

Ex Post-Evaluierung: Kurzbericht

Vietnam: Gesundheitsprogramm Krankenhäuser



Sektor	12191 Medizinische Dienste	
Vorhaben/Auftraggeber	(1) Gesundheitsprogramm Krankenhäuser – 2001 66 140, (2) Begleitmaßnahme 2003 70 148	
Projektträger	Provincial People's Committees von 4 Provinzen	
Jahr Grundgesamtheit/Jahr Ex Post-Evaluierungsbericht: 2012*/2012		
	Projektprüfung (Plan)	Ex Post-Evaluierung (Ist)
Investitionskosten	(1) 9,1 Mio. EUR (2) 1,5 Mio. EUR	(1) 11,0 Mio. EUR (2) 1,5 Mio. EUR
Eigenbeitrag	(1) 1,2 Mio. EUR (2) 0,2 Mio. EUR	(1) 3,1 Mio. EUR (2) 0,2 Mio. EUR
Finanzierung, davon BMZ-Mittel	(1) 7,9 Mio. EUR (2) 1,3 Mio. EUR	(1) 7,9 Mio. EUR (2) 1,3 Mio. EUR

* Vorhaben in Stichprobe

Projektbeschreibung: Oberziel des Vorhabens war es, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in vier Provinzen zu leisten. Zwei dieser Provinzen zählen zu den ärmsten Vietnams, die anderen beiden entsprechen dem bzw. liegen über dem nationalen Durchschnitt. Zu diesem Zweck wurden medizinische Geräte für Diagnostische, Therapeutische und Funktionsabteilungen der Krankenhäuser ersetzt bzw. ergänzt. Zusätzlich umfasste das Vorhaben auch Trainingsmaßnahmen zur klinischen Weiterbildung im Bereich Instandhaltung und Krankenhausabfallentsorgung sowie im Krankenhausmanagement (einschl. Finanzmanagement). Die drei Provinzkrankenhäuser bzw. ein spezialisiertes Kinderkrankenhaus spielen in der jeweiligen Provinz eine zentrale Versorgungsrolle. Der Eigenbeitrag der Programmträger erfolgte über bauliche Rehabilitation bzw. Neubaumaßnahmen.

Zielsystem: Durch Verbesserung der Ausstattung der Programmkrankenhäuser und Maßnahmen zur Qualifikation des administrativen, technischen und medizinischen Personals sollte das Leistungsangebot der Krankenhäuser im Hinblick auf ihre Qualität, Effizienz und Nachhaltigkeit verbessert werden (Programmziel). Ferner sollte das Vorhaben auch positive Effekte auf die vor- und nachgelagerten Krankenhausebenen erzielen. Damit sollte ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in vier Provinzen geleistet werden (Oberziel).

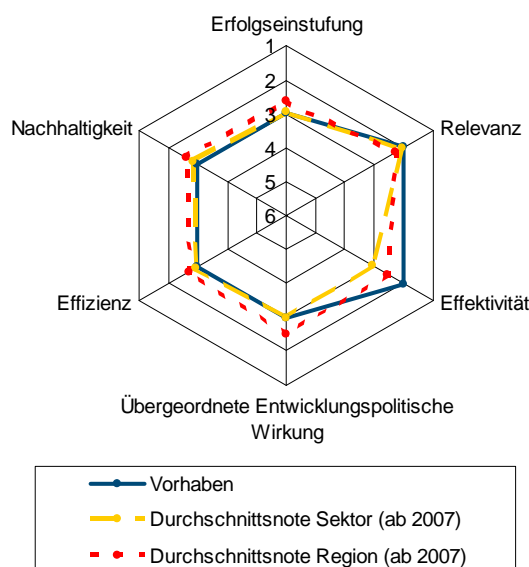
Zielgruppe: Zielgruppe war jeweils die Gesamtbevölkerung der Provinz, insbesondere jedoch Mütter und Kinder. Insgesamt leben im Programmgebiet rd. 4,5 Mio. Personen, wovon derzeit rd. 18 % als arm eingestuft werden.

Gesamtvotum: Note 3

Relevanz und Effektivität des Programms werden mit gut, Effizienz und Impact mit befriedigend und Nachhaltigkeit mit gerade noch befriedigend bewertet.

Bemerkenswert: Im Vergleich zu anderen Vorhaben gab es innovative Ansätze für die Sicherstellung der Wartung der gelieferten Ausstattung (z.B. Wartungsverträge). Ein Großteil des im Rahmen der Begleitmaßnahme ausgebildeten Personals ist noch in den Krankenhäusern tätig. Außerdem wird Wissen fallweise systematisch an neue Mitarbeiter weitergegeben. Die Nachhaltigkeit wurde daher trotz verbleibender Risiken als noch befriedigend bewertet. Hervorzuheben ist auch das Aufgreifen des bisher im Sektor eher vernachlässigten Themas des Abfallmanagements. Diesbezüglich besteht jedoch weiterhin erheblicher Handlungsbedarf.

Bewertung nach DAC-Kriterien



ZUSAMMENFASSENDE ERFOLGSBEWERTUNG

Gesamtvotum: Aufgrund der gerade noch befriedigenden Nachhaltigkeit wird das Vorhaben trotz guter Relevanz und Effektivität insgesamt als befriedigend bewertet. Note: 3

Relevanz: Das Kernproblem einer nicht ausreichenden Gesundheitsversorgung auf Ebene der Provinzkrankenhäuser wurde richtig erkannt. Zum Zeitpunkt der Programmprüfung, wie auch heute, ist Gesundheit ein zentrales Thema. So identifizierten Haushalte „Krankheit eines Familienmitglieds“ knapp hinter „niedrigem Einkommen“ und vor „hohen Nahrungsmittelpreisen“ als zweitwichtigste Ursache für eine Verschlechterung ihrer Situation in den letzten vier Jahren (GSO 2010). Dabei nahm der Anteil übertragbarer Krankheiten an der gesamten Krankheitslast seit den 90er Jahren ab, während nicht-übertragbare Krankheiten (wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen), die 2010 rund 60% (bzw. 77%) der Krankheitslast bei Männern (bzw. Frauen) ausmachen, und Verkehrsunfälle weiter zunehmen (JAHR 2011). Diese veränderte Krankheitslast erfordert Anpassungen der Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten insbesondere der Provinzkrankenhäuser. Der Ansatz des Programms auf Ebene der Provinzkrankenhäuser scheint daher grundsätzlich geeignet.

Die Wirkungskette ist weitgehend plausibel. Eine verbesserte Ausstattung und verbesserte Qualifikation des Krankenhauspersonals sollten zu einer Verbesserung der Qualität sowie Quantität der angebotenen Dienstleistungen der unterstützten Krankenhäuser führen und damit zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation in den Programmprovinzen beitragen. Durch die Unterstützung eines Kinderkrankenhauses und schwerpunktmäßiger Verbesserung der Infrastruktur zur Versorgung von Frauen und Kindern (z.B. Ultraschall, Brutkästen) wird das Programm dem besonderen Fokus auf diesen Teil der Zielgruppe weitgehend gerecht. Es besteht das Risiko, dass die arme Bevölkerung unterdurchschnittlich vom Programm profitiert u.a. da Arme von verbleibenden finanziellen Zugangsbarrieren wie Transportkosten und informellen Zahlungen besonders betroffen sind. Die direkten Kosten für Gesundheitsdienstleistungen wurden durch die erheblich ausgebaute staatliche Krankenversicherung für Arme deutlich reduziert. Eine weitere Einschränkung gilt für den Anspruch des Programms zur adäquaten Nutzung der unterschiedlichen Ebenen im sogenannten Referenzsystem (Distrikt-, Provinzkrankenhäuser und spezialisierte Kliniken etc.) beizutragen. Die z.T. unzureichenden Anreize für ein effektives Überweisungssystem (z.B. von Distrikt- zu für komplexe Behandlungen und Eingriffe vorgesehenen Provinzkrankenhäusern) sind strukturell bedingt und daher durch ein Einzelvorhaben kaum zu beeinflussen.

Im Rahmen der Begleitmaßnahme wurden innovative Ansätze zur Stärkung des Krankenhausmanagements und eines umweltschonenden Krankenhausbetriebs integriert. Auch hier scheint das Anspruchsniveau im Hinblick auf die notwendigen systemischen Veränderungen zu hoch. Der Gesundheitssektor hat laut Aussage der vietnamesischen Partner Priorität für die vietnamesische Regierung. Gleichzeitig ist Gesundheit einer der Schwerpunktsektoren der deutschen Entwicklungszusammenarbeit mit Vietnam. Das Programm wurde geographisch bzw. bezüglich der Auswahl der Interventionsebene komplementär zu Vorhaben anderer Geber (z.B. Weltbank,

ADB, JICA) umgesetzt, wobei die Auswahl von Provinzen und Ebene stark von der Regierung gesteuert wurde. Unter Berücksichtigung der Einschränkungen wird die Relevanz mit gerade noch gut bewertet. Teilnote: 2

Effektivität: Laut Programmprüfungsbericht (PPB) war das Programmziel eine verbesserte Qualität der Versorgungsleistungen in den vier Krankenhäusern und ein insgesamt gestärktes Gesundheits- bzw. Referenzsystem im Sinne einer adäquaten Nutzung der unterschiedlich ausgestatteten bzw. spezialisierten Versorgungsebenen. Im Rahmen der Ex Post-Evaluierung wird, entsprechend dem heutigem state of the art, „die Nutzung der verbesserten Angebote“ gemessen. Im Rahmen der Programmprüfung (PP) wurden auf Programmzielebene folgende vier Indikatoren definiert: Steigerung der Überweisungen von Distrikt- zu Provinzkrankenhäusern um 20%, Steigerung der Patientenzufriedenheit, Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer, Zunahme der Bettenauslastung. Für den Indikator zur Patientenzufriedenheit liegt keine Baseline vor. Anstelle der Patientenzufriedenheit wurden daher im Rahmen der Ex Post-Evaluierung folgende zwei Indikatoren zur Entwicklung der Nutzung der Krankenhäuser ergänzt: Zunahme der jährlich ambulant versorgten Patienten (outpatients), Zunahme der jährlich durchgeführten Operationen.

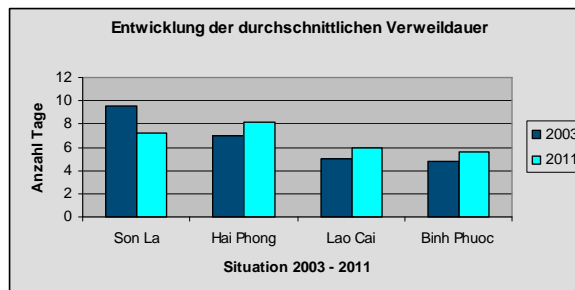
Indikator

Ergebnis Ex Post-Evaluierung

1. Steigerung der Überweisungen von Distrikt- zu Provinzkrankenhäusern um 20%

Lao Cai	Binh Phuoc	Hai Phong	Son La
> 20%			
< 20%			

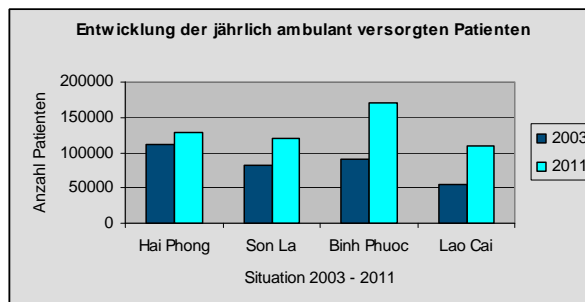
2. Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer



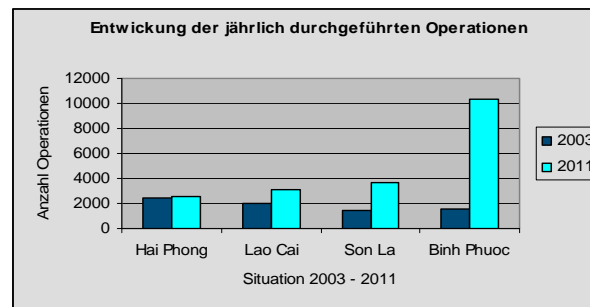
3. Zunahme der Bettenauslastung (bezogen auf die jeweils aktuelle Bettenzahl)

	Anzahl Betten 2011 (Veränderung seit 2003)	Bettenauslastung 2011 (Veränderung seit 2003)
Bin Phuoc	600 (+100%)	94% (+12%)
Hai Phong	400 (+33%)	147,4% (+13%)
Lao Cai	350 (+40%)	130,7% (-11%)
Son La	350 (+16%)	89% (-16%)

4. Zunahme der jährlich ambulant versorgten Patienten (outpatients)



5. Zunahme der jährlich durchgeführten Operationen



Die Zahl der Überweisungen von Distrikt- zu Provinzkrankenhäusern hat in drei Programmprovinzen um mehr als 20% zugenommen. Dieser Indikator scheint jedoch nur bedingt Aussagekraft für die Verbesserung des Gesundheitssystems zu haben, da der Anteil der Patienten, die überwiesen werden, insgesamt nach wie vor eine untergeordnete Rolle spielt (z.B. Son La: 16% aller stationär behandelten Patienten). Die durchschnittliche Verweildauer ist in drei Krankenhäusern gestiegen und nahm nur in einer Provinz ab. Der Indikator scheint jedoch für diese Art von Vorhaben nicht geeignet zu sein, da durch verbesserte technische Ausstattung und Trainings komplexere Eingriffe durchgeführt werden können, die mit längeren Krankenhausaufenthalten einhergehen. Die Bettenauslastung ist in zwei der vier Programmkrankenhäuser trotz einer signifikanten Zunahme der Anzahl der Betten gestiegen. In den beiden anderen Krankenhäusern nahm die Bettenauslastung ab jedoch nicht stärker als die entsprechende Zunahme der Bettenzahl. Insgesamt liegt damit in allen vier Programmkrankenhäusern eine hohe Auslastung teilweise sogar Überbelegung vor. Wenngleich der Indikator damit nicht in allen vier Programmkrankenhäusern erfüllt ist, spricht die bestehende Auslastung für eine Verbesserung der Dienstleistungen. Als qualitative Ergänzung zur Bettenauslastung und als Indiz für die Patientenzufriedenheit wurden die Anzahl der jährlich ambulant versorgten Patienten sowie die Anzahl der durchgeführten Operationen betrachtet. Beide sind seit Beginn des Programms in allen Krankenhäusern gestiegen.

Der Beitrag des Programms zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung ist somit gegeben, auch wenn davon ausgegangen werden muss, dass die arme Bevölkerung unterproportional profitiert. Dies ist der Fall, obwohl die durch die vietnamesische Regierung erheblich ausgebauten Krankenversicherung (Erstattung von bis zu 95% der Behandlungskosten für Arme), den Zugang für Arme massiv verbessert hat. Arme Bevölkerungsschichten müssen, z.B. mangels einer Obergrenze für jährliche Eigenbeiträge, zum Teil relativ hohe Beträge ihres geringen Jahreseinkommens für aufwändigere Behandlungen aufbringen und werden außerdem (aussagegemäß) im Vergleich zu selbstzahlenden Patienten, durch Krankenhauspersonal benachteiligt.

Im Hinblick auf die Wirkung der Begleitmaßnahme kann festgestellt werden: Zum Zeitpunkt der Ex Post-Evaluierung sind in den vier Krankenhäusern noch mehr als 90% der Mitarbeiter, die im Rahmen der Begleitmaßnahme an Fortbildungen teilgenommen haben, tätig. Die regelmäßige Anwendung ausgewählter Trainingsinhalte im Krankenhausalltag, so z.B. die Nutzung von Managementinformationssystemen für statistische Zwecke, ist ein weiteres Indiz für die Effektivität der Begleitmaßnahme. Dazu ist anzumerken, dass für den jährlichen nationalen Planungspro-

zess alle staatlichen Krankenhäuser regelmäßig Daten erheben müssen. Andere Inhalte der Trainings wie z.B. Abfallmanagement finden dagegen kaum noch Anwendung. Insgesamt wird die Effektivität des Programms mit gut bewertet. Teilnote: 2

Effizienz: Die Programmstruktur mit dezentralen Programmpartnern erforderte zwar intensivere Koordination, scheint aber sinnvoll, um sicherzustellen, dass die Ausstattung sich am tatsächlichen Bedarf vor Ort orientiert. Die vier Provinzen, in denen das Programm durchgeführt wurde, sind teilweise sehr weit voneinander entfernt, was erhöhte Aufwendungen für Koordination innerhalb des Programms bewirkte. Die Durchführung begann mit einer Verzögerung von ca. 12 Monaten und die Programmlaufzeit wurde um 50% (15 Monate) verlängert. Die Eigenmittel wurden im Vergleich zur Programmplanung deutlich erhöht (auf mehr als das 2,5-fache); der Eigenbeitrag in Form von baulicher Rehabilitation bzw. Neubauten stand weitgehend fristgerecht zur Verfügung. Aussagen unterschiedlicher Akteure des vietnamesischen Gesundheitssektors deuten darauf hin, dass der Wettbewerb durch das Vergabeverfahren internationaler Ausschreibungen in mehreren Losen dem Preis-Leistungsverhältnis der Lieferungen zuträglich war. Um eine sachgemäße Wartung sicherzustellen, war insbesondere die Einschränkung der Wettbewerber auf jene, die in Vietnam vertreten sind, sinnvoll.

Die funktionierende Ausstattung wird laut Nutzerstatistik täglich intensiv verwendet, teilweise sogar übernutzt. Aussagen darüber, ob die Ausstattung zweckmäßig (d.h. entsprechend der Leitlinien über die angemessene Behandlung von spezifischen Krankheiten) genutzt wird, sind schwierig. Studien bestätigen die starke Nutzung von medizinischen Geräten, auch mit dem Ziel die Krankenhauseinnahmen zu steigern (z.B. Health Strategy and Policy Institute 2009). Darüber hinaus ist die Tatsache, dass fast 80% der Patienten ohne Überweisung direkt in die Provinzkrankenhäuser kommen, zwar ein Indiz für die bessere Qualität der Dienstleistungen der Provinzkrankenhäuser im Vergleich zu den auf Distriktebene angebotenen Leistungen, dies spricht jedoch gleichzeitig für ein ineffizientes Versorgungssystem, in dem Behandlungen vielfach nicht auf der dafür vorgesehenen Ebene erfolgen. Die Effizienz des Programms wird insgesamt mit befriedigend bewertet. Teilnote: 3

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: Oberziel des Programms war ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation in den vier Programmprovinzen. Mütter und Kinder sollten laut PPB besonders von dem Vorhaben profitieren. Im Rahmen der Programmprüfung waren keine Indikatoren für die Messung der Oberzielerreichung definiert worden. Für die Beurteilung der übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkung analysierte die Ex Post-Evaluierung, entsprechend dem heutigem state of the art und unter Berücksichtigung der Datenlage, folgende zwei Indikatoren: Rückgang der Müttersterblichkeit, Rückgang der Kindersterblichkeit unter 5 Jahren.

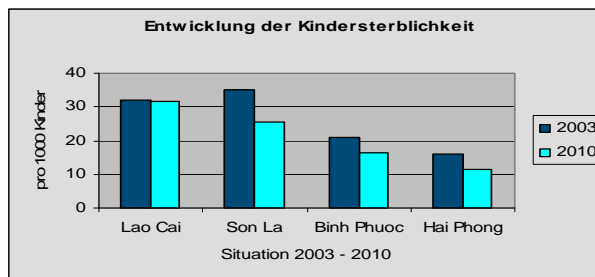
Indikator

Ergebnis Ex Post-Evaluierung

1. Rückgang Müttersterblichkeit (per 100.000 Lebendgeburten)

Vorliegende Daten für die beiden Programmprovinzen Son La und Hai Phong bestätigen den Rückgang der Müttersterblichkeit (Son La: 2011: 18 (Veränderung seit 2003: -58%), Hai Phong: 5 (-86%)).

2. Rückgang Kindersterblichkeit (<5) (pro 1000 Kinder)



Auf Basis vorliegender Daten nahm sowohl die Müttersterblichkeit als auch die Kindersterblichkeit unter fünf Jahren in den Programmprovinzen seit Beginn des Programms ab. Allerdings liegt die Kindersterblichkeit in den beiden ärmeren Programmprovinzen nach wie vor über dem nationalen Durchschnitt von 23,8 von 1000 Kindern, in den beiden reicheren Programmprovinzen liegt sie deutlich darunter. Es scheint plausibel, dass das Programm einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation leisten konnte. Die Verbesserung ist jedoch auch auf eine sehr dynamische Entwicklung mehrerer wesentlicher Faktoren innerhalb des Gesundheitssektors zurückzuführen, z.B. auf signifikante nationale und geberfinanzierte Investitionen auf allen Ebenen des Referenzsystems. Die Oberzielerreichung wird daher mit befriedigend bewertet.

Teilnote: 3

Nachhaltigkeit: Derzeit funktionieren ca. 80% der gelieferten Geräte (nach einer groben Schätzung auf Basis der Besuche vor Ort). Nach Auslaufen der 2-jährigen Wartungsverträge (Ende 2011), die Bestandteil des Vorhabens waren, scheint es in den Programmkrankenhäusern keine Pläne für die weitere präventive Wartung der gelieferten Ausstattung zu geben. Das Management der Krankenhäuser setzt stattdessen verstärkt auf neue, national bzw. international finanzierte Investitionen. Der Anteil der Einnahmen der Krankenhäuser, der für Wartung zur Verfügung steht, wurde seit 2003 zwar deutlich gesteigert (z.B. Son La: Anteil des Budgets für Wartung am Gesamtbudget verdreifacht, Binh Phuoc: verfünffacht), das Wartungsbudget macht jedoch nach wie vor nur 1-2% des Gesamtbudgets der Krankenhäuser aus. Gemäß einer ersten groben Schätzung deckt dies deutlich weniger als 50% der für Wartung mindestens notwendigen 5% der Investitionskosten der Ausstattung ab, die im Rahmen des Programms geliefert wurde. Diese Schätzung berücksichtigt noch nicht die Kosten für die Wartung von zusätzlicher Ausstattung der Krankenhäuser, z.B. aus nationalen Investitionen.

Bisher wurden angabegemäß kaum Ersatzinvestitionen (z.B. für Ersatzteile) getätigt. Die im Rahmen der Begleitmaßnahme eingerichteten technischen Abteilungen für Wartung und Instandhaltung in den Krankenhäusern scheinen kleinere Reparaturen und Instandhaltungsmaßnahmen durchzuführen (z.B. regelmäßig erforderlicher Austausch von Glühbirnen im CT-Scanner). Sie haben jedoch einen sehr begrenzten Handlungsspielraum, da ein Teil der gelieferten hoch-technologischen Ausstattung die Wartung durch externe technische Experten erfor-

dert. Die Richtwerte zur wirtschaftlichen Nutzungsdauer der gelieferten Geräte liegen für Deutschland zwischen 5 (z.B. Endoskopie-, Ultraschallgeräte) und 8 Jahren (z.B. Röntgengeräte, Computertomographen). Damit wären derzeit (nach 3,5 Jahren) bereits ca. 43-70% der Nutzungsdauer der im Rahmen des Programms gelieferten Ausstattung erreicht. So scheint es plausibel anzunehmen, dass trotz deutlicher Risiken insbesondere für die präventive Wartung, ein Teil der gelieferten Geräte fast die volle Nutzungsdauer über funktionsfähig sein wird. Im Vergleich mit Programmen anderer Geber (z.B. Ausstattung Distriktkrankenhaus in Son La, in dem ein erheblicher Anteil neu gelieferter Geräte aufgrund technischer Probleme nicht oder nur kurz in Betrieb war) und im Vergleich zu vorausgegangenen FZ-Ansätzen, ermöglichte die konzeptionelle Weiterentwicklung der Wartungskonzepte über Wartungsverträge eine deutliche Verbesserung der Nachhaltigkeit.

Einzelne, im Rahmen der Trainings erworbene Fähigkeiten (z.B. die Nutzung des Managementinformationssystems) werden zum Teil intensiv angewandt und scheinen nachhaltig in Krankenhausmanagement und –alltag integriert. Auch wird neues Personal aussagegemäß systematisch in on-the-job Trainings eingeführt, so dass erworbene Fähigkeiten fallweise an neues Personal weitergegeben werden. Der im Rahmen der Begleitmaßnahme integrierte innovative Ansatz für die Etablierung eines umweltverträglichen Betriebs der Krankenhäuser führte in einem der Programmkrankenhäuser zu einem gewissen Bewusstsein für die Problematik. Dort wurde auf Ebene der Stationen Mülltrennung betrieben, der Müll wurde anschließend jedoch weder getrennt noch adäquat entsorgt. Eine nachhaltige Verbesserung der Umweltverträglichkeit konnte damit nicht erreicht werden. Die Nachhaltigkeit wird insgesamt mit befriedigend bewertet. Teilnote: 3

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