

Ex-post-Evaluierung – Ruanda

>>>

Sektor: Gesundheitspolitik und Verwaltung des Gesundheitswesens (CRS Kennung 12110)

Vorhaben: Sektorbudgetfinanzierung Gesundheit (I) BMZ Nr. 2006 66 289* und (II) 2009 65 467*

Programmträger: Gesundheitsministerium, Ruanda



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2014

| | (I) (Plan) | (I) (Ist) | (II) (Plan) | (II) (Ist) |
|--------------------------------------|---------------|--------------|----------------|---------------|
| Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR | 8,10 | 8,10 | 5,00 | 5,00 |
| Kofinanzierung Mio. EUR | k.A. ** | k.A. ** | k.A. ** | k.A. ** |
| Finanzierung Mio. EUR | 8,10 | 8,10 | 5,00 | 5,00 |
| davon BMZ-Mittel Mio. EUR | 8,10 | 8,10 | 5,00 | 5,00 |

*) Vorhaben in der Stichprobe 2014; **) Leider lassen sich wegen der sehr unterschiedlichen Wechselkurse die Beiträge der anderen Financiers der Sektorbudgetfinanzierung nicht bewerten. Im Durchschnitt standen Ruanda rd. 10 Mio. USD pro Jahr aus dieser Sektorfinanzierung zur Verfügung.

Kurzbeschreibung: Die Budgetfinanzierung sollte die ruandische Regierung im Rahmen eines sektorweiten Ansatzes bei der Umsetzung ihrer Gesundheitssektorstrategie "Health Sector Strategic Plan II" (HSSP) unterstützen. Das Reformprogramm sollte insbesondere dazu beitragen, Gesundheitsdienstleistungen angemessener Qualität mit Schwerpunkt auf einem verbesserten Zugang der armen Bevölkerung, vor allem auch im ländlichen Raum, bereitzustellen. Dabei sollte auch ein Beitrag zur Prävention und Behandlung von HIV/AIDS geleistet werden. Im Rahmen des Sektorprogramms haben sich neben der deutschen EZ die belgischen und die britischen Entwicklungspartner an der Finanzierung jährlicher Beiträge zum Budget des Gesundheitssektors beteiligt. Daneben wurde beim Gesundheitsministerium ein Capacity Development Pooled Fund eingerichtet, der personelle Engpässe im Gesundheitsministerium sowohl auf zentraler wie auf dezentraler Ebene beseitigen sollte.

Zielsystem: Oberziel des Sektorprogramms war es, einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der ruandischen Bevölkerung zu leisten. Dabei wurden drei Programmziele verfolgt: (1) Das Gesundheitssystem in Ruanda geht besser auf die Bedürfnisse insbesondere der armen Bevölkerung ein; (2) die Zielgruppen ziehen verstärkt Nutzen aus den Diensten der reproduktiven Gesundheit, insbesondere der Familienplanung und (3) besser ausgebildetes Gesundheitspersonal steht der ruandischen Bevölkerung vermehrt zur Verfügung.

Zielgruppe: Zielgruppe des Sektorprogramms war - neben der Bevölkerung spezieller Zielregionen der deutschen EZ - die gesamte Bevölkerung Ruandas.

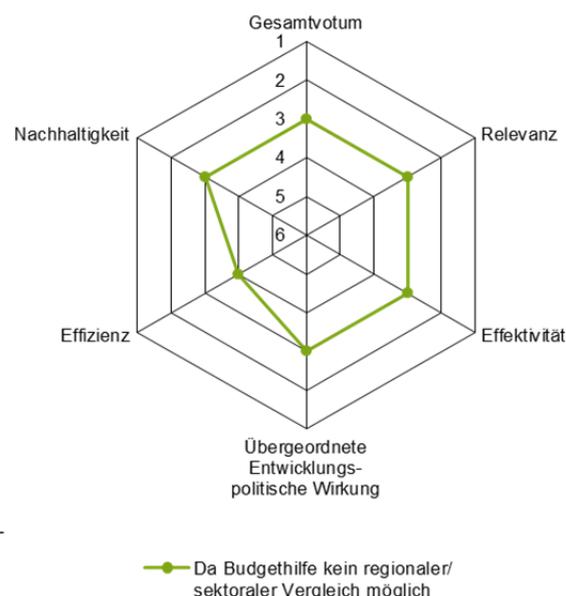
Gesamtvotum: Note 3 (beide Vorhaben)

Begründung: Insgesamt wird die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens als zufriedenstellend bewertet. Die definierten Indikatoren attestieren eine gute Zielerreichung. Allerdings können die beobachteten Entwicklungen - angesichts der massiven Geberunterstützung außerhalb des Sektorprogramms - nicht klar zugeordnet werden.

Bemerkenswert: Die Ex-post-Evaluierung konnte auf die Sektorevaluierung von DEval (2014) aufbauen, welche durch umfangreiche Befragungen und Feldstudien vor Ort ein sehr umfassendes Bild der Gesundheitssituation zusammenstellte.

Die bei einem Budgethilfsvorhaben möglichen Effizienzgewinne wurden wegen gleichzeitiger Finanzierung vieler Einzelvorhaben (rd. 94 % der sektoralen Geberbeiträge) kaum realisiert.

Die auf nationaler Ebene definierten Indikatoren zur Erreichung der sektoralen Programmziele lassen sich nur unbefriedigend überprüfen (Fokus waren Verbesserungen der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum).



Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 3 (beide Vorhaben)

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Da beide hier behandelten Vorhaben einen finanziellen Beitrag zu derselben Gesundheitssektorstrategie geleistet haben und da beide Vorhaben auch durch einen gemeinsamen Prüfbericht untersucht wurden (Vorratsprüfung) werden im Folgenden die Wirkungen der beiden Vorhaben gemeinsam ex post evaluiert. Neben dieser Gesundheitssektorstrategie hat die deutsche FZ mit mehreren Beiträgen auch die nationale Entwicklungs- und Armutsbekämpfungsstrategie (Allgemeine Budgethilfe) unterstützt, die parallel ex post evaluiert wurden.

Relevanz

Beide hier gemeinsam besprochenen Vorhaben der sektoralen Budgethilfe sollten einerseits die auf den Gesundheitssektor bezogenen Ziele der nationalen Entwicklungs- und Armutsbekämpfungsstrategie (Economic Development and Poverty Reduction Strategy, EDPRS, 2008 – 2012), andererseits die daraus abgeleitete Gesundheitssektorstrategie (Health Sector Strategic Plan II, HSSP, 2009 - 2012) unterstützen. Mit der EDPRS und dem HSSP II wollte die Regierung Ruandas konsequent die in den Jahren davor umgesetzte Politik zur Verbesserung der Gesundheitssituation und zur Verringerung des Bevölkerungswachstums fortsetzen. Zum Zeitpunkt der Programmprüfung (2008) konnte Ruanda schon auf eine sehr positive wirtschaftliche und soziale Entwicklung seit dem Völkermord 1994 zurückblicken, die unter anderem durch ein von der Regierung konsequent geplantes und implementiertes allgemeines Reformprogramm gefördert worden war. Dennoch gehörte Ruanda nach wie vor zu den ärmsten Ländern in Afrika südlich der Sahara, was sich u.a. in einer hohen Kindersterblichkeit von 152/1.000 Lebendgeburten und einer hohen Müttersterblichkeit von 750/100.000 Lebendgeburten zeigte (DHS 2005). Auch war es nicht gelungen, die sehr hohe Fertilitätsrate zu senken, die bei 6,1 Geburten je Frau lag (DHS 2005). Sowohl die EDPRS wie der HSSP II legten für das Land ehrgeizige Ziele fest, die sicherstellen sollten, dass in allen auf die Gesundheit bezogenen Indikatoren die Millenniumsziele erreicht werden können. Diese ehrgeizigen Entwicklungsstrategien des Landes für den Zeitraum bis 2012 beinhalteten die wesentlichen international akzeptierten entwicklungspolitischen Ziele. Im Übrigen entspricht die Ausrichtung des Programms den Zielen der deutschen Entwicklungspolitik. Somit stimmt die Ausrichtung des Programms mit den Prioritäten der nationalen und globalen Entwicklungspolitik überein.

Diese positive Einschätzung der Relevanz der beiden hier betrachteten Vorhaben erfährt Einschränkungen dadurch, dass der Mehrwert des Sektorbudgethilfeprogramms zumindest aus den Dokumenten nicht erkennbar ist. Der Prüfbericht beider Vorhaben wie auch die Programmziele stellen stark darauf ab, dass mit dem Sektoransatz vor allem im ländlichen Raum Gesundheitsleistungen angemessener Qualität angeboten und der Zugang der ärmeren Bevölkerung vor allem im ländlichen Raum verbessert werden soll. Man würde danach erwarten, dass spezifische Reformen unterstützt werden sollen, die das Gesundheitsangebot im ländlichen Raum verbessern und den Zugang der armen ländlichen Bevölkerung erleichtern könnten. Die verfügbaren Dokumente lassen nicht erkennen, welche besonderen Reformen in dieser Hinsicht unterstützt werden sollten. Auch gab es keinen Mechanismus, um sicherzustellen, dass zumindest ein größerer Teil der Mittel für den ländlichen Raum und für die arme Bevölkerung verwendet wird.

Eine weitere Einschränkung der positiven Bewertung der Relevanz ergibt sich dadurch, dass gleichzeitig ein Vorhaben der Allgemeinen Budgetfinanzierung mit zum Teil den gleichen Zielen und Indikatoren über die deutsche FZ unterstützt wurde, ohne dass aus den Dokumenten erkennbar ist, wie die beiden Vorhaben komplementär voneinander abgegrenzt wurden. So wurde zum Beispiel mit einer Begleitmaßnahme des Vorhabens der Allgemeinen Budgetfinanzierung eine Reformstrategie im Bereich des öffentlichen Finanzwesens (Public Finance Management, PFM) unterstützt, doch lässt sich aus den Dokumenten nicht erkennen, inwieweit diese Reformstrategie auch zur Verbesserung des Finanzmanagements und der Beschaffungen im Gesundheitsministerium geführt hat. Auch erschließt sich nicht der erwartete Mehrwert der Kombination von Allgemeiner Budgethilfe und Sektorbudgethilfe.

Wenn man dann noch feststellen muss, dass während des Zeitraums des Programms nach wie vor der größte Teil der Entwicklungsgelder für den Gesundheitssektor über Einzelmaßnahmen und nur 6,25 % der Geberbeiträge für den Gesundheitssektor über die sektorale Budgethilfe finanziert wurden (DEval), dann entsteht - angesichts der nicht ersichtlichen Verzahnung von Projekt- und Sektoransätzen - der Eindruck, dass die in der Entwicklung sehr aufwändige Durchführung eines Sektorbudgethilfeprogramms vielleicht nur unterstützt wurde, um internationale Vorgaben zur Harmonisierung zu erfüllen. Für die ruandischen Partner dagegen, war der Übergang zur Nutzung nationaler Systeme, welche der Sektorbudgethilfeansatz ermöglicht hat, von besonderer Bedeutung.

Wegen der genannten Einschränkungen wird die Relevanz der Sektorbudgethilfe nur als zufriedenstellend beurteilt.

Relevanz Teilnote: 3 (beide Vorhaben)

Effektivität

Die Erreichung der bei Programmprüfung definierten Programmziele sollte mit den folgenden fünf Indikatoren überprüft werden, die im Zeitablauf nicht verändert wurden:

| Indikator | Status PP | Zielwerte 2012 | Ex-post-Evaluierung* |
|--|-----------|----------------|----------------------|
| (1) Prozentsatz der Bevölkerung mit Krankenversicherungsschutz | 81 % | 95 % | 91 % |
| (2) Nutzungsrate kurativer Dienste außerhalb Kigali | 0,5 % | 0,6 % | k.A. |
| (3) Prozentsatz der Frauen, die moderne Kontrazeptiva anwenden | 27 % | 50 % | Mehr als 45 % |
| (4) Prozentsatz der fachlich begleiteten Geburten | 52 % | 75 % | Mehr als 69 % |
| (5) Anzahl der primären und sekundären Gesundheitsdienste, die das Basispaket anbieten | 10 % | 100 % | Mehr als 95 % |

*) Die Angaben zu den Werten bei der Ex-post-Evaluierung basieren auf der letzten DHS von 2010. Angesichts der Dynamik der Verbesserung in den letzten Jahren kann für 2012 von weiteren Verbesserungen ausgegangen werden, die aber erst in der für 2015 geplanten DHS sichtbar werden können.

Die Zielerreichung nach 2010 wird sich erst mit dem für 2015 geplanten DHS definitiv überprüfen lassen. Die Entwicklungen der bis 2010 überprüfaren Indikatoren zeigen so große Verbesserungen, dass davon auszugehen ist, dass die ehrgeizigen Zielwerte für 2012 auch erreicht bzw. sogar übertroffen wurden. Weitere zentrale Kennwerte belegen umfassende Verbesserungen im Zeitraum 2008-11.

Eine wichtige Fragestellung stellt die Zurechenbarkeit der in den Indikatoren gemessenen Erfolge zum hier betrachteten Programm dar. Die vorliegenden Informationen und Dokumente lassen keine Zuordnung zu. Wichtige Beiträge für die durch die hier betrachteten Indikatoren gemessenen Veränderungen ergeben sich aus vielen nicht in die Sektorbudgethilfe eingegangenen Beiträgen anderer bilateraler und multilateraler Geber, die rd. 94 % der Gebermittel für den Gesundheitsbereich darstellen. Zudem sollte auch

das sektorübergreifend ausgerichtete Programm der Allgemeinen Budgethilfe den Gesundheitssektor unterstützen: dort werden drei der fünf Indikatoren des Programms der sektoralen Budgethilfe verwendet. Außerdem ist bezüglich des deutschen Beitrags noch anzumerken, dass fast die Hälfte dieses Beitrags nicht wie vorgesehen verwendet wurde, sondern über rd. zwei Jahre ungenutzt auf einem nationalen Sonderkonto lag. Über den Verwendungszweck wurde dann gesondert bilateral und im Einklang mit den sektoralen Zielen entschieden (Ausstattung für Krankenhäuser und Gesundheitsstationen). Dies deutet darauf hin, dass die Absorptionskapazität nicht den zur Verfügung stehenden Gebermitteln entsprach bzw. sie insgesamt überschätzt wurde.

Die von DEval (2014) kritisierten beschränkten Wirkungen des Sektorbudgetvorhabens auf den dezentralen Ebenen weisen auf eine weitere, wichtige Einschränkung der aus den Indikatoren erkennbaren positiven Veränderungen hin. Die für das Sektorvorhaben definierten Indikatoren erfassen nur landesweite Trends und konnten die Verbesserungen des Angebots und der Qualität von Gesundheitsleistungen im ländlichen Raum und des Zugangs hierzu durch die dort lebende ärmere Bevölkerung, die laut Prüfungsbericht vorrangig erreicht werden sollte, kaum überprüfen.

Wegen der Hinweise zur eingeschränkten Wirksamkeit der Sektorbudgethilfe auf dezentraler Ebene wird deren Effektivität - trotz herausragender nationaler Werte - nur mit noch zufriedenstellend bewertet.

Effektivität Teilnote: 3 (beide Vorhaben)

Effizienz

Üblicherweise wird die Effizienz gemessen, indem eine Beziehung zwischen dem Einsatz der Inputs und den erreichten Outputs bzw. Outcomes hergestellt wird. Bei dem hier besprochenen Vorhaben lässt sich diese Beziehung deswegen nicht herstellen, weil zwar die Höhe der Inputs weitgehend bekannt ist, aber die Zuordnung dieser Inputs zu den Outputs bzw. Outcomes deswegen nicht möglich ist, weil parallel zu diesen Inputs auch noch erheblich bedeutendere Beiträge der ruandischen Partner und der verschiedenen Entwicklungspartner geleistet wurden, die für die gleichen Zwecke genutzt wurden. Daher kann das Kriterium der Effizienz kaum sinnvoll genutzt werden, um ein Programm der sektoralen Budgethilfe zu bewerten.

Auf der anderen Seite könnte man natürlich davon ausgehen, dass Programme der sektoralen Budgethilfe effizienter sind als Unterstützung über Einzelprojekte, weil sie zu einer Reduktion der Transaktionskosten beitragen können. Dieser Effekt würde aber vermutlich nur dann zur Wirkung kommen können, wenn alle Entwicklungspartner sich auf diese Modalität einlassen. Diese gewünschte Reduktion der Transaktionskosten ist in diesem Falle nicht eingetreten, weil wichtige Geber sich an der sektoralen Budgethilfe überhaupt nicht beteiligt und andere Geber trotz ihrer Beteiligung an der sektoralen Budgethilfe große Teile ihrer Entwicklungshilfeszahlungen über Einzelvorhaben ausgegeben haben. Von nationaler Seite wurde versucht, Ineffizienzen, die sich aus den unkoordinierten sektoralen Projekt- und Programmaktivitäten ergeben durch einen gewissen Zwang zur Einordnung in die sektorale Strategie (SwAP) abzumildern. Dies ist jedoch keine Wirkung der Sektorbudgethilfe an sich.

Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass die Reduktion der Transaktionskosten der Vorhaben der Budgethilfe vermutlich nur mittel- und langfristig zum Tragen kommt, weil am Anfang solch komplexer Vorhaben erhebliche Investitionen in den Aufbau einer transparenten Durchführungsstruktur erforderlich sind, die erst im Laufe des Vorhabens durch die dann entstehenden Vorteile bei den Transaktionskosten amortisiert werden können. Wenn die langfristige Unterstützung des sektoralen Budgethilfevorhabens durch die Geber nicht gesichert werden kann bzw. wenn wie im hier besprochenen Fall die ruandische Seite nach so kurzer Zeit der Sektorbudgethilfe keine weitere Unterstützung des Gesundheitssektors durch die deutsche EZ wünscht, können die hohen Anfangsinvestitionen leider durch später mögliche Einsparungen bei den Transaktionskosten nicht ausgeglichen werden. Dies trifft insbesondere für die deutsche Seite zu. Hingegen hat die ruandische Seite durch die Etablierung der Sektorbudgethilfe und die Reduktion der Geber in den einzelnen Sektoren sicherlich generell Transaktionskosten einsparen können.

Positiv ist hervorzuheben, dass die im Rahmen des Sektoransatzes stark unterstützte Nutzung nationaler Ausschreibungs- und Beschaffungsverfahren wie auch die Verbesserung der nationalen Kapazitäten zu gewissen Effizienzgewinnen beigetragen haben. Insgesamt wird dennoch eine nicht mehr ausreichende Effizienz attestiert.

Effizienz Teilnote: 4 (beide Vorhaben)

Übergeordnete Entwicklungspolitische Wirkungen

Die Erreichung der bei Programmprüfung für das Sektorprogramm festgelegten Oberziele sollte mit den folgenden drei Indikatoren überprüft werden:

| Indikator | Status PP | Zielwerte (Soll 2012) | Ex-post-Evaluierung* |
|--|-----------|-----------------------|----------------------|
| (1) Verringerung der Säuglingssterblichkeitsrate (je 1.000 Lebendgeburten) | 86 | 50 | 37** |
| (2) Stabilisierung der HIV-Seroprävalenz in der allgemeinen Bevölkerung (15 - 49 Jahren, in %) | 3,1 | 3,0 | 2,9 |
| (3) Reduktion der Gesamtfertilitätsrate, Lebendgeburten/Frau (15-49 Jahre) | 6,1 | 4,5 | 4,6 |

*) Die Angaben zu den Werten bei der Ex-post-Evaluierung basieren auf der letzten DHS von 2010. Angesichts der Dynamik der Verbesserung in den letzten Jahren kann für 2012 von weiteren Verbesserungen ausgegangen werden, die aber erst in der für 2015 geplanten DHS gezeigt werden können; **) 2013, Weltbank.

Die Entwicklungen bei den drei Indikatoren zur Überprüfung des Oberziels zeigen schon bis 2010 so große Verbesserungen, dass davon auszugehen ist, dass die geplanten Veränderungen bis 2012 voraussichtlich erreicht bzw. sogar übertroffen wurden. Genauere Informationen dazu sollte der für 2015 geplante DHS liefern. Die vor/während der Umsetzung der Programmunterstützung erreichte Verbesserung der Werte zur Messung des Oberziels wird als eine sehr positive Entwicklung bewertet.

Allerdings stellt sich auch hier die Frage der Zurechenbarkeit dieser Ergebnisse. Die sektorale Budgethilfe hatte eine relativ begrenzte finanzielle Bedeutung im Vergleich zu dem gesamten deutschen Engagement im Gesundheitssektor und vor allem auch im Vergleich zu den erheblichen Mitteln, die im hier betrachteten Zeitraum für Vorhaben anderer Entwicklungspartner verwendet wurden, d.h. der Beitrag des Sektorbudgethilfeansatzes war vom Finanzvolumen her eher geringfügig und es gibt keine Hinweise, dass dessen Wirksamkeit in irgend einer Weise überproportional war. Aus diesem Grunde wird die entwicklungspolitische Wirksamkeit - trotz erfüllter Zielwerte - insgesamt als zufriedenstellend bewertet.

Übergeordnete Entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3 (beide Vorhaben)

Nachhaltigkeit

Bezüglich der Nachhaltigkeit des Vorhabens der sektoralen Budgethilfe sind drei verschiedene Formen der Nachhaltigkeit zu unterscheiden. Die finanzielle Nachhaltigkeit, also die Gewährleistung, dass die ruandischen Partner in der Lage sind, die zukünftige Finanzierung eines vergleichbaren Programms zu übernehmen, lässt sich im Moment eindeutig negativ beantworten. Nach wie vor wird ein erheblicher Teil der Staatsausgaben durch Beiträge der Entwicklungspartner finanziert. Im Jahre 2011/12 waren 73 % der Staatsausgaben für Gesundheit von bilateralen und multilateralen Gebern finanziert (Ministry of Health Rwanda Health Resource Tracker 2013). Die ruandischen Eigenmittel reichen bisher bei weitem nicht aus den erheblichen Anteil der durch die Entwicklungspartner finanzierten Staatsausgaben für den Gesund-

heitssektor selbst zu übernehmen. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass auch für die kommenden Jahre weitere Geberunterstützung zur Verfügung stehen wird, wenn auch nicht im selben Umfang der vergangenen Dekade.

Ob die erreichten Verbesserungen der Qualifikation der Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums erhalten bleiben, also die Sicherung der institutionellen Nachhaltigkeit, kann angesichts der erheblichen Fluktuation des Personals auf den Führungsebenen und der nach wie vor begrenzten Qualifikation des Personals auf den unteren Ebenen der zentralen Hierarchie und in den dezentralen Einheiten, auch nach den Untersuchungen von DEval nicht eindeutig positiv beantwortet werden.

Auch die Frage, ob die durch das Vorhaben erreichten Wirkungen langfristig gesichert werden können, also die Wirkungsnachhaltigkeit, ist nicht eindeutig zu klären. Sicherlich haben sich mit den begrenzten Mitteln der sektoralen Budgethilfe, aber vor allem durch die mit wichtigen zusätzlichen Beiträgen finanzierte Armutsbekämpfungs- und Entwicklungsstrategie eine Reihe von nachhaltigen Änderungen ergeben, die auch langfristig weiter wirken werden, wie bei der Verbesserung des Gesundheitszustands, der Verringerung der Geburtenrate und der Verbesserung der Gesundheitsinfrastruktur. Allerdings erfordert z.B. gerade die Gesundheitsinfrastruktur eine nachhaltige Finanzierung zur Sicherung der erreichten Ergebnisse, wie Wartungsmaßnahmen und Reinvestitionen.

Zusammenfassend ist aus heutiger Sicht die Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit als gerade noch zufriedenstellend, die der institutionellen Nachhaltigkeit und der Wirkungsnachhaltigkeit als zufriedenstellend zu bewerten.

Nachhaltigkeit Teilnote: 3 (beide Vorhaben)

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.