

Ex-post-Evaluierung Bekämpfung der Kinderlähmung, Nigeria

Titel	Programm zur Bekämpfung der Kinderlähmung, Phasen VII bis XI		
Sektor und CRS-Schlüssel	Bekämpfung von Infektionskrankheiten 12250		
Projektnummer	BMZ-Nr. 2015 68 047 / 2015 69 201 / 2016 68 854 / 2018 68 652 / 2019 68 205		
Auftraggeber	BMZ		
Empfänger/ Projektträger	Bundesrepublik Nigeria, vertreten durch das Ministry of Foreign Affairs / National Primary Healthcare Development Agency (NPHCDA), Implementierungspartner UNICEF und WHO		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	Phasen VII – XI: 97,22 Mio. EUR (FZ-Zuschuss)		
Projektlaufzeit	2016 - 2022		
Berichtsjahr	2024	Stichprobenjahr	2024

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

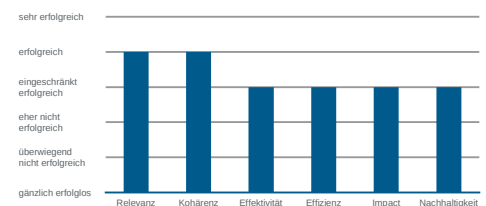
Ziele auf Outcome-Ebene waren die Immunisierung aller Kinder unter 5 Jahren gegen Poliomyelitis (Kinderlähmung) sowie die Nutzung eines funktionsfähigen Überwachungs- und Monitoringsystems. Damit sollte auf der Impact-Ebene die Unterbrechung der Polioübertragung in Nigeria als Beitrag zur weltweiten Ausrottung des Poliovirus erreicht werden. Maßgeblich für die Konzeption des Vorhabens waren die jährlich aktualisierten Polio-Ausrottungs-Notfallpläne. Zuständig für Vorbereitung und Durchführung der Polio-Impfkampagnen einschließlich ergänzender Maßnahmen waren WHO und UNICEF im Auftrag der nigerianischen Gesundheitsbehörde (NPHCDA).

Wichtige Ergebnisse

Durch die langjährige und signifikante finanzielle Unterstützung des nigerianischen Poliooprogramms leistete das Vorhaben (Phasen VII-XI) einen Beitrag zur Ausrottung des Poliovirus in Nigeria, das 2020 als letztes Land in Afrika als poliofrei zertifiziert wurde.

- Relevanz und Kohärenz waren gut, da Nigeria neben Pakistan und Afghanistan eines der letzten drei Länder war, in denen das Poliovirus endemisch war. Die vertikal auf die Polioausrottung fokussierten Maßnahmen waren in nationale und internationale Gesundheitspläne und -programme eingebettet.
- Während seit 2016 keine weiteren Poliofälle durch Poliovildviren auftraten, kam es ab 2019 zu zahlreichen Ausbrüchen durch zirkulierende Impfstoff-abgeleitete Polioviren. In den letzten beiden Jahren konnte die Situation aber vor allem durch den Einsatz neuer, genetisch stabilerer Impfstoffe stabilisiert werden.
- Das Überwachungs- und Monitoringsystem erwies sich als funktionsfähig und kann (wie in der COVID-19-Pandemie) auch für andere Gesundheitsprogramme und zur Pandemieprävention genutzt werden.
- Trotz hoher Kosten für Transport und Schutz der Impfteams wurde durch die erfahrenen Implementierungspartner WHO und UNICEF und unter Nutzung etablierter Strukturen eine effiziente Durchführung gewährleistet.
- Die Nachhaltigkeit des Vorhabens wird durch eine anhaltend prekäre Sicherheitslage, abnehmende Ownership sowie ein unzureichendes Routineimpfprogramm, das langfristig die Polioimmunisierung übernehmen muss, gefährdet – Nigeria hat die zweit-höchste Zahl von Kindern weltweit, die noch nie eine Impfung erhalten haben.

Gesamtbewertung: eingeschränkt erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Nigeria bleibt auch nach der Zertifizierung als poliofreies Land infolge der hohen Risiken für ein Wiederauftreten von Poliofällen für die globale Polio-Eradikation von entscheidender Bedeutung.
- Ein nachhaltiger Erfolg kann nur über eine Verbesserung des Routineimpfprogramms und eine deutliche Reduzierung der Zahl sog. „zero-dose“ Kinder erreicht werden.
- Für die Unterstützung des Routineimpfprogramms ist auf globaler Ebene eine enge Kooperation der Global Polio Eradication Initiative (GPEI) und der Impfstoffallianz Gavi erforderlich.

Ex-post-Evaluierung – Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Übersicht der Teilbewertungen:

Relevanz	2
Kohärenz	2
Effektivität	3
Effizienz	3
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	3
Nachhaltigkeit	3
Gesamtbewertung:	3

Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Poliomyelitis (Kinderlähmung) ist eine hochansteckende Infektionskrankheit, die hauptsächlich Kinder unter fünf Jahren befällt. Das Virus wird durch persönlichen Kontakt übertragen und findet sich am häufigsten in kontaminiertem Wasser. Der Erreger befällt das zentrale Nervensystem und führt zu Lähmungen und manchmal zum Tod. Die Krankheit ist nicht heilbar, die Infektion kann aber mit einer Impfung verhindert werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) hatte zusammen mit ihren Partnern 1988 im Rahmen der Globalen Initiative zur Ausrottung von Polio (**Global Polio Eradication Initiative, GPEI**) beschlossen, die Poliomyelitis zu besiegen. Seit Gründung der GPEI gab es einen weltweiten Rückgang der Poliofälle um über 99 %; durch Impfkampagnen konnten mehr als 20 Mio. Menschen vor einer Lähmung und mindestens 1,5 Mio. Menschen vor dem Tod durch Polio bewahrt werden. Die drastisch fallenden Poliozahlen ließen es als möglich erscheinen, das Poliovirus mit den Impfstoffen vollständig auszulöschen, zumal die Impfstoffe eine über Jahrzehnte anhaltende Immunität erzeugen und zum anderen der Mensch das einzige Reservoir für das Poliovirus darstellt. Es gibt drei Wildpolio-Typen WPV1, WPV2 und WPV3, wovon das WPV2 (2015) und WPV3 (2019) als ausgerottet gelten. Darüber hinaus gibt es impfstoffabgeleitete Polioviren. Trotz aller Bemühungen ist die Erkrankung bis heute nicht endgültig ausgerottet. Aktuell zirkulieren nur noch WPV1 in zwei polio-endemischen Ländern: Pakistan und Afghanistan. Nigeria wurde 2020 als poliofrei zertifiziert. Impfstoffabgeleitete Polioviren zirkulieren noch in mehr Ländern.

Gegen Polio gibt es **zwei Impfstofftypen** mit je Vor- und Nachteilen:

- einen Totimpfstoff (IPV, inaktivierte Polio-Vakzine): Der IPV-Impfstoff wird injiziert und sorgt dafür, dass die Impflinge schützende Antikörper gegen Polio (alle drei Wild-Typen) aufbauen und so vor den schwerwiegenden Folgen einer Infektion geschützt sind. Allerdings kann es trotzdem zu einer Infektion kommen – zum Beispiel durch Polio-Viren, die über verunreinigtes Trinkwasser aufgenommen werden. Für die Geimpften ist das in der Regel unproblematisch, da sie symptomlos bleiben oder nur leichte Symptome haben. Allerdings vermehren sich die Erreger auch bei Geimpften und werden über den Darm ausgeschieden – und können so ungeimpfte Personen anstecken.
- einen Lebendimpfstoff (OPV, orale Polio-Vakzine): Der oral zu verabreichende OPV-Impfstoff enthält spezielle, abgeschwächte Viren der Polio (je nach Impfstoff gegen bis zu drei Wild-Typen) der Polio und hat den Vorteil, dass er sehr gut wirkt, wenig kostet und einfach zu verabreichen ist. Vor allem in Afrika und Asien wird noch verbreitet auf die Schluckimpfung mit Lebendimpfstoffen gesetzt. Es besteht zwar ein sehr geringes Risiko eines Impfpolio-Falls, d.h. vom Impfstoff ausgelöste Polio; aber dieses wird zugunsten einer einfacheren Verabreichung und kostengünstigen, großflächigen Immunisierung der Bevölkerung in Kauf genommen. In Polio-freien Ländern wird dieser Impfstoff in der Regel nicht mehr verwendet.

Nach der Gabe des oralen Impfstoffs, bei dem die Impflinge die abgeschwächten Viren per Schluckimpfung bekommen, können sie die Impfviren einige Wochen lang über den Stuhl ausscheiden. Diese Viren können über Schmierinfektionen von anderen Kontaktpersonen aufgenommen werden, was entweder

zu einer "passiven" Immunisierung der Kontaktperson führen kann, sodass diese auch einen Impfschutz erhält. Dieser Effekt ist positiv zu bewerten, da so auch Ungeimpfte indirekt geimpft werden. In seltenen Fällen kann die Übertragung aber auch zu einer Polioerkrankung mit akuter schlaffer Lähmung (AFP) führen. Da das orale Impfvirus abgeschwächt ist, endet die Ansteckungskette normalerweise schnell. Bei Menschen, die nicht ausreichend oder gar nicht geimpft sind, können die abgeschwächten Viren der Schluckimpfung lange Zeit unentdeckt zirkulieren, sich dabei verändern und schließlich wieder Infektionen mit symptomatischer Erkrankung und akuten schlaffen Lähmungen verursachen. Durch die sehr niedrige Zahl an Fällen, die Symptome aufweisen, kann bei einer nachgewiesenen Erkrankung mit etwa 200 weiteren, nicht erkannten Infektionen gerechnet werden. Je länger das Virus zirkuliert, umso größer ist die Gefahr, dass veränderte Viren auftreten, die nach Infektion eine symptomatische Erkrankung hervorrufen können. Diese Viren nennt man „**circulating Vaccine-Derived PolioViruses**“ (**cVDPV**), d.h. **impfstoff-abgeleitete Viren**. Sie treten vor allem in Gebieten auf, in denen ein hoher Anteil der Bevölkerung ungeimpft ist.

Neben den Erkrankungen durch WPV stellen in den letzten Jahren Infektionen mit den o.g. zirkulierenden Impfstoff-abgeleiteten Polioviren, insb. Typ 2 (cVDPV2), ein großes Problem dar. Nach der weltweiten Umstellung der Impfstrategie 2015/16 von einem trivalenten oralen Polio-Impfstoff (tOPV) auf den bivalenten Lebendimpfstoff (bOPV, enthält Polioviren Typ 1 und 3) plus einer Dosis des inaktivierten Impfstoffs (IPV, enthält alle drei Virustypen) kam es im Jahr 2016 in 17 Ländern zu **cVDPV2-Ausbrüchen**. Die Umstellung der Impfstrategie bedeutete für viele Länder eine logistische Herausforderung (u.a. Lieferengpässe), wodurch sich Impfungen verzögerten und Impflücken entstanden. Der Einsatz eines **neuartigen OPV (nOPV)**, das im Gegensatz zum ursprünglichen OPV2 genetisch stabiler ist (d.h. nicht so schnell mutiert), soll cVDPV2-Ausbrüche eindämmen. Seit März 2021 sind mehr als 600 Mio. Impfdosen nOPV2 in 28 Ländern verabreicht worden, darunter auch in Nigeria¹. Die Infektionen mit impfstoffabgeleiteten Viren, d.h. die Zahl der cVDPV2-Fälle, sind in den Jahren 2021-2023 zurückgegangen.

Durch das Auftreten von WPV1-Fällen in den sicherheitsgefährdeten südlichen Provinzen Pakistans und den angrenzenden Bezirken im Osten Afghanistans konnte das in der aktuellen GPEI-Strategie ausgewiesene Eradikationsziel 2023 nicht erreicht werden und wird somit auch bis 2026 nicht zu erreichen sein. Ebenso ist abzusehen, dass das zweite Hauptziel der aktuellen GPEI-Strategie, die Unterbrechung der Infektionen mit den Impfviren, verfehlt wird. Es bleiben somit **zwei große Herausforderungen** bestehen, um das globale Eradikationsziel zu erreichen: (1) eine qualitativ hochwertige Überwachung, bei der Polioviren rechtzeitig durch Surveillance von akuten schlaffen Lähmungen (AFP) und Abwasseruntersuchungen erkannt werden sowie (2) die Umsetzung wirksamer Maßnahmen zur Bekämpfung von Ausbrüchen (Impfungen im Ausbruchsgeschehen) und hohe Impfquoten weltweit, die eine internationale Verbreitung verhindern. Dies spiegelt sich im **aktuellen GPEI-Strategieplan 2022 – 2026** mit den zwei globalen Hauptzielen: (1) die Ausrottung des WPV1 in den verbleibenden letzten beiden endemischen Ländern Pakistan und Afghanistan und (2) die Unterbrechung der Übertragung von cVDPV sowie die Verhinderung von Ausbrüchen in den nicht-endemischen Ländern.

Deutschland beteiligt sich intensiv an der Polio-Bekämpfung und ist einer der drei größten staatlichen Geber der GPEI. Bis einschließlich 2021 hat die Bundesregierung auf der bilateralen Mittel in Höhe von 772 Mio. USD für die Polioausrottung in Afghanistan, Indien, Nigeria und Pakistan zur Verfügung gestellt. Seit 2020 unterstützt Deutschland die GPEI direkt auf internationaler Ebene mit jährlich 35 Mio. EUR und gestaltet die strategische Ausrichtung der GPEI aktiv mit. Ein besonderes Anliegen ist dabei, dass die von der GPEI finanzierten Gesundheitsstrukturen auch die nationalen Gesundheitssysteme stärken und damit Polioeradikation nachhaltig abgesichert werden kann. Relevant für die Polioausrottung ist außerdem die Unterstützung der Impfallianz Gavi, die auch von Deutschland mit signifikanten Beträgen kofinanziert wurde und wird. Gavi² kooperiert eng mit der GPEI und leistet einen wichtigen Beitrag zur Polio-Ausrottung durch Routine-Immunisierungen.

¹ Dieser Impfstoff löste bisher sieben Fälle akuter schlaffer Lähmungen (acute flaccid paralysis, AFP) bei Kindern in der Demokratischen Republik Kongo und in der Republik Burundi mit Nachweis des nOPV2 aus.

² Die Impfallianz Gavi ist eine öffentlich-private Partnerschaft mit dem Ziel, Menschen in Entwicklungsländern durch Impfungen gegen vermeidbare Krankheiten zu schützen. Dazu unterstützt Gavi u.a. den Ausbau nationaler Routine-Impfprogramme, die Einführung neuer Impfstoffe und die nachhaltige Finanzierung von Impfkampagnen (Quelle: BMZ Lexikon).

Kurzbeschreibung des Vorhabens

Die Poliobekämpfung in Nigeria wurde seit 2004 von der deutschen Finanziellen Zusammenarbeit (FZ) unterstützt. Das FZ-Programm mit insgesamt XI Phasen stellte einen signifikanten Beitrag zum nationalen Poliobekämpfungsprogramm dar, welches auch von anderen Gebern, internationalen Organisationen und der nigerianischen Regierung selbst finanziert wird. Das nationale Polioprogramm wird vertikal implementiert zur direkten Poliobekämpfung bis diese erreicht ist und das Routine-Impfprogramm, welches auch Polio enthält, flächendeckend effektiv umgesetzt wird.

Es wurden bislang 2 Ex-post-Evaluierungen (EPE) des FZ-Programms durchgeführt: 2014 für die Phasen II und III (Note 3) und 2017 für die Phasen IV – VI (Note 2). Das Ziel des „FZ-Programms zur Bekämpfung der Kinderlähmung“ war es, einen Beitrag zur Unterbrechung der Polio-Übertragung in Nigeria zu leisten. Durch das Vorhaben wurden Maßnahmen zur Überwachung von Polio, Impfkampagnen sowie die Sensibilisierung und Mobilisierung der Bevölkerung finanziert. Zudem wurde speziell im Rahmen von Phase XI der Einsatz von Personal und Infrastruktur des Polio-Programms im Kampf gegen COVID-19 mit 5 Mio. Euro unterstützt. Wie schon in den Vorläuferphasen richteten sich die Maßnahmen im Rahmen des Notfallplans an alle Kinder unter 5 Jahren, mit Fokus auf die nördlichen Bundesstaaten und den ca. 178 nigerianischen Inseln im Tschadseebecken, die kaum durch die Impfkampagnen erreicht werden konnten.

Mit den hier evaluierten Phasen VII bis XI wurde von 2016 bis 2021 die finanzielle Unterstützung des laufenden nigerianischen Polioprogramms fortgesetzt. Wie in den vorangehenden Projektphasen fungierten die nigerianische Gesundheitsbehörde (National Primary Health Care Development Agency, NPHCDA) als Projektträger und WHO sowie UNICEF als Implementierungspartner. Insgesamt wurden seit Beginn der Unterstützung des nigerianischen Polioprogramms 188,72 Mio. EUR FZ-Mittel beigetragen. Die Konzeption und Umsetzung der hier evaluierten Phasen unterscheiden sich nicht, weshalb alle gemeinsam bewertet werden.

Aufschlüsselung der Gesamtkosten (EUR)

Die Gesamtausgaben des nigerianischen Polioprogramms (Nigeria Polio Eradication Initiative, PEI) zwischen 2016 und 2021 (Phasen VII – XI) betrugen nach Angaben der WHO und UNICEF umgerechnet ca. 762,3 Mio. EUR. Der über den Zeitraum bereitgestellte FZ-Beitrag betrug 97,22 Mio. EUR und damit rd. 13 % über die Jahre, wobei die jährlichen Beiträge schwankend bis zu 34 % im Jahr 2020 betrugen. In Nigeria kofinanzier(ten) neben der FZ auch die Weltbank, die Bill und Melinda Gates Foundation (BMGF), die Europäische Union (EU), Kanada, USAID, DFID (UK), Rotary International und das CDC (USA) die Aktivitäten des nationalen Notfallplans.

Die Angaben der jährlichen Investitionskosten sowie die nigerianischen Eigenbeiträge wurden von WHO und UNICEF auf Anfrage im Rahmen der EPE übermittelt – die gesamte Fremdfinanzierung wurde daraus abgeleitet. Für die Umrechnung der angegebenen USD in EUR wurde als Umrechnungskurs ein Mittelwert über die Jahre 2016 bis 2021 von 1,15 USD pro EUR angesetzt. Die Mittel sind für die Jahre ihrer überwiegenden Umsetzung angegeben, wurden aber meist im Vorjahr ausgezahlt.

Investitionskosten

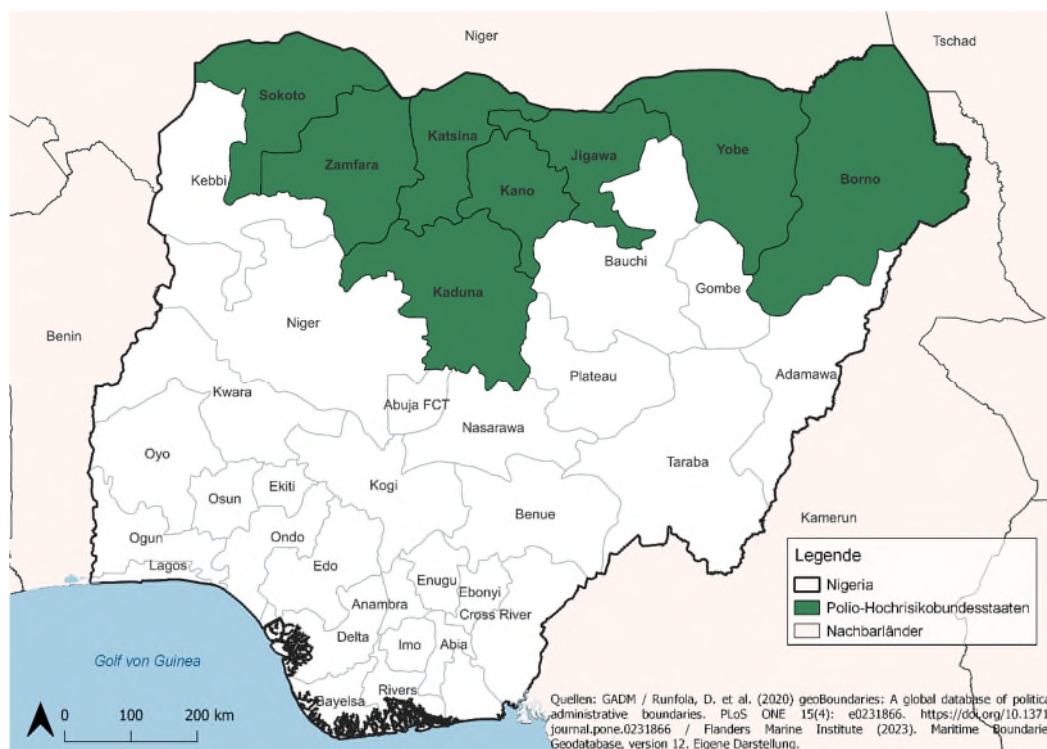
JAHR	2016 (Plan) IST	2017 (Plan) IST	2018 (Plan) IST	2019 (Plan) IST	2020 (Plan) IST	2021 (Plan) IST
PHASE	VII	VII / VIII	IX	X	XI	XI
Gesamtkosten (Mio. EUR)	(264) 199,9	(159,5) 151,3	(129,5) 132,8	(99,9) 125,4	(98,7) 78,3	(105,9) 74,6
Eigenbeitrag (Mio. EUR)	38	26,6	14,3	18,8	3,8	2,9
Fremdfinanzierung (Mio. EUR)	162	124,7	118,5	106,6	74,5	71,7
davon BMZ-Mittel (Mio. EUR)	5,0*	15,02	29,9	15,5	26,8	5,0**

*die 10 Mio. EUR der Phase VII wurden hälftig auf 2016 und 2017 aufgeteilt

**diese 5 Mio. EUR wurden in einer Aufstockung im Rahmen der COVID-Pandemie zugesagt

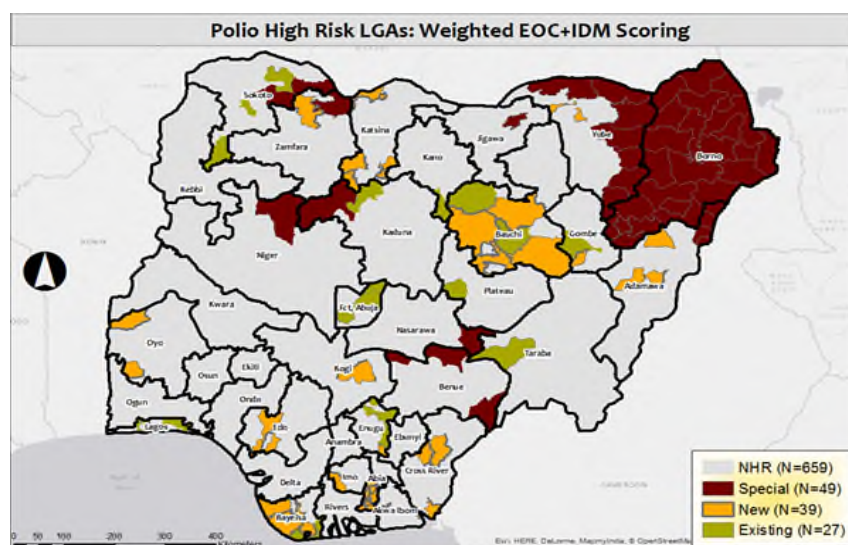
Karte des Projektlandes inkl. Projektgebiete

Abb. 1: Karte der Polio Hochrisikostaaen in Nigeria (Stand bei Prüfung 2013)



Quelle: Markierung der Polio-Hochrisikostaaen nach Angaben der WHO³, Abb. eigene Darstellung

Abb. 2: Polio-Hochrisiko Local Governmental Areas⁴ (Stand bei Prüfung 2018)



³ Polio-Hochrisikostaaen bezeichnete die Hochrisikobundesstaaten im Norden Nigerias (mit insgesamt 296 LGAs), in denen Polio lange Zeit endemisch vorkam

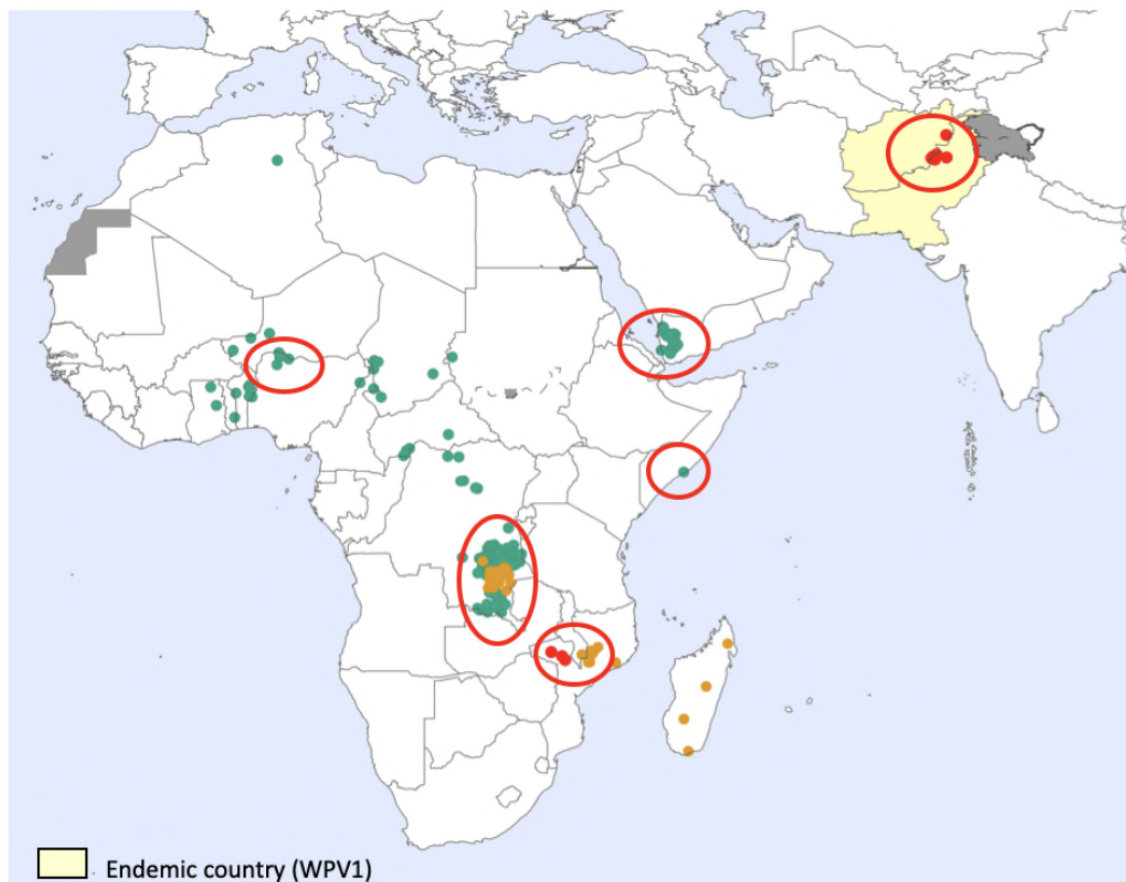
⁴ Die 115 aktuellen Polio Hochrisiko-Bezirke (LGAs) wurden Anfang 2018 mittels Einstufung des National Polio Emergency Operation Center (EOC) und des Institute of Disease Modeling (IDM) bestimmt. Diese Kategorisierung umfasst sowohl LGAs der nördlichen Hochrisikostaaen als auch LGAs im Süden des Landes, in denen das Poliorisiko erhöht ist.

Relevanz

1. Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Nigeria gehörte zu Beginn des Betrachtungszeitraums 2016 – 2021 neben Afghanistan und Pakistan zu den drei Ländern weltweit, in denen das Poliovirus noch endemisch war bzw. ist und die damit für die Erreichung des globalen Ziels der Polioeradikation von entscheidender Bedeutung sind. Seit 2016 wurde in Nigeria kein Wildpolio-Fall mehr festgestellt und 2020 konnte Nigeria von der WHO als poliofrei zertifiziert werden. Allerdings ist Nigeria weiterhin eines der Länder mit den höchsten Ausbruchszahlen von Impfviren. Während des Betrachtungszeitraums und bis heute kommt es in Nigeria zu teils massiven Ausbrüchen des zirkulierenden Impfstoff-abgeleiteten Virus. Nigeria zählt zu den von der GPEI definierten 7 Gebieten, die weltweit für 90 % von neuen Polio-Ausbrüchen (Wildtyp- und Impfpolio-Fälle) verantwortlich sind (vgl. Abb 3), wobei das Wildpoliovirus nur in Afghanistan und Pakistan endemisch ist. Alle diese sog. „most consequential geographies“ sind charakterisiert durch einen hohen Anteil von Kindern, die noch nie eine Impfung erhalten haben bzw. deren Impfstatus ungenügend ist (sog. „zero-dose children“). Gründe hierfür sind meist eine fragile Sicherheitslage oder andere humanitäre Krisensituationen, die den Zugang zu den Kommunen erschweren. Nigeria bleibt auch nach Eradikation des Wildtyp-Virus für die globale Poliobekämpfung von entscheidender Bedeutung, denn die prekäre Sicherheitslage im Norden aufgrund der dortigen Aktivitäten der islamistisch terroristischen Gruppierung Boko Haram, die auch in den Anrainerstaaten Tschad, Niger und Kamerun aktiv ist. Boko-Haram-Angriffe und -Anschläge haben in Nigeria beträchtliche Zerstörungen angerichtet und viele Opfer gefordert. 2016 schätzte die Weltbank die angerichteten Schäden in der betroffenen Region auf beinahe 6 Mrd. USD und sprach von mehr als zwei Mio. Flüchtlingen und Vertriebenen. Im besonders betroffenen Bundesstaat Borno seien etwa 30 % aller Privathäuser zerstört, ebenso mehr als 500 Bildungseinrichtungen und mehr als 200 Gesundheitseinrichtungen. Bis heute dauert der Konflikt an und hat auch im Betrachtungszeitraum viele weitere Opfer gefordert, darunter auch Gesundheitspersonal und Impfhelfer.

Abb. 3: „90 % aller neuen Polio-Fälle weltweit entfallen auf die am stärksten betroffenen Regionen“



Quelle: GPEI Publikation vom 24.01.2023: „2023 – zero-dose children in seven subnational consequential geographies hold key to success – GPEI“

Gesundheit ist kein Schwerpunkt der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) mit Nigeria, weshalb es kein übergeordnetes EZ-Programm gibt. Das Vorhaben bettet sich jedoch in den globalen Kampf um die Ausrottung von Polio ein: Die internationale Gebergemeinschaft hat in Zusammenarbeit mit der NPHCDA die jährlich aktualisierten nigerianischen Polio-Notfallpläne (*Nigeria Polio Eradication Emergency Plans*, NPEEPs) für die Umsetzung der globalen Endgame-Strategie zur Ausrottung von Polio entwickelt. Wie in den bisherigen Phasen des FZ-Programms trugen die Phasen VII-XI zur Finanzierung der jeweiligen NPEEPs bei.

Neben den landesweiten Routineimpfungen, welche über das nigerianische Budget finanziert werden (mit Unterstützung durch Gavi), beinhalten NPEEPs die landesweiten und regionalen Sonderimpfkampagnen (sog. *Supplemental Immunization Activities*, SIAs), die im Rahmen der GPEI vorwiegend durch die Geber und anteilig über bilaterale FZ finanziert wurden. Der geographische Schwerpunkt der Sonderimpfkampagnen lag laut Prüfungsbericht von 2014 für Phase VII auf den 8 nördlichen Hochrisikostaaten (s. Abb. 1) und laut Prüfungsbericht von 2018 auf den 178 nigerianischen Inseln im Tschadseebecken, in denen Polio bis 2016 endemisch war, sowie auf den 115 Bezirken (sog. Local Government Areas, LGAs) mit besonders hohem Risiko für Polioübertragung (s. Abb. 2).

Das Vorhaben bettete sich ein in den globalen Kampf um die Ausrottung von Polio: Die internationale Gebergemeinschaft hatte in Zusammenarbeit mit der nigerianischen Gesundheitsbehörde (NPHCDA) die NPEEPs für die Umsetzung der globalen Endgame-Strategie zur Ausrottung von Polio entwickelt. Die Pläne wurden in Abhängigkeit von den epidemiologischen, sicherheitsrelevanten und finanziellen Entwicklungen kontinuierlich angepasst.

Positiv wirkte sich aus, dass in Nigeria der politische Wille zur Ausrottung der Kinderlähmung stark war und die Zertifizierung als poliofreies Land hohe politische Priorität hatte. Verdeutlicht wurde dies durch die Gründung der *President's Taskforce on Polio Eradication* (PTFoPE), die aus den Gouverneuren der Bundesstaaten mit hohem Poliorisiko (sog. Hochrisikostaaten) zusammengesetzt ist, sowie die bereits 2012 erfolgte Einrichtung des National Polio Emergency Operation Center (NEOC). Die kontinuierliche Weiterentwicklung und Umsetzung des jährlichen NPEEPs war ebenfalls Ausdruck der Bedeutung, die der Poliobekämpfung zugemessen wird. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass nach Erreichung der Zertifizierung als poliofreies Land 2020 sich die politische Unterstützung auf nationaler wie auch föderaler Ebene der Bundesstaaten reduzierte und damit auch die Mobilisation finanzieller Ressourcen auf nationaler, aber auch auf internationaler Ebene schwand (s. Tabelle „Aufschlüsselung der Gesamtkosten“, Eigenbeiträge).

Mit der finanziellen Beteiligung der deutschen FZ an der Polio-Eradikation in Nigeria wurde im Kern ein globales Problem adressiert; denn mit jeder weltweit auftretenden Polioinfektion geht die Gefahr eines Übergreifens auf andere Staaten und der Ausbruch einer grenzüberschreitenden Epidemie einher. Damit entsprach das FZ-Vorhaben den strategischen Zielen der deutschen Entwicklungspolitik im Gesundheitsbereich, der Übertragung von Epidemien und Krankheiten weltweit vorzubeugen sowie übertragbare Krankheiten global zu bekämpfen, und ist Teil der Unterstützung Deutschlands der GPEI als dessen drittgrößter staatlicher Geber. Darüber hinaus wurde mit der finanziellen Beteiligung auch ein Beitrag zur Agenda 2030 geleistet, insbesondere zum Sustainable Development Goal 3 (Gute Gesundheit und Wohlbefinden).

2. Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Nach Schätzungen von UNICEF lebten in Nigeria im Jahr 2016 ca. 31 Mio. Kinder unter 5 Jahren. Diese bildeten die allgemeine Zielgruppe des Vorhabens. Besondere Zielgruppe des Vorhabens waren Kinder, die in den von der WHO Nigeria eingestuften Hochrisikobundesstaaten lebten. Hochrisikobundesstaaten, die v.a. durch niedrige Routineimmunisierungsraten sowie eine überwiegend volatile Sicherheitslage gekennzeichnet sind, weisen ein erhöhtes Polioausbruchsrisko auf. Die Auswahl erfolgte ausschließlich nach Alter ohne Bezug zu Einkommen, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit. Indirekt profitiert hiervon die gesamte Bevölkerung des Landes sowie die Bevölkerung der Nachbarländer, wie die Ausbreitung der Impfviren ausgehend von Nigeria in afrikanische Nachbarländer gezeigt hat. Da eine Einschleppung von Polio de facto weltweit erfolgen kann, ist die Unterstützung zur Ausrottung der Polio Nigeria als globales Gut zu betrachten.

Die Relevanz wird von den Gesundheitsprioritäten der Zielgruppe etwas relativiert. Angesichts der Prävalenz und Krankheitslast anderer Krankheiten (z.B. Malaria, Masern, Keuchhusten) und der grundsätzlichen Gesundheitsprobleme in Nigeria, hat das Ziel der Ausrottung des Poliovirus für die unmittelbare Zielgruppe eine eher untergeordnete Priorität. Nigeria weist weltweit eine der höchsten Kindersterblichkeitsraten auf (z.B. 2020 114/1.000 Lebendgeburten), an der Polio einen kaum messbaren Anteil hat. Angesichts des globalen Ansatzes des Programms bedeutet dies jedoch keine Schwächung der Relevanz.

Von Beginn des Betrachtungszeitraums bis heute sind die Kapazitäten der Partner durch Herausforderungen im Bereich der Governance geprägt. Im *Corruption Perception Index* (CPI) rutschte Nigeria vom 136. Platz von 180 Ländern im Jahr 2016 auf den 154. Platz im Jahr 2021 ab. Nigerias politisches Umfeld und die Verwaltungsorgane sind durch einen Mangel an Transparenz, Korruption und Akteure, die Eigeninteressen verfolgen, gekennzeichnet.

Darüber hinaus erschwert das föderale Verwaltungssystem Nigerias mit einer ausgeprägten Autonomie der Bundesstaaten die Steuerung und Koordinierung landesweiter Impfkampagnen durch die Zentralregierung. Dabei stellt das anhaltend geringe politische Engagement von Gouverneuren und Vorsitzenden in einigen Hochrisikogebieten eine besondere Herausforderung für die Maßnahmen der Polio-Bekämpfung dar.

3. Angemessenheit der Konzeption

Um das Ziel einer weltweiten Polioausrottung zu erreichen, ist es prioritär, die Übertragung in den endemischen Ländern, zu denen Nigeria bis 2020 gehörte, zu unterbrechen (Impact). Sind dort über 80 % der Zielgruppe geimpft, entsteht eine sogenannte Herdenimmunität, in der die Übertragung von Polioviren höchst unwahrscheinlich wird. Deshalb war und ist es das Ziel des nigerianischen Poliobekämpfungsprogramms und der FZ-Maßnahmen auf Outcome-Ebene, die Durchimpfungsraten durch Sonderimpfkampagnen zu steigern und dadurch die Übertragung des Virus zu unterbrechen. Gleichzeitig soll mit der Schließung von Impflicken und einer erhöhten Grundimmunisierung die Entstehung bzw. Übertragung von impfstoff-abgeleiteten Polioviren verhindert bzw. erschwert werden. Durch Surveillance-Maßnahmen zur Erfassung und Kontrolle akuter schlaffer Lähmungen und Umweltproben soll die Verbreitung der Viren überwacht und eine umgehende Reaktion mit Impfkampagnen ausgelöst werden. Durch Impfung und Überwachung soll somit ein Impfabdeckung erreicht werden, die die Bevölkerung schützt und die weitere Ausbreitung von Polioviren auch auf internationaler Ebene unterbricht (Impact-Ebene). Diese Wirkungskette ist auch aus heutiger Sicht plausibel und stimmt mit den Empfehlungen der WHO überein.

Die gewählten Indikatoren waren in ihrer Gesamtheit angemessen: (1) Impfabdeckung bei Sonderimpfkampagnen und zudem wurde bei Evaluierung der folgende Indikator zur Messung der Überwachung des Poliogeschehens neu aufgenommen (2) die Rate der nicht-polio-assoziierten AFP auf Outcome-Ebene. Auf Impact-Ebene wird der Erfolg daran gemessen, dass kein neuer durch Wildvirus verursachte Polioinfektionen in Nigeria auftreten. Die Konzeption des nigerianischen Polioprogramms, die im NPEEP jährlich aktualisiert wird, ist in technischer, organisatorischer und finanzieller Hinsicht grundsätzlich geeignet, zur nationalen und globalen Zielerreichung beizutragen. Erforderlich für eine nachhaltig erfolgreiche Poliobekämpfung ist, dass Routineimpfungen in Nigeria – wie auch weltweit – konsequent und flächendeckend durchgeführt werden. In Nigeria sind seit vielen Jahren Polio-Impfungen Bestandteil des Routineimpfprogramms; Nigeria war sogar eines der ersten Länder, die 2015 den Totimpfstoff (IPV) neben dem oralen Impfstoff (OPV) integrierten.⁵ Allerdings ist die Abdeckung des Routineimpfprogramms besonders in den Hochrisikogebieten nicht ausreichend. Nach Schätzungen von WHO und UNICEF liegt die Zahl der Kinder unter 5 Jahren, die keinerlei Impfung erhalten haben, bei ca. 2,5 Millionen (zero dose children). Diese Zahl blieb während des Betrachtungszeitraums und bis heute weitgehend konstant, was angesichts des Bevölkerungswachstums in Nigeria zumindest einen partiellen Teilerfolg des Routine-Impfprogramms bedeutet. Dennoch bleiben die Sonderimpfkampagnen im Rahmen des evaluierten Polioprogramms bedeutend für die Unterbrechung der (impfstoffabgeleiteten) Polioübertragungen, bis Routineimpfungen eine hinreichende Abdeckung der Bevölkerung erreichen.

Da das Gesundheitssystem Nigerias große Mängel aufweist und das Routineimpfprogramm keine hinreichende Abdeckung gewährt, war die gewählte Konzeption als vertikales Programm zur effizienten Bereitstellung von Poliovakzinen dem Zweck der angestrebten Impfabdeckung aller Kinder unter fünf Jahren für die nationalen Sonderimpfkampagnen sowie die auf cVDPV-Ausbrüche reaktiven Kampagnen angemessen und alternativlos. WHO und UNICEF waren dank ihrer normativen Kraft, technischen Expertise und langjährigen Erfahrungen mit den global koordinierten und international finanzierten Programmen der Polio-Bekämpfung geeignete Kooperationspartner. Die Implementierungsstruktur entspricht im Wesentlichen allen bisherigen FZ-Vorhaben zur Poliobekämpfung weltweit (neben Nigeria wurden im Rahmen der GPEI Pakistan, Indien und Afghanistan mit bilateraler Finanzierung unterstützt), über die bislang insgesamt 772 Mio. USD von der Bundesregierung für die Polioeradikation zur Verfügung gestellt und umgesetzt wurden.

⁵ Das aktuelle Polio-Impfschema in der Routineimpfung: IPV 6. und 14. Wo.; OPV Geburt, 6., 10. und 14. Wo.

4. Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit

Während des Beobachtungszeitraums der FZ-Ko-Finanzierung musste das nigerianische Polio-Programm auf vielfach wechselnde Sicherheitskonstellationen in den Hochrisikogebieten reagieren und entwickelte z.T. innovative Strategien, um alle bzw. möglichst viele Kinder im Rahmen von Impfkampagnen zu erreichen. Außerdem musste auf diverse cVDPV2-Ausbrüche mit Sonderimpfkampagnen reagiert werden.

Den über die Beobachtungszeitraum wechselnden Herausforderungen, insbesondere Verhinderung des Auftretens neuer Wildtyp-Polio-Fälle und Eindämmung der Impfstoff-induzierten Polioausbrüche wurde insgesamt in effektiver Weise begegnet. Das FZ-Vorhaben hat den erforderlichen flexiblen Ressourceneinsatz insofern unterstützt, dass es kein spezifisches „earmarking“ der Mittel gab und die Implementierungspartner unter der Koordination der nationalen Gesundheitsbehörde und innerhalb der jeweiligen Arbeitsgebiete und Zuständigkeiten von WHO und UNICEF kurzfristig mit der FZ-Kofinanzierung reagieren konnten, falls erforderlich.

Zusammenfassung der Benotung

Das Vorhaben adressierte mit einer passenden Konzeption und unter Nutzung einer etablierten Umstruktur die Kernprobleme der Poliobekämpfung in Nigeria und dessen Implikationen für die weltweite Ausrottung von Polio. Das Vorhaben war sowohl zum Zeitpunkt der Prüfung wie auch aus heutiger Sicht relevant.

Relevanz: 2 (für alle Phasen)

Kohärenz

5. Interne Kohärenz

Gesundheit ist kein Schwerpunkt der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) mit Nigeria, weshalb es kein übergeordnetes EZ-Programm gibt. Deutschland beteiligt sich aber intensiv an der globalen Polio-Bekämpfung und ist einer der drei größten staatlichen Geber der GPEI. Bis einschließlich 2021 hat die Bundesregierung 772 Mio. USD bilaterale Mittel für die Polioausrottung bereitgestellt, neben Nigeria auch für Programme in Afghanistan, Indien und Pakistan. Durchgängiges Prinzip dieser Förderung ist die Ko-Finanzierung der Umsetzung der im Rahmen der GPEI jeweils auf nationaler Ebene entwickelten Polio-Bekämpfungsprogramme. Dabei ist für einen nachhaltigen Erfolg der Polioeradikation die Stärkung der jeweiligen nationalen Routineimpfprogramme erforderlich, die über die globale Impfallianz Gavi auch von der deutschen EZ unterstützt werden. Basierend auf den Erfahrungen der FZ-Programme hat das BMZ in den zuständigen Gremien auf die Bedeutung der institutionellen Zusammenarbeit von GPEI und Gavi zur Stärkung der Routineimpfungen hingewiesen. Inzwischen ist Gavi formelles Mitglied der GPEI und es gibt einen detaillierten Kooperationsplan für die endemischen Länder Pakistan und Afghanistan, wie auch für die Länder mit erhöhtem Ausbruchsrisiko, darunter Nigeria.

Das Vorhaben trägt zur Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit bei, ist im Einklang mit den SDGs und der globalen Strategie der GPEI zur Poliobekämpfung bzw. -Ausrottung (aktuell: Polio Eradication Strategy 2022 -2026: Delivery in a Promise).

Impfungen sind unbestritten essenzielle Maßnahmen zum Schutz des Lebens und der Gesundheit der Zielgruppe. Die WHO geht davon aus, dass seit 1988 weltweit mehr als 20 Mio. Lähmungen und schätzungsweise 1,5 Mio. Todesfälle durch Polioimpfungen verhindert wurden. Dabei schützt die Polio-Impfungen direkt die Zielgruppe, verhindert eine nationale und regionale Ausbreitung und dient dem globalen Ziel der Elimination dieser Krankheit.

6. Externe Kohärenz

Die GPEI bietet ein kohärentes globales Rahmenwerk, das das nationale Polioprogramm leitet und im Vorhaben wurden etablierte Strukturen genutzt. Die von der nationalen Gesundheitsbehörde beauftragten und koordinierten Implementierungspartner WHO und UNICEF stellten die Kohärenz und Stringenz der nationalen Poliobekämpfung mit dem globalen Programm und dessen Surveillance- und Monitoringsystem sicher. Dies war gerade bei Nigeria als einem der letzten verbliebenen endemischen Polio-Ländern von entscheidender Bedeutung. Darüber hinaus wären die bestehenden Strukturen der Basisgesundheits in Nigeria nicht in der Lage gewesen, das Polioprogramm umzusetzen.

Der nigerianische Eigenbeitrag umfasste vornehmlich die Beteiligung von Mitarbeitern der Gesundheitsbehörde und nachgeordneter Behörden an den durchgeführten Kampagnen. Die nigerianische Regierung leistet darüber hinaus erhebliche Aufwendungen für die Sicherheit des Impfpersonals bei der Durchführung der Impfkampagnen. Insgesamt betrug der Eigenbeitrag durchschnittlich 5-10 % der jährlichen Gesamtkosten, hat aber im Betrachtungszeitraum nach der Eradikation des WPV1-Virus deutlich abgenommen.

Beraten wurde die nigerianische *Polio Eradication Initiative* (PEI) auf Landesebene von der *Technical Advisory Group* (TAG); zudem nahmen internationale Experten des *Independent Monitoring Board* (IMB) eine beratende Funktion ein, welches 2010 auf Initiative des *Executive Boards* der WHO und der *World Health Assembly* mit der Überprüfung der Fortschritte und Zielerreichungen der GPEI beauftragt wurde. Die bislang 23 Berichte beinhalten spezielle Berichtsteile für die endemischen Länder (aktuell noch Afghanistan und Pakistan), sowie die wichtigsten Länder in der Transitionsphase⁶, darunter auch Nigeria. Der im aktuellen IMB-Bericht erstellte Statusbericht des nigerianischen Polioprogramms und die Empfehlungen reflektieren die Analyse der weltweit kompetentesten Experten auf dem Gebiet der Poliobekämpfung und ist vermutlich die objektivste Quelle zur Beurteilung des Verlaufs der Poliobekämpfung in Nigeria und deren Perspektive.

Zusammenfassung der Benotung:

Die Unterstützung des nigerianischen Impfprogramms war nicht mit anderen Maßnahmen der deutschen EZ verbunden und es erfolgte seitens der FZ keine direkte Einflussnahme hinsichtlich Programmsteuerung. Auf globaler Ebene wurden jedoch die Erfahrungen aus Nigeria (wie auch aus Pakistan und Afghanistan) vom BMZ in die Diskussion zukünftiger GPEI-Strategien eingebracht. Aufgrund des wichtigen Beitrages Nigerias zur Erreichung des globalen Ziels der Polioausrottung war hinsichtlich Kohärenz die Einordnung in die GPEI und Nutzung ihrer etablierten Umsetzungsstrukturen alternativlos.

Kohärenz: 2 (für alle Phasen)

Effektivität

7. Erreichung der (intendierten) Ziele

Das im Rahmen der EPE angepasste Ziel auf Outcome-Ebene war die konsequente Immunisierung aller Kinder unter 5 Jahren gegen Poliomyelitis sowie die Nutzung eines funktionsfähigen Überwachungs- und Monitoringsystems. Die Erreichung der gesetzten Ziele ist in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Tabelle Zielerreichung Outcome:

Indikator	Status bei PP	Zielwert lt. PP/EPE	Ist-Wert bei AK	Ist-Wert bei EPE
(1) Sonderimpfkampagnen (SIAs) erreichen in mindestens 85 % aller LGAs und in mindestens 90 % der Hochrisiko-LGAs eine Polio-Impfabdeckung von > 90 % der Kinder unter 5 Jahren.	2017: Durchschnittlich 74 % aller LGAs und 86 % der Hochrisiko-LGAs haben eine Impfabdeckung von >90 % 2019: 74 % aller LGAs und 86 % der Hochrisiko-LGAs >90 %	SIAs erreichen in mindestens 85 % aller LGAs und in mindestens 90 % der Hochrisiko-LGAs eine Polio Impfabdeckung von > 90 %	2021: 98,1 % aller LGAs und 95,7 % der Hochrisiko-LGAs haben eine Impfabdeckung von >90 %	2023: 89 % aller LGAs und 85 % der Hochrisiko-LGAs haben eine Impfabdeckung >90 % erfüllt bzgl. LGAs nicht erfüllt bzgl. Hochrisiko-LGAs
(2) Die Rate der nicht-polio-assoziierten AFP (NPAFP) ist	2017:	>3/100.000	2021:	2023: 10,4

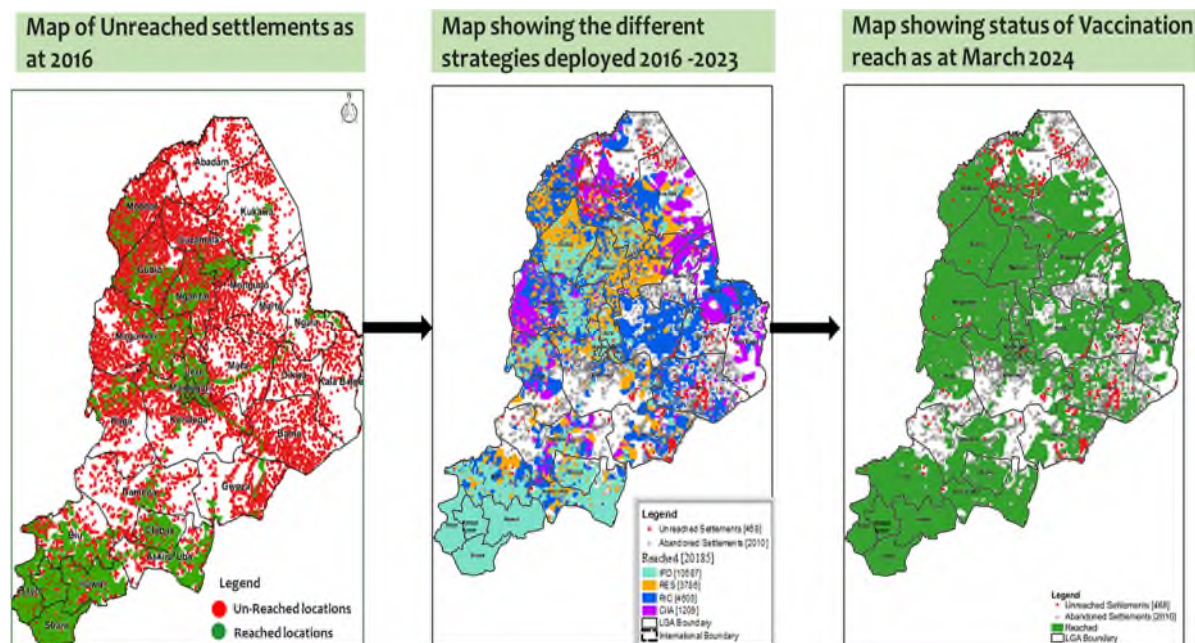
⁶ Die Transitionsphase betrifft die beiden noch endemischen Länder und die Länder mit erhöhtem Ausbruchsrisiko, in die 90 % der GPERI-Ressourcen fließen. Dabei soll die für die Poliobekämpfung aufgebaute kritische Infrastruktur erhalten und in das Gesundheitssystem zur Stärkung u.a. von Routineimpfung, Surveillance und Reaktionsfähigkeit bei neuen Krankheitsausbrüchen integriert werden.

>3/100.000 bei Kindern unter 15 Jahren	19,6 2019: 7,4		6,9	Wert Erfüllt
--	----------------------	--	-----	-----------------

Für die Überprüfung der Wirksamkeit der Impfkampagnen nutzt die WHO das sog. *Lot Quality Assurance Sampling* (LQAS), das die Anzahl der erreichten Kinder auf Basis der Ergebnisse aus Stichproben kleinerer Gruppen (lots) schätzt. Aufgrund veralteter staatlicher Bevölkerungsdaten werden durch LQAS relativ zuverlässigere Aussagen über die Impfabdeckung gegenüber staatlichen Angaben gewonnen. Im Durchführungszeitraum der hier evaluierten Phasen von 2016 - 2021 konnte schrittweise eine 90 %ige **Impfabdeckung der Zielpopulation** in nahezu allen (98 %) der administrativen Local Government Areas (LGA) Nigerias erreicht werden (vgl. Indikator 1). Danach ist sind die Erfolge rückläufig gewesen, was unter anderem auf die Umleitung von Kapazitäten im Rahmen der COVID-19 Pandemie und zunehmende Sicherheitsprobleme insbesondere vor den Wahlen 2023 sowie generell eine nachlassende Prioritätensetzung für Polio in Nigeria zurückgeführt werden kann.

Die gestiegenen Immunisierungsraten der letzten Jahre sowie das Ausbleiben neuer Wild-Poliofälle zeigen den Erfolg des nigerianischen Polio-Impfprogramms mit seinen **Sonderimpfaktionen** und zahlreichen Maßnahmen, um die Zugänglichkeit und Abdeckung zu verbessern. Von über 600.000 Kinder, die bis August 2016 insbesondere in den Hochrisikogebieten im Nordosten des Landes unerreicht geblieben waren, ging die Zahl im Jahr 2018 auf 70.000, im Januar 2019 auf rund 60.000 und Ende 2019 auf etwa 34.000 Kinder zurück, was einer Reduktion von 94 % entspricht. Die missed children während Sonderimpfaktionen (SIAs) lag über die Jahre 2017 bis 2023 unverändert bei 1 % im Fall von Tür-zu-Tür Haushaltskampagnen und 2 % bei anderen SIAs. Die folgende Abbildung, die vom WHO-Büro in Nigeria im Rahmen der Evaluierung zur Verfügung gestellt wurde, zeigt beispielhaft im Bundesstaat Borno die Entwicklung der **Zugänglichkeit für Impfkampagnen** im Betrachtungszeitraum. Während 2016 noch der größere Teil der Siedlungen nicht erreicht werden konnte (rote Punkte), konnte durch unterschiedliche Strategien über die Jahre 2016 bis 2023 der Anteil nicht erreichter Siedlungen 2024 erheblich reduziert werden.

Abb.4: Unzugängliche Siedlungen im Bundesstaat Borno, Nigeria 2016 bis März 2024



Quelle: Kommunikation mit WHO-Headquarter in Genf sowie WHO-Büro in Nigeria im Rahmen der Evaluierung

Die politisch-militärisch prekäre Situation im Norden Nigerias stellt und stellt eine fortwährende Herausforderung dar. Die sich immer wieder verschärfende Sicherheitslage in den für die Polio-Eradikation wichtigen Hochrisikogebieten und die einhergehenden Zugangsschwierigkeiten zur unmittelbaren Zielgruppe der Kinder unter 5 Jahren hindert die flächendeckende Umsetzung des Programms und der Impfaktionen. Jedes Jahr gibt es Berichte, dass Impfhelfer und begleitendes Sicherheitspersonal angegriffen, entführt oder getötet werden – dies ist auch während des Durchführungszeitraums der FZ-Vorhaben geschehen.

Diesen Herausforderungen wird mit speziell angepassten Kampagnen begegnet, bzw. werden Impfkationen in besonders unsicheren Gebieten auch vollständig an das Militär delegiert (Reaching Inaccessible Children, RIC). Die Sicherheitskräfte wurden durch WHO in gesundheitsbezogenen und menschenrechtlichen Fragen geschult. Ein Monitoring der durch das Militär durchgeführten Interventionen seitens WHO war aus Vertraulichkeitsgründen nur teilweise möglich. So kam beispielsweise ein GPS-Tracking der Einsatzkräfte in manchen Fällen zum Einsatz, konnte aber nicht flächendeckend genutzt werden. Jedenfalls hat es laut WHO seit 2016 keine Beschwerden im Zusammenhang mit dem Einsatz von Sicherheitskräften bei Impfmaßnahmen gegeben.

Außerdem wurden zunehmend spezifische Maßnahmen ergriffen, um die Effektivität lokal angepasst zu steigern. Sobald es die Sicherheitslage erlaubte, wurden kurze und intensive Kampagnen im Sinne eines „Hit and Run“ gestartet. Um unzugängliche Gegenden wurden Impfgürtel angelegt. Mit Impfkationen in Flüchtlingslagern, an Grenzübergängen und öffentlichen Transitpunkten wurde den Migrationsbewegungen der Bevölkerung Rechnung getragen. Mit der Reaching Every Settlement (RES) Strategie wurden Impfteams von Mitgliedern der civilian Joint Task Force (cJTF) begleitet bzw. geschützt. Mit einer besseren Schulung und Überwachung der Impfhelfer wurde die Effektivität der Impfkampagnen potenziell gesteigert. Um die Akzeptanz der Impfkampagnen zu erhöhen, wurden traditionelle und religiöse Führer eingebunden, Aufklärungs- und Mobilisierungskampagnen durchgeführt und weitere grundlegende Gesundheitsdienstleistungen für den erweiterten Haushalt der Kernzielgruppe angeboten.

Während die meisten dieser Strategien bereits in den Vorgängerphasen entwickelt und angewandt wurden, wurden im Betrachtungszeitraum insbesondere digitale Technologien zur Erhöhung von Qualität und Effektivität der Impfabdeckung und Surveillance (AFP und Umwelt) entwickelt bzw. weiterentwickelt. Über Geographische Informationssysteme (GIS) und elektronische Datenübertragungen aus dem Feld ermöglichen eine evidenzbasierte und systematische Überwachung und Fallsuche in Echtzeit. Daten werden über Smartphones von speziellen Mitgliedern der Gemeinden und Gesundheitspersonal gesammelt und übertragen. Über GIS-Daten werden Aktivitäten in Karten für Analysezwecke visualisiert (GIS-Mapping). Dabei wurden spezielle Anwendungen entwickelt für die Überwachung von Impfkategorien, AFP Identifikation und Abklärung sowie Umwelt-Surveillance, die aber auch für andere Krankheiten genutzt werden können: *Auto Visual AFP Detection And Reporting*⁷ (AVADAR) dient der AFP-Überwachung im Feld indem dem Informant wöchentlich ein Video zu AFP gezeigt wird und dann angegeben werden muss, ob ein Kind mit entsprechenden Auffälligkeiten gesehen wurde, das noch nicht gemeldet wurde; bei AFP-Meldung wird direkt der Meldebeauftragte informiert und die Abklärung veranlasst. Die in Nigeria entwickelte eSURV (*electronic surveillance*) Plattform dient der Überwachung von Feldaktivitäten in Echtzeit und erleichtert die Aufdeckung von Gebieten mit fehlendem Reporting und mangelhafter Surveillance. Mit dem *Integrated Supportive Supervision (ISS)* Programm wird die Qualität der Arbeit im Feld verbessert. Auch die Impfabdeckung der Kampagnen wird im elektronisch LQAS einer Qualitätskontrolle unterzogen.

Das Rückgrat des nigerianischen Polio-Programms sind die weiblichen Impfhelfer, die meist einen besseren Zugang zu den Haushalten haben als männliche Impfhelfer. Nigeria hat sich verpflichtet, die Frauen im Polio-Programm zu stärken, so dass mehr als 80 % der Mitarbeitenden an der Frontlinie weiblich sind; insgesamt sind 90 % des Impfpersonals weiblich. Einerseits bietet das Polio-Programm Einkommensmöglichkeiten, andererseits setzen sich die Impfhelfer gerade in den Hochrisikogebieten erheblichen Sicherheitsrisiken aus, die jedes Jahr zum Tod von Impf- und Sicherheitspersonal führen. Auf Seite der Zielgruppe sollen mit den Impfkampagnen auch in den Risiko-Bundesstaaten alle Mädchen vollzählig erreicht werden. Um die Impfabdeckung zu erreichen wird in den Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen großer Wert darauf gelegt, die Mütter anzusprechen und von der Bedeutung der Polioschutzimpfung zu überzeugen. Frauen und Müttern kommt somit eine besondere Rolle in der erfolgreichen Poliobekämpfung zu. Zudem profitieren Mütter in besonderem Ausmaß von der Ausrottung von Polio, da erkrankte Kinder in der Regel von den Müttern gepflegt und versorgt werden.

Für eine Transition der Polio-Immunisierung sowie Surveillance von den vertikalen Strukturen der PEI in die Strukturen der Routineimmunisierung fehlt bisher der Ausbau der Routineimmunisierung und der Basisgesundheitsversorgung als zentrale Struktur hierfür. Trotz aller Bemühungen konnten nach Angaben der WHO im Jahr 2021 in manchen Hochrisikostaaten nur 14 % der Kinder durch Routineimpfungen des staatlichen Gesundheitssystems eine Immunisierung erhalten. Der Bericht des Independent Monitoring Board (IMB) der GPEI vom September 2023 schätzt, dass in 48.000 Siedlungen vor allem im Nordwesten des Landes ca. 4,9 Millionen Kinder schwer mit Impfprogrammen zu erreichen sind. Der Bericht führt weiter aus, dass zwar zuletzt 400.000 der zero-dose Kinder erreicht wurden, aber insgesamt in Nigeria immer noch 2,5 Mio. Kinder leben, die noch keinerlei

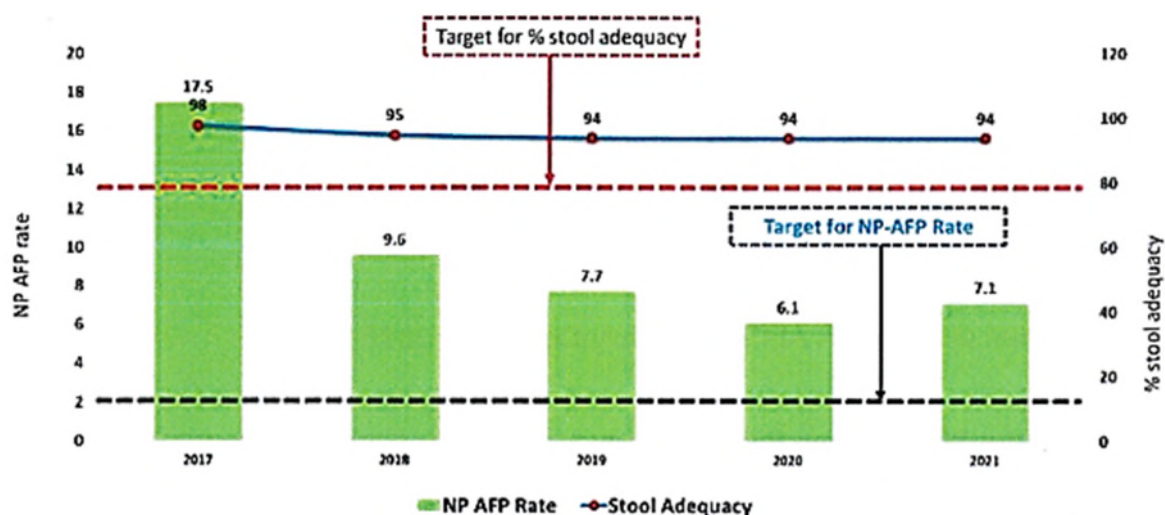
⁷ Elektronische Berichte werden von Einzelpersonen in der Gemeinschaft über die App eingereicht, wodurch das Überwachungsnetz über das Gesundheitspersonal hinaus erweitert wird.

Impfung (weder Polio- noch andere Routineimpfungen) erhalten haben. Damit lebt in Nigeria die Hälfte aller zero-dose Kinder des afrikanischen Kontinents.⁸

Eine wichtige Säule der Poliobekämpfung ist die flächendeckende Überwachung des Poliogeschehens durch die Identifikation von akuten schlaffen Lähmungen (*acute flaccid paralysis*, AFP) und Umweltproben. Die Überwachungsmaßnahmen wurden auch anteilig von der FZ unterstützt. Indikator 2 zur Überwachung der Sensitivität der **AFP-Surveillance** besagt, dass die Überwachung akuter schlaffer Lähmungen flächendeckend erfolgen muss und AFP-Fälle immer auf Polio gescreent werden. Das Ziel ist es dadurch alle Polio-Fälle umgehend zu identifizieren, zu isolieren und das Umfeld mit Sonderimpfaktionen zu schützen. Als internationaler Zielwert gilt, dass bei einer guten AFP-Surveillance mindestens 3 Fälle von nicht-Polio-induzierter akuter schlaffer Lähmung jährlich pro 100.000 Kinder im Alter unter 15 Jahren diagnostiziert werden unabhängig von der Polio-Situation. Bei Verdachtsfällen sollen an die Untersuchungsstellen für Polio innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Erkrankung 2 Stuhlproben (Mindestabstand der Probengewinnung 24-48 Stunden) zur Virusisolierung gesandt werden⁹.

Im Jahr 2020 war die absolute Anzahl der festgestellten nicht durch Polio induzierten Lähmungsfälle mit 3.351 gegenüber 2019 mit 3.631 leicht rückläufig. Es ist anzunehmen, dass die rückläufige Fallquote eher mit der zusätzlichen Personalbindung des Polio-Programms im Bereich COVID-19 und dem teilweise unterbrochenen Zugang zu bestimmten Überwachungsgebieten wegen Sicherheitsbedenken zu begründen ist als einem tatsächlich übergeordneten Rückgang des Auftretens von AFP. Die folgende Abbildung 5 zeigt die Rate der nicht durch Polio verursachten akuten schlaffen Lähmungen (*non-polio AFP rate*) von 2017 bis 2021. Der Prozentsatz der Fälle mit frühzeitiger Stuhlprobe und rechtzeitigem Transport lag über dem Mindestwert der WHO von 80 %.

Abb. 5: AFP-Surveillance im Beobachtungszeitraum der FZ-Vorhaben



Quelle: NPHCDA, Technical Report, submitted to KfW in 2022

8. Beitrag zur Erreichung der Ziele

Nach den von WHO und UNICEF übermittelten Zahlen ergibt sich eine anteilige FZ-Finanzierung von 17,4 % der Gesamtkosten des nigerianischen Polio-Programms in den Durchführungsjahren 2016 bis 2021 (Phase VII-XI). Die FZ-Mittel dienten der Ko-finanzierung und Umsetzung der NPEEPs 2016 bis 2021 und flossen in die Aktivitäten von WHO und UNICEF, entsprechend der etablierten und koordinierten arbeitsteiligen Kooperation der beiden Implementierungspartner

Durch das von der FZ anteilig finanzierte nigerianische Polioprogramm wurden schwerpunktmäßig Sonderimpfkampagnen (Supplementary Immunization Activities, SIA) und Impfkampagnen zur Eindämmung von Polioausbrüchen (Outbreak Response Campaigns, ORC) durchgeführt. Hierbei wurden zwischen 2017 und 2021 in 105 nationalen und subnationalen Impfkampagnen insgesamt rd. 1,16 Mrd. Polio-Impfdosen verabreicht. Bei geplanten Sonderimpfkampagnen wurden zudem häufig weitere Impfungen gegen andere relevante Infektionskrankheiten angeboten (sog. Immunization Plus Days).

⁸ 22nd Report of the Independent Monitoring Board of the GPEI

⁹ Das richtige Prozedere der Stuhluntersuchung wird mit dem Indikator „stool adequacy“ erfasst, der bei 80% liegen sollte.

Für die Vorbereitung, Koordinierung, Durchführung und Evaluierung der Impfkampagnen wurden von der WHO rd. 2.000 Mitarbeitende und über 1.400 lokale Consultants rekrutiert, sowie rd. 89.000 Impfhelfer auf Gemeindeebene identifiziert, ausgebildet, koordiniert und mit 200 Projektfahrzeugen unterstützt. Jedes Jahr werden von der WHO durchschnittlich 2,4 Mio. Finanztransaktionen für Personalleistungen im Rahmen der Impfkampagnen abgewickelt. Die Zahlungen wurden direkt und elektronisch auf die Bankkonten der Empfänger überwiesen (Direct Disbursement Mechanism).

Die Beschaffung und Verteilung der Polio-Impfstoffe wurden durch UNICEF organisiert und abgewickelt. Impfstoffe wurden hierfür per Luftfracht angeliefert und zunächst in Abuja im National Strategic Coldstore gelagert. Von hier wurden die Vakzine jedes Quartal auf 6 regionale Lager und von dort, ebenfalls vierteljährlich, auf die 37 Lager der Bundesstaaten verteilt. Von hier wurden monatlich 774 Lager der LGAs befüllt, von denen nach Bedarf die Gesundheitseinrichtungen versorgt wurden.

Generell gab es kein „earmarking“ der FZ-Mittel, so dass diese flexibel und situativ-bedarfsgerecht eingesetzt werden konnten. Dies umfasste neben der Durchführung und Vorbereitung von Sonderimpfkampagnen, auch Überwachungsmaßnahmen, technische Unterstützung, Kommunikationsmaßnahmen sowie Transitions-Aktivitäten zum Übergang des Notfallplans in Routineprogramme.

9. Qualität der Implementierung

Die politische Koordinierung des Polioprogramms fand partnerseitig auf höchster Ebene im Rahmen der *Presidential Task Force on Polio* statt, wobei die Task Force nach der Zertifizierung Nigerias als wildpoliofreies Land im Jahr 2020 ihre Rolle nach Einschätzung einiger Entwicklungspartner eher vernachlässigt hat. Das *Inter-Agency Coordination Committee* unter Vorsitz des nigerianischen Gesundheitsministers sicherte die Koordination unter den verschiedenen nationalen Akteuren ab, während technische Komitees wie das *Expert Review Committee* die Durchführung überwachten. Die eigentliche Implementierung – das operative Herz des Polioprogramms – wurde durch strategische und die technischen Arbeitsgruppen des *National Emergency Operation Centers* (NEOC) sichergestellt, welche auf Ebene der Bundesstaaten durch weitere *Operation Center* bis zu *Ward Health Committees* auf der untersten Verwaltungsebene des Gesundheitssystems komplettiert wurden. Darüber hinaus werden Fortschritt und Zielerreichung im Hinblick auf die Umsetzung des Kampfs gegen Polio regelmäßig durch das *Independent Monitoring Board* (IMB) der GPEI überwacht.

Zur Sicherstellung einer hohen Qualität der Impfkampagnen wurde für das WHO-Personal ein *Accountability Framework* entwickelt, welches für das Monitoring und die Kontrolle von Rechenschaftspflichten bis zu jedem einzelnen Akteur der Impfkampagnen genutzt wurde. Durch Erarbeitung klarer operativer Abläufe, der sorgfältigen Auswahl von Prozess- und Outcome-Indikatoren konnte damit ein wirksames Instrument etabliert werden, durch welches die Leistung eines jeden Akteurs bewertet und ggf. Folgemaßnahmen eingeleitet wurden. Durch externe Beobachter sowie unterschiedliche Auswertungstools, wurde eine Verifizierung der Informationsquellen sichergestellt.

Obwohl das Vorhaben in einem fragilen Kontext durchgeführt wurde, wird im Rahmen der EPE eine duale Zielsetzung nicht zugrunde gelegt. Der Ansatz hatte keinerlei Ziele den fragilen Kontext per se zu adressieren. Der vertikale Ansatz des Vorhabens, für dessen Durchführung UNICEF und WHO zuständig waren, wurde aber konfliktensibel umgesetzt, indem bspw. der kontinuierliche Dialog mit religiösen Einflussträgern und lokalen Meinungsführern zur Erhöhung der Akzeptanz von Polioimpfungen gesucht wurde. Der Beitrag zum Aufbau leistungsfähiger staatlicher Strukturen im öffentlichen Gesundheitsbereich und zur Gesundheitssystemstärkung ist relativ gering; auch der nigerianische Eigenbeitrag diente vorrangig der Sicherheit des Impfpersonals und nicht der Minderung von Konflikten.

Hinsichtlich Implementierungsqualität ist positiv zu vermerken, dass sich das AFP-Surveillance-System in Nigeria als robust und zuverlässig erwiesen hat; auch die Umwelt-Surveillance, d.h. die Virusisolation aus Umweltproben ist leistungsfähig und effektiv. Es stellt ein wichtiges Frühwarnsystem für drohende Ausbrüche sowohl von WPV1 wie auch cVDPV2 dar. Das Surveillance-System ist insgesamt eine wichtige Säule zur Erreichung des Eradikationsziels.

10. Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Durch die Aufstockung von Phase XI um 5 Mio. EUR wurde ein finanzieller Beitrag geleistet, um den Kampf gegen COVID-19 in Nigeria durch das nationale Polioprogramm zu unterstützen. Das NEOC wurde zeitweise zu einem nationalen Koordinierungszentrum gegen COVID-19 umgestaltet. Nahezu das gesamte Personal des Polioprogramms auf nationaler, föderaler und lokaler Ebene widmete sich vorübergehend dem Kampf gegen COVID-19. Polio-Impfkampagnen wurden vorübergehend ausgesetzt, stattdessen wurden durch die Gemeindehelfer des Polio-Programms Impfmaßnahmen gegen COVID-19 unterstützt und Aufklärungsmaßnahmen bezüglich COVID-19 durchgeführt. Die Analyse von COVID-19-Tests wurde durch zwei Labore des Polioprogramms unterstützt. Insgesamt hätte COVID-19 in Nigeria ohne die vorhandene Infrastruktur der Poliobekämpfung, v.a. Labore und ein elaboriertes Impfstofflogistiksystem, weit weniger wirkungsvoll bekämpft werden können. Bereits in der Vergangenheit wurden mehrfach Kapazitäten des Polio-Überwachungssystems zur Erfassung von anderen Krankheitsausbrüchen wie Ebola und Lassa-Fieber genutzt. Auch in Zukunft ist zu erwarten, dass das Polio-Überwachungssystem, insbesondere Umwelt-Surveillance (Environmental Surveillance, ES), für das nigerianische Gesundheitssystem im Bereich Pandemie-Prävention und -Bekämpfung von Bedeutung sein wird.

Es ist aber auch anzumerken, dass das pandemie-bedingte Aussetzen der Polio-Impfkampagnen und die Fokussierung des Polioprogramm-Personals auf die COVID-19-Bekämpfung zu dem Anstieg der zirkulierenden Impfstoff-abgeleiteten Polioviren infolge sich ausweitender Polio-Impflücken beigetragen hat.

Die aus dem Polio-Programm entstandenen Entwicklungen von digitalen Technologien zur Verbesserung der Impfabdeckung und Surveillance (u.a. GIS Mapping, AVADAR, e-SURV) konnten erfolgreich in Nigeria zur Bekämpfung anderer Erkrankungen (z.B. Lassa-Fieber, Gelbfieber, COVID-19) bzw. durch Technologie-Transfer über WHO und UNICEF auch in anderen Ländern genutzt werden.

Zusammenfassung der Benotung

Deutlich verbesserte Impfraten der Zielgruppe, insbesondere auch in den Hochrisikogebieten haben dazu beigetragen, die WPV1-Übertragung nachhaltig zu unterbrechen. Da es nur verlässliche Daten in den LGAs gibt, in denen Kampagnen durchgeführt werden können, muss für eine Bewertung des Indikators auch das Ausmaß der Zugänglichkeit in den Hochrisikoregionen betrachtet werden. Auch hier zeichnete sich dank dem Einsatz und der Weiterentwicklung von etablierten Strategien eine positive Entwicklung ab. Einschränkend ist zu sagen, dass die Qualität und Effektivität der Impfkationen und des Surveillance-Systems v.a. durch Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sich wieder verschlechtert haben; dies dürfte auch für das ohnehin schon unzureichende und lückenhafte Routine-Impfprogramm gelten.

Effektivität: 3 (für alle Phasen)

Effizienz

11. Produktionseffizienz

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. Kosten pro Impfung sind aufgrund der Datengrundlage nicht zu ermitteln; diese müssten infolge der z.T. prekären Sicherheitslage im Norden Nigerias dann auch kontext-spezifisch beurteilt werden, da für Transport und Schutz der Impfteams zusätzliche Kosten anfallen.

Jedoch kann angenommen werden, dass durch die Kooperation mit UNICEF (für die Verteilung von ca. 60 % der weltweiten Impfstoffmenge verantwortlich) und WHO sehr kompetente Partner mit langjährigen Erfahrungen des effizienten Mitteleinsatzes in global koordinierten und international finanzierten Programmen der Poliobekämpfung zur Verfügung standen. Die Verwaltungspauschalen (handling fee) betrugen für WHO 7 % und für UNICEF 5 %. Dies entsprach vergleichbaren FZ-Vorhaben in Pakistan, Afghanistan und Indien und kann als angemessen betrachtet werden.

Potential zur Erhöhung der Produktionseffizienz ergibt sich insbesondere in der Koordination und schrittweisen Integration der Poliobekämpfung in das Routineimpfprogramm – bei gleichzeitiger Stärkung der Strukturen der Basisgesundheitsversorgung und unter Beibehaltung der elementaren Säulen der Poliobekämpfung, wie Surveillance und Reaktionsfähigkeit bei Ausbrüchen. Dieser Transitionsprozess, der seit 2015 stattfindet, gestaltet sich als

langwierig und mühsam, so dass die zu erwartenden Effizienzgewinne der verstärkten Koordination und Integration bislang nicht erzielt werden konnten.

Wesentliche Verzögerungen bei der Umsetzung der FZ-Mittel, die in beiden Phasen jeweils in einer einmaligen Tranche an WHO und UNICEF ausgezahlt wurden, waren nicht zu verzeichnen. Dies lag u.a. daran, dass die Mittel der FZ-Kofinanzierung im Rahmen des arbeitsteiligen Vorgehens von WHO und UNICEF flexibel eingesetzt werden konnten.

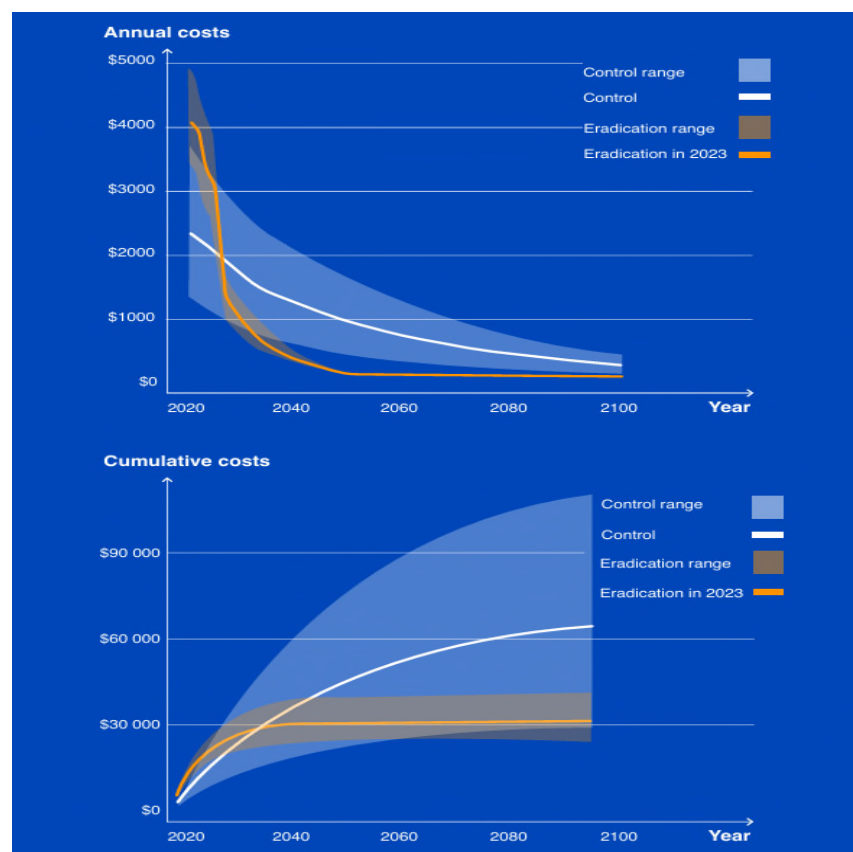
12. Allokationseffizienz

Aktuelle globale Kosten-Nutzen-Analysen von Maßnahmen zur Unterbrechung von Polio-Infektionen im Rahmen der GPEI zeigten, unter der Annahme, dass Polio bis zum Jahr 2023 ausgerottet sei, einen Netto-Nutzen von 28 Mrd. USD. Eine frühere Kosten-Nutzen-Analyse von 2010 errechnete einen Netto-Nutzen von 47 Mrd. USD unter der Annahme, dass das Eradikationsziel bis 2012 erreicht würde. Der Rückgang des erwarteten Netto-Nutzens ist zum einen dem verzögerten Erfolg der Eradikation und zum anderen höheren Kosten für veränderte und angepasste Impfstrategien geschuldet, wie z.B. dem vermehrten Einsatz inaktiver Poliovakzine (IPV) und neuartiger OPV (nOPV), die genetisch stabiler sind.

Es ist auch zu beachten, dass in die o.g. Analyse, die vor der COVID-19-Pandemie erstellt wurde, nicht-Polio-spezifische Nutzen nicht einbezogen sind, die sich – im Falle von COVID-19 – zur Pandemiebekämpfung und -prävention ergaben. Außerdem verfolgt die aktuelle GPEI *Polio Eradication Strategy* einen holistischen Ansatz, der auch nicht-Polio-spezifische Ergebnisse und Wirkungen einschließt, u.a. Gesundheitssystemstärkung, integrierte Dienstleistungen und Geschlechtergerechtigkeit.

Ein alternatives Szenario zur Polio-Eradikation wäre, Polio-Infektionen auf niedrigem Niveau zu halten bzw. zu kontrollieren. Analysen der GPEI zeigen jedoch, dass mittels jetziger Investitionen entsprechend des aktuellen GPEI-Bedarfs für Polio-Eradikation es bis 2100 gegenüber einem Kontroll-Szenario zu kumulativen Einsparungen von über 100 Mrd. USD kommt (vgl. Abb. 6).

Abb. 6: Jährliche Gesamtkosten und kumulative Kosten für ein Eradikations-Szenario vs. eines Kontroll-Szenarios (USD in Mio., 3 % jährliche Discount-Rate)



Quelle: GPEI Investment Case 2022-2026: Investing in the promise of a polio-free world

Global betrachtet ist angesichts der Rolle Nigerias zur Erreichung des globalen Eradikationsziels die Investition in das nigerianische Polioprogramm von extremer Bedeutung. Diese Allokationseffizienz ist aus nationaler Sicht und aus Sicht der unmittelbaren Zielgruppe nicht in gleichem Masse gegeben. Die Krankheitslast durch Polioinfektionen ist selbst bei erhöhten Krankheitsfällen deutlich geringer als andere Infektionskrankheiten bei Kindern unter 5 Jahren und die gerade in den Hochrisikogebieten z.T. desolate Gesundheitsbasisversorgung steht im Gegensatz zu den personal- und ressourcenintensiven Impfaktionen des Polioprogramms.

Zusammenfassung der Benotung

Durch die Zusammenarbeit mit den etablierten vertikalen Strukturen der Implementierungspartner, insbesondere UNICEF als zentraler Beschaffungseinheit, ist die Produktionseffizienz als gut zu bewerten; allerdings gibt es Hinweise, dass Potentiale zur Effizienzsteigerung in der Transitionsphase, insbesondere die schrittweise Integration der Polio-Impfhelfer in das Routine-Impfprogramm und Stärkung der Basisgesundheitsversorgung, nicht ausreichend genutzt wurden. Aus allokativer Perspektive ist die Eradikationsstrategie der GPEI und die Effizienz von Impfungen allgemein als hoch belegt. Angesichts der programmatischen Ineffizienzen zwischen dem vertikalen Polioprogramm und der Routineimmunisierung wird die Effizienz insgesamt als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Effizienz: 3 (für alle Phasen)

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

13. Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen

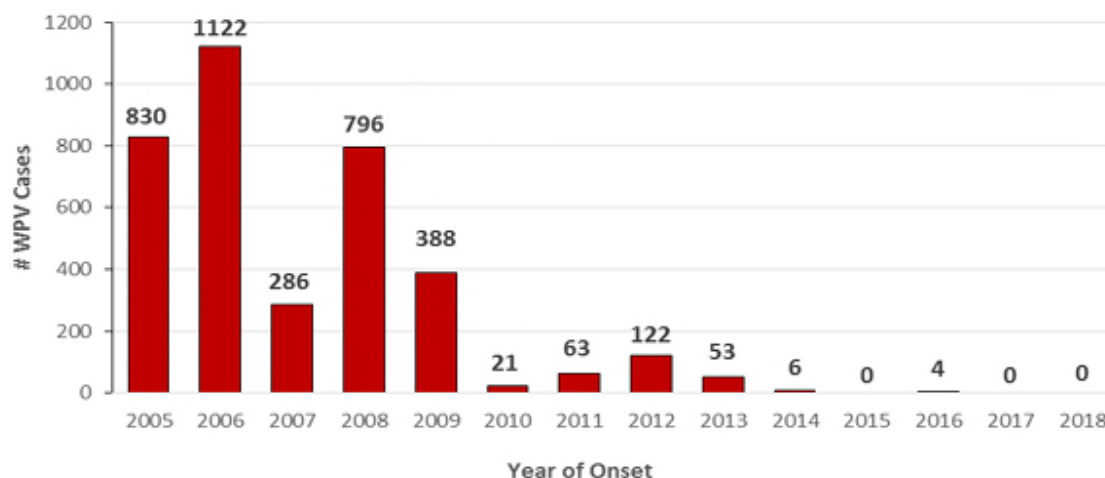
Wie in den vorherigen Phasen des FZ-Polioprogramms in Nigeria war das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel der Phasen VII bis XI (Betrachtungszeiträume), die Übertragung des wilden Poliovirus in Nigeria zu unterbrechen und damit einen Beitrag zur globalen Polioausrottung zu leisten. Als Indikator dient die Regelung der WHO, die zur Anwendung kommt, wenn ein Land als poliofrei erklärt wird: wenn drei Jahre lang keine Neuinfektionen mit dem WPV gemeldet werden. In Nigeria wurden bis August 2016 über zwei Jahre keine WPV-Infektionen gemeldet, aber in der zweiten Hälfte 2016 wurden wieder vier Fälle notifiziert. Diese vier Fälle traten allerdings ausschließlich in unzugänglichen Gebieten auf, was die bis dahin erfolgreiche geographische Eindämmung unterstreicht; trotzdem wurde damit bis zur Phase VI das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel verfehlt. Für die Phasen VII – XI wurde daher der gleiche Indikator für die Zielerreichung definiert wie in den Vorgänger-Phasen. Die Erreichung des Ziels auf Impact-Ebene kann wie folgt zusammengefasst werden.

Tabelle Zielerreichung auf Impact-Ebene:

Indikator	Status PP	Zielwert gemäß PP	Ist-Wert bei EPE
(1) Keine Neuinfektionen mit Wildpolioviren in Nigeria	2014: 6 2016: 4 Seit 2017: 0	0	0 Erfüllt

Seit August 2016 wurden keine Neuinfektionen mit Wildpolio in Nigeria gemeldet. Nach Ablauf der 3-jährigen Frist ohne neue Wildpolio-Fälle hat die *Africa Regional Certification Commission* (ARCC) auf Antrag Nigerias im Dezember 2019 das Verfahren zur Zertifizierung Nigerias als poliofrei eingeleitet. Im Rahmen der Zertifizierung wurden Nachweise für ein funktionierendes Surveillance-System, die Impfabdeckung von Kindern durch Routineimpfungen, die Einhaltung der Empfehlungen der GPEI und WHO zum Umgang mit (potenziell) infizierten Materialien und zur Sicherheit von Laboren sowie die Bereitschaft zur Durchführung von besonderen Maßnahmen im Falle eines erneuten Wildpoliofalles erhoben. Das Zertifizierungsverfahren wurde 2020 erfolgreich abgeschlossen.

Abb.7: Zahl der gemeldeten WPV1-Fälle in Nigeria 2005 – 2018



Quelle: 2019 Nigeria Polio Eradication Emergency Plan, NPHCDA

Neben der erfolgreichen Ausrottung von Wildpolio wurde auch ein bemerkenswerter Rückgang der impfstoffabgeleiteten Polio-Ausbrüche (cVDPV2) um 95 % seit dem Höhepunkt der Fälle im Jahr 2021 erreicht. Die genetische Diversität der impfstoffabgeleiteten Polioviren wurde von sieben verschiedenen Linien im Jahre 2019 auf nur eine Linie im Jahr 2023 reduziert.

14. Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Durch die langjährige Unterstützung des nigerianischen Polioprogramms konnte die FZ über die Implementierungspartner WHO und UNICEF zur Poliobekämpfung beitragen. Das Ziel auf Impact-Ebene der Phasen VII – XI des Vorhabens, einen Beitrag zur Unterbrechung der Polio-Übertragung in Nigeria zu leisten, ist mit der Zertifizierung Nigerias als poliofrei erreicht.

Der Betrachtungszeitraum war, wie im Kapitel Effektivität beschrieben, geprägt von einer in den Hochrisikogebieten im Nordosten Nigerias weiterhin hoch-prekären Sicherheitslage, die sich seit 2016 und besonders im Vorfeld der Präsidentschaftswahlen 2023, nochmals verschlechterte. Die Sicherheitsrisiken für das Personal des Polioprogramms verringerten die Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe in den Hochrisikogebieten massiv und die Wirkungen auf die Durchführung von Impfmaßnahmen sind schwerwiegend; diese waren vorhersehbar, durch das Vorhaben aber nicht grundlegend beeinflussbar. Ohne eine politische und gesellschaftliche Lösung des Sicherheitsproblems wird eine langfristige Ausrottung impfinduzierter Polioviren nicht möglich sein und erhöht das permanente Risiko eines Wiederauftretens von WPV1.

Die COVID-19-Pandemie 2020/21 hatte zusätzlich erheblichen negativen Einfluss auf das originäre Polio-Programm. Durch Lockdown, Kontakt- und Mobilitätseinschränkungen, sowie zeitweise Beschaffungsprobleme waren geplante Maßnahmen oftmals nicht umsetzbar. In der Bevölkerung war eine verringerte Besuchsfrequenz bei Gesundheitsstationen feststellbar und die Polio-Überwachungsaktivitäten waren deutlich eingeschränkt. Bei der politisch priorisierten Bekämpfung von COVID-19 durch Polio-Personal wurden Impfkampagnen und Polio-Überwachung reduziert; zeitgleich konnte ein dramatischer Anstieg der Fälle von cVDPV2 beobachtet werden. Die Auswirkungen von COVID-19 wiegen schwer, waren kaum vorsehbar, hätten aber durch eine Vermeidung des Abzugs von Polio-Personal zumindest abgemildert werden können.

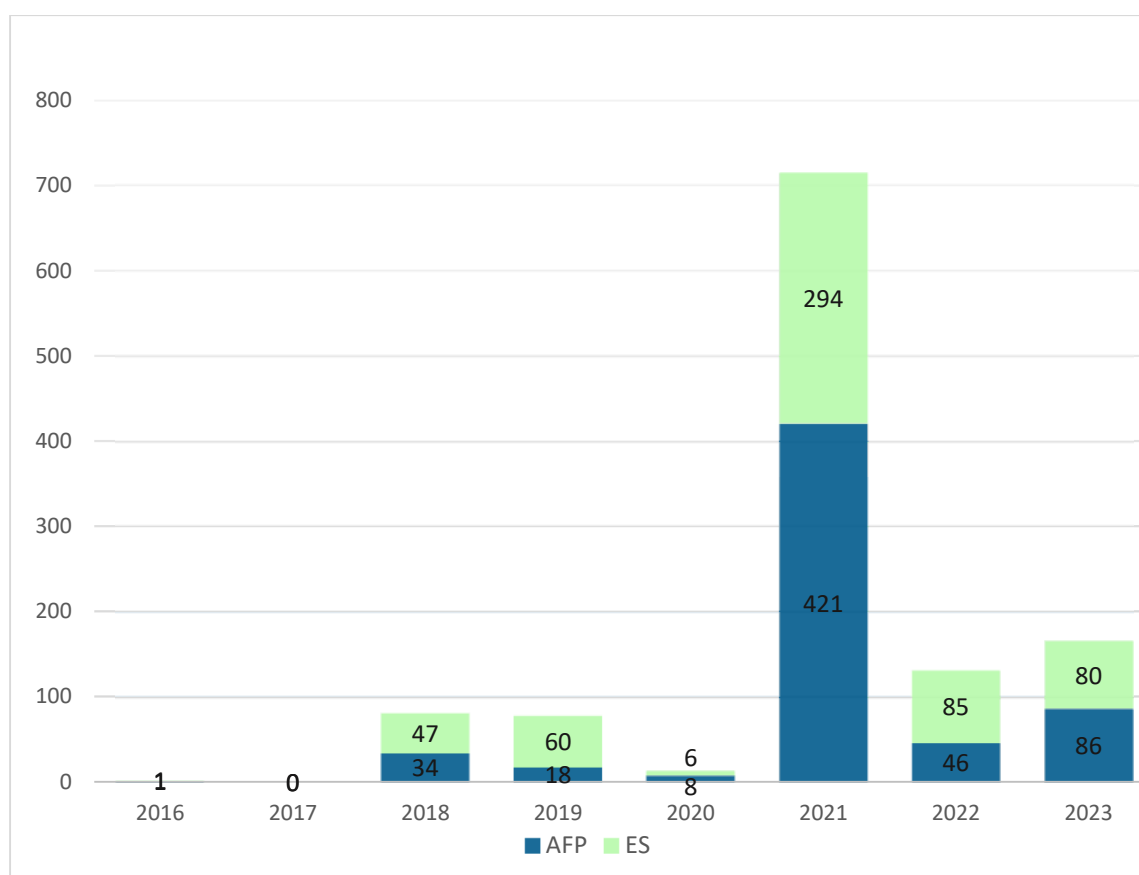
Trotz dieser adversen Bedingungen ist es gelungen, ein Wiederauftreten des WPV1 bis jetzt (Stand Oktober 2024) zu verhindern. Einen wesentlichen Anteil an diesem Erfolg haben nach Analyse der GPEI die vorwiegend im nigerianischen Polioprogramm entwickelten digitalen Innovationen zur Verbesserung der Qualität und Effektivität der Impfkampagnen und des Polio-Surveillance-Systems (vgl. Effektivität).

15. Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Nach der Umstellung von oralen trivalenten Lebendimpfstoffen (tOPV)¹⁰ auf orale bivalente Lebendimpfstoffe (bOPV) wurde seit 2018 in Nigeria eine Übertragung von zirkulierenden impfstoffabgeleiteten Polioviren des Typs 2 (cVDPV2) festgestellt, das sogenannte Impfpolio. Im Jahr 2021 war mit 421 Fällen der Höchststand der cVDPV2-Ausbrüche. Bis Anfang 2021 wurden in reaktiven Sonder-Impf-Kampagnen rund 180 Mio. Dosen von dem monovalenten oralen Lebendimpfstoff Typ 2 (mOPV2) verabreicht. Im März 2021 war dann Nigeria das erste Land, in dem der neuentwickelte und genetisch stabilere Lebendimpfstoff (nOPV2) zur Anwendung kam (450 Mio. Dosen in 2021/22; 60 % des globalen Verbrauchs an nOPV2).

Bereits 2015 wurde in Vorbereitung der Umstellung von den tri- auf die bivalente orale Lebendimpfstoffe das inaktivierte Poliovirus (IPV), das alle drei Virusanteile enthält, in die Routine-Immunisierung (RI) aufgenommen. Von 2017 bis 2020 wurden auch in Sonder-Impf-Kampagnen (SIAs) 35 Mio. Dosen IPV verabreicht, um die OPV2 Impfkampagnen zu komplementieren und die nationale Abdeckung mit IPV in der RI zu erhöhen.¹¹ Nach Angaben von WHO und UNICEF hat sich die landesweite IPV-Impfabdeckung im RI-Programm seit Einführung 2015 von 42 % auf 62 % in 2022 verbessert.¹² Trotzdem war nach Analyse der GPEI im aktuellen IMB-Bericht vom September 2024 Nigeria hauptverantwortlich für die Ausbreitung von cVDPV in Afrika, indem die Vorbereitung auf die Umstellung des Impfregimes letztlich unzureichend war, über lückenhafte Routineimpfungen kein ausreichender Immunitätsgrad in der Bevölkerung erreicht wurde und die reaktiven Impfkampagnen von ungenügender Qualität waren.¹³

Abb. 8: Verlauf der Impf-Polio-Fälle und die Zahlen der positiven cVDPV Umwelt-Proben (environmental surveillance, ES) 2016 – 2023



¹⁰ Gegen alle 3 Polio-Wildviren

¹¹ Effectiveness of poliovirus vaccines against circulating vaccine-derived type 2 poliomyelitis in Nigeria between 2017 and 2022: a case-control study - The Lancet Infectious Diseases

¹² Nigeria: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2022 revision; <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/cp/immunisation/nga.pdf>

¹³ 23rd Report of the Independent Monitoring Board of the GPEI

Quelle: Kommunikation mit dem WHO Landesbüro Nigeria.; graph. Darstellung für diese EPE im Oktober 2024 zur Verfügung gestellt.

Das Poliobekämpfungssystem in Nigeria konnte bei COVID-19 wie auch bei anderen Krankheitsausbrüchen bereits erfolgreich für die Überwachung und Bekämpfung anderer Krankheiten eingesetzt werden. Dies war zu Beginn der Maßnahme nicht beabsichtigt und hat wie oben dargestellt auch das Risiko einer vorübergehenden Vernachlässigung der Poliobekämpfung. Das aufgebaute System dient aber über die Poliobekämpfung hinaus auch der Pandemieprävention und dem Umgang mit entsprechenden Infektionskrankheiten.

Zusammenfassung der Benotung

Bei der Beurteilung der übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkung ergibt sich ein höchst diverses Bild. Einerseits ist Nigeria im Betrachtungszeitraum die Eradikation des WPV1 gelungen, was einen historischen Meilenstein des globalen Polio-Programms bedeutete. Gleichzeitig kam es zu massiven Ausbrüchen des Impfvirus, das sich von Nigeria in weite Teile Afrikas verbreitete. Einerseits ist mittels innovativer Strategien und Technologien der Zugang zur Zielgruppe in den Hochrisikogebieten im Norden Nigerias deutlich verbessert worden, andererseits gilt das Routineimpfprogramm als noch immer höchst unzureichend und es ist noch nicht gelungen, die Strukturen der Basisgesundheitsversorgung in Nigeria flächendeckend und nachhaltig zu stärken. Positiv ist anzumerken, dass es aktuell gelungen ist, die Zahl der Impfpolio-Fälle um 95 % zu reduzieren, was vermutlich hauptsächlich auf eine bessere Verfügbarkeit und den vermehrten Einsatz des neuen, genetisch stabileren Lebendimpfstoffes (nOPV2) geschuldet ist. Insgesamt wird die entwicklungspolitische Wirkung aufgrund der impfstoffabgeleiteten Poliofälle nur als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: 3 (für alle Phasen)

Nachhaltigkeit

16. Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Die politische und finanzielle Unterstützung (nationale und international) im Kampf gegen Polio ist seit der Zertifizierung Nigerias als wildpoliofreies Land und trotz der gleichzeitigen Zunahme des cVDPV2 zurückgegangen (vgl. Aufschlüsselung Gesamtkosten). Die fehlende Unterstützung beeinträchtigt sowohl die effektive Durchführung von Impfkampagnen als auch die dringend erforderliche Verbesserung von Routineimpfung - insbesondere in Hochrisikogebieten - beträchtlich. Die Auswirkungen des eingetretenen Risikos wiegen schwer; allerdings ist eine teilweise Abmilderung bspw. durch eine erneute externe finanzielle Zuwendung und erhöhten Druck internationaler Partner auf die nigerianische Regierung denkbar.

17. Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Die nachhaltige Wirksamkeit der Maßnahmen des NPEEP ist nur gegeben, wenn die landesweiten Routineimpfungen im Rahmen der Kindergesundheitsvorsorge parallel (zur Aufrechterhaltung der Grundimmunisierung der Bevölkerung) gestärkt werden. Da die Qualität und die Konsistenz der Routineimpfungen nicht den Erfordernissen entsprachen, wurde 2017 das *National Emergency Routine Immunization Coordination Centre* (NERICC) gegründet, um die Grundimmunisierungen finanziell sowie technisch zu unterstützen.

Das nigerianische Routineimpfprogramm, koordiniert vom Träger NPHCDA, hat 2012 bis 2016 Fortschritte gemacht und die Impfabdeckung insgesamt erhöht, doch sie ist nach wie vor auf niedrigem Niveau. 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 nachhaltige Wirksamkeit der Maßnahmen des NPEEP ist nur gegeben, wenn die landesweite Routineimpfung im Rahmen der Kindergesundheitsvorsorge parallel gestärkt wird. Deren Qualität und Konsistenz entsprechen allerdings nach wie vor nicht den Erfordernissen. Die Defizite weisen auf strukturelle Mängel hin. Mit der FZ-Kofinanzierung des Poliobekämpfungsprogramms wurde eine Stärkung der NPHCDA und des Routine-Impfprogramms nicht direkt adressiert. Die deutlichen Herausforderungen wurden auch im aktuellen IMB-Bericht vom September 2024 erwähnt, wobei abnehmende Ownership und Eigenbeiträge sowie das föderale System mit 36 Bundesstaaten und 774 unterbesetzten Regionalverwaltungen eine stringente und effektive Arbeit der Polio- und Routineimpfprogramme erschweren.

18. Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit

Ein schwer kalkulierbares und nicht beeinflussbares Risiko für die Weiterführung und Effektivität des Polioimpfprogramms ist die Konfliktlage im Nordosten. Insgesamt entwickelte das Programm über die letzten Jahre 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 schwierig bis unmöglich. Letztlich wird die Dauerhaftigkeit der bisherigen Erfolge des nigerianischen Polioprogramms, d.h. die langfristige Ausrottung aller Arten von Polio, stark davon abhängen, ob eine politische und gesellschaftliche Lösung des Sicherheitsproblems möglich sein wird. Ebenso entscheidend für den nachhaltigen Erfolg des nigerianischen Polioprogramms wird es sein, ob es gelingt, das Routineimpfprogramm und die Basisgesundheitsversorgung deutlich zu verbessern und zu stärken.

Grundsätzlich als nachhaltig zu beurteilen, bleibt die Wirkung der erfolgten Immunisierung für die erreichten Kinder.

Zusammenfassung der Benotung

Die Nachhaltigkeitsaspekte werden in der strategischen Ausrichtung, insbesondere dem Transitionsplan berücksichtigt und teilweise umgesetzt. Dennoch bestehen Nachhaltigkeitsrisiken durch den Konflikt und die strukturellen Schwächen im Gesundheitssektor. Zudem beschränken abnehmende Mittel auch die nachhaltige Finanzierung der notwendigen Maßnahmen. Insgesamt wird dem Programm eine eingeschränkt gute Nachhaltigkeit bescheinigt.

Nachhaltigkeit: 3 (für alle Phasen)

Gesamtbewertung

Unter Berücksichtigung der Zielerreichung der WPV-Eradikation in Nigeria und deren hoher Relevanz für die globale Polio-Ausrottung, aber auch unter Berücksichtigung der programmatischen Defizite, die Impfpolio-Ausbrüche begünstigten und die Nachhaltigkeit der erzielten Erfolge gefährden, wird das FZ-Projekt insgesamt als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Gesamtbewertung: 3 (für alle Phasen)

Beiträge zur Agenda 2030

Die für das FZ-Modul relevanten nationalen Polio-Notfallpläne (NPEEPs) haben zum Ziel, die Kinderlähmung in Nigeria auszurotten und tragen somit insbesondere zur nationalen Umsetzung des dritten Ziels der Agenda 2030 („Gesundheit und Wohlergehen“) bei. Die GPEI stärkt aktiv die Rolle von Frauen im Programm und erreicht Mädchen und Jungen gleichermaßen durch Impfkampagnen. Daher fällt das Modul zudem unter das Sustainable Development Goal 5 („Geschlechtergleichheit“).

Projektspezifische Stärken und Schwächen

- In Nigeria hat sich die Situation in Bezug auf Polio in den letzten Jahren erheblich verbessert. Nach 2016 traten keine Wildpolio-Fälle mehr auf und das Land konnte 2020 als polio-frei zertifiziert werden. Dieser Status konnte bis jetzt aufrechterhalten werden.
- Ebenso ist es eine Errungenschaft des Polio-Programms in Nigeria, einen bemerkenswerten Rückgang der Fälle von impfstoffabgeleiteter Polio zu erzielen (um 95 % seit dem Höhepunkt der Fälle im Jahr 2021). Die genetische Diversität der Polioviren wurde von sieben verschiedenen Linien im Jahr 2019 auf nur eine Linie im Jahr 2023 reduziert.
- Es gibt weiterhin große Herausforderungen durch die angespannte Sicherheitslage in den nordwestlichen Bundesstaaten, insbesondere in Zamfara, Sokoto und Kebbi. Dort gibt es auch weiterhin

anhaltendes Infektionsgeschehen mit impfstoffabgeleiteter Polio, da die Durchführung von Impfkampagnen erschwert bis unmöglich ist.

- Schätzungen zufolge sind etwa 4,9 Mio. Kinder in Nigeria wegen der fragilen Sicherheitssituation und anderen Faktoren in 48.000 Siedlungen nur schwer erreichbar. Zu den Stärken des Programms gehört, dass innovative Strategien entwickelt wurden und werden, um diese Kinder zu erreichen.
- Trotzdem gibt es in Nigeria etwa 2,3 Mio. Kinder, die keine Impfungen im Rahmen von Routineimpfungen erhalten haben (zero-dose children) – dies ist die zweithöchste Zahl weltweit nach Indien und entspricht der Hälfte der zero-dose Kinder in der gesamten afrikanischen Region. Um das Risiko eines erneuten Wildpolio-Ausbruches zu minimieren, wird es erforderlich sein, die Impfquote zu erhöhen und die Zahl der zero-dose Kinder massiv zu reduzieren. Dies wird nur in Zusammenarbeit mit internationalen Initiativen wie GPEI und vor allem Gavi möglich sein.
- Für einen nachhaltigen Erfolg der Polioeradikation ist eine flächendeckende Stärkung der Basisgesundheitsstrukturen und der primären Gesundheitsversorgung erforderlich, um Effektivität und Akzeptanz von Impfprogrammen (Routineimpfungen wie auch Sonderimpfkampagnen) zu erhöhen.

Projektübergreifende Schlussfolgerungen und Lessons Learned

- Wegen der Möglichkeit eines Reimportes von Polioviren (Wildpolio (WPV) und impfstoffabgeleitete Polio (cVDPV)) müssen die Pfeiler der Polioeradikation – hohe Impfquoten und Überwachung – auch in poliofreien Regionen so lange intensiv weitergeführt werden, bis die globale Polioeradikation erreicht ist.
- Die nachhaltige Polioeradikation in Nigeria erfordert die **Zusammenarbeit** der zwei Programme: (a) dem vertikalen, spezifischen **Polio Eradication Initiative (PEI)** und (b) dem **Expanded Programme on Immunization (EPI) für die Routineimmunisierung**. Diese beiden Programme PEI und EPI werden in Nigeria wie in anderen Ländern von zwei globalen Initiativen, GPEI und Gavi, technisch und finanziell unterstützt und beide über UNICEF und WHO umgesetzt. Erst die auf internationaler Ebene formalisierte Zusammenarbeit zwischen GPEI und GAVI scheint sich hinsichtlich der PEI / EPI-Kooperation auf nationaler Ebene wirkungsvoll zu erweisen. Auf die jetzt entscheidende GPEI und Gavi -Kooperation kann von deutscher Seite durch eine direkte Finanzierung beider Initiativen effektiver Einfluss genommen werden.
- Die **vertikale Implementierungsstruktur** des Polioprogramms über WHO und UNICEF war für die Wildpolio-Eradikation angesichts der gravierenden Defizite im nigerianischen Gesundheitssystem für eine effektive und effiziente Zielerreichung der Polioeradikation alternativlos. Nicht erst die COVID-19-Pandemie hat aber gezeigt, dass auch ein vertikal angelegtes Programm **wichtige Beiträge zur Gesundheitssystemstärkung** leisten kann. Im Falle Pandemieprävention bzw. -bekämpfung liegt diese insbesondere im Bereich Surveillance und Impfflogistik.
- Die FZ leistete über einen langen Zeitraum eine signifikante Ko-Finanzierung und hat damit auch erheblich zur Erreichung des Eradikationsziels in Nigeria beigetragen. Allerdings waren bei der Implementierung des nigerianischen Polio-Eradikationsprogramms über WHO und UNICEF konzeptionelle Gestaltungsmöglichkeiten für die deutsche FZ begrenzt bis nicht gegeben.

Evaluierungsansatz und Methoden

Methodik der Ex-post-Evaluierung

Die Ex-post-Evaluierung folgt der Methodik eines Rapid Appraisal, d.h. einer datengestützten, qualitativen Kontributionsanalyse und stellt ein Expertenurteil dar. Dabei werden dem Vorhaben Wirkungen durch Plausibilitätsüberlegungen zugeschrieben, die auf der sorgfältigen Analyse von Dokumenten, Daten, Fakten und Eindrücken beruhen. Dies umschließt – wenn möglich – auch die Nutzung digitaler Datenquellen und den Einsatz moderner Techniken (z.B. Satellitendaten, Online-Befragungen, Geocodierung). Ursachen für etwaige widersprüchliche Informationen wird nachgegangen, es wird versucht, diese auszuräumen und die Bewertung auf solche Aussagen zu stützen, die – wenn möglich – durch mehrere Informationsquellen bestätigt werden (Triangulation).

Dokumente:

Interne Projektdokumente, Strategien und Berichte der nigerianischen Regierung, Berichte und Daten von UNICEF und WHO, sekundäre Fachliteratur, Strategiepapiere, Kontext-, Landes-, & Sektoranalysen, Impact Evaluierungen, vergleichbare Evaluierungen, Systematic Reviews, Medienberichte.

Datenquellen und Analysetools:

Gesundheitsdaten von WHO und UNICEF, GPEI;

Interviewpartner:

Projekträger, WHO und UNICEF HQ und Länderbüros, Fachpersonal der KfW

Der Analyse der Wirkungen liegen angenommene Wirkungszusammenhänge zugrunde, dokumentiert in der bereits bei Projektprüfung entwickelten und ggf. bei Ex-post-Evaluierung aktualisierten Wirkungsmatrix. Im Evaluierungsbericht werden Argumente dargelegt, warum welche Einflussfaktoren für die festgestellten Wirkungen identifiziert wurden und warum das untersuchte Projekt vermutlich welchen Beitrag hatte (Kontributionsanalyse). Der Kontext der Entwicklungsmaßnahme wird hinsichtlich seines Einflusses auf die Ergebnisse berücksichtigt. Die Schlussfolgerungen werden ins Verhältnis zur Verfügbarkeit und Qualität der Datengrundlage gesetzt. Eine Evaluierungskonzeption ist der Referenzrahmen für die Evaluierung.

Die Methode bietet für Projektevaluierungen ein – im Durchschnitt - ausgewogenes Kosten-Nutzen-Verhältnis, bei dem sich Erkenntnisgewinn und Evaluierungsaufwand die Waage halten, und über alle Projektevaluierungen hinweg eine systematische Bewertung der Wirksamkeit der Vorhaben der FZ erlaubt. Die einzelne Ex-post-Evaluierung kann daher nicht den Erfordernissen einer wissenschaftlichen Begutachtung im Sinne einer eindeutigen Kausalanalyse Rechnung tragen.

Folgende Aspekte limitierten die Evaluierung:

- Mangelnde Kommunikation während der Durchführung der beiden Phasen zwischen KfW und dem Träger sowie den Implementierungspartnern auf nationaler Ebene. Damit bestand auch kein Anknüpfungspunkt bei EPE.
- Die Datenlage ist z.T. inkonsistent, lückenhaft und nicht stringent.
- Disaggregierte Daten nach Geschlecht oder Einkommen lagen nicht vor.

Methodik der Erfolgsbewertung

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den OECD DAC-Kriterien wird eine sechsstufige Skala verwandt. Die Skalenwerte sind wie folgt belegt:

- Stufe 1** sehr erfolgreich: deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
- Stufe 2** erfolgreich: voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
- Stufe 3** eingeschränkt erfolgreich: liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
- Stufe 4** eher nicht erfolgreich: liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
- Stufe 5** überwiegend nicht erfolgreich: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
- Stufe 6** gänzlich erfolglos: das Vorhaben ist nutzlos bzw. die Situation ist eher verschlechtert

Die Gesamtbewertung auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der sechs 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 „eingeschränkt erfolgreich“ (Stufe 3) bewertet werden.

Abkürzungsverzeichnis:

AFK	Acute Flaccid Paralysis
AK	Abschlusskontrolle
ARCC	African Regional Certification Commission
AVADAR	Auto-Visual AFP Detection and Reporting
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
bOPV	bivalent Oral Polio Vaccine
cJTF	Civilian Joint Task Force
COVID-19	Coronavirus disease 2019
cVDPV	circulating Vaccine Derived Poliovirus
DAC	Development Assistance Committee
EOC	Emergency Operation Center
EUR	Euro
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
FZ E	FZ Evaluierung
GAVI	Gavi, the Vaccine Alliance, früher: Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GPEI	Global Polio Eradication Initiative
HDI	Human Development Index
IMB	Independent Monitoring Board
IPV	Inactivated Polio Vaccine
LGA	Local Government Area
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
mOPV2	monovalent Oral Polio Vaccine (type 2)
NERICC	National Emergency Routine Immunization Coordination Centre
nOPV2	novel Oral Polio Vaccine
NPEEP	Nigeria polio Eradication Emergency Plan
NPHCDA	National Primary Health Care Development Agency
OPV	Oral Polio Vaccine
PEI	Polio Eradication Initiative
PP	Projektprüfung
PPB	Projektprüfungsbericht

PTFoPE	President's Taskforce on Polio Eradication
PV	Projektvorschlag
RES	Reaching Every Settlement-Strategie
RI	Routine Immunization
RIC	Reaching Inaccessible Children -Strategie
SIAs	Supplemental Immunization Activities
SIPDs	Supplemental Immunization Plus Days
tOPV	trivalent Oral Polio Vaccine
TZ	Technische Zusammenarbeit
UNICEF	United Nations Children Fund
USAID	United States Agency for International Development
USD	US Dollar
WHO	World Health Organisation
WPV	Wild Polio Virus
WPV1	Wild Polio Virus Type 1

Impressum

Verantwortlich

FZ E

Evaluierungsabteilung der KfW Entwicklungsbank

FZ-Evaluierung@kfw.de

Kartografische Darstellungen dienen nur dem informativen Zweck und beinhalten keine völkerrechtliche Anerkennung von Grenzen und Gebieten. Die KfW übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit oder Vollständigkeit des bereitgestellten Kartenmaterials. Jegliche Haftung für Schäden, die direkt oder indirekt aus der Benutzung entstehen, wird ausgeschlossen.

KfW Bankengruppe

Palmengartenstraße 5-9

60325 Frankfurt am Main, Deutschland

Anlagenverzeichnis:

Anlage 1: Zielsystem und Indikatoren

Anlage 2: Risikoanalyse

Anlage 3: Projektmaßnahmen und Ergebnisse

Anlage 4: Evaluierungsfragen entlang der OECD DAC-Kriterien/ Ex-post-Evaluierungsmatrix

Anlage 1: Zielsystem und Indikatoren

Projektziel auf Outcome-Ebene				Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)		
Bei Projektprüfung: Beitrag zur Unterbrechung der Polioübertragung in Nigeria auf Grundlage des <i>Nigeria Polio Eradication Emergency Plan</i> 2019 (und seinen Fortsetzungen). (MV 2014 und MV 2018 identisch)				Ursprünglicher Outcome-Indikator ist im Polio-Kontext Impact-Indikator		
Bei EPE (falls Ziel modifiziert): konsequente Immunisierung aller Kinder unter 5 Jahren gegen Poliomyelitis sowie die Nutzung eines funktionsfähigen Überwachungs- und Monitoringsystems.						
Indikator	Bewertung der Angemessenheit (angemessen; teilweise angemessen; nicht angemessen)	Begründung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP Optional: Zielniveau EPE	Status PP (2017)	Status AK (2020)	Optional: Status EPE (2023)
Indikator 1: Sonderimpfkampagnen (SIAs) erreichen in mindestens 85 % aller LGAs und in mindestens 90 % der Hochrisiko-LGAs eine Polio-Impfabdeckung von > 90 % der Kinder unter 5 Jahren.	Angemessen (der Indikator wurde bei PP auf Impact-Ebene verwendet, ist aber eher für die Outcome-Ebene geeignet).	Um die Übertragung des Polio-Wildvirus in Nigeria zu beenden, ist eine konsequente Impfabdeckung von mindestens 90% der Zielgruppe in mindestens 85 % der LGAs (<i>Local Government Areas</i>) notwendig. Wenn diese Herdenimmunität durch Routineimpfungen und Sonderimpfkampagnen aufrechterhalten werden kann, besteht eine realistische Chance, die Übertragung des Polio-Wildvirus in Nigeria dauerhaft zu unterbrechen.	Mindestens 85 % aller LGAs und 90 % der Hochrisiko-LGAs erreichen eine Impfabdeckung von > 90 %.	2017: Durchschnittlich 74 % aller LGAs und 86 % der Hochrisiko-LGAs haben eine Impfabdeckung von > 90 % erreicht.	2021: Durchschnittlich 98,1 % aller LGAs und 95,7 % der Hochrisiko-LGAs erreichen eine Impfabdeckung.	2023: 89 % aller LGAs und 85 % der Hochrisiko-LGAs haben eine Impfabdeckung >90 %
NEU: (2) Die Rate der nicht-polio-assozierten AFP (NPAFP) ist			>3/100.000	2017: 19.6	2021: 6,9	2023: 10,4

>3/100.000 bei Kindern unter 15 Jahren				2019: 7.4		
--	--	--	--	--------------	--	--

Projektziel auf Impact-Ebene				Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)		
Bei Projektprüfung: Beitrag zur Unterbrechung der Polioübertragung in Nigeria auf Grundlage des Nigeria Polio Eradication Emergency Plan 2019 (und seinen Fortsetzungen).						
MV 2014 und MV 2018: Durch die landesweite Ausrottung des Poliovirus in Nigeria wird ein Betrag zur weltweiten Ausrottung der Kinderlähmung geleistet.						
Bei EPE (falls Ziel modifiziert): Unterbrechung der Polioübertragung in Nigeria ab August 2016 als Beitrag zur weltweiten Ausrottung des Poliovirus.						
Indikator	Bewertung der Angemessenheit (angemessen; teilweise angemessen; nicht angemessen)	Begründung der Angemessenheit (beispielsweise bzgl. Wirkungsebene, Passgenauigkeit, Zielniveau, Smart-Kriterien)	Zielniveau PP / EPE (neu)	Status PP	Status AK (2020)	Optional: Status EPE (2023)
Indikator 1 (PP): Es treten keine neuen durch den Wildvirus verursachten Polioinfektionen in Nigeria auf.	Angemessen.	Drei Jahre nach dem letzten WPV-Fall konnte Nigeria als poliofrei zertifiziert werden.	Keine neue Infektion nach August 2016.	Vier Infektionen im August 2016.	-	- Nigeria wurde 2020 poliofrei zertifiziert.

Anlage 2: Risikoanalyse

Risiko	Relevantes OECD-DAC Kriterium
Politischen Situation und Sicherheitssituation MV 2014: Das föderale Verwaltungssystem Nigerias mit einer ausgeprägten Autonomie der Bundesstaaten erschwert die Steuerung und Koordinierung landesweiter Impfkampagnen durch die Zentralregierung. Risiko einer inkonsistenten Umsetzung des Notfallplans. Sehr hohes Konfliktpotential in den nordöstlichen Bundesstaaten (Borno, Yobe, Adamawa) zwischen nigerianischen Sicherheitskräften und der radikalislamistischen Terrorgruppierung Boko Haram seit 2009; sporadische Ethnische oder Religions-Konflikte in vielen Staaten, insbesondere im nördlichen Teil des Landes. MV 2018: Politische Instabilität und fragile Sicherheitslage bleibt bzw. verschlechtert sich; wirksame Strategien erforderlich, um Zugangsbarrieren zu reduzieren. AK 2022: Die Sicherheitslage in Nigeria, v.a. im Nordosten des Landes, hat sich seit 2016 und aktuell besonders im Vorfeld der Präsidentschaftswahlen 2023, stark verschlechtert. Die Sicherheitsrisiken für das Personal des Polioprogramms verringern die Zugangsmöglichkeiten zu Zielgruppen in Hochrisikogebieten massiv. EPE 2024: Strategien in Hochrisikogebieten erscheinen teilweise wirksam, aber immer noch ca. 2,3 Mio. ungeimpfter Kinder („zero-dose children“)	Effizienz, Effektivität, Nachhaltigkeit
Durchführungsrisiken MV 2014: Bei Impfkampagnen sind sowohl die Impfhelfer und -helferinnen als auch die Zielgruppe einem erhöhten Risiko von Terroranschlägen ausgesetzt. Dies kann sich wiederum negativ auf die Motivation der Beteiligten und Qualität der Impfkampagnen auswirken. Aufgrund der fragilen Sicherheitslage besteht die Gefahr, dass Impfkampagnen abgesagt werden müssen, was die Impfabdeckung in den Regionen beeinträchtigen kann. Mobilisierung nationaler und internationaler Ressourcen zur Finanzierung des Polio-Programms sowie der Routine-Impf-Programme MV 2018: Risiken unverändert AK 2022: Die politische und finanzielle Unterstützung (nationale und international) im Kampf gegen Polio ist seit der Zertifizierung Nigerias als wildpoliofreies Land und trotz der gleichzeitigen Zunahme des ebenso gefährlichen cVDPV2 zurückgegangen. Die fehlende Unterstützung beeinträchtigt sowohl aktuell die effektive Durchführung von Impfkampagnen als auch die dringend erforderliche Verbesserung von Routineimpfung - insbesondere in Hochrisikogebieten - beträchtlich. Die Auswirkungen des eingetretenen Risikos wiegen schwer; allerdings ist eine teilweise Abmilderung bspw. durch eine erneute externe finanzielle Zuwendung und erhöhten Druck internationaler Partner auf die nigerianische Regierung denkbar EPE 2024: Insbesondere die Mobilisierung von nationalen Ressourcen ist problematisch, da in vielen Regionen die politische Unterstützung fehlt.	Effizienz, Effektivität, Nachhaltigkeit
Risiko für die langfristige Verankerung MV 2014: Risiko lückenhafter Routineimpfungen MV 2018: Bereitstellung von Impfstoffen; Risiko von schlechter/lückenhafter Abdeckung der Routineimpfung, erneute Infektion von Kindern in ehemals „poliofreien“ LGAs. AK 2022: trotz Reduzierung der bislang für Impfungen unzugänglichen Gebiete, immer noch – v.a. im Nordwesten des Landes – große Zahl von „zero-dose“ Kindern	Effektivität, Nachhaltigkeit

EPE 2024: wie bei AK	
Korruptionsrisiken MV 2014: sehr hohe Korruptionsrisiken MV 2018: sehr hohe Korruptionsrisiken AK 2022: Weiterhin sehr hohe Korruptionsrisiken (CPI 150) EPE 2024: Weiterhin sehr hohe Korruptionsrisiken (CPI 150)	Effizienz, Effektivität, Nachhaltigkeit

Anlage 3: Projektmaßnahmen und deren Ergebnisse

Durch das von der FZ anteilig finanzierte nigerianische Polioprogramm wurden schwerpunktmäßig **Sonderimpfkampagnen (Supplementary Immunization Activities, SIA)** und **Impfkampagnen zur Eindämmung von Polioausbrüchen (Outbreak Response Campaigns, ORC)** durchgeführt. Hierbei wurden zwischen 2016 und 2021 in 105 nationalen und subnationalen Impfkampagnen insgesamt rd. 1,16 Mrd. Polio-Impfdosen verabreicht. Bei geplanten Sonderimpfkampagnen wurden zudem häufig weitere Impfungen gegen andere relevante Infektionskrankheiten angeboten (sog. *Immunization Plus Days*).

Für die **Überprüfung der Wirksamkeit der Impfkampagnen** nutzt die WHO das sog. *Lot Quality Assessment Sampling* (LQAS), das die Anzahl erreichten Kinder auf Basis der Ergebnisse aus Stichproben kleinerer Gruppen (lots) schätzt. Aufgrund veralteter staatlicher Bevölkerungsdaten werden durch LQAS relativ zuverlässigere Aussagen über die Impfbedeckung gegenüber staatlichen Angaben gewonnen. Von 2016 - 2021 konnte in jedem Jahr eine 90 % Impfbedeckung der Zielpopulation in nahezu allen (98 %) der administrativen *Local Government Areas* (LGA) Nigerias erreicht werden.

Schwer zugängliche und sicherheitskritische Gebiete stellten besondere Anforderungen an die Sicherheit des Impfpersonals, denen mit speziell angepassten Kampagnen begegnet wurde. Diese „**Special Interventions**“ wurden durch Sicherheitskräfte begleitet oder in besonders unsicheren Gebieten auch vollständig an das Militär delegiert. Die Sicherheitskräfte wurden durch WHO in gesundheitsbezogenen und menschenrechtlichen Fragen geschult. Ein Monitoring seitens WHO der durch das Militär durchgeführten Interventionen war aus Vertraulichkeits- und Sicherheitsgründen nur teilweise möglich. So kam beispielsweise ein GPS-Tracking der Einsatzkräfte in manchen Fällen zum Einsatz, konnte aber nicht flächendeckend aus vertraulichen Gründen nicht genutzt werden.

Innovative Ansätze kamen in Grenzgebieten und bei der Impfung stark beweglicher Bevölkerungsgruppen zum Einsatz. Es wurden z.B. sogenannte *Border Synchronisation Meetings* und *Transit Teams*, sowie *Health Camps* durchgeführt. Um eine möglichst hohe Impfbedeckung zu erreichen, wurden auch weitere grundlegende Gesundheitsdienstleistungen für den erweiterten Haushalt der Kernzielgruppe angeboten.

Für die Vorbereitung, Koordinierung, Durchführung und Evaluierung der Impfkampagnen wurden von der WHO rd. 2.000 Mitarbeiter und über 1.400 lokale Consultants rekrutiert, so wie rd. 89.000 Impfhelfer auf Gemeindeebene identifiziert, ausgebildet, koordiniert und mit 200 Projektfahrzeugen unterstützt. Jedes Jahr wurden von der WHO durchschnittlich ca. 2,4 Mio. Finanztransaktionen für Personalleistungen im Rahmen der Impfkampagnen abgewickelt. Die Zahlungen wurden direkt und elektronisch auf die Bankkonten der EmpfängerInnen überwiesen (*Direct Disbursement Mechanism*).

Die **Überwachung der Polio-Inzidenz erfolgt durch AFP-Surveillance (= diagnostische Abklärung beim Auftauchen von akuter schlaffer Lähmung bei Kindern)** und wird ergänzt durch die **systematische Untersuchung von Abwasserproben**. Über 7.900 AFP-Fälle konnten durch schnittlich pro Jahr untersucht werden und ca. 80.000 Abwasserproben seit 2016 gesammelt, transportiert und in zwei akkreditierten Polio-Laboren ausgewertet werden. 163.000 Gesundheitshelfer wurden für die Beobachtung von AFP und anderer Infektionskrankheiten trainiert, ausgerüstet und bezahlt.

Nach Angaben von UNICEF wurde der überwiegende Teil der Mittel für Aufklärungsmaßnahmen (2016-2021 bei etwa 65 %) ausgegeben, die Ausgaben für Beschaffungen (insb. Impfstoffe) und Beratungsleistungen lagen mit je etwa 15 % etwa gleich auf, der übrige Teil wurde für Beratungsleistungen eingesetzt. Bei der WHO wurden die FZ-Beiträge zu rund 65 % für Impfkampagnen, 16 % Aktivitäten in Risikozonen und 15 % für die Polioüberwachung und der Rest für Beratungsleistungen eingesetzt.

Anlage 4: Evaluierungsfragen entlang der OECD-DAC-Kriterien/ Ex-post Evaluierungsmatrix

Relevanz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegen- des Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Ge- wichtung
Bewertungsdimension 1: Ausrichtung an Politiken und Prioritäten			2	+	Nigeria bleibt eines der wichtigsten Länder für die globale Polio-eradi- kation
1.1 Sind die Ziele der Maßnahme an den (globalen, regionalen und länder- spezifischen) Politiken und Prioritäten, insbesondere der beteiligten und be- troffenen (entwicklungspolitischen) Partner und des BMZ, ausgerichtet?	Setzen die Maßnahmen an den internati- onalen und nationalen Zielen der Poliobe- kämpfung an? Sind die Maßnahmen in Übereinstimmung mit den Zielen des BMZ im Gesundheitssektor?	GPEI: Endgame Strategy Nigerianische PEI: NPEEP BMZ-Dokumente			
1.2 Berücksichtigen die Ziele der Maß- nahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapa- zitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.))?	Sind die institutionellen Kooperationen geeignet für die Umsetzung der FZ-Maß- nahmen im Rahmen des Poliobekämp- fungsprogramms? Berücksichtigen die Ziele auch die sicher- heitskritische Situation in weiten Teilen Nigerias und damit zusammenhängenden Machtverhältnisse?	Berichte WHO und UNICEF			
Bewertungsdimension 2: Aus- richtung an Bedürfnisse und Ka- pazitäten der Beteiligten und Betroffenen			2	-	Maßnahme dient einem globalen Ziel, weniger den direkten Bedarfen der Zielgruppe
2.1 Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausge- richtet? Wurde das Kernproblem kor- rekt identifiziert?	Wird ein gerechter Zugang insbesondere in sicherheitskritischen Gebieten zu den Impfungen gewährt / erzielt?	AK, TAG-Berichte, IMB, Interviews (WHO, UNICEF)			

2.2 Wurden dabei die Bedürfnisse und Kapazitäten besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.) berücksichtigt? Wie wurde die Zielgruppe ausgewählt?	War der Zugang der unmittelbaren Zielgruppe (Kinder <5 Jahren) zur Polioimpfung gleichberechtigt? Berücksichtigte die Konzeption und Ausgestaltung der Maßnahmen die unterschiedlichen Herausforderungen bzgl. des Zugangs bspw. durch Zusammenarbeit mit politischen, traditionellen und religiösen Führern hinreichend? Waren die Maßnahmen konfliktssensibel ausgestaltet?	Disaggregierte Daten zur Impfabdeckung Unterschiedliche Quellen (WHO, UNICEF etc.)				
2.3 Hätte die Maßnahme (aus ex-post Sicht) durch eine andere Ausgestaltung der Konzeption weitere nennenswerte Genderwirkungspotenziale gehabt? (FZ E spezifische Frage)	Gab es Alternativen zur Unterstützung es PEI / der institutionellen Kooperationen? Welche Genderwirkungspotentiale hatte/hat die PEI Strategie? Könnten diese noch verstärkt werden?	WHO/UNICEF/TAG Berichte Aktuelle GPEI Strategie				
Bewertungsdimension 3: Angemessenheit der Konzeption				2	+	Konzeption alternativlos
3.1 War die Konzeption der Maßnahme angemessen und realistisch (technisch, organisatorisch und finanziell) und grundsätzlich geeignet zur Lösung des Kernproblems beizutragen?	War die Umsetzungsstruktur über WHO und UNICEF geeignet für einen (kosten-)effiziente und effektive Umsetzung? War die Koordination mit den darunter liegenden staatlichen Strukturen für die Umsetzung und das Monitoring hinreichend gut strukturiert u.a. auch zur Stärkung der Routineimmunisierungen? Gab es eine „nationale ownership“?	Analyse WHO- und UNICEF Berichte, Gespräche mit WHO- und UNICEF				
3.2 Ist die Konzeption der Maßnahme hinreichend präzise und plausibel (Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit des Zielsystems sowie der dahinterliegenden Wirkungsannahmen)?	Wirkungsannahmen bezüglich Polio-Impfungen wissenschaftlich belegt. Wurden die Risiken richtig identifiziert?	Literatur PV, AK, Analyse zum Gesundheitssektor				
3.3 Waren die gewählten Indikatoren und deren Wertbestückung in ihrer Gesamtheit angemessen (zur Beantwortung eine der folgenden Angaben auswählen: Indikatoren und	Vgl. Zielsystem in Anlage 1					

Wertbestückung waren angemessen / teilweise angemessen / nicht angemessen)? Die Begründung erfolgt differenziert nach Indikatoren in Anlage 1. (FZ E spezifische Frage)					
3.4 Bitte Wirkungskette beschreiben, einschl. Begleitmaßnahmen, ggf. in Form einer grafischen Darstellung. Ist diese plausibel? Sowie originäres und ggf. angepasstes Zielsystem unter Einbezug der Wirkungsebenen (Outcome- und Impact) nennen. Das (angepasste) Zielsystem kann auch grafisch dargestellt werden. (FZ E spezifische Frage)	Um die Übertragung des Polio-Wildvirus in Nigeria zu beenden, ist eine konsequente Impfabdeckung von mindestens 90 % der Zielgruppe in mindestens 85 % der LGAs (<i>Local Government Areas</i>) notwendig. Wenn diese Herdenimmunität durch Routineimpfungen und Sonderimpfkampagnen aufrechterhalten werden kann, besteht eine realistische Chance, die Übertragung des Polio-Wildvirus in Nigeria dauerhaft zu unterbrechen.				
3.5 Inwieweit ist die Konzeption der Maßnahme auf einen ganzheitlichen Ansatz nachhaltiger Entwicklung (Zusammenspiel der sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen der Nachhaltigkeit) hin angelegt?	Berücksichtigt der vertikale Ansatz der PEI in ausreichendem Maße den soziokulturellen und politischen Kontext der Zielgruppe?	TAG Berichte, Fragen an Träger			
3.6 Bei Vorhaben im Rahmen von EZ-Programmen: ist die Maßnahme gemäß ihrer Konzeption geeignet, die Ziele des EZ-Programms zu erreichen? Inwiefern steht die Wirkungsebene des FZ-Moduls in einem sinnvollen Zusammenhang zum EZ-Programm (z.B. Outcome-Impact bzw. Output-Outcome)? (FZ E spezifische Frage)	Vgl. Anlage 1 Zielsystem				
Bewertungsdimension 4: Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit			2	-	Transitionsprozess zu langwierig
4.1 Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von	Gab es Anpassungen der Maßnahmen von Phase VII zu XI und/oder innerhalb	WHO und UNICEF Berichterstattung Interviews			

veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?	der Programmdurchführung als Folge der Monitoring-Ergebnisse? War die Konzeption/Ausgestaltung des Vorhabens hinreichend flexibel um notwendige Anpassungen zuzulassen? Erfolgte eine Earmarking der FZ-Mittel für bestimmte Aktivitäten oder Regionen?	
---	--	--

Kohärenz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 5: Interne Kohärenz (Arbeitsteilung und Synergien der deutschen EZ):			2	0	
5.1 Inwiefern ist die Maßnahme innerhalb der deutschen EZ komplementär und arbeitsteilig konzipiert (z.B. Einbindung in EZ-Programm, Länder-/Sektorstrategie)?	Gesundheit kein Schwerpunkt in Nigeria.				
5.2 Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?	n.a.				
5.3 Ist die Maßnahme konsistent mit internationalen Normen und Standards, zu denen sich die deutsche EZ bekennt (z.B. Menschenrechte, Pariser Klimaabkommen etc.)?	Konsistent mit SDGs? Globale Strategien der WHO u.a.? Impfungen und Menschenrechte?				
Bewertungsdimension 6: Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung)			2	0	

im zum Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ):				
6.1 Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?	Keine Konkretisierung erforderlich.	Projekt-Dokumentation		
6.2 Ist die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?	Keine Konkretisierung erforderlich.	GPEI, TAG, IMB-Berichte		
6.3 Wurde die Konzeption der Maßnahme auf die Nutzung bestehender Systeme und Strukturen (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für die Umsetzung ihrer Aktivitäten hin angelegt und inwieweit werden diese genutzt?	Konzeption der Maßnahme ist vertikal ausgerichtet und nutzt bestehende Strukturen (PEI) und institutionelle Kooperationen (WHO, UNICEF). Inwieweit sind PEI und Routineimpfungen verlinkt, komplementär oder auch der Übergang der Polioimpfungen in die Routineimpfungen angelegt?	GPEI, PEI, Projekt-Dokumentation		
6.4 Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für Monitoring/Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?	Wie erfolgt ein Monitoring durch die GPEI und wenn mit welchem Fokus? Haben UNICEF und WHO ein harmonisiertes, gemeinsames Monitoringsystem oder jeder eigene Berichte? Wem gegenüber wird hier von wem Rechenschaft abgelegt? PEI, WHO, UNICEF, GPEI? Wie ist es zu beurteilen - hat das PEI ein eigenes Surveillance- und Monitoringsystem und inwieweit werden allgemeinere Gesundheitsmonitoringsysteme genutzt?	GPEI Berichte IMB Projekt-Dokumentation		

Effektivität

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegen- des Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 7: Errei- chung der (intendierten) Ziele			3	0	
7.1 Wurden die (ggf. angepassten) Ziele der Maßnahme erreicht (inkl. PU- Maßnahmen)? Indikatoren-Tabelle: Vergleich Ist/Ziel	Vgl. Zielsystem / Outcome-Ebene				
Bewertungsdimension 8: Beitrag zur Erreichung der Ziele:			3	-	Effektivitätsverluste infolge programma- tischer Ineffizien- zen
8.1 Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) er- bracht? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Keine Konkretisierung erforderlich.	Projekt-Dokumentation			
8.2 Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?	Keine Konkretisierung erforderlich.	Projekt-Dokumentation			
8.3 Inwieweit ist der gleiche Zugang zu erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten (z.B. diskriminierungsfrei, physisch erreichbar, finanziell er- schwinglich, qualitativ, sozial und kultu- rell annehmbar) gewährleistet?	Wie war der Zugang der unmittelbaren Zielgruppe in den Hochrisikogebieten? Zugangsbarrieren? Wo liegen die Hochrisikogebiete? Was sind Kriterien für Hochrisikoge- biete.	Interviews Projekt-Dokumentation			
8.4 Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?	Keine Konkretisierung erforderlich.	Interviews Projekt-Dokumentation			
8.5 Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der in- tendierten Begünstigten beigetragen?	Wurden die Impfungen von der Ziel- gruppe angenommen? Wie wurde Zugang der Zielgruppe in den Hochrisikogebieten erreicht?	Interviews Projekt-Dokumentation			

8.6 Hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler beteiligter und betroffener Gruppen (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), beigetragen?	Unmittelbare Zielgruppe ist per se bes. vulnerabel – gab es weitere diskriminierende Faktoren (z.B. Geschlecht) bei der Erreichung der Zielgruppe?	Projekt-Monitoring / Dokumente Interviews			
8.7 Gab es Maßnahmen, die Genderwirkungspotenziale gezielt adressiert haben (z.B. durch Beteiligung von Frauen in Projektgremien, Wasserkomitees, Einsatz von Sozialarbeiterinnen für Frauen, etc.)? (FZ E spezifische Frage)	Gender-diff. Potentiale und Risiken für die Impfhelfer? Was sind die Eckpunkte der neuen GPEI-Genderstrategie.	Projekt-Dokumentation Aktuelle GPEI-Strategie			
8.8 Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme? (Lern-/Hilfsfrage)	Was sind bestehende Herausforderungen für die PEI in Nigeria? Wie wird darauf reagiert?	Projekt-Dokumente TAG, IMB			
8.9 Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten Ziele der Maßnahme (auch unter Berücksichtigung der vorab antizipierten Risiken)? (Lern-/Hilfsfrage)	Auswirkungen von COVID-19-Pandemie auf PEI? Auswirkungen der prekären Sicherheitslage in den einigen Regionen und deren Auswirkung auf die PEI ? Entwicklungen über die Zeit 2016 bis heute?	Projekt-Dokumentation			
Bewertungsdimension 9: Qualität der Implementierung			3	0	
9.1 Wie ist die Qualität der Steuerung und Implementierung der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung zu bewerten?	Gab es effektive Monitoring- und Steuerungselemente für die PEI? Wie war die Qualität der PEI-Maßnahmen hinsichtlich der Zielerreichung, d.h. Unterbrechung der Polio-Übertragung?	Projekt-Dokumentation			
9.2 Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an	Keine Konkretisierung erforderlich.	Projekt-Dokumentation Interviews			

der Maßnahme durch die Partner/Träger zu bewerten?					
9.3 Wurden Gender Ergebnisse und auch relevante Risiken im/ durch das Projekt (genderbasierte Gewalt, z.B. im Kontext von Infrastruktur oder Empowerment-Vorhaben) während der Implementierung regelmäßig gemonitored oder anderweitig berücksichtigt? Wurden entsprechende Maßnahmen (z.B. im Rahmen einer BM) zeitgemäß umgesetzt? (FZ E spezifische Frage)	Wie hoch ist das Risiko für die überwiegend weiblichen Impfhelfer und welche Maßnahmen wurden ergriffen?	Projekt-Dokumentation Interviews			
Bewertungsdimension 10: Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)	Hinweis: falls keine nicht-intendierten Wirkungen vorliegen: → Keine Gewichtung → Keine Bewertung		3	+	überwiegend positive nicht-intendierte Wirkungen, aber Fokussierung auf COVID Bekämpfung hatte auch neg. Auswirkungen
10.1 Sind nicht-intendierte positive/negative direkte Wirkungen (sozial, ökonomisch, ökologisch sowie ggf. bei vulnerablen Gruppen als Betroffene) feststellbar (oder absehbar)?	Welche nicht-intendierten positiven oder negativen Wirkungen hat die PEI, insbes. auf die Zielgruppe?	Projekt-Dokumentation Interviews			
10.2 Welche Potentiale/Risiken ergeben sich aus den positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?	Keine Konkretisierung erforderlich.				
10.3 Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/Risiken der positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?	Keine Konkretisierung erforderlich.				

Effizienz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegen- des Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 11: Produktionseffizienz			3	+	Programmatische Ineffizienzen letztlich auch für langfristige Perspektive stark ausschlaggebend ist.
11.1 Wie verteilen sich die Inputs (finanziellen und materiellen Ressourcen) der Maßnahme (z.B. nach Instrumenten, Sektoren, Teilmaßnahmen, auch unter Berücksichtigung der Kostenbeiträge der Partner/Träger/andere Beteiligte und Betroffene, etc.)? (Lern- und Hilfsfrage)	Keine Konkretisierung erforderlich.	Projekt-Dokumente			
11.2 Inwieweit wurden die Inputs der Maßnahme im Verhältnis zu den erbrachten Outputs (Produkte, Investitionsgüter und Dienstleistungen) sparsam eingesetzt (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)? Z.B. Vergleich spezifischer Kosten.	War die Beschaffung der Impfstoffe kosteneffizient? Auch im Vergleich zu anderen Polio-Programmen) War die Umsetzungsstruktur effizient? Effizienz des PEI gesamt? Gibt es dazu GPEI -Erhebungen mit Vergleich über die Länder?	Vergleichs-Dokumente aus anderen Polio Programmen			
11.3 Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten die Outputs der Maßnahme durch einen alternativen Einsatz von Inputs erhöht werden können (wenn möglich im Vergleich zu Daten aus anderen Evaluierungen einer Region, eines Sektors, etc.)?	Keine Konkretisierung.				
11.4 Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?	Gab es Verzögerungen? Gab es Unterbrechungen bei Impfkampagnen	Projekt-Dokumentation			

	aufgrund mangelnder oder nicht fristgerechter Mittelbereitstellung?			
11.5 Waren die Koordinations- und Managementkosten angemessen? (z.B. Kostenanteil des Implementierungsconsultants)? (FZ E spezifische Frage)	Waren die Overheads für WHO und UNICEF als Umsetzungspartner angemessen?	Projekt-Dokumente, auch aus anderen Polio Vorhaben		
Bewertungsdimension 12: Allokationseffizienz			2	
12.1 Auf welchen anderen Wegen und zu welchen Kosten hätten die erzielten Wirkungen (Outcome/Impact) erreicht werden können? (Lern-/Hilfsfrage)	Im Falle der Polio-Bekämpfung gibt es keine Alternativen zur PEI / GPEI Bedeutung der Unterbrechung der Polio-Infektionen in Nigeria aus globaler Perspektive – last mile mit verhältnismäßig hohen Kosten verbunden?			
12.2 Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – die erreichten Wirkungen kostenschonender erzielt werden können?	n.a.			
12.3 Ggf. als ergänzender Blickwinkel: Inwieweit hätten – im Vergleich zu einer alternativ konzipierten Maßnahme – mit den vorhandenen Ressourcen die positiven Wirkungen erhöht werden können?	n.a.			
Hinweis: Falls für das Vorhaben die interne Kennung PSP (Private Sector Participation; siehe Inpro unter 1.11) vergeben wurde oder grundsätzlich eine Kooperation mit privaten Akteuren (kommerziellen Banken, Unternehmen, professionellen NGOs) in der Umsetzung von FZ besteht (Privatsektor als Instrument), muss folgende Evaluierungsfrage berücksichtigt werden:				
12.4 In welcher Hinsicht war der Einsatz öffentlicher Mittel finanziell zusätzlich?	Keine Konkretisierung notwendig			

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegen- des Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 13: Über- geordnete (intendierte) entwick- lungspolitische Veränderungen			3	0	
13.1 Sind übergeordnete entwicklungs- politische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststell- bar? (bzw. wenn absehbar, dann mög- lichst zeitlich spezifizieren)	Wurde die Polio-Infektionskette unterbro- chen? Gilt Nigeria als poliofrei? Was bedeutet die Unterbrechung der Polio- Infektionskette für das nig. Gesundheitssys- tem? Gibt es Wirkungen der vertikal ausgerichte- ten PEI auf das Gesundheitssystem als Gan- zes?	Projekt-Dokumentation TAG IMB			
13.2 Sind übergeordnete entwicklungs- politische Veränderungen (sozial, öko- nomisch, ökologisch und deren Wech- selwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstigten feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Keine Konkretisierung erforderlich.				
13.3 Inwieweit sind übergeordnete ent- wicklungspolitische Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar (bzw. wenn abseh- bar, dann möglichst zeitlich spezifizie- ren)	Keine Konkretisierung erforderlich.				
Bewertungsdimension 14: Bei- trag zu übergeordneten (inten- dierten) entwicklungspolitischen Veränderungen			3	0	

14.1 In welchem Umfang hat die Maßnahme zu den festgestellten bzw. absehbaren übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, tatsächlich beigetragen?	In welchem Umfang hat die Finanzierung von Impfstoffen, Impfkampagnen und der Stärkung der Surveillance zur Unterbrechung der Infektionskette beigetragen? Relevanz der Maßnahmen für die last mile? Höhere Impfabdeckung und damit Unterbrechung der Infektionskette ist evident. Wirkungen auf Individuen, Familien, Gesundheitssystem?	Literatur
14.2 Inwieweit hat die Maßnahme ihre intendierten (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele erreicht? D.h. sind die Projektwirkungen nicht nur auf der Outcome-Ebene, sondern auch auf der Impact-Ebene hinreichend spürbar? (z.B. Trinkwasserversorgung/Gesundheitswirkungen)	Wurde die Unterbrechung der Polio-Infektionskette erreicht?	Projekt-Dokumentation
14.3 Hat die Maßnahme zur Erreichung ihrer (ggf. angepassten) entwicklungspolitischen Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	s.o.	
14.4 Hat die Maßnahme zu übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen bzw. Veränderungen von Lebenslagen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe (mögliche Differenzierung nach Alter, Einkommen, Geschlecht, Ethnizität, etc.), zu denen die Maßnahme beitragen sollte, beigetragen?	Gibt es beobachtbare Auswirkungen durch geringere Krankheitslast, vermieden Behinderungen auf die sozioökonomische Situation der Bevölkerung?	
14.5 Welche projektinternen Faktoren (technisch, organisatorisch oder finanziell) waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Keine Konkretisierung erforderlich.	Projekt-Dokumentation TAG IMB Interviews

14.6 Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (Lern-/Hilfsfrage)	Keine Konkretisierung erforderlich.	Projekt-Dokumentation TAG IMB Interviews			
14.7 Entfaltet das Vorhaben Breitenwirksamkeit? - Inwieweit hat die Maßnahme zu strukturellen oder institutionellen Veränderungen geführt (z.B. bei Organisationen, Systemen und Regelwerken)? (Strukturbildung) - War die Maßnahme modellhaft und/oder breitenwirksam und ist es replizierbar? (Modellcharakter)	Welche Wirkungen gab es hinsichtlich Gesundheitssystemstärkung? Wurden Erfahrungen aus dem PEI auch für das Gesundheitssystem übernommen, bspw. im Rahmen der Pandemie-/Epidemie-Prävention und Bekämpfung	Projekt-Dokumentation TAG IMB Interviews			
14.8 Wie wäre die Entwicklung ohne die Maßnahme verlaufen? (entwicklungspolitische Additionalität)	Keine Konkretisierung erforderlich.				
Bewertungsdimension 15: Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen	Hinweis: falls keine nicht-intendierten Wirkungen vorliegen: → Keine Gewichtung → Keine Bewertung		3	-	Entstehung und Verbreitung von Impfviren ist eine schwerwiegende nicht-intendierte-entwicklungspolitische Veränderung
15.1 Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?	Gründe für cVDPV2 Problematik? Perspektive?	Interviews Berichterstattung Literatur wie z.B. TAG Berichte, IMB Berichte			
15.2 Hat die Maßnahme feststellbar bzw. absehbar zu nicht-intendierten (positiven und/oder negativen)	s.o. – auch Pandemie-Handling				

übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?	Wie hat sich die Gefährdung der Impfhelfer entwickelt?	
15.3 Hat die Maßnahme feststellbar (bzw. absehbar) zu nicht-intendierten (positiven oder negativen) übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Gruppen (innerhalb oder außerhalb der Zielgruppe) beigetragen (Do no harm, z.B. keine Verstärkung von Ungleichheit (Gender/ Ethnie, etc.)?)	s.o.	

Nachhaltigkeit

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 16: Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			3	-	Transitionsprozess gestaltet sich schwierig
16.1 Sind die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit (nach Beendigung der Förderung) zu erhalten?	Wie ist die mittel- und langfristige Strategie der GPEI? Inwieweit kann Nigeria zunehmend das vorwiegend gebertragene Programm mit eigenen Ressourcen übernehmen? Wie kann Nigeria das Programm in die Strukturen der Grundimmunisierung der Bevölkerung über Basisgesundheitsdienste übernehmen? Bestehen hinreichen personelle und fachliche Kapazitäten für die Übernahme auch von Surveillance und Monitoring? Gibt es hinreichend finanzielle Mittel von staatlicher Seite zur Übernahme der PEI in die Grundimmunisierung?				

16.2 Inwieweit weisen Zielgruppe, Träger und Partner eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber zukünftigen Risiken auf, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten?	Was sind die wichtigsten Faktoren für den nachhaltigen Erfolg des Polio-Programms in Nigeria?				
Bewertungsdimension 17: Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten:			3	-	Sinkende Eigenbeiträge und abnehmende politische Unterstützung
17.1 Hat die Maßnahme dazu beigetragen, dass die Zielgruppe, Träger und Partner institutionell, personell und finanziell in der Lage und willens (Ownership) sind die positiven Wirkungen der Maßnahme über die Zeit zu erhalten und ggf. negative Wirkungen einzudämmen?	Wie hat das PEI in Zusammenarbeit mit WHO und UNICEF (insb. im Zeitraum der FZ-Finanzierung) Strukturen im Land aufgebaut? Wie ist die Bereitschaft und Fähigkeit, die PEI nachhaltig in das nigerianische Gesundheitssystem zu integrieren?	GPEI TAG / IMB Projekt-Dokumentation Interviews			
17.2 Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Zielgruppe, Träger und Partner, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	Keine Konkretisierung erforderlich.	GPEI TAG / IMB Projekt-Dokumentation Interviews			
17.3 Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	Keine Konkretisierung erforderlich.	GPEI TAG / IMB Projekt-Dokumentation Interviews			
Bewertungsdimension 18: Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit			3	0	
18.1 Wie stabil ist der Kontext der Maßnahme) (z.B. soziale Gerechtigkeit, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit,	Wie ist die Sicherheitslage in den Hochrisikobundesstaaten perspektivisch einzuschätzen?				

politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Auswirkungen auf PEI und GPEI? Auswirkungen auf Zielgruppe?	
18.2 Inwieweit wird die Dauerhaftigkeit der positiven Wirkungen der Maßnahme durch den Kontext beeinflusst? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	s.o.	
18.3 Inwieweit sind die positiven und ggf. negativen Wirkungen der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen?	Keine Konkretisierung erforderlich.	
18.4 Inwieweit sind die Gender-Ergebnisse der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen (Ownership, Kapazitäten, etc.?) (FZ E-spezifische Frage)	Keine Konkretisierung erforderlich.	