

Ex Post-Evaluierung: Kurzbericht

Äthiopien: Familienplanung und HIV-Prävention I und II



Vorhaben/Auftraggeber	Familienplanung und HIV-Prävention I und II 1998 65 163, 2002 66 197*	
Projektträger	Ministry of Health, Dep. of Planning and Progr.	
Jahr Grundgesamtheit/Jahr Ex Post-Evaluierungsbericht: 2012/2012		
	Projektprüfung (Plan)	Ex Post-Evaluierung (Ist)
Investitionskosten	5 Mio. EUR (Phase I) 6 Mio. EUR (Phase II)	2,73 Mio. EUR (Phase I) 6 Mio. EUR (Phase II)
Eigenbeitrag	2,56 Mio. EUR (Phase I) 3 Mio. EUR (Phase II)	0,17 Mio. EUR (Phase I) 3 Mio. EUR (Phase II)
Finanzierung, davon BMZ-Mittel	2,56 Mio. EUR (Ph. I) 3 Mio. EUR (Ph. II)	2,56 Mio. EUR (Phase I) 3 Mio. EUR (Phase II)

* Vorhaben in Stichprobe

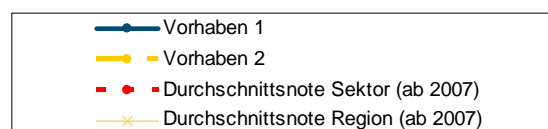
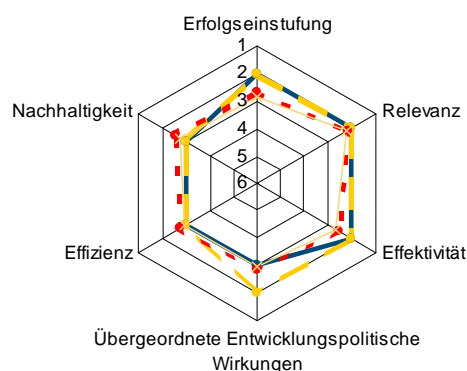
Projektbeschreibung: Das Programm umfasste zwei Phasen und wurde zwischen 2003 und 2007 implementiert. Bei Programmplanung der Phase I sollten – neben Kontrazeptiva zur Familienplanung – auch Kondome geliefert werden, um zu einer Verminderung der HIV/AIDS-Prävalenz beizutragen. Die Regierung Äthiopiens hat – aufgrund großangelegter vertikaler Finanzierung von HIV/AIDS-Präventionsprogrammen durch den Global Fund und andere Geber – die KfW gebeten, stattdessen Finanzierungslücken von anderen Familienplanungsartikeln (teilweise) abzudecken. Die endgültige Beschaffung der Phase I umfasste 2,25 Mio. Dosen des injizierbaren Kontrazeptivums Depo-Provera® (Dreimonatsspritze) und 17.990 Sets des Implantats Jadelle®. In Phase II wurden 4,88 Mio. Zyklen von oralen Kontrazeptiva, 2,2 Mio. Dreimonatsspritzen und 26.900 Sets des Implantats Jadelle® beschafft. Zusätzlich wurde ein Consultant zur Unterstützung bei der Beschaffung und Verteilung der Kontrazeptiva finanziert.

Zielsystem: Das Oberziel war, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung über eine Verringerung der Geburtenrate sowie der HIV-Infektionsrate zu leisten; dies sollte durch ein verbessertes Angebot an modernen Verhütungsmitteln (Programmziel) erreicht werden. Weiterhin wurden Programmziele definiert als: Verbesserung der Kenntnisse der Bevölkerung über moderne Familienplanungsmethoden, Verbesserung der Akzeptanz von modernen Familienplanungsmethoden in der Bevölkerung und deren Nutzung sowie Erhöhung der Nutzerrate für Kondome zur HIV/AIDS-Prävention. Programmzielindikatoren waren die Nutzerrate für moderne Kontrazeptiva (beiden Phasen) und die Nutzerrate von Kondomen zur HIV/AIDS-Prävention (nur Phase I). Oberzielindikator war die Fertilitätsrate (beide Phasen). **Zielgruppe:** Die gesamte sexuell aktive Bevölkerung Äthiopiens im reproduktionsfähigen Alter, insbesondere aber Frauen zwischen 15 und 49 Jahren.

Gesamtvotum: Note 2 (beide Phasen)

Die beiden Phasen des Programms werden insgesamt mit gut bewertet. Diese Einschätzung basiert insbesondere auf der guten Relevanz, guten Ergebnissen bei der Programmzielerreichung bei einer zufriedenstellenden Effizienz – aufgrund von Verzögerungen sowie einer langen Durchführungszeit – und einer zufriedenstellenden Nachhaltigkeit.

Bewertung nach DAC-Kriterien



ZUSAMMENFASSENDE ERFOLGSBEWERTUNG

Gesamtvotum: Die beiden Phasen des Programms werden insgesamt mit gut bewertet (Note 2).

Relevanz: Angesichts einer stark wachsenden Bevölkerung Äthiopiens von ungefähr 59 Mio. Einwohnern im Jahre 1998 auf 82 Mio. Einwohner im Jahre 2011 und einer hohen Fertilitätsrate von 6,4 Kindern pro Frau Ende der Neunziger Jahre sind Dienste der Familienplanung von hoher Relevanz in Äthiopien, zumal ungefähr 80% der Bevölkerung von weniger als 2 USD pro Tag leben und die Müttersterblichkeit von ungefähr 850/100.000 im Jahre 2002 noch immer vergleichsweise hoch war. Die Ausweitung von HIV/AIDS hat sich zu einer Epidemie entwickelt, die in Äthiopien mindestens 1,5 Mio. Menschen bei Programmprüfung der Phase I betraf. In Anerkennung dessen hat die äthiopische Regierung die Intensivierung und Ausweitung von Familienplanungsdienstleistungen und die Bekämpfung von infektiösen Krankheiten, insbesondere HIV/AIDS, beschlossen und zu den Prioritäten ihrer Strategie im Gesundheitssektor erklärt – in Zusammenarbeit mit verschiedenen Regierungen, multilateralen Institutionen und Nicht-Regierungsorganisationen. Gesundheit stellt jedoch seit Mai 2001 keinen Schwerpunkt der deutschen EZ mit Äthiopien mehr dar, d.h. auch nicht zum Zeitpunkt der Vereinbarung von Phase II.

Die Verfügbarkeit von Kontrazeptiva ist ein entscheidender Faktor in der Implementierung von Familienplanungsdienstleistungen. In Abstimmung mit anderen Gebern wie zum Beispiel UNFPA, USAID, DFID sowie unter Verwendung von Finanzierungsbeiträgen aus dem GFATM (Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria) sollte das zu evaluierende Programm die Knappheit von Kontrazeptiva abfangen, deren Nachfrage gemäß dem National Contraceptive Forecast 2004-2010 mit einer Rate von zwei Prozentpunkten pro Jahr zu wachsen prognostiziert wurde. Während auf die Beschaffung von Kondomen wegen anderer vertikaler Interventionen zur Bekämpfung von HIV/AIDS verzichtet wurde, deckte die Bereitstellung von oralen Kontrazeptiva und Dreimonatsspritzen gut ein Drittel des gesamten Bedarfs im Jahre 2005 ab (während Phase II des Programms). Außerdem fügte das Programm die weitere Beschaffung von lang-anhaltenden Implantaten hinzu, die bereits in Phase I eingeführt worden waren und in den vergangenen Jahren stärker von der äthiopischen Regierung gefördert wurden; innerhalb des Methodenmixes ist die Anwendung von Implantaten von 4% (DHS 2005) auf 12% (DHS 2011) angestiegen.

Die im Rahmen dieser Ex Post-Evaluierung durchgeführte quantitative Analyse kommt zu dem Ergebnis, dass der Zugang zu Kontrazeptiva vor allem in den ländlichen Gebieten, in denen etwa 85% der Bevölkerung Äthiopiens leben, eine wesentliche Barriere hinsichtlich der Nutzung von Kontrazeptiva darstellt. Phase II des Vorhabens zielt verstärkt auf die ländliche Bevölkerung ab.

Zusammenfassend waren beide Phasen des Programms gerechtfertigt und die Relevanz bedeutsam im Gesamtkontext der Familienplanungsaktivitäten der Regierung. Phase I wird

insgesamt mit gut bewertet. Im Unterschied dazu wurde Phase II einerseits nicht mehr im Rahmen eines bilateralen Schwerpunktes umgesetzt, andererseits wurde der besonders unterversorgte ländliche Raum stärker einbezogen. Damit bewerten wir Phase II ebenso mit gut. Teilnote: 2 (Phase I und II).

Effektivität: Bei Prüfung der Phasen I und II wurden die Programmziele wie folgt festgelegt:

- Verbesserung der Kenntnisse der Bevölkerung über moderne Familienplanungsmethoden;
- Verbesserung der Akzeptanz von modernen Familienplanungsmethoden in der Bevölkerung;
- Erhöhung der Nutzerrate von modernen Familienplanungsmethoden in der sexuell aktiven Bevölkerung;
- Verbesserung der Kenntnisse der Bevölkerung über Möglichkeiten der HIV/AIDS-Prävention;
- Erhöhung der Nutzerrate für Kondome zur HIV/AIDS-Prävention.

Die Programmziele sollten als erreicht gelten, wenn bei Abschluss des Programms:

- die aus FZ beschafften Kontrazeptiva an die Endverbraucher abgegeben worden sind;
- die Nutzerrate für moderne Kontrazeptiva (Contraceptive Prevalence Rate, CPR) von 7% (1997) auf 12% im Jahre 2001 angestiegen ist (Phase I, Zielwert wurde wegen Zeitverzögerung angepasst) bzw. die CPR für moderne Kontrazeptiva von 10% (2003) auf 14% im Jahre 2006 angestiegen ist (Phase II);
- die Nutzerrate für Kondome zur HIV/AIDS-Prävention gestiegen ist (keine Quantifizierung).

Bei Prüfung der Phase II wurde der Programmzielindikator „Nutzerrate für Kondome zur HIV/AIDS-Prävention“ nicht mehr aufgeführt. Ferner ist anzumerken, dass die zu Programmprüfung festgelegten Zieljahre angepasst wurden, weil sich der Beginn der beiden Programmphasen verzögert hatte.

Das zu Beginn definierte **Programmziel** der Abgabe der aus FZ beschafften Kontrazeptiva an die Endverbraucher entspricht aus heutiger Sicht keinem Outcome, sondern einem Output, und wird daher nicht zur Bewertung der Programmzielebene herangezogen, sondern im Zusammenhang mit den erzielten Ergebnissen besprochen. Das bei Programmprüfung ebenso definierte Programmziel der „Erhöhung der Nutzerrate von modernen Familienplanungsmethoden in der sexuell aktiven Bevölkerung“ stellt den heutigen state of the art dar. Der entsprechende Programmzielindikator, identisch mit dem Programmziel, stellt einen Schlüsselindikator dar, der sowohl das Kontrazeptiva-Angebot als auch die Nachfrage nach Kontrazeptiva widerspiegelt. Außer der Nutzerrate von modernen Verhütungsmitteln eignet sich noch der „Grad des ungedeckten Bedarfs an Verhütungsmitteln“

als Programmzielindikator, der zur Bewertung im Rahmen der Ex Post-Evaluierung neu hinzugenommen wird.

Die auf Verhaltensänderung ausgerichteten Programmziele sind angesichts der Konzeptionsanpassung nicht mehr plausibel. Ebenso wird der Programmzielindikator „Nutzerrate für Kondome zur HIV/AIDS-Prävention“ zur Ex Post-Evaluierung nicht herangezogen.

Laut EDHS hat sich die **Nutzerrate für moderne Kontrazeptiva** landesweit von 6 % im Jahre 2000 auf 14 % (2005) und weiter auf 27 % (2011) verbessert (EDHS). Diese EDHS-Ausgangsdaten sind zwar nicht deckungsgleich mit den in der Programmprüfung zugrunde gelegten Daten (s.o.) - zeigen jedoch einen sehr markanteren Anstieg der CPR. Auch werden die bei Prüfung festgelegten Zielwerte (für Phase I 12% und 14% für Phase II, landesweite Durchschnitte) übertroffen. Differenziert man nach urbanen und ländlichen Regionen so ist die CPR im Jahre 2011 unter verheirateten Frauen in urbanen Gebieten mit 52,5% beträchtlich höher als in ländlichen Gebieten (23,4%). Seit 2005 hat sich die CPR in ländlichen Gebieten mehr als verdoppelt während sie in den Städten nur um knapp einem Viertel zugelegt hat. In ländlichen Gebieten Äthiopiens scheinen auch heute noch „Wissensbarrieren“ (keine Verhütungsmethode oder Abgabeort kennen) und „eingeschränkter Zugang“ (Entfernung zu Abgabeort, zu teuer, unpraktisch, bevorzugte Methode nicht vorhanden) Hauptgründe für die Nicht-Nutzung von Kontrazeptiva zu sein. In urbanen Zentren sind abgeschlossene Primarschulbildung, das Nachgehen einer Beschäftigung sowie steigendes Einkommen der Frauen Faktoren, die eine zunehmende Nutzung von Kontrazeptiva fördern.

Der **ungedeckte Bedarf** (unmet need) für Familienplanung beträgt unter verheirateten Frauen noch immer 25% (Landesdurchschnitt, EHDS 2011). Er ist seit 2000 (36%) über 34% (2005) auf 25% im Jahre 2011 deutlich gesunken. Der ungedeckte Bedarf wird definiert als der Anteil der Frauen im reproduktiven Alter, die mindestens zwei Jahre mit der nächsten Geburt warten möchten oder keine (weiteren) Kinder planen, und derzeit keine Kontrazeptiva nutzen. Auch in Bezug auf diesen Indikator kann somit von einer Erfüllung ausgegangen werden.

Zusammenfassend bewerten wir die Effektivität von Phase I und Phase II mit gut. Teilnote: 2 (Phase I und II).

Effizienz: Phase I des Programms sah eine Laufzeit von 24 Monaten vor (1999-2001). In Zusammenhang mit dem äthiopisch-eritreischen Grenzkonflikt wurden jedoch alle Aktivitäten der deutschen EZ zwischen Mai 1998 und Juni 2000 unterbrochen. Weitere Verzögerungen resultierten aus den veränderten Rahmenbedingungen (Versorgungslage) und Neuverhandlungen der Programmkomponenten. Phase I wurde mit einer Verzögerung von 23 Monaten abgeschlossen. Sie war ferner geprägt durch hohe Mitarbeiterfluktuation im Gesundheitsministerium und Verzögerung aufgrund der Registrierung des Implantats Jaddelle. Bei Programmprüfung der **Phase II** war eine Finanzierungsperiode von 18 Monaten

vorgesehen. Die eigentliche Durchführung begann jedoch mit 6 Monaten Verzögerung. Die vorgesehene Durchführungsperiode wurde um ca. 15 Monate überschritten. Auch hier wirkten sich hohe Mitarbeiterfluktuation auf Seiten des Programmträgers, die z.B. zu Problemen bei der Beschaffung von Unterschriftenproben zur Verifizierung von Abrufen führte, und politische Unruhen (nach Wahlen in 2005) auf die Effizienz der Phase aus.

Während der Laufzeit beider Phasen basierte die Lieferkette von Kontrazeptiva auf dem Push-System. Seit 2007, mit Gründung der (nicht durch FZ finanzierten) Pharmaceutical Fund and Supply Agency, erfolgte jedoch eine Umorientierung zu einem Pull-System, was detaillierte Anfragen von Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich der Lieferung von Arzneimitteln einschließlich Kontrazeptiva berücksichtigt.

Eine solide Berechnung der Gesamtkosten pro Paar-Verhütungsjahr (Couple Year Protection, CYP) ist nicht möglich, da keine zuverlässigen Angaben zu den staatlichen Bereitstellungskosten vorliegen. Die **Kosten der Kunden** pro Paar-Verhütungsjahr stellen sich wie folgt dar (zum Zeitpunkt der Ex Post-Evaluierung):

Kontrazeptiva	USD/Anwendung	Kosten/CYP (USD)	Erläuterung
Kondome	0,03-0,05	3,6 - 6,0	120 Kondome pro CYP
Orale Kontrazeptiva	0,1-0,5	1,5 - 7,5	15 Zyklen pro CYP
Injizierbare Kontrazeptiva	0,6-1,25	2,4 - 5,0	4 Injektionen pro CYP
IUD (Spirale)	0,4	0,09	0,2174 IUDs pro CYP
Implantat inkl. Kanüle	8-16	2,1 - 4,2D	0,263 Implantate pro CYP

Beide FZ-Phasen zielten auf die Distribution über öffentliche Gesundheitseinrichtungen und Nicht-Regierungsorganisationen (ca. 15% der beschafften Kontrazeptiva) ab. Kontrazeptiva werden in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen kostenlos an die Endverbraucher abgegeben. Hinsichtlich der Armutssituation ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der urbanen Bevölkerung, der unter der Armutsgrenze lebt, mit rd. 1/3 nur geringfügig niedriger ist als der Anteil in ländlichen Gebieten (knapp 40%). In urbanen Gebieten, wo auch zahlungskräftigere Klienten leben, werden orale Kontrazeptiva und Kondome zusätzlich über einen Social Marketing-Ansatz vertrieben. Weiter werden Kondome auch in Tankstellen und Jugendzentren verkauft.

Der offizielle Mindestlohn in Äthiopien liegt bei rd. 75 USD pro Monat. Die Ausgaben für Social Marketing-Produkte für ein Paar-Verhütungsjahr betragen deutlich weniger als 1% dieses Mindestlohnes (Chapman-Index). Die Struktur der **Endverbraucherpreise** der von DKT vertriebenen Social Marketing-Produkte sind wie folgt (zum Zeitpunkt der Ex Post-Evaluierung):

Kontrazeptiva	USD/Anwendung	Kosten/CYP (USD)	Erläuterung
Kondom der Marke Sensation	0,03	3,6	120 Kondome pro CYP
Orale Kontrazeptiva der Marke Choice	0,1	1,5	15 Zyklen pro CYP

Die Social Marketing Agentur DKT (nicht durch FZ finanziert) arbeitet eng mit dem Gesundheitsministerium zusammen. Der kommerzielle Sektor, z.B. Kondome der Marke Durex, spielt nur eine geringe Rolle; der Marktanteil zum Zeitpunkt der Ex Post-Evaluierung betrug rd. 2%. Die vorliegende Information lässt keine Aussage darüber zu, ob der bestehende Mix der Kontrazeptivaversorgung (Social-Marketing, Gratisversorgung und Privatwirtschaft) die jeweils bestehenden Potentiale ausschöpft, d.h. ob ggf. von einer Übersubventionierung von Kontrazeptiva auszugehen ist. Hinsichtlich des Methodenmixes unternimmt die Regierung Anstrengungen, lang-anhaltende Verhütungsmittel zu fördern, ist jedoch mit mangelndem Wissen/Akzeptanz der Klienten konfrontiert. In der Summe wird die Effizienz von Phasen I sowie Phase II mit zufriedenstellend bewertet. Teilnote: 3 (Phase I und II)

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: Das **Oberziel** des Programms wurde im Rahmen der Ex Post-Evaluierung auf den Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der äthiopischen Bevölkerung im reproduktiven Alter beschränkt. Das bei Programmprüfung (beide Phasen) zusätzlich verankerte Ziel der Reduzierung von HIV-Infektionen bzw. AIDS-Erkrankungen wird angesichts der veränderten Konzeption beider Phasen nicht zur Bewertung herangezogen.

Als **Hauptindikator** zur Bewertung der Erreichung des Oberzieles wurde die Fertilitätsrate definiert, die von 5,9 (2000) über 5,4 (2005) auf 4,8 Kinder pro Frau im Jahre 2011 sank (gemäß DHS-Daten). Es ist anzumerken, dass die Fertilitätsrate kein direkter Gesundheitsindikator ist, sondern vielmehr einen Proxy-Indikator darstellt, der Geburtenabstände als Schlüsselstrategie zur Reduktion des Bevölkerungswachstums und der mütterlichen und kindlichen Sterblichkeit widerspiegelt. Außer der Fertilitätsrate werden im Rahmen der Ex Post-Evaluierung noch die Müttersterblichkeitsrate und die Rate der Säuglingssterblichkeit als weitere Hinweise zur Bewertung herangezogen. Während sich die Säuglingssterblichkeit von 97/1.000 (2000) über 77/1.000 (2005) auf 59/1.000 im Jahre 2011 verbessert hat, steht eine (weitere) Verbesserung bei der mütterlichen Sterblichkeit noch aus – obgleich sie von ihrem Basiswert von 871/100.000 im Jahre 2000 sank, stagnierte sie zwischen 2005 und 2011 bei 673/100.000 bzw. 676/100.000. Die Müttersterblichkeit ist zweifelsfrei multifaktoriell beeinflusst, z.B. durch fachkundige Geburtshilfe und Entbindung in Gesundheitseinrichtungen, beide Faktoren haben einen Anteil von jeweils nur 10% an allen Geburten (DHS 2011). Hier spielt wahrscheinlich der in ländlichen Gebieten eingeschränkte Zugang zu Geburtshilfe (Gesundheitszentrum, Hebamme) auch eine wichtige Rolle. Ferner kann die in dem Zeitraum erfolgte Verbesserung der Registrierung von Müttersterblichkeit die Statistik negativ beeinflussen.

Zusammenfassend stellen wir einen positiven Trend im Bereich der übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen fest. Es ist plausibel, dass das Vorhaben dazu einen Beitrag geleistet hat. Allerdings stellt der eingeschränkte Zugang und mangelndes Bewusstsein bzw. Wissen bezüglich Familienplanungsmethoden nach wie vor ein großes Hindernis hinsichtlich der Gesundheitsverbesserung dar und erfordert weiterhin Anstrengungen der

Regierung. Phase I wird mit befriedigend bewertet. Der stärkere Fokus der Phase II auf den ländlichen Raum führte wahrscheinlich zu einer höheren entwicklungspolitischen Wirksamkeit: die Phase II wird mit gut; die Phase I mit zufrieden stellend bewertet. Teilnote: 3 (Phase I), 2 (Phase II).

Nachhaltigkeit: Kontrazeptiva werden weiterhin kostenlos in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen an die Endverbraucher abgegeben. Seit 2007 hat die Regierung ein modernes Logistiksystem eingerichtet – was nicht Bestandteil des Vorhabens war – dessen vollständige Implementierung noch nicht abgeschlossen ist. Eine größere Anzahl von Verteilungsstellen und Lagerhäusern hat dieses System bereits implementiert, welches nachfrageorientiert ist. In der Vergangenheit, einschließlich der Programmlaufzeit der Phasen I und II, kam ein System basierend auf einem Push-Ansatz zur Anwendung. Das gegenwärtige, moderne Logistiksystem sollte zukünftig einen erheblichen Beitrag zur Sicherstellung der Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln an öffentlichen Verteilungsstellen zu jeder Zeit leisten und damit zur Nachhaltigkeit beitragen. Unberührt davon bleibt die Herausforderung des eingeschränkten Zugangs zu Kontrazeptiva im ländlichen Raum, bedingt durch die zum nächsten Gesundheitszentrum gegebene Entfernung.

Die Beschaffung der Kontrazeptiva wird noch weitgehend durch externe Finanzierung anderer Geber sowie UNFPA (GPRHCS, Global Programme to Enhance Reproductive Health Comodity Security) aufrecht erhalten, während die Verteilung weitgehend von nationaler Seite erfolgt. Die durch verbesserten Zugang und zunehmendem Wissen bewirkten Verhaltensänderungen führen zu stetig steigender Nachfrage nach Kontrazeptiva. Dementsprechend muss die Finanzierung durch andere Geber und die Regierung in Zukunft weiter ansteigen, um den vorhergesehenen Anstieg der CPR zu erreichen. Der finanzielle Beitrag der Regierung zur Beschaffung von Kontrazeptiva ist bisher eher gering (weitgehend beschränkt auf Verteilung), zumindest aber wurden mittlerweile Budgetlinien auf föderaler und regionaler Ebene geschaffen. Auch in Zukunft wird die externe Finanzierung durch internationale Geber weitergeführt werden müssen. Äthiopien gilt auch für die kommenden Jahre als einer der Hauptempfänger der UNFPA-Unterstützung. Dennoch stellt die verbreitete Gratisabgabe und das hohe Subventionselement der Versorgung mit Kontrazeptiva ein Risiko für die Nachhaltigkeit dar.

Seit Programmprüfung scheint das Regierungsprogramm mit einer mittlerweile gut organisierten Geberschaft wesentlich an Nachhaltigkeit gewonnen zu haben. Sowohl auf finanzieller als auch auf technischer Seite (Pharmaceutical Logistics Partners Meetings, Consortium of Reproductive Health Associations) finden regelmäßige Konsultationen statt, die zu einer koordinierten Umsetzung von Aktivitäten im Bereich der Familienplanung geführt haben dürften. Zusammenfassend beurteilen wir die Nachhaltigkeit beider Phasen als zufrieden stellend. Teilnote: 3 (Phase I und II).

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	zufrieden stellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
Stufe 4	nicht zufrieden stellendes 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 (zufrieden stellende 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 „zufrieden stellend“ (Stufe 3) bewertet werden