

Ex-post-Evaluierung – Indien

>>>

Sektor: 1225000 Bekämpfung von Infektionskrankheiten

Vorhaben: Polioimpfprogramm Indien, Phase VIII (2005 66 653)*, IX (2006 66 149)*, X (2007 66 287)*, XI (2008 65 055), XIV (2009 66 051), XV (2009 66 044)*, XVI (2009 67 166), BM (2008 70 048)

Träger des Vorhabens: Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW) der Republik Indien



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2018

Alle Angaben in Mio. EUR	Phase VIII – XI (Plan)	Phase VIII – XI (Ist)	Phase XIV – XVI (Plan)	Phase XIV – XVI (Ist)	Begleitmaßnahme
Investitionskosten (gesamt)	1,040,00	862,64	654,00	756,00	0,50
Eigenbeitrag**	440,73	528,82	202,00	512,00	0,00
Finanzierung**	474,67	335,82	452,00	192,00	0,50
davon BMZ-Mittel	124,60	120,23	52,00	52,00	0,50

*) Vorhaben in der Stichprobe 2018

**) eine zuverlässige Angabe über die endgültigen Beträge konnte zum Abschluss des Projekts nicht erhalten werden

Kurzbeschreibung: Im Rahmen der Global Polio Eradication Initiative (GPEI) in Indien unterstützte die FZ die Polioimpfkampagnen (Pulse Polio Immunization Programme). Die fortlaufenden Programmlinien VIII-XI (2006-2009) wurden durch die Programmlinien XIV-XVI (2009-2015) komplementiert. Der FZ-Beitrag erfolgte in Kofinanzierung mit indischen Haushaltsmitteln sowie Beiträgen anderer internationaler Geber zur Finanzierung von oralem Impfstoff, operationalen Kosten sowie der Beschaffung von Laborausstattung (Kühlketten) und stellte mit den für die hier evaluierten Phasen zugesagten 176,6 Mio. EUR einen substantiellen Anteil am Gesamtbedarf von rd. 1,6 Mrd. EUR dar. Die Finanzierung erfolgte dabei sowohl als nicht zurückzahlbare FZ-Zuschüsse, als auch als FZ-Haushaltsmitteldarlehen und als zinssubventionierte Entwicklungskredite. Der FZ-Beitrag erfolgte in Ko-Finanzierung mit indischen Haushaltsmitteln sowie Beiträgen anderer Geber wie Rotary International, Bill & Melinda Gates Foundation und dem Vereinigten Königreich. Die Beschaffung der Impfstoffe erfolgte über UNICEF, die der Laborgeräte über die WHO. In den Phasen XIV-XVI erfolgten die Beschaffungen über die indischen Strukturen.

Die geplante Begleitmaßnahme zur weiteren Unterstützung der Surveillance- und Monitoring-Komponente wurde nicht umgesetzt, da der Bedarf bereits durch die Hauptkomponenten erfüllt war.

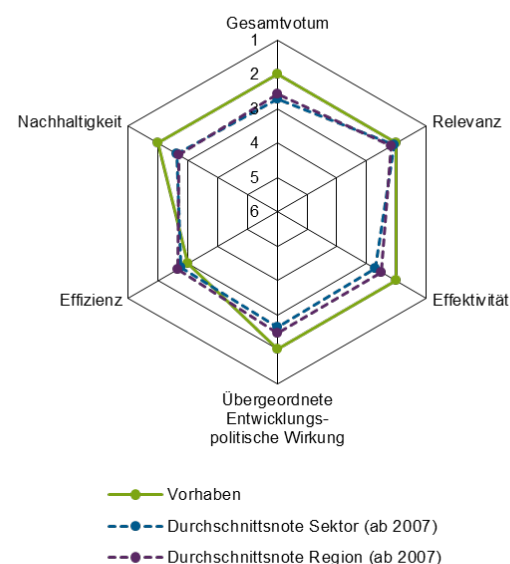
Zielsystem: Oberziel (Impact) war es, einen Beitrag zur landesweiten - und damit auch weltweiten - Ausrottung der Kinderlähmung zu leisten. Das Programmziel (Outcome) war die landesweite Durchimpfung aller Kinder unter fünf Jahren sowie die erfolgreiche Implementierung eines Überwachungs- und Monitoringsystems.

Zielgruppe: Kinder unter fünf Jahren in den Distrikten mit hohem Risiko (Uttar Pradesh und Bihar) sowie Risikogruppen (Neugeborene, Migranten, nicht-sesshafte Bevölkerung).

Gesamtvotum: Note 2 (alle Phasen)

Begründung: Das Oberziel wurde erreicht, Indien ist offiziell polio-frei.

Bemerkenswert: Aufgrund vielfältiger Verzögerungen in einem komplexen und schwierigen entwicklungspolitischen und administrativen Umfeld konnte erst nach mehrfacher Programmverlängerung das Ziel der Eradikation erreicht werden. Der FZ-Beitrag ist dabei als nachhaltig zu bewerten und mit (geringen) positiven Effekten auf die Gesundheitssystemstärkung zu sehen, da auch Kühlketten für Basisimpfprogramme gestärkt wurden. Insgesamt war es aber ein vertikales, initial stark von der internationalen Gemeinschaft getriebenes Programm mit wenigen Spill-over Effekten. Neben der positiven Wirkung auf das Land spielen bei der Ausrottung des Poliomyelitis-Virus die Wirkungen auf andere Länder im Sinne eines „global public good“ eine erhebliche Rolle. Dies führt mittelfristig zu einer positiven ökonomischen Bewertung, auch wenn Effekte auf andere Impfaktivitäten im Land nicht eindeutig sind. Zentral für eine langfristige Stabilisierung und Verhinderung der Re-Introduktion des Virus wird die Stärkung der epidemiologischen Surveillance sein. Indien hat während des Programm-Verlaufs sowohl Ownership wie auch eingesetzte eigene Mittel signifikant erhöht.



Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 2 (alle Phasen)

Die Phasen VIII-XI und XIV-XVI wurden jeweils gemeinsam konzipiert und zugesagt, auf Grund verschiedener Finanzierungsformen (FZ-Zuschüsse, FZ-Darlehen und Entwicklungskredite) jedoch in unterschiedliche Phasen mit separaten BMZ-Nummern unterteilt. Da das Zielsystem identisch ist, lassen sie sich in ihren Wirkungen nicht abgrenzen. Die Phasen wurden dementsprechend gemeinsam evaluiert und wo immer möglich entlang der DAC-Kriterien separat bewertet.

Teilnoten:

Relevanz	2 (alle Phasen)
Effektivität	2 (alle Phasen)
Effizienz	3 (alle Phasen)
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	2 (alle Phasen)
Nachhaltigkeit	2 (alle Phasen)

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Indien gehörte bis vor kurzem zu den Ländern, in denen Polio noch regelmäßig auftrat. Das Land war über viele Jahre die Hauptquelle für die globale Virusverbreitung und verzeichnete bis zum Jahre 2009 die Hälfte aller weltweiten Poliofälle. Aufgrund seiner hohen Bevölkerungszahl und -dichte sowie einem auf bestimmte Regionen begrenzten äußerst niedrigen Entwicklungsstand (unzureichende Hygiene, hohe Geburtenrate, unzugängliche Gebiete) galt Indien als eines der schwierigsten Länder in der Poliobekämpfung. Dennoch ist es dem Land gelungen, die Virusübertragung zu beenden. Seit Januar 2011 wurden keine Neuinfektionen registriert, so dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Land 2014 nach drei Jahren ohne neue Poliofälle als poliofrei zertifiziert hat. Dies gilt als Meilenstein bei der weltweiten Bekämpfung der Krankheit.

Von 1998 - 2013 unterstützte die FZ mit insgesamt 254 Mio. EUR das Polio-Impfprogramm der indischen Zentralregierung. Die hier evaluierten Phasen des Polioimpfprogramms knüpfen unmittelbar an die 2010 durchgeführte Ex-post-Evaluierung der Phasen I bis VII an, deren Umsetzung von 2000 (Phase I) bis 2008 (Phase VII) erfolgte. Diese Phasen wurden als zufriedenstellend bewertet (Note 3) bei einer knappen Verfehlung der Ausrottungsziele, aber guter Effizienz und Nachhaltigkeit. Denn bereits in den Anfangsphasen des Programms war von Seiten der indischen Regierung hoher politischer Wille und damit starke Ownership zu erkennen.

Die hier evaluierten Folgephasen unterstützen das Impfprogramm der indischen Regierung von 2006-2013. Die Finanzierung erfolgte dabei über verschiedene Finanzierungsinstrumente:

Phase	Finanzierungsinstrument	Betrag (in Mio. EUR)
VIII	FZ-Zuschuss	10,00
	FZ-Haushaltsmitteldarlehen	20,00
IX	FZ-Zuschuss	8,00
	FZ-Haushaltsmitteldarlehen	42,00
X	FZ- Entwicklungskredit	31,00
XI	FZ-Haushaltsmitteldarlehen	13,60
XIV	FZ-Haushaltsmitteldarlehen	10,00
XV	FZ- Entwicklungskredit	40,00
XVI	FZ-Zuschuss	2,00

Der FZ-Beitrag in den hier zum einen evaluierten Phasen VIII-XI war im Wesentlichen zur Finanzierung von oralem Impfstoff sowie der Beschaffung von Laborausrüstung vorgesehen und stellte mit insgesamt rd. 120 Mio. EUR einen substantiellen Anteil am Gesamtbedarf von 1,7 Mrd. EUR dar. Die Beschaffung der Impfstoffe erfolgte in diesen Phasen über UNICEF, die Beschaffung der Laborgeräte über die WHO. In den zum anderen evaluierten Phasen XIV-XVI wurden die operationalen Kosten der Impfkampagnen sowie die Beschaffung von Kühlkettengeräten finanziert - mit insgesamt 52 Mio. EUR ebenfalls ein substantieller Anteil am Gesamtbedarf von über 700 Mio. EUR. Auf expliziten Wunsch der indischen Partner erfolgten die Beschaffungen in den letzten Phasen über die indischen administrativen Strukturen.

Die Bereitstellung der FZ-Mittel als Zuschuss und Darlehen zur Finanzierung laufender Kosten ist gerechtfertigt, da (i) Poliobekämpfung von hoher entwicklungspolitischer Priorität ist und um das Ziel, Polio auszurotten, zu erreichen, eine ausreichende Finanzierung der laufenden Kosten zur Durchführung der Impfkampagnen unabdingbar ist; (ii) es sich bei der Poliobekämpfung um eine einmalige und zeitlich begrenzte Maßnahme handelt (bis das Land von der WHO als poliofrei zertifiziert wird) und die Maßnahme somit nicht durch das Partnerland eigenständig weitergeführt werden muss; (iii) die FZ-Mittel hauptsächlich als Darlehen rausgelegt werden und die indische Regierung die laufenden Kosten somit de facto selbst finanziert, was die starke Bereitschaft der indischen Regierung zur Erreichung der Ziele unterstreicht. Die (Re-)Finanzierung erfolgt dabei durch Erstattung einer international festgelegten Pauschale pro geimpftem Kind.

Relevanz

Die Relevanz des Programms ist auf mehreren Ebenen zu betrachten. Bei der Entwicklung des Programms bestand ein erheblicher nationaler Behandlungsbedarf, da Indien Mitte der 1990er Jahre noch eines der Länder mit hoher Polio-Belastung war. Auf der internationalen Ebene waren Ende der 1980er Jahre etwa 350.000 Polio-Fälle weltweit zu verzeichnen. Analog zur Pocken-Ausrottung war es erklärtes Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO), auch Polio endgültig zu eliminieren. Die Global Polio Eradication Initiative (GPEI) entstand aus einem Beschluss des Weltgesundheitsgipfels 1988 mit dem Ziel, Polio bis zum Jahr 2000 auszurotten. Im Jahr 2013 war die Zahl der weltweit identifizierten Polio-Fälle auf 407 zurückgegangen.

Die Relevanz wird allerdings von den Gesundheitsprioritäten der Zielgruppe etwas relativiert. Angesichts der Prävalenz und Krankheitslast anderer Kinderkrankheiten (z. B. Masern, Keuchhusten) und der grundsätzlichen Gesundheitsprobleme in Indien hat das Ziel der Ausrottung des Poliovirus für die unmittelbare Zielgruppe eine eher untergeordnete Priorität. Dass die Kinderlähmung zu Projektprüfung nur etwa 10 % der Krankheitslast der Kinder in Indien ausmachte, ist bei dem globalen Ansatz des Programms jedoch keine Schwächung der Relevanz.

1994 begann die indische Regierung mit der "Pulse Polio" Kampagne, bei der jedes Kind unter fünf Jahren einmal jährlich geimpft werden sollte. In diesem Zusammenhang hat die deutsche FZ die indische Regierung bei der Beschaffung von Impfstoffen und der Weiterentwicklung der notwendigen Kühlketten unterstützt. Gleichzeitig leistete die FZ damit einen Beitrag zum GPEI Konsortium orchestriert von WHO und UNICEF. Da das Gesundheitssystem Indiens große Mängel aufweist, war die gewählte Konzeption als vertikales Programm zur effizienten Bereitstellung von Poliovakzinen dem Zweck der angestrebten Abdeckung aller Kinder unter fünf Jahren insgesamt angemessen. Zur Impfung gegen Polio gibt es keine Alternative.

Die Wirkungskette, im Zuge derer durch die Unterstützung der landesweiten Durchimpfung aller Kinder unter fünf Jahren sowie die erfolgreiche Implementierung eines Überwachungs- und Monitoringsystems (Outcomes) zur landesweiten Ausrottung von Polio (Impact) beigetragen werden sollte, ist auch aus heutiger Sicht plausibel und dem Kernproblem angemessen.

Die FZ war durch ihr Engagement eng in die nationale und internationale Strategie eingebunden. Die Kooperation mit anderen Gebern war angemessen. Es bleibt unklar, ob die FZ sich hätte stärker inhaltlich und administrativ in Abstimmungsprozesse einbringen sollen. Aufgrund der Natur der Maßnahme, die sehr technisch und vertikal angelegt war, bestand kein besonderer Bedarf zur Abstimmung. Der Einfluss der FZ auf die Gesamtstrategie und das operative Management bei der Eradikation ist jedoch als begrenzt zu bezeichnen. Das gesamte Programm entsprach den Gesundheitszielen der Bundesregierung und es war aus gesundheitspolitischer Sicht sinnvoll, sich signifikant an der Finanzierung eines solch gro-

ßen Vorhabens zu beteiligen, nicht zuletzt um die Verantwortung und die Verpflichtungen Deutschlands das Bemühen um das „global public good“ der Polio-Eradikation wahrzunehmen.

Die Relevanz ist als hoch zu bewerten.

Relevanz Teilnote: 2 (alle Phasen)

Effektivität

Die Programmziele waren zum einen die Durchimpfung aller Kinder unter fünf Jahren, zum anderen die Etablierung eines Überwachungs- und Monitoring-Systems.

Seit der Erklärung Indiens als poliofrei erfolgt zwar weiterhin die Polioimpfung als Teil des EPI (Expanded Program on Immunization), jedoch wird keine kampagnenartige Durchimpfung aller Kinder mehr durchgeführt. Statt dessen wird heute auf eine Kombination von Surveillance, aktivem Case Finding und der unmittelbaren Impfung der Umgebung eines jeden Falls von Polio gesetzt. Dadurch sind die Indikatoren des Programmziels aus heutiger Sicht nicht mehr passend. Deshalb wird im Rahmen der EPE ein zusätzlicher Indikator („Nicht-Polio AFP-Rate (akute schlaffe Lähmung) von Kindern unter 15 Jahren ist größer als 1/100.000“) aufgenommen, um die Qualität des Überwachungssystems zu erfassen. Dieser Indikator zeigt an, dass jegliche Form von schlaffer Lähmung gemeldet wird; auch ohne Polio-Infektion kommt es aus verschiedenen anderen Gründen zu schlaffen Lähmungen bei Kindern und ein gutes Überwachungssystem sollte pro 100.000 Kinder mehr als eine solche Lähmung pro Jahr melden.

Die Erreichung des Ziels auf der Outcome-Ebene kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Phase I: Durchimpfungsrate >90 %, Phasen II-VII: >95 % in allen Distrikten und Hochrisikogebieten.	48 % (2006), 90 % / 95 %	98 %
(2) Nicht-Polio AFP-Rate* von Kindern unter 15 Jahren ist größer als 1/100.000	7,4 / 100.000 (2006), >1 / 100.000	12,5 / 100.000 (2014)

*) acute flaccid paralysis (akute schlaffe Lähmung), d.h. das klassische klinische Bild der Poliomyelitis

Das Überwachungs- und Monitoring-System wurde installiert, muss jedoch immer wieder (z.B. entsprechend der neuen Indikatoren) angepasst und weiterentwickelt werden.

Im Verlauf des Programms hat Indien zunehmend innovative Methoden eingesetzt, um praktisch alle Teile der Bevölkerung zu erreichen. Die Implementierung ist als insgesamt positiv zu beurteilen. Der Einsatz GPS-gestützter Verfahren ermöglichte es, in geographisch schwer zugänglichen Regionen und bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Migranten und nicht-sesshafte Bevölkerung) eine möglichst hohe Abdeckung zu erreichen. Dies führte aber auch dazu, dass nicht mit der erforderlichen Flexibilität auf regionale Ausbrüche von Polio-Fällen reagiert wurde und manche Kinder sehr häufig geimpft wurden, da sie immer wieder im Umfeld einer Fallfindung bzw. Teil der regulären Impfkampagnen waren. Dies erhöhte die Gefahr der vaccine-derived Polio, wobei sich abgeschwächte Impfviren wieder in pathogene Viren, die eine Kinderlähmung auslösen, verwandeln.

Auch führte die starke Betonung von Polio dazu, dass das umfängliche Routineimpfprogramm (EPI-Routine) wohl zumindest partiell vernachlässigt wurde, nicht zuletzt aufgrund von Personalengpässen. Hier kann durchaus von einer Verdrängung gesprochen werden, die eine unintendierte negative Konsequenz der Polio-Kampagnen-Intensivierung war. Positiv hervorzuheben ist jedoch der deutliche Ausbau der Logistik, insbesondere der Kühlketten.

Indien hat im Laufe der Eradikationsbemühungen ein hohes Maß an Ownership übernommen, signifikante Mittel bereitgestellt und konnte insbesondere aufkeimende Missverständnisse und Fehlwahrnehmungen über Impfungen wirksam angehen. Innovatives Marketing wie beispielsweise Impfkampagnen im öffentlichen Verkehr und an zentralen Treffpunkten haben zu einer starken Durchdringung des Themas und po-

sitive Wahrnehmung in der Bevölkerung geführt. Dies unterscheidet das Land von den noch endemischen Ländern Afghanistan und Pakistan.

Diese kontinuierlichen Verbesserungen in einem schwierigen Umfeld und der Einsatz innovativer Methoden, um auch geographisch und kulturell schwierig zu erreichende Bevölkerungsgruppen weitestgehend in das Programm einzubinden, bedeuten eine durchgehend gute Durchführungseffektivität, die sich im Laufe der Phasen verbessert und wirkungsvoll zur Zielerreichung aller Phasen beigetragen hat.

Effektivität Teilnote: 2 (alle Phasen)

Effizienz

Die Produktionseffizienz (d.h. die kostenminimale Erreichung der Ergebnisse) ist schwer zu beurteilen, da nur Daten aus anderen Staaten für einen Vergleich in Frage kommen. Jedoch kann angenommen werden, dass durch die Kooperation mit UNICEF (für die Verteilung von ca. 60 % der weltweiten Impfstoff-Menge verantwortlich) ein sehr erfahrener und wirtschaftlicher Partner zur Verfügung stand. Die Anbindung an nationale und lokale Strukturen kann im Rahmen dieser Evaluierung nicht analysiert werden, da hierzu weder Daten, noch Informationen der indischen Partner vorliegen. Die FZ finanzierte überwiegend die Beschaffungen und in geringerem Maße Consultingleistungen (insgesamt über alle Programmphasen 360.000 EUR), jedoch wurden mit UNICEF (4,5 bzw. 2,25 % je nach Phase) und der WHO (7 %) jeweils eine „handling fee“ vereinbart. **Wenngleich konkrete Vergleiche schwierig sind, liegen diese Gebühren sicherlich im Rahmen des Üblichen.** Dennoch waren die Kosten des Programms hoch und die Anzahl der verabreichten Impfdosen sowie hohe Transferkosten an den Schnittstellen zwischen den internationalen und indischen Partnern sowie bei der Distribution und dem lokalen Management hätten Einsparpotential geboten, das über die Programmphasen noch besser hätte gehoben werden können.

Die zeitliche Planung musste mehrfach angepasst werden, da die Größe des Landes und damit die schwierige Logistik, die komplexen administrativen Strukturen sowie die zwischenzeitlich auftretenden religiös motivierten Widerstände gegen die Impfung zu mehreren Verlängerungen führten. Dies war besonders ausgeprägt in den letzten Phasen (XIV – XVI) des Programms, die sich von geplant 37 auf 73 Monate (also um zusätzlich drei Jahre) verlängerte. Eine ex-post Bewertung dieser operationalen Schwierigkeiten bleibt schwierig, doch einige der Herausforderungen (z.B. Mittelabfluss über indische Strukturen) hätten sicherlich bereits bei Projektprüfung und im Design zumindest in Teilen berücksichtigt werden können. Schwer zu erreichenden Teilen der Bevölkerung hätte man gleich zu Beginn besondere Aufmerksamkeit schenken und hier den Fokus der Kampagnen legen sollen.

Für eine gesamtwirtschaftliche Perspektive können die Kosten pro reduzierter Krankheitslast (Burden of Disease, gemessen in DALYs, Disability-adjusted Life Years) und die mittel- bis langfristigen Konsequenzen einer erfolgreichen Polio-Eradikation herangezogen werden. Betrachtet man zunächst einmal nur die Kosten pro vermiedenem Polio-Fall und entsprechende Reduktion von DALY, so ist das Programm als kosten-effektiv zu bezeichnen. Unter der Annahme von ca. 30.000-50.000 Polio-Fällen im Jahr (Indien, Mitte der 1990er Jahre, die Zahlen in verschiedenen Quellen schwanken stark) hat man bei einer rein statischen Betrachtung durch die Intensivierung der Kampagne von 2006 – 2015 insgesamt 300.000 – 500.000 Fälle vermieden. Unter der Annahme, dass diese Intensivierung ca. 2,2 Mrd. EUR gekostet hat, sind dies Kosten von ca. 4.400 – 7.300 EUR pro vermiedenem Polio-Fall. Hier müssen jetzt zusätzlich die eingesparten Kosten für die nun nicht mehr notwendigen Polio-Impfungen betrachtet werden sowie die in den nächsten Jahren bis Jahrzehnten vermiedenen Polio-Fälle. Es zeigt sich allein bei dieser überschlägigen Rechnung auch ohne Einbeziehung intangibler und volkswirtschaftlicher Kosten ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis und eine hohe Allokationseffizienz. Es liegen keine Zahlen zu den insgesamt geimpften Kindern oder der Zahl der verabreichten Impfdosen vor, somit können keine entsprechenden Effizienzindikatoren berechnet werden.

Da die Rahmenstrukturen durch die GPEI vorgegeben waren und es keine detaillierten Kostendaten auf Provinz- oder lokaler Ebene gibt, ist eine Alternativenbetrachtung nicht möglich. Ebenfalls können keine belastbaren Aussagen zu möglichen Effizienzunterschieden zwischen den Programmphasen gemacht werden.

Setzt man die vermutlichen Ineffizienzen ins Verhältnis zu der Größe und Komplexität der Aufgabe und der Anzahl der Beteiligten, so wird die Effizienz insgesamt mit zufriedenstellend beurteilt. Die Nutzung lo-

kaler Strukturen (wie in der letzten Phase) ist aus entwicklungspolitischer Perspektive sicherlich sinnvoll, Aussagen über eine dadurch veränderte Effizienz lassen sich aber nicht treffen.

Effizienz Teilnote: 3 (alle Phasen)

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel war es, einen Beitrag zur landesweiten - und damit weltweiten - Ausrottung von Polio zu leisten.

Die Erreichung des Ziels auf der Impact-Ebene kann wie folgt zusammengefasst werden:

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Kontinuierlicher Rückgang der gemeldeten Erkrankungen und keine weiteren Poliofälle, übertragen durch den wilden Poliovirus.	676 (2006), 0	0.

Der genaue Beitrag der FZ zur Erreichung dieses Ziels kann auf Grund des Umfangs der Eradikationsmaßnahmen und der verschiedenen Geber nicht quantifiziert werden. Da die FZ jedoch einen signifikanten Anteil an den Gesamtkosten (siehe oben) geleistet hat, ist es plausibel anzunehmen, dass die FZ einen wesentlichen Beitrag zur Erreichung des entwicklungspolitischen Oberziels geleistet hat. Der Zusammenhang zwischen der Intervention (Pulse Polio Kampagne und GPEI Polio Eradication) und der Ausrottung des Virus ist unstrittig.

Das Polio-Eradikationsprogramm hatte jedoch auch unerwünschte Nebenwirkungen auf das Gesundheitssystem: Zwar konnten durch die Stärkung der Logistik (Distribution, Kühlketten) andere Immunisierungsprogramme effektiver durchgeführt werden und es kann davon ausgegangen werden, dass durch die Stärkung des Monitoring-Systems andere infektiöse Krankheiten (wie beispielsweise die Tuberkulose) besser erkannt, gemeldet und epidemiologisch verarbeitet werden können. Kritisch ist die starke Belastung der Gesundheits-Fachkräfte anzumerken. Eine detaillierte Untersuchung in den Staaten Uttar Pradesh und Bihar zeigte positive wie negative Auswirkungen der Eradikations-Kampagne auf Routine-Immunisierung Effekte zeigen sich möglicherweise auch in der Routineversorgung von Kindern, wie auch bei anderen Public-Health-Programmen.¹

Gute Gesundheit ist generell gesamtwirtschaftlich positiv, sei es durch bessere Arbeitsfähigkeit oder durch verminderte Belastung der Angehörigen in der Betreuung eines Erkrankten. **Hinzu kommen, wenn weltweit die Eradikation erreicht wird, die vermiedenen Kosten einer dauerhaften Vakzination. Überschlägige Kalkulation ergaben einen weltweiten gesamten ökonomischen „Return“ (Nettonutzen) in Höhe von etwa 25 Milliarden US Dollar im Vergleich zu Eradikationskosten von 5,5 Milliarden US Dollar zwischen 2013 und 2018. Dies kommt dabei vor allem den ärmsten Ländern zugute. (Eine detaillierte Analyse findet sich hier: <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/EconomicCase.pdf>).**

Auch können intangible Effekte durch den Rückgang schwerer körperlicher Deformität angenommen werden. Positiv ist zu vermerken, dass das Programm insbesondere auch benachteiligte Gruppen (Kinder in geographisch abgelegenen Gebieten, Migranten, Nicht-Sesshafte) erreicht hat und hier einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und vermutlich (in geringerem Umfang) auch zur Inklusion leistete.

Die Erfahrung in Indien mit Logistik, sozialem Marketing, Monitoring und in der Zusammenarbeit verschiedener Institutionen kann in unterschiedlichem Umfang sowohl für die Ausrottung des Virus in den noch endemischen Staaten wie auch in der Begrenzung des Wiederauftretens in „at risk“ Staaten genutzt werden; eine direkte Replizierbarkeit spezifischer Interventionen ist auf technischer Ebene (z.B. beim Monitoring) denkbar. **Obgleich das Programm initial stark von der Gebergemeinschaft sehr fokussiert**

¹ Siehe Haenssger (2017)

auf eine einzelne Infektion und als vertikale Ansatz ausgelegt war, ergaben sich im gewissen Umfang „Spill-over“-Effekte im Gesundheitswesen, insbesondere für das Routine-Impfprogramm (EPI) und beim Monitoring von Infektionskrankheiten. Das Programm wird jedoch - auf Grund der Zielerreichung: Indien ist heute poliofrei - mit gut bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2 (alle Phasen)

Nachhaltigkeit

Hier sind zwei Aspekte zu betrachten: zum einen die nachhaltige Eradikation der Poliomyelitis (d.h. ein Verhindern neuer Infektion durch ein von außen eingeschlepptes Virus) und die nachhaltige Wirkung von Effekten im Gesundheitssystem und im weiteren entwicklungspolitischen Umfeld. Die nachhaltige Eradikation beruht zentral auf einem gut funktionierenden Monitoring-System. Ein solches ist aktuell in Indien gegeben. Nächstes Ziel ist der Ausbau des „Surveillance and Containment“ Ansatzes, insbesondere auch, um unerwartete externe Ereignisse möglichst rasch zu erkennen und entsprechend reagieren zu können. Aus heutiger Sicht sollte vor allem das in Indien in der Fläche etablierte und funktionierende Monitoring System kontinuierlich verbessert werden, um das Land dauerhaft Polio-frei zu halten.

Die verbesserten Kühlketten zur Sicherstellung wirksamer Impfmittel sind vielleicht der sichtbarste Ausdruck der Investitionen in flächendeckende Immunisierung, die auch jenseits der Polio-Impfkampagne Bestand haben. Die von der FZ praktizierte Finanzierung (Reduzierung des Anteils der FZ-Zuschüsse bei steigendem Darlehensvolumen und hier Entwicklung vom Haushaltsmitteldarlehen zum zinssubventionierten Entwicklungskredit) in der letzten Programmphase kann als gradueller Übergang der Verantwortung indischer Institutionen im Sinne eines starken Ownerships bei hoher Nachhaltigkeit gewertet werden. **Noch nicht abschließend geklärt ist die „Polio Transition“, d.h. die Umwandlung und Integration spezifischer (vertikaler) und teilweise paralleler Polio-Eradikations-Strukturen in operative Elemente des Gesundheitssystems im regulären Betrieb. Hier wäre zu überlegen, inwieweit die deutsche FZ schon bei der Planung Einfluß nehmen kann, um eine solche Umwandlung im Sinne einer „exit strategy“ möglichst rasch und effektiv zu ermöglichen, um das akkumulierte Wissen und die Planungs-, Monitoring- und Kommunikationsstrukturen auch nach Programmende nachhaltig nutzbar zu machen.**

Hinsichtlich einer erweiterten Betrachtung ist nicht zuletzt der hoch symbolische Charakter einier Eradikation in Indien zu betonen. Dies hat einen positiven Effekt weltweit, da gezeigt wurde, dass Polio auch in sehr schwierigen und komplexen Situation ausgelöscht werden kann; eine Erfahrung, die an andere Länder weitergegeben werden und als Motivation dienen kann. Wenngleich valide Daten fehlen, so gibt es doch Hinweise darauf, dass die indischen Behörden und technischen Experten erheblich an Kompetenz in der (Polio) Surveillance gewonnen haben und diese Kenntnisse auch außerhalb des Landes nachgefragt werden, so beispielsweise in der Kooperation mit dem Nachbarland Pakistan.

Nachhaltigkeit Teilnote: 2 (alle Phasen)

Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den Kriterien **Relevanz, Effektivität, Effizienz, übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen** als auch zur abschließenden **Gesamtbewertung** der entwicklungspolitischen Wirksamkeit wird eine sechsstufige Skala verwandt. Die Skalenwerte sind wie folgt belegt:

Stufe 1	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
Stufe 2	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
Stufe 3	zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
Stufe 4	nicht zufriedenstellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
Stufe 5	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
Stufe 6	das Vorhaben ist nutzlos bzw. die Situation ist eher verschlechtert

Die Stufen 1–3 kennzeichnen eine positive bzw. erfolgreiche, die Stufen 4–6 eine nicht positive bzw. nicht erfolgreiche Bewertung.

Das Kriterium **Nachhaltigkeit** wird anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet:

Nachhaltigkeitsstufe 1 (sehr gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit unverändert fortbestehen oder sogar zunehmen.

Nachhaltigkeitsstufe 2 (gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nur geringfügig zurückgehen, aber insgesamt deutlich positiv bleiben (Normalfall; „das was man erwarten kann“).

Nachhaltigkeitsstufe 3 (zufriedenstellende Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich zurückgehen, aber noch positiv bleiben. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die Nachhaltigkeit eines Vorhabens bis zum Evaluierungszeitpunkt als nicht ausreichend eingeschätzt wird, sich aber mit hoher Wahrscheinlichkeit positiv entwickeln und das Vorhaben damit eine positive entwicklungspolitische Wirksamkeit erreichen wird.

Nachhaltigkeitsstufe 4 (nicht ausreichende Nachhaltigkeit): Die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens ist bis zum Evaluierungszeitpunkt nicht ausreichend und wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht verbessern. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die bisher positiv bewertete Nachhaltigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit gravierend zurückgehen und nicht mehr den Ansprüchen der Stufe 3 genügen wird.

Die **Gesamtbewertung** auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der fünf Einzelkriterien gebildet. Die Stufen 1–3 der Gesamtbewertung kennzeichnen ein „erfolgreiches“, die Stufen 4–6 ein „nicht erfolgreiches“ Vorhaben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Vorhaben i. d. R. nur dann als entwicklungspolitisch „erfolgreich“ eingestuft werden kann, wenn die Projektzielerreichung („Effektivität“) und die Wirkungen auf Oberzielebene („Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“) **als auch** die Nachhaltigkeit mindestens als „zufriedenstellend“ (Stufe 3) bewertet werden.