

Ex-post-Evaluierung – Tansania

>>>

Sektor: 12220 Basisgesundheitsdienste
Vorhaben: Distriktgesundheitsversorgung Tanga, KV, BMZ Nr. 2003 65 031*
Projektträger: Regionalverwaltung Tanga, vertreten durch das Regional Administrative Secretary (RAS)



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2014

	Projekt (Plan)	Projekt (Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR	16,50	39,20
Eigenbetrag** Mio. EUR	11,50	34,20
Finanzierung Mio. EUR	5,00	5,00
davon BMZ-Mittel Mio. EUR	5,00	5,00

*) Vorhaben in der Stichprobe 2014

**) Staatliche Beiträge des Trägers für den Gesundheitssektor in Tanga, die nicht ausschließlich dem Vorhaben zur Verfügung standen (u.a. Mittel aus Korbfinanzierung)

Kurzbeschreibung: Bei dem Projekt handelt es sich um ein Kooperationsvorhaben zwischen der FZ und der TZ (den damaligen EZ-Organisationen GTZ und DED, heute GIZ) zur Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen in der Region Tanga. Auf Basis von mittelfristigen Krankenhausentwicklungsplänen (TZ-unterstützt) wurden Rehabilitierungsarbeiten an Krankenhäusern und Gesundheitszentren in sechs Distrikten der Region Tanga finanziert, die Krankenhäuser mit medizintechnischen Geräten ausgestattet und neue Wohnungen für das Personal gebaut. Durch die Finanzierung dieser Maßnahmen sollte die Patientenversorgung in der Region verbessert werden.

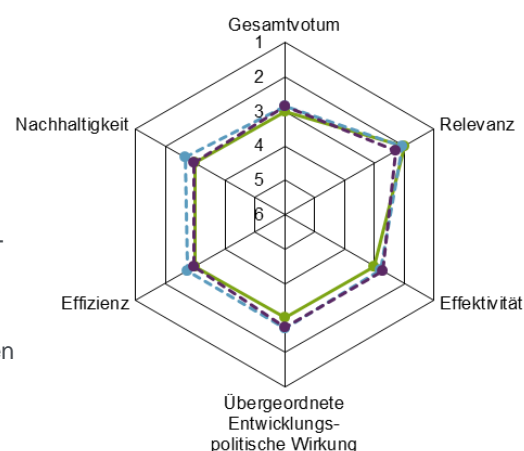
Zielsystem: Über die Verbesserung der infrastrukturellen Voraussetzungen zur Erbringung der Gesundheitsdienstleistungen sollte eine verbesserte Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen in der Region Tanga erreicht werden (Projektziel). Damit sollte ein Beitrag zum übergeordneten entwicklungspolitischen Ziel der FZ-Maßnahme, der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Tanga, geleistet werden.

Zielgruppe: Zur Zielgruppe gehört die Bevölkerung im Einzugsgebiet der geförderten Gesundheitseinrichtungen in der Region Tanga, die zu einem hohen Anteil aus Frauen, darunter viele Schwangere, und Kindern ärmerer Bevölkerungsschichten besteht. Besser gestellte Bevölkerungsschichten suchen meist private Kliniken auf.

Gesamtvotum: Note 3

Begründung: Mit dem Vorhaben konnten Engpässe im Dienstleistungsangebot von Gesundheitseinrichtungen beseitigt und Prozesse bei der ambulanten Patientenversorgung effizienter gestaltet werden. Auf übergeordneter entwicklungspolitischer Ebene haben sich deutliche Verbesserungen eingestellt, zu denen das Vorhaben einen Beitrag geleistet hat. Noch unzureichend gestalten sich die Wartungstätigkeit sowie das Management zur Abfallentsorgung.

Bemerkenswert: Das öffentliche Gesundheitssystem steht grundsätzlich allen Patienten offen. Der Zugang dazu wird jedoch für sehr arme Bevölkerungsschichten - insbesondere aus abgelegenen Gegenden - durch hohe Transportkosten (unzureichende Anzahl verfügbarer Krankenwagen) in Kombination mit Nutzergebühren oder Sonderzahlungen für Medikamente eingeschränkt.



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

Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 3

Relevanz

Zum Zeitpunkt der Projektplanung lagen die Kernprobleme im Gesundheitsbereich in Tanga vor allem in der schlechten Qualität der Gesundheitsversorgung, die sich u.a. in langen Wartezeiten im Krankenhaus, eingeschränkter Verfügbarkeit von Medikamenten, mangelnder Hygiene und Fehlen angemessener Räume zur Patientenaufnahme dokumentierte. Darüber hinaus mangelte es massiv an (Fach-)Personal, und das Leistungsangebot im Gesundheitssektor war quantitativ, aber auch qualitativ unzureichend. Das Projekt setzte an diesen Problemen an, konzentrierte sich jedoch auf die Gesundheitsinfrastruktur sowie auf die Ausstattung mit medizinischen Geräten, um die Gesundheitseinrichtungen in der Region Tanga und damit auch die Qualität der Versorgung zu verbessern. Es war als offenes Vorhaben konzipiert, um flexibel auf unterschiedliche Bedarfe reagieren zu können und Anpassungen im Verlauf der Umsetzung zu ermöglichen. Sinnvoll war auch die im Vorlauf des Vorhabens eingeforderte Erstellung von Krankenhaus-Entwicklungsplänen (GIZ unterstützt), die sicherstellten, dass sich die FZ-Maßnahmen in ein längerfristiges regionales Infrastrukturentwicklungskonzept integrierten.

Der Gesundheitssektor war zu Beginn des Projektes ein Schwerpunkt der Entwicklungszusammenarbeit mit Tansania und gehörte gleichzeitig zu den prioritären Sektoren im Rahmen der tansanischen Armutsbekämpfungsstrategie. Heute ist der Gesundheitssektor nach wie vor eine Priorität der deutsch-tansanischen bilateralen Zusammenarbeit. Allerdings hat sich der Fokus innerhalb des Sektors verändert. Neuere Vorhaben setzen stärker nachfrageseitig an, z.B. über die Etablierung von Krankenversicherungssystemen.

Die dem Konzept zugrunde liegenden Wirkungsketten sind weitgehend plausibel. So sollen die durchgeführten Maßnahmen (Bau und Ausstattung) zu einer verbesserten Qualität der Gesundheitsdienstleistungen der Krankenhäuser und damit zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation insbesondere von ärmeren Bevölkerungsschichten beitragen. Hinsichtlich der Nutzung durch die besonders arme Bevölkerung wurde den aus Transportkosten resultierenden Zugangsbarrieren nicht ausreichend Rechnung getragen (vgl. Abschnitt Effizienz).

Von den insgesamt vier Ebenen der Gesundheitsversorgung lag der Schwerpunkt des Vorhabens auf der dritten bis vierten Ebene des Referenzsystems (auf den Distriktkrankenhäusern bzw. dem Regionalkrankenhaus in Tanga-Stadt). Nur vereinzelt wurde die primäre und sekundäre Ebene unterstützt. Angesichts der durch Parallelvorhaben abgesicherten Unterstützung der unteren Ebenen (u.a. Korbfinanzierung) und der zum Zeitpunkt der Projektprüfung bestehenden erheblichen Defizite in der dritten und vierten Ebene, ist dieser Fokus auch aus heutiger Sicht richtig.

Relevanz Teilnote: 2 (gut)

Effektivität

Zur Bewertung der Erreichung des Projektziels "Verbesserung der infrastrukturellen Voraussetzungen für die Erbringung von Dienstleistungen sowie deren bessere Nutzung" werden vier Indikatoren herangezogen. Die Bewertung der Indikatoren basiert auf Daten der FZ-unterstützten Krankenhäuser und des tansanischen Statistikamtes sowie auf Beobachtungen der Vor-Ort-Besichtigungen:

Indikator	Ex-post-Evaluierung
<p>(1) Steigerung der Anzahl der ambulanten Patienten in den geförderten Einrichtungen (pro Jahr)</p>	<p>Insgesamt ist die Anzahl der ambulanten Patienten seit Projektprüfung deutlich gestiegen. Dies wird durch die Daten der Krankenhäuser sowie durch weitere Quellen** bestätigt. Im Bombo Regionalkrankenhaus ist die Zahl um rd. 60 % und im Distriktkrankenhaus in Korogwe um rd. 65 % gestiegen (Stand 2013). Im Pangani Distriktkrankenhaus ist die Anzahl Patienten über die Jahre gestiegen; ab 2012 jedoch gesunken. In 2013 ist die Anzahl um rd. 25% gesunken. Der Grund für diese Abnahme ist der seit 2012 eingeführte Überweisungsbrief ("Referral Letter"). Ohne diese ärztliche Überweisung müssen Patienten deutlich höhere Gebühren bei der Aufnahme im Krankenhaus bezahlen (zw. 1 EUR bis max. 5 EUR).</p> <p>→ Der Indikator ist erfüllt</p>
<p>(2) Bettenbelegungsquote (Qualität der Leistungserbringung durch Erfassung der Nutzung der geförderten Einrichtung)</p>	<p>→ Die Auslastung der Einrichtungen liegt im Durchschnitt aller geförderten Einrichtungen bei rd. 85 % - doch mit erheblicher Varianz. Vier der sechs besuchten Einrichtungen hatten eine sehr hohe Bettenbelegungsrate von 90 % bis 110 %. Dagegen schien die Auslastung von zwei besuchten Krankenhäusern (Pangani und Bombo) deutlich unter den Kapazitäten (geschätzte Bettenbelegungsrate zw. 60 % und 70 %) zu liegen.</p> <p>→ Der Indikator ist gerade noch erfüllt</p>
<p>(3) Gesamtzustand der Ausrüstung</p>	<p>Bei den Vor-Ort-Besuchen wurde der allgemeine Betriebszustand der finanzierten Geräte und im speziellen der gelieferten Autoklaven*, Waschmaschinen und Generatoren untersucht. Teilweise waren Geräte seit geraumer Zeit nicht in Betrieb. Der Autoklav war bspw. nur in zwei von vier Fällen 100 % funktionsfähig. Es wird kaum Budget für Wartung und Instandhaltung eingesetzt. Präventive Wartung wird nicht durchgeführt, und es ist kein wirksamer Prozess zur Reparatur und Ersatzteilbeschaffung etabliert.</p> <p>→ Der Indikator ist nicht erfüllt</p>
<p>(4) Höhere Personalverfügbarkeit in den geförderten Krankenhäusern (d.h. Summe der Ärzte, Hebammen und des sonstigen medizinischen Personals)</p>	<p>Insgesamt war der Vor-Ort-Eindruck in allen besuchten Gesundheitseinrichtungen, dass die Personalverfügbarkeit ausreichend abgesichert ist. Dies wird auch durch Zahlen der Krankenhäuser bestätigt. Fachpersonalmangel ist bei attraktiveren Standorten wie in urbanen Zentren kaum feststellbar. Andere Quellen** bestätigen zudem eine deutlich verbesserte Personalverfügbarkeit in Tanga im Vergleich zu anderen Regionen in Tansania.</p> <p>→ Der Indikator ist erfüllt</p>

*) Autoklav: Gerät zur Sterilisation von medizinischer Ausrüstung - über das Vorhaben finanziert.

***) Midterm Analytical Review of Performance of the Health Sector Strategic Plan III 2009-2015 (HSSP)

Zusammenfassend konnte das Vorhaben seine Zielindikatoren - bis auf den Wartungszustand der Ausrüstung - erreichen. Die zunehmende Verfügbarkeit von Personal in der Region weist allerdings erhebliche Diskrepanzen zwischen Stadt und Land auf. Hier konnte festgestellt werden, dass die Verfügbarkeit von Personalwohnungen im ländlichen Raum ein Anreiz ist, um qualifiziertes Personal in der Region anzuwerben bzw. zu halten. Dies wurde aus Mitteln des Vorhabens vereinzelt finanziert, vor allem auf Ebene der Basisgesundheitsstationen und Gesundheitszentren.

Effektivität Teilnote: 3 (zufriedenstellend)

Effizienz

Die Projektmaßnahmen wurden weitgehend nach Plan durchgeführt. Die Laufzeit zur Implementierung des Vorhabens verlängerte sich aber von ursprünglich 36 Monaten auf 46 Monate. Hauptursachen waren Verzögerungen durch Baufirmen, die ihre angebotenen Leistungen nicht zeitgemäß erbrachten, sowie Engpässe in der Baustoffversorgung. Die Kosten der Infrastrukturmaßnahmen liegen bei 280-290 EUR pro m². Diese Kosten scheinen im regionalen Kontext eher im günstigen Bereich zu liegen. Ein direkter Kostenvergleich mit anderen Projekten in Subsahara Afrika ist - angesichts der sehr individuellen Zusammensetzung der Projektmaßnahmen - nicht möglich.

Mit Fokus auf die dritte/vierte Ebene im Referenzsystem wurden bestehende Versorgungsdefizite verringert und damit die Voraussetzungen für eine effizientere Funktion des Referenzsystems geschaffen. Die finanzierten Infrastrukturmaßnahmen konzentrierten sich auf die ambulante Patientenversorgung ("Out-Patient-Department", OPD), die Rehabilitation von Gebäuden, auf den Bau und die Ausstattung der CSSD (Central Sterile Supply Department) sowie auf die chirurgischen Abteilungen. Mit dem Fokus der ambulanten Patientenversorgung wurde versucht, Effizienzen im Management zu heben, da die Ambulanz eine zentrale Funktion im Krankenhaus hat und die erste Anlaufstelle für die Mehrheit der Patienten ist. Bau und Ausstattung des CSSD ermöglichten eine verbesserte Hygiene im gesamten Krankenhaus. Die Maßnahmen führten in keinem Falle zu einer Kapazitätserweiterung.

Noch kämpft das System mit einer gewissen Überlastung der dritten Ebene, da die Krankenhäuser dieser Ebene nicht zwangsläufig Überweisungen einfordern bzw. die standardmäßig zu bezahlenden Eingangsgebühren - insbesondere zwischen zweiter (Health Centre) und dritter Ebene (Distriktkrankenhaus) nicht ausreichend differieren (rd. 0,50 EUR für die zweite Ebene; rd. 1,50 EUR für die dritte Ebene), um einen entsprechenden Anreiz zur adäquaten Nutzung des Referenzsystems darzustellen.

Zielgruppe des Vorhabens ist die im Einzugsbereich der geförderten Gesundheitseinrichtungen lebende Bevölkerung, die zu einem hohen Anteil aus ärmeren Einkommensschichten besteht. Besser gestellte Bevölkerungsschichten suchen meist private Kliniken/Arztpraxen auf. Theoretisch steht jede der vier Referenzstufen im öffentlichen Gesundheitssystem allen Bevölkerungsschichten offen. De facto wird aber der Zugang - insbesondere bei den in urbanen Zentren verorteten höheren Ebenen - durch die eingeschränkte Zahlungsfähigkeit der besonders armen Patienten beschränkt. Zwar sieht das tansanische Gesundheitswesen eine Kostenbefreiung für Schwangere, Mütter, Kinder unter 5 Jahren sowie sehr arme Menschen vor, doch diese Befreiung wird nicht stringent angewandt. Oft wird sie dadurch konterkariert, dass Nutzer von Gesundheitseinrichtungen für fehlende Medikamente oder für Spezialleistungen selbst bezahlen müssen. Nicht alleine Nutzergebühren stellen ein Zugangshindernis dar, sondern auch die Transportkosten, die - je nach Fall - auch über den anfallenden Behandlungskosten liegen können und in der Summe zur finanziellen Barriere werden. Dies gilt insbesondere für Personen, die in abgelegenen ländlichen Gebieten leben.

Zusammenfassend wird die Effizienz des Vorhabens angesichts der einerseits guten Produktionseffizienz (Kosten/Output) und der andererseits bestehenden Ineffizienzen bei der Nutzung der höheren Ebenen des Referenzsystems sowie der nicht voll gewährleisteten Nutzung durch besonders arme Bevölkerungsgruppen mit zufriedenstellend bewertet.

Effizienz Teilnote: 3 (zufriedenstellend)

Übergeordnete Entwicklungspolitische Wirkungen

Zum Zeitpunkt der Projektprüfung wurde als Oberziel die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in der Region Tanga definiert, es wurden aber keine Indikatoren festgelegt. Im Rahmen der Ex-post-Evaluierung werden die Mütter- sowie die Kindersterblichkeit in der Region Tanga als Indikatoren herangezogen:

Indikator	Status PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Müttersterblichkeit (je 100.000 Lebendgeburten)	Tansania: 2004: 529/ 100.000 (DHS)* Tanga: 310/ 100.000**	Tansania: 2012: 410/ 100.000 (WHO) Tanga: 225/100.000**
(2) Kindersterblichkeit (je 1.000 Lebendgeburten)	Tansania: 2004: 112/ 1.000 (DHS) Tanga: k. A. Northern Zone*** 105/ 1.000 (DHS- Key Findings)	Tansania: 2011: 81/ 1.000 (DHS) Tanga: k. A. Northern Zone*** 58/ 1.000 (DHS- Key Findings)

Quellen: *) Demographic and Health Survey (2010); **) Regional Administrative Secretary Tanga; ***) Umfasst neben Tanga 3 weitere Regionen.

Die beiden Indikatoren belegen eine im Landesdurchschnitt deutliche Verbesserung der Gesundheitssituation von Müttern und Kindern in den letzten zehn Jahren. Auf Distriktebene scheinen die Kennwerte jedoch nur bedingt belastbar (z.T. widersprüchliche Angaben) bzw. lagen nicht vor. Die Beobachtungen und Gespräche vor Ort lassen jedoch darauf schließen, dass der nationale klar positive Trend auch für den regionalen Durchschnitt zutrifft.

Die positive Entwicklung der Kennwerte ist u.a. auf die vielseitige Geberunterstützung zurückzuführen, welche sich vielfach auf für Mütter und Kinder relevante Aspekte konzentrierte und über unterschiedliche Instrumente umgesetzt wurde: Insbesondere mit der Korbfinanzierung (u.a. von deutscher Seite mitfinanziert), welche die dezentrale Finanzierung grundlegender Distriktgesundheitsysteme unterstützte, und mit Vorhaben zur Unterstützung von werdenden Müttern (temporäre kostenlose Krankenversicherung). Der Beitrag des hier evaluierten Vorhabens liegt in der Rehabilitierung und Ausstattung von 6 der insg. 9 auf der 3. und der 4. Referenzebene verfügbaren Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems in der Region Tanga. Sie stellen einen wesentlichen Pfeiler für die - über die Basisgesundheit hinausgehende - Behandlung von Krankheitsfällen der rd. 2,4 Mio. Einwohner der Region dar. Dementsprechend wird davon ausgegangen, dass das Vorhaben insgesamt einen Beitrag zu den positiven Trends geleistet hat.

Übergeordnete Entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 3 (zufriedenstellend)

Nachhaltigkeit

Die zukünftige Nutzung der geförderten Gesundheitseinrichtungen wird grundsätzlich durch die jährlich wachsende Bevölkerung (rd. 3 % p.a.) sowie die Zunahme des Anteils versicherter Personen mit geprägt werden - dies obgleich das aktuelle Anreizsystem versucht, über leicht differenzierte Nutzergebühren und über die - allerdings nicht stringent - eingeforderten Überweisungsbriefe ("Referral Letters") für höhere Referenzebenen die Nutzung der Primär- und Sekundarebene zu fördern und dadurch eine Entlastung und effizientere Nutzung der höheren Referenzebenen sicherzustellen. Auch die mittlerweile eingeführten Versicherungsansätze haben eine positive Wirkung auf die systemadäquate Nutzung der Einrichtungen, da dies über die Versicherungen zunehmend eingefordert wird. Gespräche vor Ort ergaben weiterhin, dass - bei zunehmender Patientenzahl - der Anteil versicherter Patienten (u.a. über National Health Insurance Fund (NHIF) oder Community Health Funds (CHF)) überproportional zunimmt. So ist insgesamt die Relevanz dieser Versicherungssysteme für die Nutzung der angebotenen Gesundheitsdienstleistungen (öffentlich wie privat) gestiegen und wird auch in Zukunft eine zunehmende Bedeutung haben. Ggf. wird dies auch ein Faktor sein, welcher den Zugang zu medizinischer Versorgung auf der dritten und vierten Referenzebene für die besonders arme, ländliche Bevölkerung verbessert.

Das Gesundheitswesen wird mittelfristig auf erhebliche externe Zuwendungen in einer Größenordnung von rd. 30 % der Gesamtkosten angewiesen sein. Die Einnahmen aus Nutzergebühren und Versicherungssystemen reichen bei weitem nicht aus, um die laufenden Kosten der Grundversorgung zu decken.

Wegen des Bevölkerungswachstums wird die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in den kommenden Jahren noch weiter steigen. Gleichzeitig hat der Umfang externer Finanzierung im Gesundheitsbereich in den vergangenen Jahren leicht abgenommen. Eine erneute Zunahme ist derzeit nicht zu erwarten. Es bleibt abzuwarten, ob das derzeitig günstige wirtschaftliche Wachstum Tansanias (4% pro Kopf und Jahr) dazu genutzt wird, die Geberabhängigkeit in den nächsten Jahren zu reduzieren.

Auch hinsichtlich der Rekrutierung von medizinischem Personal für die höheren Referenzebenen, die immer in urbanen Zentren angesiedelt sind, sind keine Engpässe abzusehen. Demgegenüber ist Fachpersonal für abgelegene ländliche Gebiete weiterhin nur schwer zu rekrutieren. Die Regionalverwaltung versucht dies über finanzielle Anreize (durch schnelle Auszahlung von Gehältern, Mitarbeiterhäuser oder Mobiliar) anzugehen.

Mit dem Vorhaben wurde versucht, die Wartungskultur zu fördern. Die Vor-Ort-Besichtigung machte jedoch deutlich, dass die Wartungssituation in allen besuchten Einrichtungen defizitär ist. In den Distriktkrankenhäusern wird kaum Budget für Wartung bereitgestellt (soweit nachvollziehbar <1 % der Krankenhausbudgets), weshalb die Instandhaltung von Geräten nur im geringen Maße erfolgt. Darüber hinaus ist regional nur eine einzige Person für die gesamte Wartung von komplexeren Geräten und damit für rund 35 Gesundheitseinrichtungen auf zweiter oder höherer Ebene zuständig. Die Einsicht, dass ein Wartungssystem sowohl für die Gebäude als auch für Geräte notwendig ist, scheint im Laufe der Jahre kaum gewachsen zu sein.

Zusammenfassend führen die erwartete gute bzw. steigende Nutzungsintensität der geförderten Einrichtungen und die verbesserte Verfügbarkeit medizinischen Personals in Kombination mit den fortbestehenden Mängeln im Wartungsbereich zu einer noch zufriedenstellenden Nachhaltigkeit.

Nachhaltigkeit Teilnote: 3 (zufriedenstellend)

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.