

Ex-post-Evaluierung – Nigeria

>>>

Sektor: Bekämpfung von Infektionskrankheiten (12250)
Vorhaben: Programm zur Bekämpfung der Kinderlähmung (Phase IV 2012 66 568*, Phase V 2013 66 194, Phase VI 2014 67 646), Unterstützung des Sicherheitskonzepts im Rahmen der Poliobekämpfung (2013 66 822*)
Träger des Vorhabens: Federal Ministry of Health, National Primary Health Care Development Agency



Ex-post-Evaluierungsbericht: 2017

		alle Phasen (Plan) **	alle Phasen (Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR		779,6	889,6
Eigenbeitrag Mio. EUR		31,2	73,5
Finanzierung Mio. EUR		k.A.	786,5
davon BMZ-Mittel Mio. EUR		61,5	61,5

*) Vorhaben in der Stichprobe 2017

***) bezieht sich auf die Jahre 2012-2015

Kurzbeschreibung: Nigeria ist eines von drei Ländern, in denen das weltweit nahezu ausgerottete wilde Poliovirus noch endemisch ist. Das FZ-Programm zur Bekämpfung von Kinderlähmung unterstützt den nationalen Poliobekämpfungsplan in Nigeria und trägt damit zur globalen Ausrottung von Polio bei. Übergreifender globaler Rahmen dieser Maßnahmen ist die Global Polio Eradication Initiative (GPEI). Mit dem Beitrag der Phasen IV bis VI wurden operationale Kosten von WHO und UNICEF zur Umsetzung des jeweils aktuellen nationalen Poliobekämpfungsplans finanziert. Neben der Planung und Durchführung von Massenimpfkampagnen beinhalten die operativen Kosten auch Mobilisierungsaktivitäten, Monitoring der Impfhelfer und die Überwachung von Polio-Verdachtsfällen. Mit der Unterstützung des Sicherheitskonzeptes wurden zusätzliche Gelder für die Anpassung der Impfkampagnen an die schwierige Sicherheitslage im Nordosten des Landes bereitgestellt.

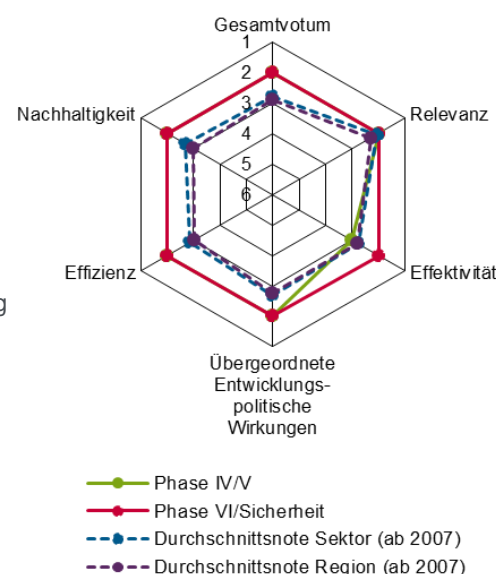
Zielsystem: Programmziel (Impact) war es, durch die dauerhafte Unterbrechung der Polioübertragung in Nigeria einen Beitrag zur weltweiten Ausrottung der Kinderlähmung zu leisten. Um die Übertragung zu stoppen, ist die flächendeckende Durchimpfung von mindestens 80 % aller Kinder unter fünf Jahren nötig (Outcome). Da Routineimpfprogramme dies nicht gewährleisten können, sollten mit großflächigen Sonderimpfkampagnen Kinder in den Hochrisikobundesstaaten erreicht werden, in denen das Poliovirus weiter kursiert (Output). Die Maßnahmen fanden teils in Konfliktzonen statt und wurden konfliktsensibel geplant, doch da sich Poliobekämpfung nicht zur Friedensförderung eignet, wurden mit dem Programm keine Stabilisierungsziele verfolgt.

Zielgruppe: Alle Kinder in Nigeria unter fünf Jahren, insbesondere in den Hochrisiko-Bundesstaaten.

Gesamtvotum: Note 2 (alle Phasen)

Begründung: Der FZ-Beitrag zum nationalen Poliobekämpfungsprogramm zeichnete sich in allen Phasen durch seine flexiblen Einsatzmöglichkeiten aus. Damit konnten akute Finanzierungslücken geschlossen und angemessen auf die verschärfte Sicherheitslage im Norden reagiert werden. Insgesamt wurden erhebliche Fortschritte in der Poliobekämpfung erzielt, die jedoch leicht unter den hohen Erwartungen blieben. Mit der Phase VI und dem Sicherheitskonzept wurden besonders innovative Sondermaßnahmen unterstützt, die Probleme in der Impfbedeckung gezielt beheben und eine breitere entwicklungspolitische Wirkung erzielen.

Bemerkenswert:



Bewertung nach DAC-Kriterien

Gesamtvotum: Note 2 (alle Phasen)

Das Programm wurde in einem zunehmend von Fragilität und Gewalt geprägtem Kontext durchgeführt. Im Laufe der hier evaluierten Phasen (2012-2015) hat sich die Sicherheitslage im Nordosten Nigerias erheblich verschlechtert, weitreichende Gebiete waren aufgrund der Präsenz des nichtstaatlichen Gewaltakteurs Boko Haram zwischenzeitlich unzugänglich für den Staat und humanitäre Organisationen. Trotz dieser schwierigen Bedingungen konnten erhebliche Fortschritte in der Poliobekämpfung erreicht werden. Das lag vor allem an dem Einsatz neuer Strategien (Hit and Run, Wallfencing, Permanent Health Teams), die Polioimpfungen auch unter fragilen Sicherheitsbedingungen ermöglichten, und daran, dass über die klassischen Impfkampagnen mehr Kinder erreicht wurden.

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Die Poliobekämpfung in Nigeria wird seit 2004 von der deutschen Finanziellen Zusammenarbeit unterstützt. Das FZ-Programm stellt einen Beitrag zum nationalen Poliobekämpfungsprogramm dar, welches auch von anderen Gebern, internationalen Organisationen und der nigerianischen Regierung selbst finanziert wird. Während der FZ-Beitrag in den ersten drei Phasen die Beschaffung von Impfstoffen mitfinanzierte, kann er seit der vierten Phase für verschiedene operationale Kosten eingesetzt werden. In Phase VI wurden kleinere konzeptionelle Änderungen vorgenommen. Mit der Unterstützung des Sicherheitskonzeptes wurde 2014 ein Mehrbedarf gedeckt, der durch die Notwendigkeit eines neuen Sicherheitskonzeptes für die schwer zugänglichen Gegenden entstanden war.

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

	Phase IV (Plan) 2012	Phase IV (Ist) 2012	Phase V (Plan) 2013	Phase V (Ist) 2013	Phase VI+Sicherheit (Plan) 2014-2015	Phase VI+Sicherheit (Ist) 2014-2015
Investitionskosten (gesamt)*	223,0	230,2	206,0	228,7	350,6	430,7
Eigenbeitrag (2013- 2016)	Plan: 31,2 / Ist: 73,5**					
Finanzierung	k.A.	k.A.	225,6	274,0	119,0	k.A.
davon BMZ-Mittel	15,0	15,0	31,5	31,5	10,0+5,0	10,0+5,0

*alle Zahlen in Mio. EUR

** Angaben nur für den Strategic Plan 2013-2018 erhältlich. Darlehen an die Regierung von JICA und Weltbank wurden in Abzug gebracht.

Relevanz

Die Ausrottung von Polio wurde von der internationalen Gemeinschaft bereits 1988 beschlossen. Seitdem konnte die Anzahl der jährlichen Poliofälle um 99 % reduziert werden. Mittlerweile ist das Virus nur noch in drei Ländern endemisch - Afghanistan, Pakistan und Nigeria. So lange das Poliovirus in diesen Ländern noch nicht ausgerottet ist, besteht ein hohes Risiko, dass sich die Krankheit wieder global verbreitet. So wurde das Poliovirus zwischen 2003 und 2013 von Nigeria aus in 26 zuvor poliofreie Länder exportiert. Die Ausrottung des Virus dagegen würde weltweit zahlreiche bleibende Behinderungen vermeiden und Impfkosten einsparen. Auch Deutschland hat sich diesem internationalen Ziel verpflichtet und für den Zeitraum von 2013 bis 2018 für die weltweite Poliobekämpfung insgesamt 105 Mio. EUR versprochen. Zuletzt bekräftigte der G7-Gipfel im Mai 2016 die Wichtigkeit der Polioausrottung als globales Gemeingut. Die Regierung von Nigeria hat sich ebenfalls den globalen Zielsetzungen angeschlossen und erarbeitet gemeinsam mit WHO und UNICEF in regelmäßigen Abständen Poliobekämpfungspläne, zu deren Finanzierung zahlreiche Geber, darunter auch dieses FZ-Programm, einen Beitrag leisten. Somit ist das Programm kohärent mit der globalen, deutschen und nigerianischen Entwicklungsagenda.

Um das Ziel einer weltweiten Polioausrottung zu erreichen, ist es prioritär, die Übertragung in den endemischen Ländern zu unterbrechen. Sind dort über 80 % der Zielgruppe geimpft, entsteht eine sogenannte Herdenimmunität, in der die Übertragung von Polioviren höchst unwahrscheinlich wird. Deshalb ist es das Ziel des nigerianischen Poliobekämpfungsplans, die Durchimpfungsraten durch Sonderimpfkampagnen zu steigern und dadurch die Übertragung des Virus zu unterbrechen. Diese Wirkungskette ist plausibel und stimmt mit Empfehlungen der WHO überein.

Während das FZ-Programm in den Phasen I bis III die Impfstoffe für das nationale Poliobekämpfungsprogramm finanzierte, können die Beiträge seit Phase IV für operationale Kosten von WHO und UNICEF eingesetzt werden. Dies war im Interesse der Partner, denn 2012 vollzog sich ein globaler Strategiewechsel in der Poliobekämpfung, der zugleich Finanzierungslücken aufkommen ließ. 2012 wurde Polio von der Weltgesundheitsversammlung zu einem Notfall für die öffentliche Gesundheit erklärt, da das Ausrottungsziel bereits mehrfach verfehlt wurde. In diesem Zuge wurde auch das nigerianische Poliobekämpfungsprogramm verstärkt. Um die Akzeptanz der Impfung in der Bevölkerung zu steigern, wurden traditionelle und religiöse Führer eingebunden, Aufklärungs- und Mobilisierungskampagnen durchgeführt und die Polioimpfung gemeinsam mit anderen Basisgesundheitsdienstleistungen angeboten. Eine bessere Schulung und Überwachung der Impfhelfer sowie die Nutzung von GPS-Daten zur Identifikation übersehener Haushalte hatten das Potenzial, die Effektivität der Impfkampagnen zu steigern. Ab Phase VI wurden zudem Maßnahmen ergriffen, um die schwierige Sicherheitslage im Nordosten zu kompensieren.¹ Dazu zählten besonders kurze, intensive Kampagnen, sobald es die Sicherheitslage erlaubte (Hit and Run), das Anlegen eines "Impfschutzgürtels" um unzugängliche Gegenden und Impfkationen in Flüchtlingslagern, an Grenzübergängen und öffentlichen Transitpunkten, um den Migrationsbewegungen der Bevölkerung Rechnung zu tragen. Der FZ-Beitrag diente dazu, akute Finanzierungslücken für die Impfkampagnen und die Sondermaßnahmen zu schließen und strebte deshalb eine besonders schnelle Bereitstellung innerhalb weniger Monate an.

Mit dem Programm wird eine vertikale Intervention im Gesundheitsbereich unterstützt, die zwar in Absprache mit den nationalen und lokalen Autoritäten erfolgt, aber nicht den Aufbau oder die Stärkung von Strukturen auf politischer Ebene oder auf Ebene der Gesundheitseinrichtungen anstrebt. Insofern hat das Programm nur eine niedrige Relevanz für die vielfältigen strukturellen Probleme im Gesundheitssektor Nigerias. Auch für die Krankheitslast Nigerias hat Polio nur eine geringe Bedeutung. Der Konflikt im Nordosten hat die Gesundheitssituation der dortigen Bevölkerung verschlimmert. Schlechte hygienische Bedingungen in Flüchtlingslagern, die Zerstörung zahlreicher Gesundheitsstationen und Unterernährung durch Vertreibungen und Ernteauffälle stellen eine weitaus größere Bedrohung für die Gesundheit der Zielgruppe dar als das Poliovirus. Dennoch ist die konsequente Fortführung der Poliobekämpfung sinnvoll, um den Ausbruch einer Polioepidemie und damit ein zusätzliches Gesundheitsproblem zu verhindern.

Insgesamt hatten die flexible Mittelverwendung in allen Phasen und die schnelle Bereitstellung zusätzlicher Gelder für die Unterstützung des Sicherheitskonzeptes das Potenzial, die nationale Poliobekämpfung bedarfsgerecht zu unterstützen.

Relevanz Teilnote: 2 (alle Phasen)

Effektivität

Deutlich verbesserte Impfraten zeigen, dass sich Nigeria auf einem guten Weg zur Polioausrottung befindet. Ziel der Unterstützung war die ausreichende Immunisierung der Zielgruppe, um die Polioübertragung zu unterbrechen. Hierfür müssen mehr als 80 % der Zielgruppe in allen LGAs (local government areas) der Hochrisikobundesstaaten² geimpft sein (Indikator). Da es nur verlässliche Daten zu den LGAs gibt, in denen Kampagnen durchgeführt werden können, wird der Indikator daraufhin kontrolliert, ob es Regionen gab, in denen wegen der Sicherheitslage keine Kampagnen durchgeführt werden konnten.³ Die Durchimpfungsraten wurden im Ergebnis zwar deutlich gesteigert, aber der Indikator konnte nicht erreicht werden.

¹ Polioimpfteams wurden gezielt von Boko Haram attackiert, weshalb einige Gebiete komplett unzugänglich waren.

² Die Anzahl der Hochrisiko-Bundesstaaten, in denen das Übertragungsrisiko besonders hoch ist, hat sich im Laufe des Programmes von 12 über 11 zu 14 verändert.

³ Auch hierzu gibt es keine präzisen Daten über den gesamten Zeitraum, weshalb lediglich abgeprüft wird, ob es unzugängliche Gegenden gab und das Ziel "alle LGAs" somit nicht erfüllt sein kann.

Indikator: Anteil der LGAs in den Hochrisikobundesstaaten, die im Rahmen der Impfkampagnen eine Durchimpfungsrate von mindestens 80 % (Zielquote) erreichen.

Vorhaben	Basis- und Zielwert laut Programmprüfung (PP)	Zielerreichung	Ex-post-Evaluierung (Ende 2016)
Phase IV + V	Status PP: Anfang 2012 erfüllen 16 % der erreichten LGAs in den Hochrisikostaaen die Zielquote. Zielwert PP: Ende 2013 erfüllen alle LGAs der Hochrisiko-Bundesstaaten die Zielquote.	Ende 2013: 72 % der erreichten LGAs haben eine Durchimpfungsquote von mind. 80 %. Einzelne Gebiete sind unzugänglich.	Ende 2016: 97 % der erreichten LGAs mit einer Abdeckung über 80 %. Einzelne Gebiete bleiben unzugänglich, doch ihre Anzahl geht zurück.
Phase VI + Sicherheitskonzept	Status PP: Anfang 2014 erfüllen 81 % der erreichten LGAs in den Hochrisikostaaen die Zielquote. Einzelne Gebiete sind unzugänglich. Zielwert PP: Ende 2014 erfüllen alle LGAs der Hochrisiko-Bundesstaaten die Zielquote.	Ende 2014: 97 % der erreichten LGAs erfüllen die Zielquote. Viele Gebiete sind wegen der Konfliktlage nicht zugänglich (Borno: mind. 9 LGAs).	

Trotz der Zielverfehlung lässt die Steigerung der erreichten LGAs mit adäquater Impfabdeckung von 16 % auf 97 % große Fortschritte in der Effektivität der Impfkampagnen erkennen. Da das Ergebnis der Phasen IV und V unter den ambitionierten Erwartungen (72 % der erreichten LGAs anstatt alle LGAs) liegt, wird die Effektivität für diese Phasen als zufriedenstellend bewertet. Nach Phase VI und der Unterstützung des Sicherheitskonzeptes wurde das Ziel zwar auch knapp verfehlt, doch die deutliche Steigerung der Impfraten trotz der zunehmend schwierigen Sicherheitssituation stellt eine beachtliche Leistung dar. Das Hauptproblem ist Ende 2014 nicht mehr eine ungenügende Abdeckung in den Gebieten, wo Impfkampagnen durchgeführt werden konnten, sondern die Unzugänglichkeit einzelner Gebiete aufgrund des Konfliktes. Dieses Problem wird zusätzlich durch die Sondermaßnahmen im Rahmen des neuen Sicherheitskonzeptes adressiert. Deshalb wird die Effektivität dieser beiden Vorhaben als gut bewertet.

Effektivität Teilnote: 3 (Phase IV und V), 2 (Phase VI und Sicherheitskonzept)

Effizienz

Der finanzielle Bedarf für die Poliobekämpfung ist seit 2012 gestiegen. Ursache dafür ist der globale Strategiewechsel, um nach der großflächigen Reduktion von Polioerkrankungen um 99 % die restlichen 1 % ebenfalls zu vermeiden. Da es sich hierbei um die Kinder handelt, die am schwersten zu erreichen sind, wurden in Nigeria neue jährliche Notfallpläne verabschiedet. Durch Zusatzmaßnahmen wie häufigere Kampagnen, bessere Schulung der Impfhelfer und Sondermaßnahmen für schwer zugängliche Gebiete sind die operationalen Kosten pro Kind in den Hochrisikogebieten von 0,25 USD auf 0,28 USD gestiegen. Durch den erhöhten Mitteleinsatz konnten deutlich mehr Kinder erreicht werden, was zwar die Gesamtkosten steigerte, aber auch enorme Fortschritte ermöglichte. Da die Polioübertragung in Nigeria bisher nicht unterbrochen wurde und die Sonderimpfkampagnen länger durchgeführt werden müssen als geplant, sind auch die künftigen Gesamtkosten für ein poliofreies Nigeria nun deutlich höher, als bei Programmprüfung angenommen wurde. Die Wahl von WHO und UNICEF als Empfänger der Mittel war angemessen, da die Ausrottung der Krankheit global koordiniert und über vertikale Gesundheitsprogramme bessere Chancen hat als bei einer Abhängigkeit von den jeweiligen nationalen Kapazitäten. Insgesamt weist das Programm trotz der gestiegenen Gesamtkosten eine gute Produktionseffizienz auf.

Im Hinblick auf die Allokationseffizienz rechtfertigen die globalen Einspareffekte, die durch die Reduktion und letztendlich die Ausrottung von Polio zu erwarten sind, Investitionen in die Polioausrottung. Die globale Poliobekämpfung hat zwischen 1988 und 2000 9 Mrd. USD gekostet und damit schätzungsweise bereits 27 Mrd. USD eingespart.⁴ Schätzungen von 2010 gingen davon aus, dass mit der Ausrottung Polios 40-50 Mrd. USD im Zeitraum von 1988 bis 2035 gespart werden können (vgl. Duintjer et al 2010). Da die Krankheitslast durch Polio in Nigeria recht gering ist, ist die Allokationseffizienz auf nationaler Ebene niedriger. Die Bekämpfung anderer Krankheiten wie Malaria, Masern oder Durchfall wären aus nationaler Perspektive effizienter und würden die Kindersterblichkeit in Nigeria deutlich stärker reduzieren. Hinzu kommt, dass die Umsetzung über WHO und UNICEF zwar kurzfristig effizient ist, aber bei der Fortführung der Impfprogramme durch den Träger NPHCDA Effizienzeinbußen zu erwarten sind. Um jedoch das globale Ziel der Polioausrottung bald zu erreichen, war der Einsatz der Mittel geeignet und ohne Alternative. Durch das Programm konnten zudem enorme Kosten vermieden werden, die durch ein Wiederaufflammen der Epidemie entstehen würden.

Effizienz Teilnote: 2 (alle Phasen)

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel des Programms war, die Übertragung des wilden Poliovirus in Nigeria bis 2014 (Phase IV, V) bzw. 2015 (Phase VI, Sicherheitskonzept) zu unterbrechen und damit einen Beitrag zur globalen Polioausrottung und zur Reduktion der Kindersterblichkeit zu leisten. Als Indikator dient die WHO-Regelung für die Erklärung eines Landes als poliofrei: Das geschieht, wenn drei Jahre lang keine Neuinfektionen gemeldet werden. Diese Zielsetzung war ambitioniert angesichts der volatilen Entwicklung der Neuinfektionen: Sie stiegen zwischen 2011 und 2012 von 62 auf 122 an und sanken 2013 wieder auf 53. Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass sie realistisch war: In Nigeria wurde bis August 2016 zwei Jahre lang keine Polioinfektion gemeldet. Trotzdem wurde der Indikator knapp verfehlt - 2016 wurden wieder Fälle wilden Polios registriert, was bedeutet, dass auch 2015 die Übertragung nicht unterbrochen wurde, sondern lediglich unentdeckt blieb. Allerdings traten die vier Fälle ausschließlich in unzugänglichen Gebieten auf, was die erfolgreiche geografische Eindämmung unterstreicht. Insgesamt ist eine starke Wirkung des Programms in Zielrichtung der globalen Polioausrottung festzustellen: Weltweit verringerte sich die Anzahl der gemeldeten Polioinfektionen von 223 (2012) auf 74 (2015). Die Reduktion der Poliofälle in Nigeria im selben Zeitraum trug erheblich zu diesem Ergebnis bei.

Indikator: Keine Neuinfektionen mit dem wilden Poliovirus über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren.

Vorhaben	Basis- und Zielwert laut PP	Zielerreichung	Ex-post-Evaluierung (Ende 2016)
Phase IV + V	Status PP: 62 Neuinfektionen im Jahr 2011 Zielwert PP: 0 Neuinfektionen ab 2014 für mindestens drei Jahre	2014: 6 Neuinfektionen 2015: 0 Neuinfektionen 2016: 4 Neuinfektionen	Die vier Fälle im August 2016 zeigen, dass die Polioübertragung bisher nicht unterbrochen wurde.
Phase VI + Sicherheitskonzept	Status PP: 53 Neuinfektionen im Jahr 2013 Zielwert PP: 0 Neuinfektionen ab 2015 für mindestens drei Jahre	2015: 0 Neuinfektionen 2016: 4 Neuinfektionen	

⁴ Der stärkste Einspareffekt entsteht durch die Vermeidung von lebenslangen Behinderungen.

Der unmittelbare entwicklungspolitische Nutzen für die Zielgruppe besteht in dem Schutz vor einer Polioinfektion. Gäbe es diesen Schutz nicht, würden zahlreiche Kinder bleibende Behinderungen erleiden. Das bedeutet wiederum erhebliche Kosten in Form von Geld und (Pflege-)Zeit für die Familie und verringerte Erwerbsmöglichkeiten für das Kind, wenn es erwachsen ist. Neben den Kindern selbst profitieren somit vor allem die Mütter als potenzielle Pflegerinnen des Kindes von einer Polioimpfung.

Ab 2014 (Phase VI) wurden verstärkt die für die Poliobekämpfung geschaffenen Zugänge zur Bevölkerung genutzt, um andere Probleme im Bereich der Kindergesundheit anzugehen. Diese Maßnahmen dienten dazu, die katastrophale Gesundheitssituation im Nordosten des Landes zu lindern und die Akzeptanz der Polioimpfung zu erhöhen. So wurden 30-40 % der eingesetzten Mittel im Poliobekämpfungsprogramm nicht nur für Polioimpfungen verwendet, sondern mit Basisgesundheitsdienstleistungen kombiniert. Dazu gehört die Verabreichung von Vitamin A, Entwurmungstabletten und Malariamedikamenten sowie Gesundheitsaufklärung.⁵ Insofern entsteht hier ein positiver Nebeneffekt, der auch nach der Ausrottung von Polio der Bekämpfung anderer Infektionskrankheiten zugute kommen wird.

Der abgeschwächte Erreger im oralen Polioimpfstoff kann bei immunschwachen Kindern polioähnliche Symptome hervorrufen (Wahrscheinlichkeit 1: 2,7 Mio.) oder zu einem pathogenen Virus zurückmutieren, wenn er unter einer unzureichend immunisierten Bevölkerung kursiert. Dies ist ein negativer Nebeneffekt, der mit dem Polioimpfprogramm einhergeht. Die GPEI sieht hierfür Gegenmaßnahmen in Form einer global abgestimmten Impfstoffstrategie und Auffrischimpfungen bei Impfpoliofällen vor. Allerdings kritisierte das International Monitoring Board der GPEI in einigen Fällen die langsame Reaktion auf Impfpolio-Fälle. Das Risiko einer Impfpolio-Epidemie gefährdet die Wirkungen des Programms in geringem Ausmaß.

Auch wenn die positiven Nebeneffekte in Phase IV und V geringer ausgefallen sind, werden die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen aufgrund ihrer gleichen Hauptwirkung für alle Phasen als gut bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2 (alle Phasen)

Nachhaltigkeit

Seit 1988, als die globale Initiative zur Polioausrottung gegründet wurde, konnte die Anzahl der jährlichen Poliofälle um 99 % reduziert werden. Angesichts dieser bedeutenden Erfolge und der bekräftigten politischen Unterstützung ist nicht davon auszugehen, dass die internationale Gemeinschaft das Ziel der Ausrottung und die damit verbundene Finanzierung aufgeben wird. Allerdings leidet die GPEI immer wieder unter Finanzierungsengpässen und auch die nigerianische Regierung bleibt regelmäßig unter ihren Zusagen für den Gesundheitssektor und die Poliobekämpfung. Die nigerianische Regierung hat nach den neuen Infektionsmeldungen in 2016 ihr politisches und finanzielles Engagement verstärkt und kooperiert eng mit WHO und UNICEF, die das Poliobekämpfungsprogramm zu großen Teilen koordinieren und umsetzen. Positiv ist auch, dass die WHO in Nigeria im Laufe der Programmphasen deutlich mehr Mittel akquirieren konnte und hier gezielt Kapazitäten verstärkt hat.

Die GPEI wird aufgelöst, wenn die Polioausrottung global zertifiziert ist, also drei Jahre lang in keinem Land mehr eine Polioinfektion gemeldet wurde. Spätestens dann - wenn die nationale Ausrottung in Nigeria früher als die globale Ausrottung gelingt, eventuell auch früher - werden die nationalen Gesundheitssysteme dafür zuständig sein, den Impfschutz aufrecht zu erhalten und die Strukturen, die für die Poliobekämpfung geschaffen wurden, für die Bekämpfung anderer Infektionskrankheiten zu nutzen. Auch die positiven Nebenwirkungen des Programmes sollen laut Strategie der GPEI erhalten und ausgebaut werden, um erreichte entwicklungspolitische Erfolge auf diesen Gebieten nicht zu gefährden.

Das nigerianische Routineimpfprogramm, koordiniert vom Träger NPHCDA, hat zwischen 2012 und 2016 Fortschritte gemacht und die Impfabdeckung insgesamt erhöht, doch sie ist nach wie vor auf niedrigem Niveau (2015: 57,4 %). Zentrale Probleme des Routineimpfprogrammes liegen in der Verteilung, Kühlung und Finanzierung der Impfstoffe und Kampagnen. Zudem führen Streiks von Gesundheitsmitarbeitern dazu, dass Impfkampagnen oft ausfallen. Die Aufrechterhaltung des Impfschutzes ist dementsprechend

⁵ "Permanent Health Teams" und "Volunteer Community Mobilisers" gehen in schwer erreichbaren Gegenden von Haus zu Haus und sensibilisieren für generelle Themen rund um Kindergesundheit (z. B. sauberes Wasser, Routineimpfungen etc.); in temporären "Health Camps" werden weitere Gesundheitsleistungen angeboten.

noch nicht gesichert. Die Defizite weisen auf strukturelle Mängel hin und es ist zu befürchten, dass sie nicht beseitigt sind, wenn Polio in Nigeria ausgerottet ist. Die Auszahlung des FZ-Beitrags an WHO und UNICEF ist zwar effizient und sichert eine korrekte Mittelverwendung, doch organisatorische Schwächen des Trägers NPHCDA werden damit nicht adressiert. Durch die Programmkonstellation besteht die Gefahr einer Marginalisierung des Trägers, die sich negativ auf die Nachhaltigkeit auswirkt.

Um solche Nachhaltigkeitsrisiken zu verringern und die Nutzung der geschaffenen Strukturen zu fördern, will die GPEI die Länder bei der Aufstellung eines Transitionsplans unterstützen. Nigeria plant, seinen Transitionsplan 2017 zu verabschieden. Bei den Ausbrüchen von Ebola (2014) und Lassa-Fieber (2015) wurden die Kapazitäten des Emergency Operations Committee für Polio bereits erfolgreich genutzt, doch auch hier ist unsicher, inwieweit die Finanzierung solcher Pläne gesichert ist.

Ein schwer kalkulierbares und nicht beeinflussbares Risiko für die Weiterführung des Polioimpfprogramms ist die Konfliktlage im Nordosten. Insgesamt entwickelte das Programm während der Laufzeit eine sehr gute Fähigkeit, sich an die schwierige Sicherheitslage mit neuen Maßnahmen anzupassen, doch der Zugang zu Gebieten unter der Kontrolle von Boko Haram bleibt verwehrt. Durch enge Kooperation mit dem Militär können in zurückeroberten Gebieten Impfkampagnen durchgeführt werden. Deshalb hängt es stark von der Konfliktentwicklung ab, in welchen Gebieten künftig geimpft werden kann.

Insgesamt wird dem Programm eine noch gute Nachhaltigkeit bescheinigt. Der Nachhaltigkeitsaspekt wurde von der GPEI in vielerlei Hinsicht berücksichtigt, doch gewisse Nachhaltigkeitsrisiken bestehen durch den Konflikt und die strukturellen Schwächen im Gesundheitssektor.

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.