gesundheitszentren (2006: 15 %)	74 % aller Gesundheitseinrichtungen bieten das komplette Paket der Basisgesundheitsversorgung an (KfW 2011)	+
(6) Erreichen einer normgerechten Personalausstattung in mindestens 85 % aller Gesundheitszentren (2007: 40 %)	27 % aller Gesundheitseinrichtungen erfüllen den Personalschlüssel für Krankenhausärzte und 45 % den Personalschlüssel für Krankenschwestern/Hebammen. (KfW 2011)	--
(7) Geplante Supervisionen mit dokumentierten Rückmeldungen erfolgen zu 80 % (2006: 71 %)	Der Anteil dokumentierter Supervisionen lag 2011 bei 63 %. Demgegenüber scheint die beobachtete Anzahl und Qualität der Supervisionen eher zu steigen. Unklar ist die Verlässlichkeit der Basisdaten (KfW 2011).	--/?
(8) Zunahme der Inanspruchnahme kurativer "Erstversorgung": mindestens eine Erstversorgung/Einwohner/Jahr (2007: 0,9 Einwohner)	- 1,3 Erstversorgungen/Einwohner (Ministry of Health 2010) - 1,1 Erstversorgungen/Einwohner (HIMS 2012/13)**	+
(9) Mindestens 65 % der befragten Mitarbeiter äußern sich zufrieden hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen	Keine Angaben, da dieser Indikator nicht Bestandteil der Routinedatenerhebungen ist.	k.A.
(10) Der durchschnittliche Umsetzungsgrad der jährlichen Aktionspläne auf nationaler Ebene und in den Distrikten steigt von derzeit 70 % auf über 85 %	Keine belastbare Aussage zur Umsetzungsrate der jährlichen Aktionspläne möglich.	k.A.

*) In den Einrichtungen der CHAM lagen die z.T. erhobenen Nutzergebühren teilweise über der Zahlungsfähigkeit der ärmeren Bevölkerung, weswegen höhere Einkommensschichten stärker von den Leistungen profitierten.

**) Indikator deckt nicht die kommunale Ebene ab, welche für die ärmere Zielgruppe besonders relevant ist.

Nicht alle Zielwerte konnten erreicht bzw. bewertet werden. Im regionalen Vergleich schneidet Malawi allerdings bei Kennwerten wie Anteil medizinisch begleiteter Geburten, pre-/postnatale Betreuung, kontrazeptive Prävalenz überdurchschnittlich ab, trotz des stark unterdurchschnittlichen Bruttosozialprodukts pro Kopf und der stark unterdurchschnittlichen (rd. 1/3) Gesundheitsausgaben pro Kopf. So wird in der Gesamtsumme die Zielerreichung mit zufriedenstellend bewertet.

Effektivität Teilnote: 3 (alle Phasen)

Effizienz

Die Korbfinanzierung stellte einerseits Finanzierung für die qualitative und quantitative Verbesserung sektoraler Dienstleistungen bereit, andererseits eröffnete sie ein gewisses Potential um - in Abstimmung mit der Regierung und anderen Gebern - Strukturveränderungen zu fördern, die langfristig effizientere Investitionen ermöglichen. Dieses Potential der Korbfinanzierung wurde nur teilweise für Reformen im Gesundheitssektor genutzt. Verbessert wurden das Monitoringsystems für Medikamentenlieferungen, die in-

stitutionelle Aufstellung des Central Medical Store sowie das Personalmanagement und die Zusammenarbeit mit dem Privatsektor (Service Level Agreements mit Gesundheitszentren der CHAM). Wenig Fortschritte gab es in den übergeordneten Bereichen der Rechenschaftspflicht.

Die Geber der Korbfinanzierung haben jährlich ein Maßnahmenpaket mit der Regierung vereinbart. Diese Budgetplanung erfolgte jedoch nur bedingt bedarfsorientiert (auf Basis der Krankheitslast und unter Berücksichtigung von Equity-Aspekten) und stark input-orientiert - u.a. getrieben durch die erwartete Mittelabsorption.² Grundlage der Planung waren vor allem die Bedarfsmeldungen der Gesundheitszentren, die auf Distriktebene konsolidiert wurden. Die unzureichende Kapazität dieser Ebene führte zu Fehlplanungen. Die zur Verfügung stehenden Mechanismen zur Planung und Steuerung des Korbansatzes haben dem zu wenig Rechnung getragen. Beispielsweise umfasste das Monitoring- und Evaluierungssystem eine Vielzahl bewährter Indikatoren, jedoch fehlte die durchgehende Quantifizierung der Indikatoren mangels Datenverfügbarkeit.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben (inklusive Korbfinanzierung) am Gesamtbudget stieg von 11 % (2004/05) auf 14 % (2011/12); damit wurde das Ziel der Declaration of Abuja von 2001³ fast erreicht - allerdings primär durch Zunahme der Geberfinanzierung. Die Budgetmittel wurden zunehmend direkt an die Distrikte weitergeleitet; der reale Anstieg betrug zunächst 55 %, allerdings nahm der Anteil der Distrikतालlokation anschließend wieder ab.⁴ Die Umsetzung der Korbfinanzierung erfolgte zunächst im geplanten Zeitrahmen. Verzögerungen ergaben sich jedoch beispielsweise dadurch, dass das Finanzministerium die Weiterleitung von Korbmitteln an das Gesundheitsministerium verzögerte⁵, wie auch durch einen wegen Unregelmäßigkeiten bei der Beschaffung (nicht Einhaltung vereinbarter Verfahren) ausgesprochenen Auszahlungsstopp.

Aufgrund der über den Zeitraum eher geringen Fortschritte bei der Verbesserung der Managementkapazitäten im Gesundheitsministerium und bei seinen dezentralen Ebenen, den nicht durchgehend am Bedarf orientierten Beschaffungen sowie der teilweise erfolgten Umgehung vereinbarter Verfahrensschritte (knapp 3 % des Kofinanzierungsbetrages des SWAp I) stufen wir die Effizienz der Vorhaben insgesamt als nicht mehr zufriedenstellend ein.

Effizienz Teilnote: 4 (alle Phasen)

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel der Korbfinanzierung war es, den Gesundheitszustand der malawischen Bevölkerung (insbesondere der Armen, Frauen und Kinder) zu verbessern. Folgende Proxy-Indikatoren wurden zur Bewertung des Oberziels herangezogen:

Proxy-Indikator (SOLL)	Proxy-Indikator (IST)	Zielerreichung
(1) Säuglingssterblichkeit (Unter-Einjährige) ist von 76/1.000 (2000-04) auf 48/1.000 (2011) gesunken.	49/1.000 (World Bank 2011) 53/1.000 (MICS, 2014)	+
(2) Kindersterblichkeit ist von 133/1.000 (2000-04) auf 76/1.000 (2011) gesunken.	77/1.000 (World Bank 2011) 85/1.000 (MICS, 2014)	+
(3) Müttersterblichkeit von 984/100.000 (2000-04) auf 560/100.000 (2011) gesunken	460/100.000 (WHO, 2010) 574/100.000 (MICS, 2014)	+

² Siehe: DfID (2010), S. 40.

³ Beim Treffen der Länder der Afrikanischen Union haben diese zugesagt, jeweils 15 % des staatlichen Budgets für Gesundheit einzusetzen zu wollen.

⁴ Siehe: DfID (2010), S. 39.

⁵ World Bank (2009), S. 8.

(4) Senkung der HIV-Prävalenz schwangerer Frauen zwischen 15 und 24 Jahren von 14,3 % (2005) auf < 12 % bis 2011	- 12,3 % (MOH 2008) - 7 % (HIMC 2012/13)	+
(5) Lebenserwartung bei Geburt ist von 40 Jahren (NSO 2005) auf 45 Jahren (2011) gestiegen	- 54 Jahre (2011 World Bank)	+

Die Indikatoren belegen für die vergangenen 10 Jahre zunächst eine deutliche Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung Malawis, die sich entsprechend neuester Werte z.T. leicht abgeschwächt hat, jedoch weiterhin leicht unter/über dem Zielwert liegt. Angesicht des hohen Anteils der Korbfinanzierung an der gesamten Geberfinanzierung bzw. auch gemessen am Verhältnis zum nationalen Sektorbudget kann davon ausgegangen werden, dass die Korbfinanzierung zu dieser Entwicklung einen wichtigen Beitrag geleistet hat.

Die drei FZ-Tranchen haben im Wesentlichen zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben und des laufenden Betriebs des Gesundheitssystems beigetragen. Strukturbildende Wirkungen wurden in wenigen Bereichen und in eher untergeordnetem Umfang erzielt. Im Hinblick auf die große Gebergemeinschaft, die am Sektoransatz beteiligt war, liegen diese Strukturreformen deutlich unter den Erwartungen. Zusammenfassend werden die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen der Vorhaben als zufriedenstellend bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3 (alle Phasen)

Nachhaltigkeit

Die Korbfinanzierung hat erheblich zur Finanzierung von Basisgesundheitsdienstleistungen beigetragen. Nach wie vor ist das Gesundheitssystem Malawis in hohem Maß von externer Finanzierung abhängig. Der Finanzierungsanteil der Regierung am Gesundheitsbudget lag 2009/10 bei 46 % und hat sich auf derzeit rd. 20 % reduziert. Aufgrund der hohen Anzahl und Vielfalt der finanzierenden Organisationen im Gesundheitssektor ist hier keine radikale Änderung zu erwarten. Die nationale Budgetplanung des Gesundheitsministeriums unterliegt politischem Einfluss, welcher zu einer Verschiebung von Prioritäten führen kann. Auch hier sind derzeit keine einschneidenden Änderungen zu erwarten. Der Aufbau von nachhaltigen privaten Finanzierungsinstrumenten wie die Einführung von Mikroversicherungen, Spargruppen o.ä. wurde bisher nicht in Angriff genommen. Noch liegt der Fokus auf Erschließung neuer, alternativer Finanzierungsquellen.

Die umgesetzten institutionellen Reformen, die auch einer effizienten Umsetzung künftiger Vorhaben dienen, haben weiterhin Bestand, insbesondere im Bereich Personalmanagement, Monitoring von Lieferketten und hinsichtlich Public Private Partnership. Auch sind die Kapazitäten bei der Anwendung der nationalen Beschaffungsverfahren ausgebaut worden; die Frage bleibt offen, ob dies langfristig Akzeptanz und „Ownership“ finden wird. Weiterhin ist durch die etablierte Aufsicht der District Health Management Teams über die Gesundheitsleistungen die Planung bedarfsgerechter geworden.

Dagegen bestehen wesentliche Schwächen beim Betrieb der Gesundheitseinrichtungen auch heute noch fort, die den Zugang zu und die Nutzung von Dienstleistungen zur Basisgesundheit limitieren. Vor allem der gravierende Mangel an medizinischer Ausrüstung, die Engpässe bei der Medikamentenversorgung und die unzureichende Wartung von medizinischen Geräten bestehen weiter fort. Auch die Anzahl der Gesundheitseinrichtungen ist nicht ausreichend, so dass insbesondere in abgelegenen Regionen zu wenige Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung stehen. Insgesamt wird die Nachhaltigkeit der Vorhaben als noch zufriedenstellend bewertet.

Nachhaltigkeit Teilnote: 3 (alle Phasen)

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.