

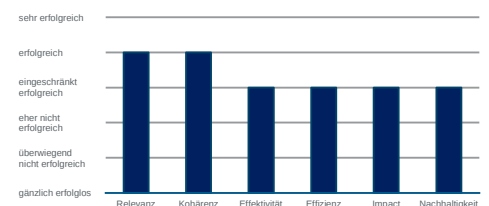
Ex-post-Evaluierung Poliobekämpfung Phase I und II, Pakistan

Titel	Programm zur Bekämpfung der Kinderlähmung, Phase I und II		
Sektor und CRS-Schlüssel	Bekämpfung von Infektionskrankheiten 12250		
Projektnummer	BMZ-Nr. 2016 68 490 und 2017 67 334		
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)		
Empfänger/ Projektträger	Islamische Republik Pakistan / pakistanisches Gesundheitsministerium (MoNHSR&C)		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	9,6 Mio. EUR und 5,00 Mio. EUR Haushaltsmittel		
Projektlaufzeit	2017 - 2020		
Berichtsjahr	2024	Stichprobenjahr	2022

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

Ziel auf Outcome-Ebene war die Immunisierung aller Kinder unter 5 Jahren gegen Poliomyelitis sowie die Nutzung eines funktionsfähigen Überwachungs- und Monitoringsystems. Damit sollte auf der Impact-Ebene die Unterbrechung der Polio-übertragung in Pakistan bis 2019 als Beitrag zur weltweiten Ausrottung des Poliovirus erreicht werden. Maßgeblich für die Konzeption des Vorhabens war der *National Emergency Action Plan*. Zuständig für Vorbereitung und Durchführung der Polio-Impfkampagnen einschließlich ergänzender Maßnahmen waren WHO und UNICEF im Auftrag des pakistanischen Gesundheitsministeriums.

Gesamtbewertung: eingeschränkt erfolgreich



Wichtige Ergebnisse

Das Vorhaben trug zur Immunisierung von Kindern unter 5 Jahren im Rahmen der *Polio Eradication Initiative* mit Impfkampagnen und zur Überwachung des Poliogeschehens bei; die Übertragung konnte aber noch nicht unterbrochen werden. Das Vorhaben wird mit Einschränkungen erfolgreich bewertet.

- Relevanz und Kohärenz waren hoch. Pakistan ist neben Afghanistan das letzte polio-endemische Land. Die vertikal auf die Polioausrottung fokussierten Maßnahmen sind in nationale und internationale Gesundheitspläne und -programme eingebettet.
- Im Durchführungszeitraum kam es in den Hochrisikogebieten an der Grenze zu Afghanistan zu Impfboykotten, die u.a. zu einer Verschlechterung der Impfsituation führten. In den folgenden Jahren konnte die Situation durch teilweise Neuausrichtung des nationalen Programms wieder stabilisiert werden (Effektivität).
- 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. Auch wenn Polio nicht ausgerottet werden konnte, trug das Vorhaben zur Poliobekämpfung bei (Impact).
- 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. Durch eine bessere Koordination mit dem Routineimpfprogramm hätte die Effizienz gesteigert werden können.
- Die Nachhaltigkeit des Vorhabens wird durch eine anhaltend prekäre Sicherheitslage und teilweise ablehnende Haltung zu den Impfkampagnen gefährdet.

Schlussfolgerungen

- Die komplexen und fragilen Rahmenbedingungen in den verbleibenden Kernreservoirs des Poliovirus erfordern kleinräumige und kontextspezifische Umsetzungsstrategien.
- Verknüpfung der Impfkampagnen mit Maßnahmen der Basisgesundheitsversorgung erhöhen die Impfabzeptanz der Bevölkerung.
- Um migrationsbedingte *Cross-Border*-Polioinfektionen zu unterbinden, muss die Zusammenarbeit mit Afghanistan fortgesetzt und intensiviert werden.
- Eine direkte Einflussnahme der FZ war nicht gegeben; multilaterale Finanzierung für die *Global Polio Eradication Initiative* (GPEI) erscheint effizienter und effektiver.

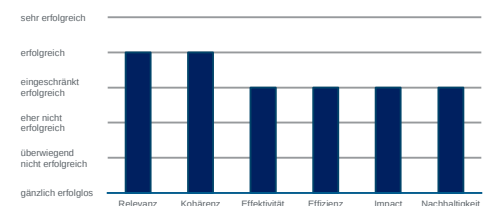
Ex-post-Evaluierung Poliobekämpfung Phase I und II, Pakistan

Titel	Programm zur Bekämpfung der Kinderlähmung, Phase I und II		
Sektor und CRS-Schlüssel	Bekämpfung von Infektionskrankheiten 12250		
Projektnummer	BMZ-Nr. 2016 68 490 und 2017 67 334		
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)		
Empfänger/ Projektträger	Islamische Republik Pakistan / pakistanisches Gesundheitsministerium (MoNHSR&C)		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	9,6 Mio. EUR und 5,00 Mio. EUR Haushaltsmittel		
Projektlaufzeit	2017 - 2020		
Berichtsjahr	2024	Stichprobenjahr	2022

Ziele und Umsetzung des Vorhabens

Ziel auf Outcome-Ebene war die Immunisierung aller Kinder unter 5 Jahren gegen Poliomyelitis sowie die Nutzung eines funktionsfähigen Überwachungs- und Monitoringsystems. Damit sollte auf der Impact-Ebene die Unterbrechung der Polio-übertragung in Afghanistan bis 2019 als Beitrag zur weltweiten Ausrottung des Poliovirus erreicht werden. Maßgeblich für die Konzeption des Vorhabens war der *National Emergency Action Plan*. Zuständig für Vorbereitung und Durchführung der Polio-Impfkampagnen einschließlich ergänzender Maßnahmen waren WHO und UNICEF im Auftrag des pakistanischen Gesundheitsministeriums.

Gesamtbewertung: eingeschränkt erfolgreich



Wichtige Ergebnisse

Das Vorhaben trug zur Immunisierung von Kindern unter 5 Jahren im Rahmen der *Polio Eradication Initiative* mit Impfkampagnen und zur Überwachung des Poliogeschehens bei; die Übertragung konnte aber noch nicht unterbrochen werden. Das Vorhaben wird mit Einschränkungen erfolgreich bewertet.

- Relevanz und Kohärenz waren hoch. Pakistan ist neben Afghanistan das letzte polio-endemische Land. Die vertikal auf die Polioausrottung fokussierten Maßnahmen sind in nationale und internationale Gesundheitspläne und -programme eingebettet.
- Im Durchführungszeitraum kam es in den Hochrisikogebieten an der Grenze zu Afghanistan zu Impfboykotten, die u.a. zu einer Verschlechterung der Impfsituation führten. In den folgenden Jahren konnte die Situation durch teilweise Neuausrichtung des nationalen Programms wieder stabilisiert werden (Effektivität).
- 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. Auch wenn Polio nicht ausgerottet werden konnte, trug das Vorhaben zur Poliobekämpfung bei (Impact).
- 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. Durch eine bessere Koordination mit dem Routineimpfprogramm hätte die Effizienz gesteigert werden können.
- Die Nachhaltigkeit des Vorhabens wird durch eine anhaltend prekäre Sicherheitslage und teilweise ablehnende Haltung zu den Impfkampagnen gefährdet.

Schlussfolgerungen

- Die komplexen und fragilen Rahmenbedingungen in den verbleibenden Kernreservoirs des Poliovirus erfordern kleinräumige und kontextspezifische Umsetzungsstrategien.
- Verknüpfung der Impfkampagnen mit Maßnahmen der Basisgesundheitsversorgung erhöhen die Impfakzeptanz der Bevölkerung.
- Um migrationsbedingte *Cross-Border*-Polioinfektionen zu unterbinden, muss die Zusammenarbeit mit Afghanistan fortgesetzt und intensiviert werden.
- Eine direkte Einflussnahme der FZ war nicht gegeben; multilaterale Finanzierung für die *Global Polio Eradication Initiative* (GPEI) erscheint effizienter und effektiver.

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

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) hatte zusammen mit ihren Partnern 1988 im Rahmen der Globalen Initiative zur Ausrottung der Poliomyelitis (*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 Millionen Menschen vor einer Lähmung und mindestens 1,5 Millionen Menschen vor dem Tod durch Polio bewahrt werden.

Trotz aller Bemühungen ist die Erkrankung bis heute nicht endgültig ausgerottet, d.h. eradiziert. Nachdem 2015 Poliovildviren Typ 2 (WPV2) und 2019 WPV3 als ausgerottet erklärt wurden, zirkulieren aktuell nur noch WPV1 in zwei polio-endemischen Ländern, Pakistan und Afghanistan. Neben den Erkrankungen durch WPV stellen in den letzten Jahren Infektionen mit zirkulierenden Impfstoff-abgeleiteten Polioviren Typ 2 (cVDPV2) ein großes Problem dar. Fälle von cVDPV-Infektionen treten in Gebieten auf, in denen ein hoher Anteil der Bevölkerung ungeimpft ist. Die abgeschwächten Viren in der Schluckimpfung (Lebendimpfung) können in seltenen Fällen selbst Lähmungen verursachen, lange Zeit unentdeckt zirkulieren und sich dabei auch verändern. Im aktuellen GPEI-Strategieplan 2022 – 2026 werden entsprechend als globale Hauptziele die Ausrottung des WPV1 in den verbleibenden letzten beiden endemischen Ländern Pakistan und Afghanistan und die Unterbrechung der Übertragung von cVDPV sowie Verhinderung von Ausbrüchen in den nicht-endemischen Ländern definiert.

In den letzten Jahren kam es nach der Umstellung der Impfstrategie von einem trivalenten oralen Polio-Impfstoff (tOPV) auf ein bivalentes orales Vakzin (bOPV) im Jahr 2016 in 17 Ländern mit niedriger Impfquote zu mehreren Ausbrüchen durch Impfstoffviren (cVDPV2-Ausbrüchen)¹. Der Einsatz eines neuartigen OPV (nOPV), das im Gegensatz zum ursprünglichen bivalenten OPV2 genetische stabiler ist, soll cVDPV2-Ausbrüche eindämmen. Seit März 2021 sind mehr als 600 Millionen Impfdosen nOPV2 in 28 Ländern verabreicht worden. Bisher traten sieben Fälle akuter schlaffer Lähmungen (*Acute Flaccid Paralysis, AFD*) bei Kindern in der Demokratischen Republik Kongo und in der Republik Burundi mit Nachweis des nOPV2 auf.

Obwohl die Zahl der cVDPV2-Fälle in den Jahren 2021-2023 zurückgegangen ist, bleiben zwei große Herausforderungen bestehen, um das globale Eradikations-Ziel zu erreichen:

- 1) eine qualitativ hochwertige Überwachung, bei der Polioviren rechtzeitig durch Überwachungsaktivitäten (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.

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 Eradikations-Ziel 2023 nicht erreicht werden. Eine große Herausforderung bei der Versorgung von Kindern mit

¹ trivalenter Impfstoff bietet Schutz vor den drei bekannten Poliovirus-Serotypen WPV 1, WPV2 und WPV3. Der bivalente Impfstoff bietet Schutz vor WPV 1 und WPV3.

Polioimpfstoff in diesem Gebiet ist die erhebliche Mobilität zwischen Afghanistan und Pakistan. Im Jahr 2022 haben beide Länder die grenzüberschreitende Koordinierung und Synchronisation von Impfkampagnen wieder aufgenommen, die jedoch immer wieder von gewaltsamen Zwischenfällen durch Extremisten überschattet werden. Diese verbreiten zudem Verschwörungstheorien über angebliche Nebenwirkungen des Polioimpfstoffes.

Während im Jahr 2021 weltweit nur sechs Fälle von akuten schlaffen Lähmungen auf WPV1-Infektionen zurückgeführt wurden, waren es 2022 wieder 30 Fälle. Durch eine Wiedereinschleppung von WPV1 aus Pakistan in die Republiken Malawi und Mozambique wurden auch auf dem afrikanischen Kontinent erneut Erkrankungsfälle nachgewiesen. Das Ziel einer Welt ohne Polio kann erreicht werden, wenn alle drei Säulen der Polioeradikation (Impfen, Überwachung/Surveillance und Eindämmung/Containment) konsequent auf hohem Niveau durchgeführt werden. Dies dauert allerdings länger als erwartet.

Deutschland beteiligt sich intensiv an der Polio-Bekämpfung und ist heute einer der drei größten staatlichen Geber der GPEI. Bis einschließlich 2021 hat die Bundesregierung 772 Mio. US-Dollar bilateraler Mittel für die Polioausrottung bereitgestellt, unter anderem für Programme in Afghanistan, Indien, Nigeria und Pakistan. Das hier evaluierte FZ-Vorhaben war Teil dieser bilateralen Kooperation zur Ausrottung von Polio. Seit 2020 unterstützt Deutschland die GPEI direkt auf internationaler Ebene mit jährlich 35 Mio. Euro und gestaltet die strategische Ausrichtung der GPEI aktiv mit.

Kurzbeschreibung des Vorhabens

Ziel des FZ-Vorhabens war es durch die konsequente Immunisierung aller Kinder unter 5 Jahren und die Sicherstellung von Überwachung und Monitoring (Outcome) zur Unterbrechung der Übertragung des Poliovirus in Pakistan und damit gleichzeitig zur weltweiten Ausrottung der Poliomyelitis (Impact) beizutragen. Dazu erfolgte eine Ko-Finanzierung der pakistanischen *Polio Eradication Initiative* (PEI) zur Umsetzung der jährlichen Nationalen Notfallpläne (*National Emergency Action Plans for Polio Eradication*, NEAP), die mit Unterstützung der GPEI unter der Verantwortung des pakistanischen Gesundheitsministeriums (*Ministry of National Health Services Regulations and Coordination*, MoNHSR&C) vom zuständigen *National Emergency Operations Centre* (NEOC) erstellt wurden. Das NEOC koordinierte dabei auch die Umsetzung der NEAP-Maßnahmenkataloge, wobei WHO und UNICEF die maßgeblichen Implementierungspartner waren.

Die beiden Phasen des FZ-Vorhabens dienten als Beitrag zur Schließung von Finanzierungslücken der NEAPs; dabei wurde mit Phase I der NEAP 2017 / 2018 und mit Phase II der NEAP 2018 / 2019 unterstützt. Die Auszahlung der Mittel erfolgte jeweils in einer Tranche hälftig an WHO und UNICEF. In Phase I erfolgte die Auszahlung Ende 2017 und in Phase II Ende 2018; damit erfolgte eine Ko-Finanzierung der Maßnahmen der *Polio Eradication Initiative* (PEI) für die Jahre 2018 (Phase I) und 2019 (Phase II). Entsprechend der etablierten und koordinierten arbeitsteiligen Kooperation der PEI mit den beiden Implementierungspartnern UNICEF und WHO, finanzierten die FZ-Maßnahmen im Wesentlichen Kommunikations- und Mobilisierungsmaßnahmen, Beschaffung von Impfstoffen und Durchführung von subnationalen und zur Routine-Impfung zusätzlichen Impfkampagnen (*supplementary immunization activities* – SIA), Impfungen in sog. *Permanent Transit Points* (PTPs), die z.B. an Grenzübergängen errichtet wurden, sowie die Stärkung von Surveillance zur Erfassung von Fällen akuter schlaffer Lähmungen und Detektion von Polioviren in Umweltproben zur Überwachung der Poliosituation (WHO). Die Durchführung verlief parallel zur Basisgesundheitsversorgung und ergänzte die Routine-Immunisierung (*Expanded Programme on Immunisation*, EPI) von Kindern.

Durch die Impfkampagnen sollte eine durchgehende Impfabdeckung bei Kindern unter fünf Jahren (Zielgruppe) erreicht werden und hierbei insbesondere Kinder, die von den (Routine-)Impfmaßnahmen bislang nicht erreicht wurden. So sollten Neuinfizierungen mit Polio verhindert werden. Mittelbar profitieren hiervon die Gesamtbevölkerung Pakistans und die der (Nachbar-)Länder, in welche Polio aus Pakistan eingeschleppt werden könnte.

Besondere Aufmerksamkeit der Maßnahmen galt den geographischen Regionen mit dem höchsten Risiko einer Polio-Übertragung. Diese sind in der sog. *Tier-Klassifikation* erfasst. Von den insgesamt 166 Distrikten landesweit werden 11 Distrikte mit einer Bevölkerung von rund 4 Mio. Einwohnern als Kernrisiko-Distrikte (Tier 1, höchstes Risiko) und 35 Distrikte mit einer Bevölkerung von 8,3 Millionen Einwohner als Hochrisiko-Distrikte (Tier 2) definiert. Schwerpunkt der FZ-kofinanzierten Maßnahme waren die Regionen der Klassifikation Tier 1 und Tier 2 (siehe Abb. 1). Dies waren vornehmlich die Regionen Karachi (Sindh Provinz), der sog. Quetta Block (inkl. Killa Abdullah, Pishin, in Baluchistan) und Peshawar / Khyber Pakhtunkhwa (KP).

Aufschlüsselung der Gesamtkosten

Die von der GPEI ausgewiesenen Gesamtkosten beliefen sich bei Projektprüfung der ersten Phase für den Zeitraum 2016-2017 auf rd. 454,8 Mio. EUR (mit einer Finanzierungslücke von rund 212,84 Mio. EUR) und bei Prüfung der zweiten Phase für die Jahre 2018 und 2019 auf rd. 389,75 Mio. EUR (mit einer Finanzierungslücke von rd. 167,46 Mio. EUR).

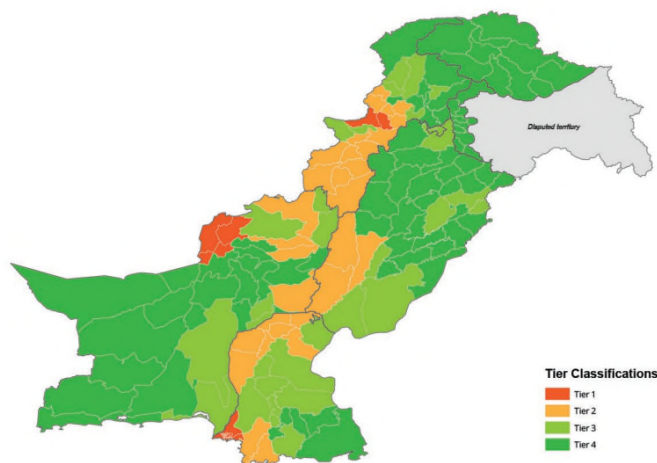
Die FZ-Kofinanzierung erfolgte schließlich für Phase 1 im Jahr 2018 und für Phase 2 im Jahr 2019. Die nachfolgenden Zahlen wurden von WHO und UNICEF für die EPE zur Verfügung gestellt und beziehen sich auf das Budget für die Jahre 2018 und 2019 (Plan) sowie die Ausgaben in den jeweiligen Jahren (Ist). Insgesamt betrug der FZ-Beitrag 4 % der Gesamtkosten für die Jahre 2018 und 2019.

In Mio. EUR	Inv. (Phase 1, 2018) (Plan)	Inv. (Phase 1, 2018) (Ist)	Inv. (Phase 2, 2019) (Plan)	Inv. (Phase 2, 2019) (Ist)
Investitionskosten (gesamt)	197,74²	206,1	207,7	171,60
Eigenbeitrag ³	n.a.	44,00	n.a.	48,05
Fremdfinanzierung	n.a.	162,1	n.a.	123,55 ⁴
davon BMZ-Mittel	9,6 ⁵	9,6	5,0	5,0

Karte von Pakistan mit Hervorhebung der Risikodistrikte

Figure 11 – Map of Pakistan showing different district Tier classifications for 2018/2019.*

Tier classification may be updated on a 6-monthly basis. Only parts of Tier 3 districts to be included in SNIDs.



*This figure reflects current geographic boundaries following the merger between the formerly Federally Administered Tribal Areas (FATA) with Khyber Pakhtunkhwa province in May 2018.

Quelle: *National Emergency Action Plan for Polio Eradication 2018/2019*

² Umrechnungskurs 2018 gemäß GPEI Angaben: 1 USD = 0,88 EUR

³ Eigenbeiträge sind unter anderem auch Sicherheitsmaßnahmen, Personal der Ministerien und der EOCs– inwieweit diese hier monetär abgebildet sind, konnte nicht abschließend geklärt werden.

⁴ Die größten Geber sind Islamic Development Bank, Bill and Melinda Gates Foundation, USAID, Kanada und Rotary International

⁵ Bei Prüfung wurden zu den 9,595 Mio. EUR für 2016 noch 0,405 Mio. EUR als Vorratsprüfungsteil für 2017 aufgenommen, welche aber nicht umgesetzt wurden.

Bewertung nach OECD DAC-Kriterien

Relevanz

1. Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

Pakistan gehört – neben Afghanistan – zu den zwei Ländern weltweit, die von der WHO noch nicht als poliofrei zertifiziert werden konnten. Die Distrikte auf beiden Seiten der Grenze zwischen Afghanistan und Pakistan sind das letzte verbleibende Reservoir für das Poliovirus und damit für die Erreichung des globalen Ziels der Polioeradikation von entscheidender Bedeutung. Das Programm zur Bekämpfung der Kinderlähmung in Pakistan wurde im Rahmen der jeweils aktuellen Strategie-Pläne der GPEI (*Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013-2018*) geplant und umgesetzt. Hierbei dienten die jährlichen Notfallaktionspläne zur Ausrottung von Polio (*National Emergency Action Plan for Polio Eradication*, NEAP) der pakistanischen Regierung als konzeptionelle Grundlage, die unter Federführung des pakistanischen Gesundheitsministeriums und in enger Abstimmung mit der GPEI kontinuierlich aktualisiert wurden.

Mit der finanziellen Beteiligung der deutschen FZ an der *Polio Eradication Initiative* (PEI) in Pakistan 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. Darüber hinaus wurde mit der finanziellen Beteiligung an der nationalen PEI in Pakistan 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

Die unmittelbare Zielgruppe waren Kinder unter fünf Jahren in Pakistan (rd. 39,4 Mio.). Besonderes Augenmerk galt hierbei Kindern, die zwar registriert, jedoch von (Routine-)Impfmaßnahmen bislang nicht erreicht wurden („*missed children*“). Die Auswahl erfolgte ausschließlich nach Alter ohne Bezug zu Einkommen, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit. Indirekt profitierte hiervon die gesamte Bevölkerung des Landes, sowie die Bevölkerung der Nachbarländer. Da eine Einschleppung von Polio aus Pakistan de facto weltweit erfolgen kann (Beispiel Malawi 2021), ist die Unterstützung zur Ausrottung der Polio in Pakistan als globales Gut zu betrachten.

Die Relevanz wird von den Gesundheitsprioritäten der Zielgruppe etwas relativiert. Angesichts der Prävalenz und Krankheitslast anderer Kinderkrankheiten (z.B. Masern, Keuchhusten) und der grundsätzlichen Gesundheitsprobleme in Pakistan, hat das Ziel der Ausrottung des Poliovirus für die unmittelbare Zielgruppe eine eher untergeordnete Priorität. Dass Kinderlähmung bei Projektprüfung und heute einen kaum messbaren Prozentsatz der Krankheitslast der Kinder in Pakistan ausmacht(e), ist bei dem globalen Ansatz des Programms jedoch keine Schwächung der Relevanz.

Bei Prüfung wie heute sind die Kapazitäten der Partner durch Herausforderungen im Bereich der Governance geprägt. Im Corruption Perceptions Index (CPI) rutschte Pakistan vom 117. Platz von 180 Ländern im Jahr 2017 auf den 133. Platz im Jahr 2023 ab. Pakistans politisches Umfeld und die Verwaltungsorgane sind durch einen Mangel an Transparenz, Korruption und Akteure, die Eigeninteressen verfolgen, gekennzeichnet.

3. Angemessenheit der Konzeption

Konzeptionell folgte die PEI einem vertikalen Ansatz zur globalen Gesundheit, in dessen Rahmen – im Gegensatz zu horizontalen Ansätzen der Basisgesundheitsversorgung – sämtliche Ressourcen auf die Unterbrechung der Polioübertragung konzentriert wurden. Dabei fokussierte die PEI auf Impfkampagnen, die die fehlende Abdeckung durch Routine-Immunisierungen im Rahmen des *Expanded Programme on Immunisation* (EPI) auffing. Diesem Ansatz entsprach die dem deutschen FZ-Beitrag zugrunde liegende Wirkungskette: Durch die Unterstützung der PEI mittels Finanzierung von Impfstoffen, Impfkampagnen und Surveillance sollte der Zugang der unmittelbaren Zielgruppe (Kinder <5 Jahren) zu Polio-Impfungen verbessert werden. Durch eine Impfdeckung von 80 % der Zielgruppe entsteht eine sog. Herdenimmunität, in der die Übertragung von Polioviren höchst unwahrscheinlich bzw. unterbrochen wird. Diese Wirkungskette ist auch aus heutiger Sicht plausibel und angemessen.

Da das Gesundheitssystem Pakistans große Mängel aufweist, war die gewählte Konzeption als vertikales Programm zur effizienten Bereitstellung von Poliovakzinen dem Zweck der angestrebten Impfdeckung aller Kinder

unter fünf Jahren 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 (neben Pakistan wurden im Rahmen der GPEI Nigeria, Indien und Afghanistan mit bilateraler Finanzierung unterstützt), über die bislang insgesamt 772 Mio. USD von der Bundesregierung zur Verfügung gestellt und umgesetzt wurden.

Im Rahmen der Ex-post-Evaluierung (EPE) wurden die Outcome- und Impact-Ziele überarbeitet, um die unterschiedlichen Ebenen des Wirkungsmodells deutlich widerzuspiegeln (vgl. Effektivität und Impact). Die wesentlichen Indikatoren und deren Wertbestückung waren angemessen; einige Indikatoren waren jedoch unklar definiert und die Berichterstattung nicht stringent; diese Indikatoren wurden nicht in die EPE übernommen.

4. Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit

Die im NEAP geplanten Maßnahmen zur Ergänzung der Routineimmunisierung (*Supplementary Immunization Activities*, SIA) im Rahmen von nationalen (*National Immunization Days*, NID) und regionalen Impfkampagnen (*Sub-National Immunization Days*, SNID), Sammeln und Analyse der Surveillance-Daten und reaktive Impfkampagnen erfordern eine flexible Managementstruktur, die über das *National Emergency Operation Centre* (NEOC) und die 5 *Emergency Operation Centres* auf Provinzebene abgebildet wird. Ein zentrales Anliegen war es, die Zugangsbarrieren zu den Kindern in den Hochrisiko-Distrikten zu analysieren und geeignete Strategien zu entwickeln, die Akzeptanz und den Zugang zu den Haushalten in diesen Gebieten zu verbessern. Beispielhaft sei hier ein Ereignis in Peshawar im April 2019 („Peshawar incident“) angeführt mit massiver negativer Propaganda in sozialen Medien über angebliche Impfnebenwirkungen. Dies trug mit zu einem ausgeprägten Anstieg der Impfverweigerung und Ablehnung im Jahr 2019 bei, mit einer in einigen Distrikten extrem hohen Rate von „missed children“. Mit erhöhtem Engagement von kommunalen Impfhelfern und gezielten Kommunikationskampagnen unter Einbindung der lokalen Meinungsführer, Medien und religiösen Einflussträgern wurde versucht, dem entgegenzuwirken. Infolgedessen konnten die negativen Auswirkungen des „Peshawar incident“ abgeschwächt und Zahl der „missed children“ reduziert werden.

Das FZ-Vorhaben hat den erforderlichen flexiblen Ressourceneinsatz insofern unterstützt, dass es kein spezifisches „earmarking“ der Mittel gab und die Implementierungspartner unter der Koordination des NEOC und innerhalb der jeweiligen Arbeitsgebiete und Zuständigkeiten von WHO und UNICEF kurzfristig mit der FZ-Kofinanzierung reagieren konnten, falls erforderlich.

Als Beispiel für zunehmende transformatorische Fähigkeiten der PEI sei ein kürzlich über das NEOC ins Leben gerufenen Projekt angeführt: „*The Listening Projekt. Women-led solutions for a polio-free Pakistan*“. Dabei werden systematisch die Meinungen und Erfahrungen der weiblichen Impfhelfer eingeholt, die auf kommunaler Ebene in den Hochrisikogebieten eingesetzt werden (60 % der kommunalen Impfhelferinnen und -helfer sind weiblich). Gemeinsam werden dann innovative Ansätze entwickelt, um die komplexen Zugangsbarrieren kontextspezifisch und gender-sensitiv zu adressieren. Das Programm hat auch das Ziel, Impfhelferinnen im Hinblick auf „*post-polio careers*“ und Integration in das allgemeine Gesundheitssystem zu fördern.

Zusammenfassung der Benotung

Das Vorhaben adressierte mit einer angemessenen Konzeption und unter Nutzung einer etablierten Umsetzungsstruktur die Kernprobleme der Poliobekämpfung in Pakistan 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 (beide Phasen)

Kohärenz

5. Interne Kohärenz

Gesundheit ist seit 2016 kein Schwerpunkt der deutschen EZ mit Pakistan mehr. Die beiden Vorhaben zur Bekämpfung der Kinderlähmung waren Teil des auslaufenden EZ-Programms „Unterstützung der Gesundheitssystementwicklung in Pakistan“, das zum Ziel hat, insbesondere armen und vulnerablen Gruppen Zugang zu qualitativ hochwertigen und erschwinglichen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Neben dem vorliegenden

Vorhaben unterstützte die FZ zum Zeitpunkt der Projektumsetzung Blutbanken, Familienplanungsaktivitäten, den Aufbau von Krankenversicherungen und das nationale Impfprogramm, *Expanded Program on Immunization* (EPI). Synergien zwischen dem Polio-Programm und den anderen FZ- bzw. TZ-Maßnahmen wurden nicht gezielt adressiert.

Von besonderer Relevanz für die Effektivität der PEI ist das EPI, das für die Routineimpfungen zuständig ist. Die Impfungen im Rahmen des EPI umfassen auch die routinemäßige Polioimpfung bei Kindern unter einem Jahr. Das gegenwärtige Polio-Impfschema sieht bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres insgesamt 4 orale Polio Impfungen mit dem abgeschwächten Lebendimpfstoff (OPV) und 2 intramuskulär verabreichte Impfungen mit dem inaktivierten Polio-Impfstoff (IPV) vor. Die über EPI durchgeführten Impfungen werden in einem EPI-Impfpass bzw. -karte vermerkt und eine Kopie den Eltern ausgehändigt. Die Impfungen erfolgen vorwiegend in stationären Einrichtungen der Basisgesundheitsversorgung bzw. über sog. *outreach activities*. In Ergänzung dazu führt die PEI die zusätzlichen Impfkampagnen (SIAs) mit dem Haus-zu-Haus-Ansatz durch bei Kindern unter 5 Jahren; diese werden auch separat registriert.

Das FZ-Vorhaben zur Ko-Finanzierung des EPI, in Pakistan wurde über die Globale Vaccine Alliance (Gavi) durchgeführt, auch hier waren WHO und UNICEF Durchführungspartner. Das EPI ist, wie die PEI, ebenfalls als ein vertikales Programm angelegt, das sich auf die Bekämpfung bestimmter Erkrankungen durch Impfung konzentriert. Es ist nicht in das Gesundheitsversorgungssystem integriert, sondern stellt über ein paralleles Finanzierungs- und Beschaffungssystem Impfstoffe und technische Unterstützung für das nationale Impfprogramm bereit. Gavi bündelt Geber- und Partnerleistungen und stellt die Verfügbarkeit von ausreichend Finanzmitteln sicher, während UNICEF die Impfstoffe beschafft.

Die effektive Kooperation und Koordination mit der EPI auf strategischer und operativer Ebene ist einer der entscheidenden Faktoren für die Zielerreichung der PEI, leider erfolgte sie im Umsetzungszeitraum noch nicht hinreichend. Entsprechende Defizite wurden regelmäßig in den Berichten der *Technical Advisory Group (TAG) on Polio Eradication* in Pakistan thematisiert, so auch 2019, als sich die Polio-Situation in Pakistan deutlich verschlechterte. Obwohl nahezu zeitgleich beide Programme unterstützt wurden, gab es seitens der FZ keine Interventionen, um eine bessere EPI/PEI Kooperation anzumahnen. Allerdings hat die FZ in ihrer beratenden Funktion gegenüber dem BMZ diese Problematik thematisiert. Das BMZ hat in den zuständigen Gremien der GPEI und Gavi auf die Bedeutung der institutionellen Zusammenarbeit von GPEI und Gavi und ein graduelles Lösen von einem alleinstehenden „Polioansatz“ hin zu einem horizontalen Ansatz hingewiesen. Inzwischen ist Gavi formal Mitglied der GPEI und es gibt einen detaillierten Kooperationsplan für die endemischen Länder Pakistan und Afghanistan, wie auch für die Länder mit erhöhtem Ausbruchsrisiko.

Die Maßnahmen in Pakistan stehen – neben dem globalen Bezug zur Polioausrottungsinitiative – in besonderem Zusammenhang zur Poliobekämpfung in Afghanistan, dem zweiten noch verbleibenden endemischen Land für Polioviren. Beide Länder sind als „epidemiologischer Block“ zu betrachten, da sich Teile der Bevölkerung regelmäßig und unkontrolliert zwischen diesen Ländern bewegen – und damit auch das Poliovirus. Es ist evident, dass Ausmaß und Qualität der Koordination und Kooperation beider Polio-Bekämpfungsprogramme entscheidende Faktoren zur Erreichung der jeweiligen nationalen wie auch globalen Eradikations-Ziele darstellen. Die Zusammenarbeit wird überwiegend als positiv und konstruktiv beschrieben, allerdings gibt es keine Unterlagen oder Dokumente für eine objektive Validierung der Qualität der länderübergreifenden Kooperation. Die FZ hat das Polio-Programm in Afghanistan etwa im gleichen Durchführungszeitraum mit einer zu Pakistan identischen Durchführungskonstellation über GPEI mit WHO und UNICEF als Implementierungspartner unterstützt. Auch hier gab es keine Interaktionen der FZ mit der GPEI, den Durchführungspartnern oder den jeweiligen Gesundheitsministerien hinsichtlich der länderübergreifenden Implementierungsmodalitäten.

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 schützen die Polioimpfungen direkt die Zielgruppe, verhindern eine nationale und regionale Ausbreitung und dienen dem globalen Ziel der Eradikation dieser Krankheit.

6. Externe Kohärenz

Die GPEI bietet ein kohärentes globales Rahmenwerk, das die nationale PEI leitet.

Im Vorhaben wurden die etablierten Strukturen der PEI genutzt. Die vom Gesundheitsministerium beauftragten und dem NEOC koordinierten Implementierungspartner WHO und UNICEF stellen die Kohärenz und Stringenz des nationalen Poliobekämpfung mit dem globalen Programm und dessen Surveillance- und Monitoringsystem sicher. Dies ist gerade bei Pakistan als einem der letzten zwei verbliebenen endemischen Polio-Länder von entscheidender Bedeutung. Darüber hinaus wären die bestehenden Strukturen der Basisgesundheits in Pakistan nicht in der Lage (gewesen), das Polioprogramm umzusetzen.

Der pakistanische Eigenbeitrag umfasste vornehmlich die Beteiligung von Mitarbeitenden des Ministeriums, nachgeordneten Behörden und der EOC an den durchgeführten Kampagnen. Die pakistanische Regierung leistet darüber hinaus erhebliche Aufwendungen für die Sicherheit des Impfpersonals bei der Durchführung der Impfkampagnen.

Beraten wurde die PEI auf Landesebene von der *Technical Advisory Group* (TAG); zudem nahmen internationale Experten des *Independent Monitoring Boards* (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 22 Berichte beinhalten spezielle Berichtsteile für die endemischen Länder, aktuell noch Afghanistan und Pakistan. Der im aktuellen IMB-Bericht erstellte Statusbericht der PEI 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 Pakistan und deren Perspektive. Die IMB-Berichte wurden auch für die EPE herangezogen.

Bezüglich der Kooperation und Koordination zwischen dem PEI und dem EPI vgl. interne Kohärenz.

Zusammenfassung der Benotung:

Die Unterstützung des pakistanischen Polioprogramms war nicht direkt mit anderen Maßnahmen der deutschen EZ verbunden und es wurden keine Synergien gesucht bzw. im Dialog auf Landesebene nachgehalten. Auf globaler Ebene wurden jedoch die Erfahrungen aus Pakistan vom BMZ in die Diskussion zukünftiger GPEI-Strategien eingebracht. Aufgrund des wichtigen Beitrages Pakistans zur Erreichung des globalen Ziels der Polioausrottung war hinsichtlich Kohärenz die ohnehin alternativlose Einordnung in die GPEI und Nutzung ihrer etablierten Umsetzungsstrukturen entscheidend. Die Kooperation und Koordination mit dem nationalen Routine-Impfprogramm, unterstützt von Gavi, hat sich erst nach dem Beobachtungszeitraum der FZ-Vorhaben verbessert.

Kohärenz: 2 (beide 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:

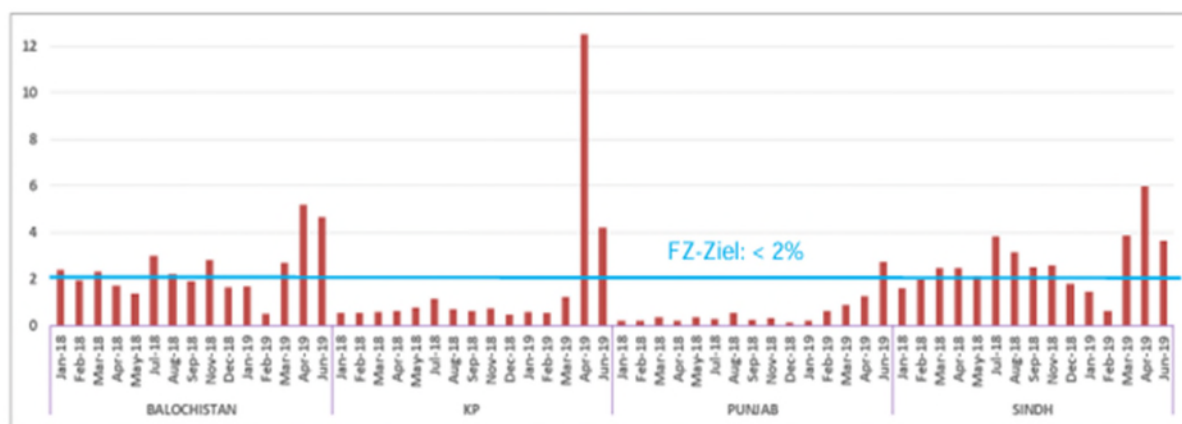
Indikator	Status bei PP (2016)	Zielwert lt. PP	Ist-Wert bei AK (2020)	Ist-Wert bei EPE (2023*)
(1) Der Anteil der nicht gegen das Poliovirus geimpften, aber erfassten Unterfünfjährigen („missed children“) liegt unter 2 % am Ende jeder Impfkampagne.	4,2 (2016)	<2 %	12,5 % (2019) Im Durchschnitt nicht erfüllt, allerdings große Unterschiede bezüglich der einzelnen Kampagnen und Regionen (s. Abb. 2)	9,08 % bei drei <i>National Immunisation Days</i> (NIDs) 12,45 % bei neun <i>Sub-national Immunisation Days</i> (SNIDs) Nicht erreicht

(2) 90 % der Union Councils weisen eine akzeptable Qualität der Impfkampagnen auf, erfasst durch Lot Quality Assurance (LQAS)	79 % (2016) 88 % (2017)	90 % (2016) 90 % (2017)	87,4 % (2018) 79 % (2019)	80,4 % bei drei NIDs 77,6 % bei neun SNIDs Nicht erreicht
(3) Die Rate der nicht-polio-assoziierten akuten schlaffen Lähmungen (NFAFP) ist größer 6/100.000 bei Kindern unter 15 Jahren (neuer Indikator in Phase II)	11,7/100.000 Kinder <15 Jahren (2017)	>6/100.000 Kinder <15 Jahren	16,6/100.000 Kinder <15 Jahren (2019)	15,3/100.000 Kinder <15 Jahren (2023) Nicht erreicht

Quelle: KfW-Projektdokumentation, *Angaben National Emergency Operations Centre for Polio Eradication im Rahmen der EPE

Angesichts von rund 40 Mio. Kindern im Land als Hauptzielgruppe stellt der **Indikator (1) zu den sog. „missed children“** ein strategisches Kernziel des NEAP dar. Für das Zielniveau gibt es keine international gültigen Normen, sondern es wird national und kontextspezifisch festgelegt. In Afghanistan beträgt das Zielniveau für diesen Indikator 6 %. Wenngleich das Zielniveau mit 2 % für Pakistan aus heutiger Sicht zu ambitioniert war, zeigt dieser Indikator eins der bis heute bestehenden Hauptprobleme der Poliobekämpfung in Pakistan: die anhaltende sicherheitskritische Situation in einigen Distrikten der Hochrisikogebiete und die damit verbundenen Zugangsbeschränkungen zur Zielgruppe. Bei der Bewertung dieses Indikators müssen deshalb die starken regionalen Unterschiede in den vier Schwerpunktprovinzen beachtet werden, in denen auch die Tier1- und Tier2-Regionen liegen (s. Abb. 1). Dabei zeigt sich deutlich, dass die Nichterreichung des Zielwertes im Durchführungszeitraum vor allem der Situation in Khyber-Pakhtunkhwa (KP) im Nordwesten geschuldet war.

Abb. 1: Anteil bisher nicht gegen das wilde Poliovirus geimpfter, aber erfasster Unterfünfjähriger in Hochrisikoprovinzen von Januar 2018 bis Juni 2019



Quelle: Report, Meeting of the TAG on Polio Eradication in Pakistan, 2019

Die politisch-militärisch prekäre Situation stellte und stellt eine fortwährende Herausforderung dar. Die sich immer wieder verschärfende Sicherheitslage in den für die Polio-Eradikation wichtigen Hochrisikogebieten und die damit einhergehenden wachsenden Zugangsschwierigkeiten zur unmittelbaren Zielgruppe der Kinder unter 5 Jahren hindert die flächendeckende Umsetzung des Programms. Auf rund 400.000 Impfhelferinnen und -helfer kommen etwa 80.000 Sicherheitskräfte. Jedes Jahr gibt es Berichte, dass Impfhelferinnen und -helfer und das begleitende Sicherheitspersonal angegriffen, entführt oder getötet werden – dies ist auch während des Durchführungszeitraums der FZ-Vorhaben geschehen.

In vielen ländlichen Regionen besteht noch immer wenig Vertrauen in Impfprogramme, was durch teils gezielt gestreute Fehlinformationen auch zu Impfnebenwirkungen über soziale Medien beflügelt wird. Damit wurden im ersten Halbjahr 2019 die Impfkampagnen in einigen Regionen (z.B. Peshawar) de facto zum Erliegen gebracht. Dazu kommt oftmals eine ablehnende Haltung der lokalen Meinungsführer. Außerdem ist vielen Menschen die

hohe Frequenz der Impfkampagnen suspekt; in den Hochrisikogebieten wurden über Jahre monatlich Kampagnen angeboten mit zwischenzeitlichen Informations- und Aufklärungsveranstaltungen. Diese Häufigkeit der Aktivitäten hat bei der Bevölkerung und den Durchführenden gleichermaßen zu einer „polio fatigue“ geführt.

Gerade in den Kommunen, in denen die elementarsten Grundbedürfnisse kaum erfüllt werden, kann auch die fehlende Integration der Polioimpfungen mit weiteren Gesundheits- oder Sozialleistungen (z.B. Ernährung, Mutter-Kind-Gesundheitsleistungen, WASH) für die arme Bevölkerung die Akzeptanz der Polioimpfungen verringert haben. Vielfach kommt es zu Boykotten der Impfkampagnen und der Zugang zu Distrikten wird an die Erfüllung von diversen, z.T. politischen Forderungen geknüpft. Zusätzlich bestehen kulturell oder religiös bedingte Vorbehalte gegenüber der Wirksamkeit von Impfstoffen sowie der Tatsache, dass das jeweilige Impfpersonal häufig nicht der gleichen ethnisch-kulturellen Gruppe wie die zu impfenden Kinder angehört. Auch ließen sich Polioimpfungen aufgrund der Abwesenheit von Kindern nicht verabreichen, was u.a. durch häufige Ortswechsel der Familien bedingt war.

Massive Bevölkerungsbewegungen entlang und über die Grenze zu Afghanistan erschwerten die Situation weiter. Auch in Afghanistan nahm der Anteil von „missed children“ im Rahmen der nationalen und regionalen Impfkampagnen ab 2018/19 drastisch zu – und parallel zum Anstieg der „missed children“ das Auftreten von Poliofällen. Grund war hier u.a. eine sich verschärfende Sicherheitslage sowie der Umstand, dass die Taliban von April bis September 2019 in den von ihnen kontrollierten Distrikten Mitarbeitenden von WHO und UNICEF den Zutritt verweigerten; erst ab Ende September 2019 durften Impfteams wieder tätig werden, aber nur in Moscheen und nicht mehr mit Haus-zu-Haus-Kampagnen. Infolge der COVID-19 Pandemie kam es sowohl in Afghanistan wie auch in Pakistan zum zeitweisen Aussetzen der Polio-Impfaktivitäten, was weiterhin zum Anstieg der Wildpolio-Fälle sowie zu vermehrten Ausbrüchen mit Impfviren führte, die ebenso Ausdruck von Impflücken sind.

Der Zielwert der „missed children“ wurde in einigen Hochrisiko-Distrikten gegen Ende des Durchführungszeitraums der FZ-Vorhaben aus den o.g. Gründen deutlich verfehlt. Dies hatte gravierende Folgen auf der Impact-Ebene (s.u.).

Zur Messung der Qualität von abgeschlossenen bzw. durchgeführten Impfkampagnen wird als **Indikator (2) das sog. Lot Quality Assurance Sampling (LQAS)** herangezogen. Dabei werden 60 Kinder randomisiert aus kleinen geimpften Bevölkerungsclustern ausgewählt und untersucht. Sind 0-3 Kinder ungeimpft, gilt eine Impfabdeckung >90 %, womit die Abdeckung für dieses Cluster als gut definiert wird. Sind 4-8 Kinder ungeimpft, wird die Impfabdeckung mit 80-90 % als unzureichend definiert. Während im Jahr 2018 fast alle Impfkampagnen mit dem LQAS-Wert nahe dem Zielwert (>90 %) lagen, wurden 2019 bei nur zwei von insgesamt 17 Impfkampagnen der Indikatorwert von >90 % erzielt. Vor allem für die Regionen, in denen die Polioübertragung nie unterbrochen wurde (Karachi, Peshawar, Quetta Block), spiegeln die niedrigen LQAS-Werte die Zugangsbarrieren mit resultierenden Impflücken wider.

Als **Indikator (3) für ein funktionsfähiges Überwachungs- und Monitoringsystem** wurde in der zweiten Phase die Rate der nicht-polio-assozierten schlaffen Lähmungen (non-polio-acute flaccid paralysis, NPAFP) als Qualitätsmerkmal für die Güte der AFP-Erfassung aufgenommen. Die NPAFP-Rate stieg im Durchführungszeitraum von 11,7 Fällen pro 100.000 (2017) und 15,9 (2018) auf 16,7 Fälle im Jahr 2019. Im Hinblick auf die besonderen Risikoregionen konnten 2018 für Karachi 12,6, Quetta Block 14 und Peshawar 18,8 pro 100.000 registriert werden. Damit kann von einem auch in den Hochrisikoregionen funktionierendem Überwachungssystem zum Auffinden von akuten schlaffen Lähmungen und damit zur Identifikation von neuen Polio-Fällen ausgegangen werden.

8. Beitrag zur Erreichung der Ziele

Die FZ-Mittel dienten der Ko-Finanzierung der PEI und der Umsetzung des NEAP 2018 – 2019 und flossen in die Aktivitäten von WHO und UNICEF, entsprechend der etablierten und koordinierten arbeitsteiligen Kooperation der PEI mit den beiden Implementierungspartnern. Die Ko-Finanzierung umfasste im Wesentlichen Kommunikations- und Mobilisierungsmaßnahmen, Beschaffung von Impfstoffen und Durchführung von Impfungen durch *Community Based Vaccination* (CBV) und mobile Teams (UNICEF), sowie die Stärkung von Surveillance zur Erfassung von Fällen schlaffer Lähmungen und Detektion von Polioviren in Umweltproben zur Überwachung der Polio-situation (WHO).

In Phase I (2018) wurden mit FZ-Mitteln ca. 34 Mio. Dosen bOPV beschafft für zwei Impfkampagnen im Juli und Dezember 2018 sowie Aktivitäten der *Permanent Transit Points* (PTPs) an der Grenze zu Afghanistan. In Phase II (2019) wurden 17,6 Mio. Impfdosen beschafft für 2 Impfkampagnen im März und August 2019 sowie für PTP-Aktivitäten. Die FZ-finanzierten Impfungen stellten etwa 10 % des Bedarfs an bOPV für 2018 und 2019 dar

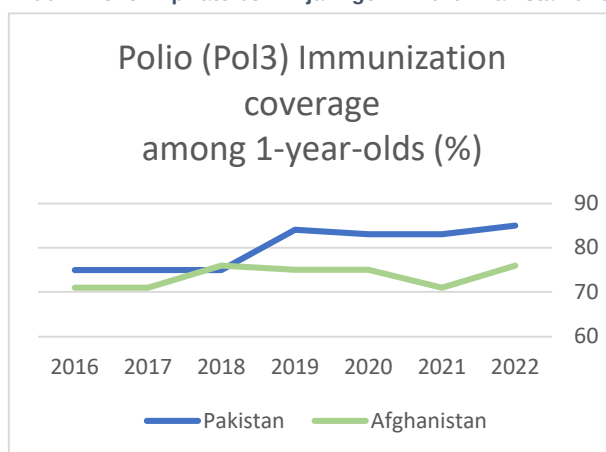
Das Ziel bezüglich der Reduzierung der Zahl von „missed children“ wurde im Durchführungszeitraum nicht erreicht. Einige der Gründe wurden oben dargelegt. Auch das mitfinanzierte Surveillance- und Monitoringsystem erwies sich als robust und leistungsfähig. An der sich im Durchführungszeitraum der FZ-Vorhaben infolge externer sowie interner Faktoren deutlich verschlechterten Zielerreichung der PEI sowohl auf Outcome- wie auch Impact-Ebene kann der FZ keine direkte Mitverantwortung zugewiesen werden, zumal die FZ auf die operative Gestaltung des Vorhabens keinen Einfluss nahm.

Die TAG- und IMB-Analysen der Situation des Impfprogramms nennen als interne Faktoren operative Defizite, eine kontraproduktive Politisierung auf verschiedenen Ebenen und Ineffizienzen bei der Durchführung. Die letzteren dürften vorrangig in unzureichender Kooperation mit den Routine-Impfprogramm liegen. Zudem hat die Zielgruppe einen hohen ungedeckten Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen, der über Polio hinausgeht. Die GPEI hat als eins seiner 5 strategischen Ziele für 2022 bis 2026 die Ausweitung der Integration von PEI-Maßnahmen mit einem größeren Kreis an Partnern, Basisgesundheitsversorgung und kommunalen Dienstleistungen⁶. Das PEI hätte auch früher schon von einem Ansatz der integrierten Serviceleistungen (Integrated Service Delivery, ISD) stark profitiert. Wenn die Poliokampagnen mit Basisgesundheitsdienstleistungen kombiniert werden, verbessert das die Gesundheitssituation allgemein und steigert das Vertrauen in die Impfkampagnen. Diese Kombination der Impfkampagnen mit anderen essenziellen Gesundheitsleistungen wie Mutter-Kind-Gesundheit, Ernährung und Sanitärversorgung wurde im Durchführungszeitraum nicht umgesetzt – mit der Folge von mangelndem Verständnis und Akzeptanz der Bevölkerung für die häufigen Impfkaktionen, während andere elementare Gesundheitsbedarfe nicht adressiert werden.

Die prekäre Situation des pakistanischen Polioprogramms im Umsetzungszeitraum wurde – wie oben erwähnt – von nationalen und internationalen Expertengremien gründlich analysiert und daraus resultierende Handlungsempfehlungen erstellt. Es gibt Hinweise darauf, dass es gelungen ist, diese Handlungsempfehlungen auch schrittweise umzusetzen. Nachdem 2020 und 2021 die COVID-19 -Pandemie zusätzliche Herausforderungen für das Polioprogramm darstellte, kam es in den folgenden Jahren zu einer deutlichen Stabilisierung der Situation bei Betrachtung der Wildpoliovirusfälle sowie der impfinduzierten Fälle (s. Impact).

Da das PEI nicht die Routine-Immunisierungen vornimmt, bleibt zu berücksichtigen, dass – abgesehen von den problematischen Distrikten – landesweit im Rahmen der Routine-Immunisierungen des EPI nach WHO-Angaben eine hohe Durchimpfungsrate von ca. 85 % erzielt wird; dies ist auch im Vergleich zu Afghanistan ein positives Ergebnis (vgl. Abb. 2).

Abb. 2 Polio-Impfrate bei Einjährigen in % für Pakistan und Afghanistan



Quelle: The Global Health Observatory der WHO - Polio (Pol3) immunization coverage among 1-year-olds (%)

9. Qualität der Implementierung

Die Erfahrungen und Kompetenzen der Implementierungspartner WHO und UNICEF in der Umsetzung von Polio-Eradikationsprogrammen und die etablierten Strukturen der PEI waren grundlegend für die Effektivität des Vorhabens. Hier sind insbesondere das nationale *Emergency Operation Center* (EOC) und seine regionalen Ab-
 leger, in denen operatives Management, Kommunikation zwischen den Partnern und medizinische Überwachung

⁶ Integration: Polio Resources Responsting to Community Needs & Strengthening Health Systems, GPEI April 2024

zusammengeführt werden, zu nennen. Die pakistanischen EOCs dienten als Vorbild für Afghanistan, ähnliche Strukturen zu schaffen. Das förderte auch die Koordination und Kooperation der beiden Polio-Programme in Pakistan und Afghanistan. Das NEOC hat mit seinen regionalen Strukturen die Steuerung und Implementierung der Maßnahmen sichergestellt.

Insgesamt zeigte die pakistanische Regierung eine sehr hohe Ownership des Polioprogramms, das sich nicht zuletzt in der Schaffung institutioneller Strukturen der PEI, wie dem NEOC, äußert. Außerdem wendet Pakistan erhebliche Mittel auf, um mit Sicherheitskräften des Militärs das Gesundheitspersonal bei den Impfkampagnen zu schützen. Der Mittelaufwand für die „last mile“ der Polioeradikation, d.h. die Erreichung der letzten Polio-Reservoirs in einem komplexen sozio-kulturellen und sicherheitspolitisch höchst fragilem Umfeld ist enorm – auch für die pakistanische Seite.

Obwohl das Vorhaben in diesem fragilen Kontext durchgeführt wurde, wird im Rahmen der EPE eine duale Zielsetzung nicht zugrunde gelegt. Dies ist dem vertikalen Ansatz des Vorhabens geschuldet, für dessen Durchführung UNICEF und WHO zuständig waren, welche die Maßnahmen konfliktensibel umsetzten, in dem bspw. der kontinuierliche Dialog mit religiösen Einflussträgern und lokalen Meinungsführern zur Erhöhung der Akzeptanz von Polioimpfungen gesucht wurde. Ein direkter Beitrag zur Stabilisierung wurde damit aber nicht geleistet. Der Aufbau leistungsfähiger staatlicher Strukturen im öffentlichen Gesundheitsbereich zur Gesundheitssystemstärkung ist gering; auch der o.g. staatliche Beitrag diene vorrangig der Sicherheit des Impfpersonals und nicht der Minderung von Konflikten.

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

Das Rückgrat des pakistanischen Polio-Programms sind die Impfhelferinnen, die meist einen besseren Zugang zu den Haushalten haben als männliche Impfhelfer (60 % des Impfpersonals ist weiblich); für diese bietet das Polio-Programm einerseits Einkommensmöglichkeiten, andererseits setzen sich die Impfhelferinnen und -helfer gerade in den Tier-1 und -2 Distrikten erheblichen Sicherheitsrisiken aus, die jedes Jahr zum Tod von Impf- und Sicherheitspersonal führen. Pakistan ist sich der Bedeutung der Impfhelferinnen bewusst und setzt die neue Genderstrategie mit z.T. innovativen Ansätzen um (s. unter 4, „The Listening Project“). Auch werden über Fort- und Weiterbildungsprogramme berufliche Perspektiven geschaffen, wie z.B. die zukünftige Integration des Polio-Impfpersonals in das Routine-Impfprogramm; ebenso wird angestrebt, dass zunehmend mehr Managementpositionen der PEI von Frauen besetzt werden.

10. Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Das umfangreiche und leistungsfähige Surveillance-System des Polio-Programms hat wichtige Funktionen während der COVID-19-Pandemie übernommen und leistet weiterhin, insbesondere im Bereich Umweltanalysen, einen wichtigen Beitrag zur Epidemie- bzw. Pandemieprävention in Pakistan. Auch das kommunale Netzwerk von Impfpersonal hat zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie durch Unterstützung der Impfl Logistik beigetragen.

Zusammenfassung der Benotung

Das Immunisierungsziel mit Reduzierung der Kinder unter 5 Jahren, die nicht von Polio-Impfkampagnen erreicht werden, wurde in einigen Distrikten der Hochrisikogebiete deutlich verfehlt. Die Anstrengungen der pakistanischen Regierung und ihrer Partner im Berichtszeitraum 2018 – 2019 kann dennoch als teilweiser Erfolg gewertet werden, da die landesweite Abdeckung mit Polioimpfungen und die über das LQA-System erfasste Qualität der Impfkampagnen effektiv waren. Auch das Surveillance- und Monitoringsystem des Polioprogramms hat sich als leistungsfähig erwiesen. Die sorgfältige Analyse der Probleme im Durchführungszeitraum und die Umsetzung von identifizierten Lösungsansätzen hat in den letzten Jahren zu einer Stabilisierung und deutlichen Reduzierung der Fallzahlen geführt und stellt die Reformierbarkeit der PEI unter Beweis. Zusammenfassend wird die Effektivität als eingeschränkt erfolgreich bewertet, da die Zielerreichung unter den Erwartungen liegt, aber die positiven Ergebnisse klar dominieren.

Effektivität: 3 (beide 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 Datenlage nicht zu ermitteln; diese müssten infolge der z.T. prekären Sicherheitslage in Pakistan dann auch kontextspezifisch beurteilt werden, da für Transport und Schutz der Impfteams zusätzliche Kosten anfallen.

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

Potential zur Erhöhung der Produktionseffizienz hätte sich in der Koordination und Kooperation mit dem Routineimpfprogramm EPI ergeben; auf globaler Ebene wird dies mit Kooperationsabkommen zur Umsetzung von gemeinsamen Implementierungsstrategien adressiert. Die finanziellen Implikationen dieser verstärkten Zusammenarbeit sind nicht zu beurteilen; sicherlich wurde aber im Umsetzungszeitraum der FZ-Mittel das Potential einer PEI- und EPI-Kooperation nicht voll ausgeschöpft und diesbezügliche Defizite in den TAG- und anderen Monitoringberichten angemahnt.

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 FZ-Kofinanzierung nur etwa 4 % der Gesamtkosten der PEI in den Jahren 2018 und 2019 betrugen und die Mittel im Rahmen des arbeitsteiligen Vorgehens von WHO und UNICEF flexibel eingesetzt werden konnten.

12. Allokationseffizienz

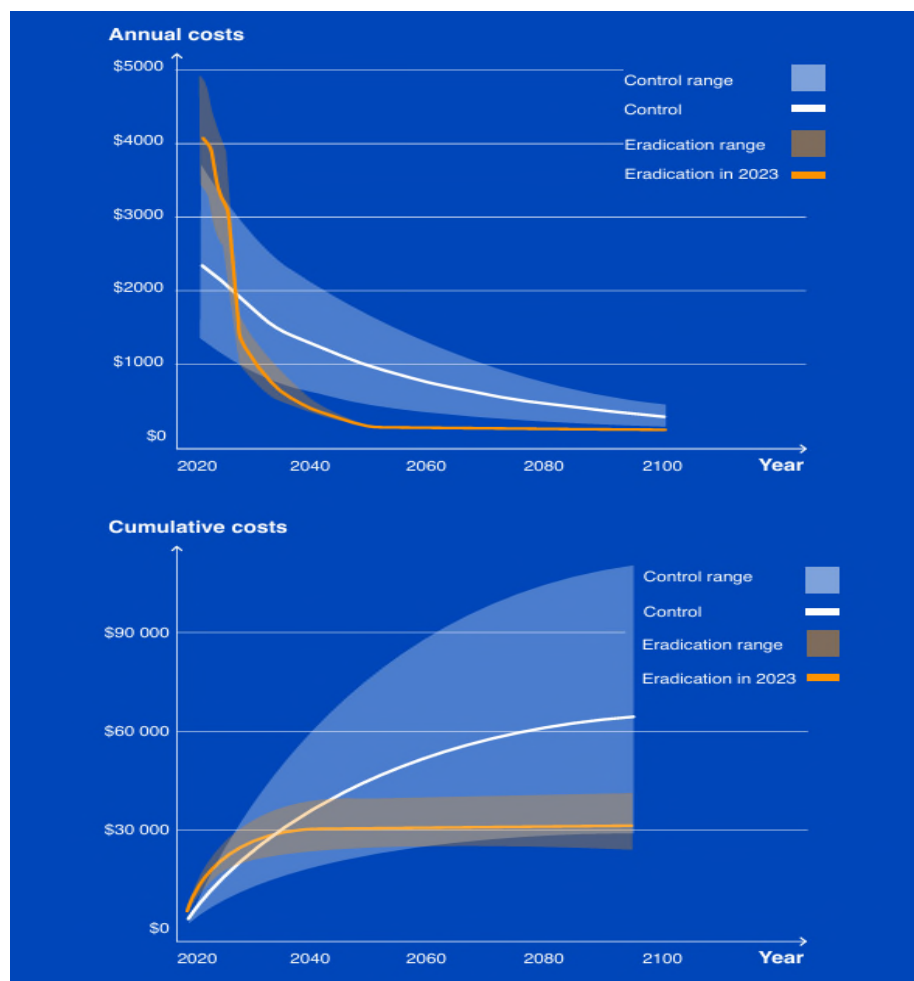
Aktuelle globale Kosten-Nutzen-Analysen von Maßnahmen zur Unterbrechung von Polio-Infektionen im Rahmen der GPEI zeigten, unter der Annahme, dass Polio bis 2023 ausgerottet sei, einen Netto-Nutzen von 28 Milliarden USD.⁷ Eine frühere Kosten-Nutzen-Analyse von 2010 errechnete einen Netto-Nutzen von 47 Milliarden USD unter der Annahme, dass das Eradikations-Ziel 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 inaktivierter 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 waren. Diese über die Poliobekämpfung hinausgehenden Nutzen wurden im Falle von COVID-19 zur Pandemiebekämpfung und -prävention deutlich. Die aktuelle GPEI *Polio Eradication Strategy* verfolgt einen holistischen Ansatz, der auch nicht-Polio-spezifische Ergebnisse und Wirkungen einschließt, u.a. Gesundheitssystemstärkung, integrierte Dienstleistungen und Gender Equity. Damit wird der Nutzen insgesamt höher als bei reiner Betrachtung aus der Polio-Perspektive.

Ein alternatives Szenario zur Polio-Eradikation wäre, Polio-Infektionen permanent auf niedrigem Niveau zu halten bzw. zu kontrollieren. Ökonometrische Analysen zeigen, dass mittels Investitionen mit dem Ziel der Eradikation bis 2100 gegenüber einem Szenario der permanenten Poliobekämpfung und Kontrolle (anhaltende Kosten für Impfungen, Surveillance, Monitoring, Behandlung) zu kumulativen Einsparungen von über 100 Milliarden USD kommt.

⁷ Thompson KM, Kalkowska DA: An updated economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative. *Risk Anal.* 2021;41(2):393–406. 10.1111/risa.13665

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



Quelle: GPEI Investment Case 2022-2026: investing in the promise of a polio-free world⁸

Global betrachtet ist angesichts der Rolle Pakistans zur Erreichung des globalen Eradikations-Ziels die Investition in das pakistanische 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 unter den im Durchführungszeitraum erhöhten Krankheitsfällen deutlich geringer als andere Infektionskrankheiten bei Kindern unter 5 Jahren. Die gerade in den Hochrisikogebieten z.T. desolate Basisgesundheitsversorgung steht im Gegensatz zu den personal- und ressourcenintensiven Impfaktionen des Polioprogramms und dieser Gegensatz wird von der Bevölkerung auch entsprechend wahrgenommen. Lösungsansätze, insbesondere integrierte Dienstleistungen werden daher zunehmend von der PEI umgesetzt.

Zusammenfassung der Benotung

Durch die Zusammenarbeit mit den etablierten Strukturen der Implementierungspartner, insbesondere UNICEF als zentraler Beschaffungseinheit, ist die Produktionseffektivität als gut zu bewerten; allerdings gibt es Hinweise,

⁸ Die Modellierung basiert auf der ursprünglichen Modellierung von „Zimmermann M, Hagedorn B, Lyons H, Voorman A. Institute for Disease Modeling, 2019“ mit aktualisierten Daten.

dass Effizienzsteigerungspotentiale, insbesondere mit dem EPI, nicht ausreichend genutzt wurden. Aus allokativer Perspektive ist die Effizienz der Eradikationsstrategie der GPEI und die Effizienz von Impfungen allgemein hoch. Angesichts der wiederholt von Experten angemahnten fehlenden Koordination und Kooperation zwischen PEI und EPI wird die Effizienz insgesamt als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Effizienz: 3 (beide Phasen)

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

13. Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen

Das im Rahmen der EPE angepasste Ziel auf Impact-Ebene war es, einen Beitrag zur landesweiten – und damit weltweiten – Ausrottung von Polio zu leisten. Hierzu sollte Pakistan - neben Nigeria und Afghanistan – nicht mehr als polioendemisches Land geführt und nach einer dreijährigen Zertifizierungsphase im Jahr 2019 von der Liste der polioendemischen Länder gestrichen werden. Dieses Ziel konnte nicht erreicht werden, da bis zum heutigen Zeitpunkt Fälle von WPV1-Infektionen auftreten, mit einem massiven Anstieg in den Jahren 2019 und 2020, was vor allem der Unzugänglichkeit zu bestimmten Gebieten und damit einer Zunahme der „missed children“ geschuldet war. Da die Übertragung in den Kerngebieten nicht effektiv unterbrochen werden konnte, kam es zu einer Übertragung auch über die Kern- bzw. Hochrisikogebiete hinaus. Durch die COVID-19-Pandemie konnten Impfkampagnen zeitweise nur eingeschränkt oder nicht erfolgen.

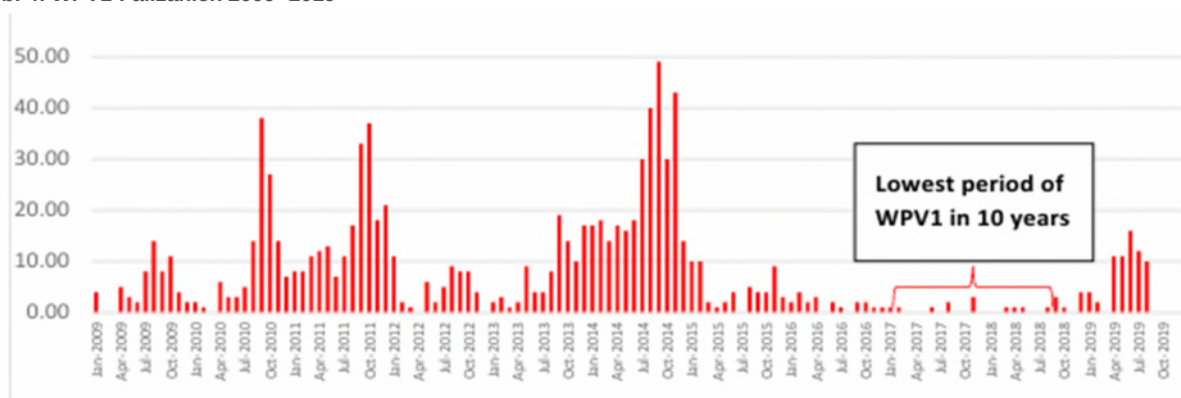
Während es der GPEI weltweit gelungen ist, die Fälle von WPV1-Infektionen in den vergangenen 3 Jahrzehnten um das 10.000-fache zurückzudrängen und Nigeria als eines der drei verbliebenen endemischen Länder 2020 als poliofrei zertifiziert werden konnte, erreichten 2019 und 2020 die Fälle von Wildpolioinfektionen in Pakistan einen neuen Höchststand.

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

Indikator	Status PP	Ziel-Wert lt. PP	Ist-Wert bei AK 2020	Ist-Wert bei EPE 2023
In Pakistan treten im Jahr 2016 keine durch das wilde Poliovirus hervorgerufenen Neuinfektionen (WPV1) mehr auf, so dass Pakistan 2019 als poliofrei zertifiziert werden kann.	8 (bis August 2016)	0 ab Ende 2016	147 (2019) 84 (2020) 1 (2021)	6 Nicht erfüllt

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Modulvorschlages für die erste Phase (2016) wurde der NEAP 2016-2017 zugrunde gelegt. Dieser sah ein Durchbrechen der Neuinfektionskette bis Ende 2016 vor. Auch WHO und UNICEF hielten dieses ambitionierte Ziel für machbar. Tatsächlich gab es im 18-monatigen Zeitraum von Januar 2017 bis Mitte 2018 historische niedrige WPV1-Fallzahlen. Entsprechend wurde für den Indikator der genannte Zeithorizont definiert.

Abb. 4: WPV1-Fallzahlen 2009 -2019



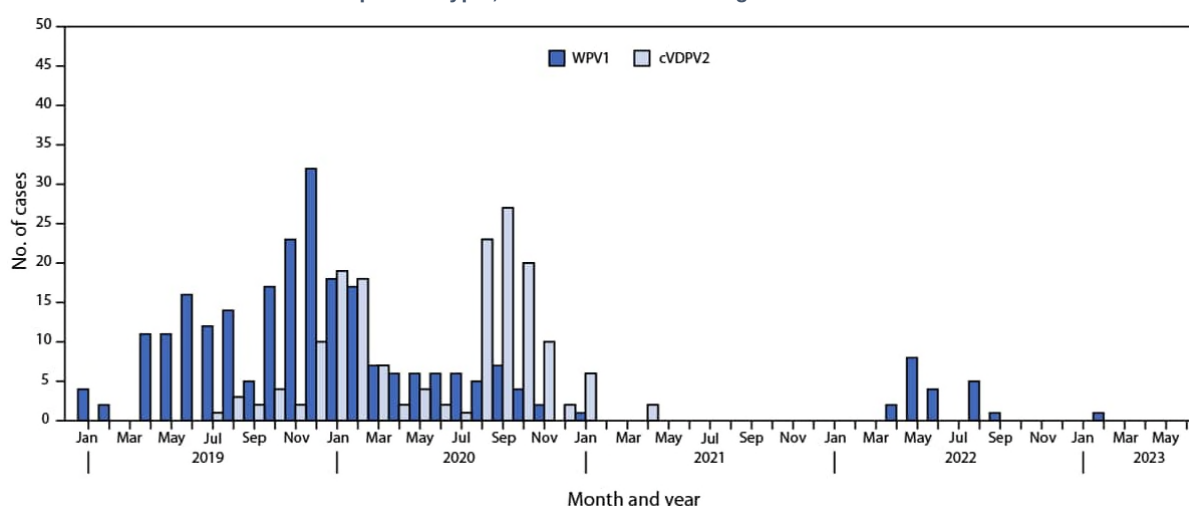
Quelle: TAG-Bericht, August 2019

Generell wurde bzw. wird immer noch sowohl auf nationaler Ebene in Pakistan wie auch auf internationaler Ebene die Zeitschiene der Zielerreichung für die Unterbrechung der Übertragung des WPV1 zu optimistisch erachtet. Sämtliche NEAPs in Pakistan wie auch GPEI-Strategien hatten immer einen Zeithorizont von 2-3 Jahren zur Zielerreichung der Eradikation, der jedes Mal verfehlt wurde. Auch das im NEAP 2021-2023 und der aktuellen GPEI *Polio Eradication Strategy 2022-2026* genannte Ziel der Unterbrechung der WPV1-Transmission für Ende 2023 konnte nicht erreicht werden.

14. Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Im Durchführungszeitraum der beiden Phasen des FZ-Vorhabens kam es – wie im Kapitel Effektivität beschrieben – ab Mitte 2019 zu einer deutlichen Verschlechterung der Impfsituation in den Hochrisikogebieten. Dies ist neben der komplexen Situation in den Grenzregionen zu Afghanistan, den teils ablehnenden soziokulturellen Einstellungen gegenüber der Impfung, einer partiell sehr mobilen Bevölkerung, aber auch operationellen Defiziten der Polio-Aktivitäten geschuldet. Die Impflücken führten in einigen Distrikten der Hochrisikogebiete zu einem starken Anstieg nicht nur der WPV1-Fälle, sondern auch von cVDPV2-Fällen (s. Abb. 5). Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass die impfinduzierten cVDPV2-Fälle eine unumgängliche Nebenwirkung der Impfaktivitäten ist, wenn die Impfabdeckung insbesondere in Hochrisikogebieten nicht hinreichend gegeben ist. Dieser Problematik wird seit 2021 durch neue orale Impfstoffe, die genetisch stabiler sind, begegnet.

Abb. 5: WPV1 und zirkulierende Impfviren Typ 2, monatliche Entwicklung von Jan. 2019 bis Juni 2023



Quelle: CDC-Report: Progress Toward Poliomyelitis Eradication – Pakistan, January 2022 – June 2023

Die von verschiedenen externen und internen Faktoren bedingte Krise des pakistanischen Polioprogramms führte nach intensiven Analysen zu umfangreichen Handlungsempfehlungen; Erfahrungen aus Pakistan flossen auch ein in die 2021 erfolgte Neufassung der aktuellen GPEI-Strategie „*Delivering on a Promise*“.

Die wesentlichen Aktivitäten auf der nationalen Ebene zur Verbesserung der Situation zielten auf eine erhöhte Akzeptanz und Qualität der Impfaktionen in den Hochrisiko-Distrikten. Dazu wurden bzw. werden Distrikt-spezifische Mikropläne und Kommunikationsstrategien mit pro-aktiver Einbindung lokaler Meinungsführer entworfen und umgesetzt. Impfpersonal wird zunehmend lokal rekrutiert, um den verschiedenen Ethnien und sprachlichen Zugangsbarrieren Rechnung zu tragen. Zusätzliche Schulungen und Motivations-Aktivitäten wurden durchgeführt zur Reduzierung der z.T. weit verbreiteten Praxis, die Finger des Kindes als Zeichen der erfolgten Impfung zu markieren, ohne dass diese jedoch stattfand (*fake finger marking* - FFM).

Zur erhöhten Akzeptanz der Polio-Impfaktionen in den Hochrisikodistrikten sollte auch das Anbieten von integrierten Dienstleistungen der Basisgesundheitsversorgung sowie Maßnahmen zur Versorgung mit sauberem Trinkwasser, Verbesserung der Sanitärbedingungen und Hygiene (WASH) dienen. Weiterhin wurde die Koordination und Kooperation mit dem Routine-Impfprogramm (EPI) intensiviert, um insbesondere die Kinder zu erreichen, die bislang keine Impfung erhielten (sog. „zero-dose children“).

Es kann davon ausgegangen werden, dass diese und weitere Maßnahmen zu der deutlichen Stabilisierung der Poliosituation beitrugen, wie aus den Abbildungen 7 und 8 ersichtlich ist. Seit Beginn 2021 kam es zu einer massiven Reduktion der Übertragungsfälle, die sich auf eine kleine geographische Region konzentrieren. Wichtig ist auch noch zu bemerken, dass seit 2022 aufgetretene WPV1-Fälle nur noch einer monophyletischen Gruppe entspringen (d.h. einen gemeinsamen Infektionsursprung haben), während es 2020 noch 11 monophyletische Gruppen waren.

Welchen Beitrag die FZ-Kofinanzierung bei den Entwicklungen der Polio-Situation geleistet hat, lässt sich nicht genau ermitteln bzw. quantifizieren.

Abb. 6: WPV1- und cVDPV2-Polio-Fälle von 2015 bis 2024 (2022), differenziert nach Provinzen

WPV1 Fälle										
Provinz	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Punjab	2	0	1	0	12	14	0	0	0	0
Sindh	12	8	2	1	30	22	0	0	2	1
Khyber Pakhtunkhwa	33	10	1	8	93	22	0	20	4	0
Balochistan	7	2	3	3	12	26	1	0	0	4
Gilgit-Baltistan	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Azad Jammu & Kashmir	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ICT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	54	20	8	12	147	84	1	20	6	5

Impfinduzierte cVDPV2 Fälle								
Provinz	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Punjab	0	0	1	25	1	0	0	0
Sindh	0	0	0	45	2	0	0	0
Khyber Pakhtunkhwa	2	0	16	42	1	0	2	0
Balochistan	0	1	0	23	4	0	0	1
Gilgit-Baltistan	0	0	4	0	0	0	0	0
Azad Jammu & Kashmir	0	0	0	0	0	0	0	0
ICT	0	0	1	0	0	0	0	0
Gesamt	2	1	22	135	8	0	2	1

Quelle: [Polio Cases Update 2020 | Across Pakistanu2019s Provinces \(endpolio.com.pk\)](https://endpolio.com.pk/), abgerufen 12.06.2024

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

Möglicherweise haben die Impfkampagnen teilweise zu sozialen Spannungen geführt bzw. diese verstärkt, aufgrund der Impfskepsis und hohen Sicherheitsrisiken. Dabei war das Programm – soweit möglich – konfliktssensibel ausgestaltet und wurde in diesem Punkt stetig weiterentwickelt durch lokal angepasste Maßnahmen und dem Einsatz von Personal, insbesondere Frauen, der adressierten Zielgruppe mit entsprechendem kulturellem Verständnis und Sprachkenntnissen.

Neben den Erkrankungen durch WPV stellen in den letzten Jahren Infektionen mit zirkulierenden Impfstoff-abgeleiteten Polioviren Typ 2 (cVDPV2) ein großes Problem dar, und können als nicht-intendierte (Neben-)Wirkung der Schluckimpfung betrachtet werden. Diesen wird mit neuen, stabileren Impfstoffen begegnet (s.o.).

Zusammenfassung der Benotung

Das übergeordnete entwicklungspolitische Ziel, einer landesweiten – und damit einem Beitrag zur weltweiten – Ausrottung von Polio zu leisten, konnte bis heute nicht erreicht werden. Wann das Eradikations-Ziel erreicht wird, ist auch zum jetzigen Zeitpunkt nicht absehbar. Nach einer massiven Verschlechterung der Poliosituation in den Jahren 2019-2020 ist eine Stabilisierung und deutliche Verbesserung eingetreten. Der Beitrag des FZ-Projektes ist plausibel, aber nicht quantifizierbar und maßgeblich von den Implementierungspartnern und deren Mandatierung durch die GPEI sowie der Gesamtkoordination durch das pakistanische NEOC abhängig. Die entwicklungspolitische Wirkung wird in Anbetracht dessen, dass die Eradikation bisher nicht erreicht wurde, nur als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: 3 (beide Phasen)

Nachhaltigkeit

16. Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Solange in Pakistan noch wilde Polioviren zirkulieren und Impfstoff-assoziierte Infektionen auftreten, sind reaktive Impfkampagnen sowie die konsequente Fortführung der Polio-Grundimmunisierung durch Routineimpfungen für die Nachhaltigkeit und Zielerreichung unerlässlich. Ebenso entscheidend ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit Afghanistan, um die migrationsbedingten Cross-Border-Infektionen einzuschränken. Zudem muss kontinuierlich versucht werden, die Zahl der "missed children", bei denen Impfungen bislang nicht möglich waren, deutlich zu reduzieren. In dem als endemischen Block zu betrachtenden Hochrisikogebiet im südlichen KP und in Ost-Afghanistan leben ca. 2 Millionen Kinder unter 5 Jahren, von denen ca. 300.000 regelmäßig von Impfaktionen nicht erfasst werden.

Für die Nachhaltigkeit ist auch die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen und der Basisgesundheitsversorgung entscheidend. Gerade in den Tier 1- und 2-Distrikten ist der Zugang zu sicherem Trinkwasser eingeschränkt und es herrscht eine hohe Prävalenz an Mangel- und Unterernährung. Dies trägt in besonderem Maße dazu bei, dass das Poliovirus überleben und sich bei vulnerablen Kindern mit niedrigem Immunitätsgrad ausbreiten kann.

Pakistan verfügt nicht über die notwendigen institutionellen, finanziellen und personellen Ressourcen, um die genannten Aktivitäten der Polio-Eradikation ohne externe Unterstützung fortzuführen, bis das Land nach einer Dreijahresfrist ohne WPV-Neuinfektion als poliofrei zertifiziert werden kann. Deshalb muss die internationale Gebergemeinschaft Pakistan weiter unterstützen, um das GPEI-Ziel einer poliofreien Welt zu erreichen. Inwieweit die Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit bisheriger staatlicher und privater bilateraler Geber in den nächsten Jahren bestehen bleibt, lässt sich derzeit nicht einschätzen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die GPEI Pakistan als eines der zwei verbliebenen endemischen Länder weiterhin stark unterstützen und ggf. auftretende Finanzierungslücken ausgleichen wird.

17. Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Die FZ-Mittel der beiden Phasen leisteten einen Beitrag zur Schließung der Finanzierungslücke für die Umsetzung des NEAP 2018-2019. Impfkampagnen mit Einsatz von FZ-finanzierten Impfstoffen dienten der Schließung

von Impflücken zur Unterbrechung der Infektionskette und sind damit per se nachhaltig. Inwieweit mittels der FZ-Finanzierung nachhaltige Strukturen aufgebaut und gestärkt wurden, lässt sich nicht quantifizieren. Insbesondere aber das – auch über FZ-Mittel unterstützte – Surveillance- und Monitoringsystem hat sich während der COVID-19-Pandemie als effektiv erwiesen und hat für das Gesundheitssystem weiterhin eine wichtige Aufgabe hinsichtlich Pandemie-Prävention.

18. Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit

Eine nachhaltige Stabilisierung des Polioprogramms in Pakistan ist im Wesentlichen von folgenden Faktoren abhängig:

- Das Programm erfährt politische Unterstützung auf höchster Ebene bis hin zu Provinz- und Distriktverwaltungen, und wird nicht für parteipolitische Partikularinteressen instrumentalisiert;
- Die Sicherheitssituation in den Hochrisiko-Distrikten erlaubt den Zugang zur Zielgruppe und ermöglicht so eine schrittweise Reduktion der dortigen Impflücken;
- Pakistan und Afghanistan gelingt es, ihre jeweiligen Polioprogramme zu koordinieren und mit effektiven Strategien unter Berücksichtigung der spezifischen Gegebenheiten des verbliebenen Kern-Reservoirs das Poliovirus auf beiden Seiten der Grenze auszurotten.

Aufgrund der Bedeutung Pakistans als eines der zwei verbliebenen endemischen Länder des WPV1 und dessen Bedeutung für die Erreichung des globalen Ziels der Polio-Eradikation ist davon auszugehen, dass Pakistan weiterhin von multi- und bilateralen Entwicklungspartnern unterstützt wird und die GPEI ggf. akute Finanzierungslücken ausgleicht.

Es ist auch davon auszugehen, dass Wertschätzung und Förderung des weiblichen Impfpersonals erhalten bleibt bzw. ausgebaut wird. Die GPEI-Genderstrategie wird von der pakistanischen PEI angenommen und mit innovativen Ansätzen (z.B. The Listening Project) umgesetzt. Mit lokal angepassten Maßnahmen beispielsweise auch zur Adressierung nomadischer Bevölkerungsgruppen wird das PEI darüber hinaus kontinuierlich ausgebaut und angepasst.

Zusammenfassung der Benotung

Die Eradikation des Poliovirus ist naturgemäß nachhaltig. Es kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abgesehen werden, wann diese erreicht wird. Das Polioprogramm hat nach der Verschlechterung der Situation 2018 und 2019 eine Stabilisierung mit massiver Reduktion der Polio-Fälle herbeiführen können. Der wichtigste Faktor hinsichtlich Nachhaltigkeit, d.h. für die Erreichung des Eradikations-Ziels, ist die Sicherheitssituation in den Hoch-Risikogebieten. Diese muss immer noch als höchst fragil eingeschätzt werden. Das Polioprogramm wird auf absehbare Zeit nicht mit pakistanischen Eigenmitteln zu finanzieren sein, aber es ist davon auszugehen, dass ausreichend externe finanzielle Unterstützung zur Verfügung gestellt wird. Insgesamt wird die Nachhaltigkeit mit eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Nachhaltigkeit: 3 (beide Phasen)

Gesamtbewertung: Note 3

Unter Berücksichtigung der trotz Zielverfehlung hohen Relevanz und positiven Entwicklung auf Outcome- und Impact-Ebene sowie unter Berücksichtigung des plausiblen Projektbeitrages in kohärenter Weise, aber auch unter Berücksichtigung der Defizite bei Effizienz des FZ-Beitrages, wird das FZ-Projekt insgesamt als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Beiträge zur Agenda 2030

Die Umsetzung des nationalen Polio-Programms erfolgt(e) in einer intensiven Zusammenarbeit mit den globalen Partnern UNICEF und WHO und der Unterstützung weiterer Geber unter dem Dach der GPEI. Mit der kostenlosen Immunisierung gegen das Polio-Virus für Kinder unter 5 Jahren, wird dem Menschenrecht auf Gesundheit Rechnung getragen und die Chancen auf eine gesunde Entwicklung und Teilhabe erhöht. Mit dem

pakistanischen Polio-Programm wird zum SDG 3 direkt beigetragen und Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung, um weitere sozioökonomische Entwicklungspotentiale ausschöpfen zu können. Vermiedene Krankheiten reduzieren die Belastung auf Ebene der Familien – hier insbesondere der Frauen, als auch auf makroökonomischer Ebene unter Berücksichtigung der vermiedenen Krankheitsfolgekosten.

Projektspezifische Stärken und Schwächen sowie projektübergreifende Schlussfolgerungen und Lessons Learned

Zu den **Stärken** des Vorhabens zählen insbesondere:

- die gut strukturierte Koordination des PEI im Zusammenspiel mit dem Gesundheitsministerium, dem für das Polioprogramm zuständigen National Emergency Operating Center sowie WHO und UNICEF als Implementierungspartnern. Die GPEI bietet ein gut etabliertes globales Rahmenwerk, das dem nationalen Programm die erforderliche technische Unterstützung zukommen lässt und ggf. auch Finanzierungslücken schließen kann.
- die vertikale Implementierungsstruktur ermöglicht eine effiziente und effektive Umsetzung. Eine Stärke ist sicher auch ein ausgedehntes und erprobtes Überwachungs- und Surveillancesystem, das auch zur Pandemieprävention und -bekämpfung nutzbar ist.

Zu den **Schwächen** des Programms zählen insbesondere:

- die häufige Politisierung des Programms, die vorrangig parteipolitischen Partikularinteressen diene.
- die geringe Kapazität des pakistanischen Gesundheitssystems, das gerade in den Hochrisikogebieten besondere Defizite aufweist. Zusammen mit einer schlechten Hygiene- und Ernährungssituation führt dies gerade in diesen Gebieten zu einem niedrigen Immunstatus und geringer Resilienz gegenüber Infektionskrankheiten.
- die starke Geberabhängigkeit birgt potenziell ein Risiko; bisher besteht jedoch eine kontinuierliche internationale Unterstützung und es ist davon auszugehen, dass diese auch fortbesteht.

Schlussfolgerungen und Lessons Learned:

- Bei der institutionellen Konfiguration der Implementierung des pakistanischen Polio-Eradikationsprogramms über WHO und UNICEF sind für die FZ-Kofinanzierung konzeptionelle Gestaltungsmöglichkeiten und eine Steuerung der Vorhaben begrenzt bis nicht gegeben.
- Die entwicklungspolitische Additionalität eines geringen FZ-Beitrages (ca. 4 % der Gesamtkosten) für einen relativ kurzen Durchführungszeitraum (zwei Vorhaben mit je 1-jähriger Durchführung) ist begrenzt bei gleichzeitig erheblichen Transaktionskosten für alle Beteiligten im Falle der Ko-Finanzierung eines nationalen Polioprogramms über die Implementierungspartner WHO und UNICEF. Eine direkte Finanzierung der Globalen Polio Bekämpfungsinitiative GPEI auf internationaler Ebene erscheint in dieser Konstellation der effizientere Weg und bestätigt die dahingehende BMZ-Entscheidung der zukünftigen Finanzierungsmodalität der GPEI.
- Die erfolgreiche Polioeradikation in Pakistan erfordert die Zusammenarbeit der zwei vertikal angelegten Programme: (a) der spezifischen *Polio Eradication Initiative* (PEI) und (b) des *Expanded Programme on Immunization* (EPI) für die Routineimmunisierung. Diese beiden Programme PEI und EPI werden in Pakistan 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. Dies unterstreicht die Aussage, dass eine direkte Finanzierung der GPEI auch hinsichtlich der Gestaltungsmöglichkeiten der effektivere Weg ist.
- Die vertikale Implementierungsstruktur des Polioprogramms über WHO und UNICEF ist angesichts der gravierenden Defizite im pakistanischen 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 im Bereich Surveillance und Impfstofflogistik. Der

integrierte Ansatz zur Gesundheitssystemstärkung ist zwar auf globaler Ebene in der aktuellen GPEI-Strategie angelegt und wird über GPEI-Mittel auch gefördert, erfordert aber auf der nationalen Ebene Flexibilität, Innovationsbereitschaft und ein gutes Transformationsmanagement.

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).

Um die Wirkungen des Vorhabens zu untersuchen, wurden die folgenden Vergleichsszenarien betrachtet: Vorher/Nachher; Soll/Ist. Zudem wurden folgende Methoden herangezogen: Internetrecherche, Literaturrecherche, Experteninterviews, Fragebogen und Auswertung gesundheitsrelevanter Daten und digitaler Informationen.

Dokumente:

Interne Projektdokumente, Strategien und Berichte der pakistanischen Regierung, Berichte und Daten von UNICEF und WHO, sekundäre Fachliteratur und wissenschaftliche Analysen.

Datenquellen und Analysetools:

Gesundheitsdaten von WHO und UNICEF, GPEI; Erhebungen anderer Geber (z.B. CDC).

Interviewpartner:

Projekträger, WHO, UNICEF, (lokales) 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 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:

AK	Abschlusskontrolle
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
cVDPV2	Circulating Vaccine-Derived Poliovirus Type 2
CPI	Corruption Perception Index
DAC	Development Assistance Committee
EPI	Expanded Programme on Immunization
ES	Environmental Surveillance
EUR	Euro
FFM	Fake Finger Marking
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
FZ E	FZ Evaluierung
Gavi	Global Vaccine Alliance
GPEI	Global Polio Eradication Initiative
HDI	Human Development Index
KP	Khyber Paktungwa
MoNHSR&C	Ministry of National Health Services, Regulations and Coordination
MV	Modulvorschlag
NEAP	National Emergency Action Plan
NID	National Immunization Days
NPAFP	Non-Polio-Associated Paralysis
OPV	Oral Polio Vaccine
PP	Projektprüfung
PPB	Projektprüfungsbericht
SIA	Supplementary Immunization Activity
SDG	Sustainable Development Goal
SNID	Sub-national Immunization Days
TAG	Technical Advisory Group
UNICEF	United Nations Children Fund
USD	US Dollar
WHO	World Health Organization

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: Unterbrechung der Polioübertragung, d.h. die Unterbrechung der durch das wilde Poliovirus hervorgerufenen Neuinfektionen. Beitrag zur weltweiten Ausrottung der Polioviren.				Das bei Prüfung formulierte Projektziel auf Outcome-Ebene entspricht im Zielsystem von Polio-Bekämpfungsvorhaben der Impact-Ebene und wird deshalb modifiziert.		
Bei EPE (falls Ziel modifiziert) Immunisierung aller Kinder unter 5 Jahren gegen Poliomyelitis sowie 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 (Jahr)	Status AK (Jahr)	Optional: Status EPE (2023)
Indikator 1: Der Anteil der nicht gegen das Poliovirus geimpften, aber erfassten Unterfünfjährigen („missed children“) liegt unter 2 % am Ende jeder Impfkampagne	Teilweise angemessen	Aggregierte auf nationaler bzw. Provinz-Ebene und als Jahresdurchschnitt nur bedingt verwertbar, da der Indikator die Problemlage in den Hochrisikodistrikten abbilden soll; Indikator nur verwertbar mit disaggregierter Darstellung mindestens auf Provinzebene; Indikator eingeschränkt praktikabel, da der Jahresdurchschnitt der einzelnen Impfkampagnen angezeigt wird	Bei Prüfung: <2 %	4,2 % (2016) 5 % (2017)	12,5 % (2019)	9,08 % bei drei <i>National Immunisation Days</i> (NIDs) 12,45 % bei neun <i>Sub-national Immunisation Days</i> (SNIDs)
Indikator 2: Unabhängige Evaluierungen der Impfkampagnen ergeben 95 %	teilweise angemessen; nicht praktikabel, wird nicht in EPE übernommen	Daten nur Projektprüfung und für Phase I Aggregierter Indikator für Monitoring in	95 % (2016) 95 % (2017)	89 % (2016) 88 % (2017)	Keine Daten (2019) Kein post campaign monitoring in 2019	n.a.

Impfabdeckung (post campaign monitoring, PCM) in allen Distrikten		Hochrisikogebieten wenig hilfreich; disaggregierte Darstellung nicht praktikabel; Berichte über inkonsistente Erhebungsmethoden				
Indikator 3: 90% der Union Councils weisen akzeptable Qualität der Impfkampagnen auf, erfasst durch Lot Quality Assurance (LQAS)	Teilweise angemessen	Indikator nur aussagekräftig, wenn disaggregierte Daten betrachtet werden	90% (2016) 90% (2017)	79% (2016) 88% (2017)	75,8% (2019)	80,4 % bei drei NIDs 77,6 % bei neun SNIDs
Indikator 4: Die Rate der nicht-polio-assoziierten Akuten schlaffen Lähmungen (NPAFP) ist bei 6/100.000 bei Kindern unter 15 Jahren	Angemessen (neuer Indikator in Phase II)	Angemessen; entspricht intern. üblichen Indikatoren zur Messung der Sensitivität des Überwachungssystems. Der globale Standard liegt bei >2, für die EPE wurde der bei Prüfung festgelegten Zielwert beibehalten.	>6/100.000 Kinder <15 Jahren	11,7/100.000 Kinder <15 Jahren (2017)	16,7 (2019)	15,3 (2023)
Indikator 5: Reaktive SIAs (supplemental immunization activities) auf neue Fälle sind innerhalb von 14 Tagen nach Detektion durchgeführt	Nicht angemessen, wird nicht in EPE übernommen	nicht praktikabel; Datelage unklar; „Abdeckung“ nicht definiert;	14 Tage >95% Abdeckung	20 Tage >95% Abdeckung	„Timely response“ 92,8% Abdeckung	

Projektziel auf Impact-Ebene		Bewertung der Angemessenheit (damalige und heutige Sicht)				
Bei Projektprüfung: „Das FZ-Modul unterstützt das Ziel des auslaufenden EZ-Programms im Gesundheitssektor, d.h. den Zugang der Bevölkerung, insbesondere der armen und vulnerablen Gruppen, zu bedarfsorientierten, erschwinglichen, gerechten und qualitativ ausreichenden Gesundheitsdiensten zu verbessern.“		Das EZ-Programmziel (Impactebene) ist für das vorliegende Vorhaben zu breit formuliert, weswegen das international übliche Zielsystem für Polio-Bekämpfungsprogramme auf Impact-Ebene verwendet wurde. Dieses Ziel auf Impact-Ebene entspricht dem bei PP formulierten Modulziel auf Outcome-Ebene.				
Bei EPE (falls Ziel modifiziert): Unterbrechung der Polioübertragung in Pakistan bis 2019 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 (Jahr)	Status AK (Jahr)	Status EPE (Jahr)
Indikator 1 (PP) In Pakistan treten im Jahr 2016 (bzw. 2019) keine durch wilde Polioviren oder Impfviren hervorgerufenen Neuinfektionen mehr auf	Teilweise angemessen, aber zu ambitioniert	Indikator ist angemessen für das Ziel auf Impact-Ebene (nicht Outcome-Ebene, wie bei PP formuliert), der Unterbrechung der Polio-Übertragung in Pakistan.	0 (PP)	8 (bis August 2016)	147 (2019) 84 (2020) 1 (2021)	6 (2023)
Indikator 2 (PP) Pakistan wird Ende 2019 von der Liste der Polioendemischen Länder gestrichen (Indikator wird in AK nicht erwähnt)	Teilweise angemessen, aber zu ambitioniert nicht in EPE übernommen	Im Prinzip ein angemessener Indikator für Impact-Ebene (nicht Outcome-Ebene, wie bei PP formuliert), aber Zertifizierung erst nach 3 Jahren poliofrei möglich; Unrealistisches Ziel für Projektzeitraum; wird nicht in EPE übernommen.	Gestrichen	Nein	Nein	Nein

Anlage 2: Risikoanalyse

Risiko	Relevantes OECD-DAC Kriterium
Implementierungsrisiko PP: inkonsistente Umsetzung des Notfallplans (NEAP); lückenhafte Implementierung des Routine-Impfprogramms (EPI); unzureichende Umsetzung des Polioprogramms in Afghanistan (Pakistan und Afghanistan bilden epidemiologischen Block) AK: zunehmende Politisierung des Poliovorhabens für Parteipolitik und fehlende Integration der Polio-Impfungen mit weiteren Gesundheits- oder Sozialleistungen für die arme Bevölkerung. EPE: sämtliche bei PP und AK identifizierten Implementierungsrisiken bestehen weiter, wenngleich sich eine positive Tendenz bei der Mitigation dieser Risiken darstellt.	Effektivität, Impact, Nachhaltigkeit
Finanzierungsrisiko: PP: Finanzierungslücken könnten zur inkompletten Umsetzung des Nationalen Notfallplans der PEI führen. AK: Ein unterfinanziertes Gesundheitssystem inklusive Personalengpässen vor allem in entlegenen ländlichen Regionen stellt ein Risiko für die Durchführung der landesweiten Polio-Impfkampagnen dar. EPE: generell zeigte sich, dass Finanzierungslücken von der GPEI ausgeglichen werden können; die zuverlässige und angemessene Bezahlung des Impfpersonals vor allem in entlegenen Gebieten bleibt weiterhin problematisch.	Effektivität, Impact, Nachhaltigkeit
Sicherheitsrisiko und ablehnende Haltung in Hochrisikogebieten PP: Die prekäre Sicherheitssituation, insbesondere in den Grenzgebieten zu Afghanistan, ist ein hohes Risiko für die Zielerreichung. AK: Zugang zur Zielgruppe durch fragile Sicherheitssituation weiterhin erschwert. In vielen ländlichen Regionen besteht noch immer wenig Vertrauen in Impfprogramme, was durch teils gezielt gestreute Fehlinformationen über soziale Medien beflügelt wird. Damit wurden im ersten Halbjahr 2019 die Impfkampagnen in einigen Regionen (z.B. Peshawar) de facto zum Erliegen gebracht. EPE: Sicherheitsrisiken sind weiterhin hoch relevant; immer noch und immer wieder kommt es zu Boykotts und Zugangsverweigerung in Hochrisikodistrikten sowie Angriffen auf das Impf- und Sicherheitspersonal.	Effektivität, Effizienz, Impact, Nachhaltigkeit

Anlage 3: Projektmaßnahmen und deren Ergebnisse

Phase	UNICEF	WHO
1 und 2	<u>Training und Auffrischungsbildungen:</u> Gemeinsam mit den regionalen Notfallzentren (Emergency Operating Center (EOC)) bildet UNICEF regelmäßig Impfteams aus. Dabei kommen auch digitale Medien zum Einsatz wie z.B. das Rapid Pro Kurznachrichten-System, um die Fortschritte der Impfaktivitäten zu überwachen und evaluieren. Darüber hinaus gibt es ein seit Jahren fortlaufendes Training of Trainers-Programm. Inhalte sind u.a. die technische Umsetzung von Impfaktivitäten, Kommunikationsmethoden sowie die Dokumentation.	<u>Polio-Surveillance</u> AFP/NAFP-Monitoring, Umwelt- und Abwasser-Surveillance
1 und 2	<u>Beschaffung von Kühlkettenmaterial:</u> UNICEF hat ebenfalls das Mandat, die Kühlkette für die Impfstoffe sicherzustellen. Hierzu sind regelmäßig Wartungsmaßnahmen und Neuanschaffungen von Kühlketten-Material nötig.	<u>Qualitätskontrolle der Impfkampagnen (LQAS)</u>
1 und 2	<u>Impfstoffbeschaffung:</u> <u>Phase 1:</u> 2018 wurde die Beschaffung von rund 34,3 Mio. Impfdosen oraler Poliovakzine (OPV) durch UNICEF aus FZ-Mitteln finanziert. Dies entspricht einem Anteil von ca. 10 % bei insgesamt rund 355 Mio. beschafften Impfdosen für das Jahr 2018. Mittel in Höhe von 5.414.586,11 USD wurden in Phase I gezielt für die Impfstoffbeschaffung für die subnationale Impfkampagne im Juli 2018 (10,15 Mio. Dosen) sowie die nationale Impfkampagne im Dezember 2018 (23,17 Mio. Dosen) eingesetzt. Insgesamt wurden mithilfe der FZ-Mittel in Phase I im Rahmen der UNICEF Aktivitäten 30,75 Mio. Kinder unter 5 Jahren geimpft. <u>Phase 2:</u> 2019 wurden 17,6 Millionen Impfdosen mit FZ-Mitteln beschafft und für die SNIDs im März und Juli/August 2019 verwendet; ebenso wurden die Impfstoffe in den Permanent Transit Points (PTPs) verwendet.	<u>Nationale und Sub-nationale Immunization Days (NID und SNID):</u> <u>Phase 1:</u> 2018 wurden elf SNIDs und fünf NIDs durchgeführt, weiterhin wurden anlassbezogen in Hochrisikogebieten zusätzlich 14 SNIDs (case response activities) in vier Provinzen durchgeführt. <u>Phase 2:</u> Im Jahr 2019 waren es gemäß dem National Emergency Action Plan NEAP drei NIDs und zwei SNIDs. In der Zeit von Juni bis Dezember 2019 wurden auf Empfehlung der TAG alle Impfkampagnen ausgesetzt, um das Programm neu auszurichten

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

Relevanz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegendes Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 1: Ausrichtung an Politiken und Prioritäten			1	0	
1.1 Sind die Ziele der Maßnahme an den (globalen, regionalen und länderspezifischen) Politiken und Prioritäten, insbesondere der beteiligten und betroffenen (entwicklungspolitischen) Partner und des BMZ, ausgerichtet?	Setzen die Maßnahmen an den internationalen und nationalen Zielen der Poliobekämpfung an? Sind die Maßnahmen in Übereinstimmung mit den Zielen des BMZ im Gesundheitssektor?	GPEI: Endgame Strategy PEI: NEAP BMZ: Sektorstrategie-Dokumente			
1.2 Berücksichtigen die Ziele der Maßnahme die relevanten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetzgebung, Verwaltungskapazitäten, tatsächliche Machtverhältnisse (auch bzgl. Ethnizität, Gender, etc.))?	Sind die institutionellen Kooperationen geeignet für die Umsetzung der FZ-Maßnahmen im Rahmen des Poliobekämpfungsprogramms? Wird ein gerechter Zugang insbesondere in sicherheitskritischen Gebieten zu den Impfungen gewährt / erzielt?	Berichte von WHO und UNICEF			
Bewertungsdimension 2: Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen			2	0	
2.1 Sind die Ziele der Maßnahme auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet? Wurde das Kernproblem korrekt identifiziert?	Wurde mit dem Konzept den besonderen Herausforderungen bei der Versorgung in schwer zugänglichen Regionen Rechnung getragen? Lag das Kernproblem hauptsächlich in der fehlenden Finanzierung für die PEI?	AK, TAG-Berichte, IMB; Interviews (WHO, UNICEF, örtl. Fachkrät)			

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?	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 der PEI / der institutionellen Kooperationen? Welche Genderwirkungspotentiale hatte/hat die PEI Strategie? Könnten diese noch verstärkt werden?	Gespräche mit KfW-Mitarbeiterinnen WHO/UNICEF/TAG Berichte Aktuelle GPEI Strategie			
Bewertungsdimension 3: Angemessenheit der Konzeption					
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? War die Koordination mit den darunter liegenden staatlichen Strukturen für die Umsetzung und das Monitoring hinreichend? Gab es eine „nationale ownership“?	Analyse WHO- und UNICEF Berichte, Gespräche mit WHO- und UNICEF Vertretern, Interview örtliche Fachkraft			
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 Wertbestückung waren angemessen / teilweise angemessen / nicht angemessen)? Die Begründung erfolgt	Vgl. Zielsystem in Anlage 1				

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)	Durch die Unterstützung der PEI mittels Finanzierung von Impfstoffen, Impfkampagnen u. Surveillance wird der Zugang der unmittelbaren Zielgruppe (Kinder <5Jahren) zu Polio-Impfungen verbessert. Durch eine Impfabdeckung von 80% der Zielgruppe entsteht eine sog. Herdenimmunität, in der die Übertragung von Polioviren höchst unwahrscheinlich bzw. unterbrochen wird. Diese Wirkungskette ist plausibel und entspricht WHO-Empfehlungen.	Fachliteratur		
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?	u.a. Interview lokale Fachkraft 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 Das FZ-Modul trägt direkt zu EZ-Programmziel bei			
Bewertungsdimension 4: Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit			2	0
4.1 Wurde die Maßnahme im Verlauf ihrer Umsetzung auf Grund von veränderten Rahmenbedingungen (Risiken und Potentiale) angepasst?	Gab es Anpassungen der Maßnahmen von Phase I zu II und/oder innerhalb der Programmdurchführung als Folge der Monitoring-Ergebnisse?	WHO und UNICEF Berichterstattung Interviews		

	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 ist BMZ-Schwerpunkt in Pakistan. Gibt es ein Schwerpunktstrategiepapier oder ähnliches? Welchen Bezug gibt es zu anderen Projekten des EZ-Programms?				
5.2 Greifen die Instrumente der deutschen EZ im Rahmen der Maßnahme konzeptionell sinnvoll ineinander und werden Synergien genutzt?	Gibt es Synergien der Maßnahme mit anderen FZ- oder TZ-Maßnahmen auch unter Berücksichtigung der vertikalen Umsetzung(-Strukturen)?	EZ-Dokumentation EPI Finanzierung des Impfprogramms			
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?	Aktuelle GPEI Strategie			
Bewertungsdimension 6: Externe Kohärenz (Komplementarität und Koordinationsleistung im zum Zusammenspiel mit Akteuren außerhalb der dt. EZ):			2	0	

6.1 Inwieweit ergänzt und unterstützt die Maßnahme die Eigenanstrengungen des Partners (Subsidiaritätsprinzip)?	Wie ist der geringe Eigenbeitrag zu bewerten? Wie hat sich der Eigenbeitrag über die Jahre entwickelt?	Ministry of NHSRC PEI, WHO, UNICEF
6.2 Ist die Konzeption der Maßnahme sowie ihre Umsetzung mit den Aktivitäten anderer Geber abgestimmt?	Abstimmung mit Ministry of NHSRC, UNICEF und WHO; welche anderen Geber unterstützen PEI? Wie erfolgt die #Abstimmung mit den anderen Partnern der PEI? Wie mit anderen Impfprogrammen/Impfkampagnen?	Projekt-Dokumentation
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).	Projekt-Dokumentation Interviews
6.4 Werden gemeinsame Systeme (von Partnern/anderen Gebern/internationalen Organisationen) für Monitoring/Evaluierung, Lernen und die Rechenschaftslegung genutzt?	Inwieweit werden Monitoring-Systeme genutzt und/oder erfolgt spezifisches Monitoring / Reporting für FZ?	Projekt-Dokumentation Interviews

Effektivität

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / o / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 7: Erreichung 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	0	
8.1 Inwieweit wurden die Outputs der Maßnahme wie geplant (bzw. wie an neue Entwicklungen angepasst) erbracht? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Wurden die geplanten Maßnahmen (Impfstoffbeschaffung, Impfkampagnen, Surveillance etc.) wie geplant umgesetzt? Gab es Anpassungen infolge Projektmonitoring?	Projekt-Dokumentationen Interviews		
8.2 Werden die erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten genutzt?	Wird das Surveillance-System weiter dem anhaltenden Bedarf entsprechend genutzt? Erfolgt das Monitoring hinreichend und sind die Reaktionen ausreichend?			
8.3 Inwieweit ist der gleiche Zugang zu erbrachten Outputs und geschaffenen Kapazitäten (z.B. diskriminierungsfrei, physisch erreichbar, finanziell erschwinglich, qualitativ, sozial und kulturell annehmbar) gewährleistet?	Wie war der Zugang der unmittelbaren Zielgruppe in den Hochrisikogebieten? Zugangsbarrieren? Wo liegen die Hochrisikogebiete? Sind es die Gebiete mit geringer Impfabdeckung oder sind sie Hochrisikogebiete, da das Virus bspw. von Afghanistan wieder eingeschleppt wird?	Projekt-Monitoring Interviews		
8.4 Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele beigetragen?	Hat eine ausreichende Impfabdeckung zur Unterbrechung der Polio-Infektionskette in Pakistan geführt?	Projekt-Monitoring, nationale und internationale Berichterstattung / Literatur		
8.5 Inwieweit hat die Maßnahme zur Erreichung der Ziele auf Ebene der intendierten Begünstigten beigetragen?	Wurden die Impfungen von der Zielgruppe angenommen? Wie wurde Zugang der Zielgruppe in den Hochrisikogebieten erreicht?			
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 besonders 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)	Über 90% des Impfpersonals sind weiblich; welche Potentiale ergeben sich daraus? Gibt es Teile der Zielgruppe, wo männliche Impfhelfer leichter Zugang bekommen hätten (z.B. leichter überzeugt hätten?) Was sind die Eckpunkte der neuen GPEI-Genderstrategie?	GPEI Dokumente			
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 waren die maßgeblichen PEI internen Faktoren, die zu der Nichterreichung der Ziele geführt haben? Welche <i>lessons learnt</i> und Änderungen erfolgten?	Interviews Projektdokumente			
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)	Was waren die maßgeblichen externen Faktoren, die zur Nicht-Erreichung der intendierten Ziele geführt haben? Wie wurde darauf reagiert? Welche Auswirkungen hat die COVID-Pandemie auf das PEI genommen? Hat die Machtübernahme der Taliban in Afghanistan den Zugang zur Zielgruppe erschwert oder die Impfabdeckung im Polio-Block Afghanistan/Pakistan beeinträchtigt?	Interviews Projektdokumente			
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?	Dokumente			
9.2 Wie ist die Qualität der Steuerung, Implementierung und Beteiligung an der Maßnahme durch die Partner/Träger zu bewerten?	Wie ist die ownership der Pakistan Regierung und nachgeordneten Stellen an der PEI / GPEI?	Interviews Dokumente			

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 gemonitort 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?	Interviews Dokumente			
Bewertungsdimension 10: Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)	Hinweis: falls keine nicht-intendierten Wirkungen vorliegen: → Keine Gewichtung → Keine Bewertung		3	0	
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?	Interviews Dokumente			
10.2 Welche Potentiale/Risiken ergeben sich aus den positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen und wie sind diese zu bewerten?	Wie war der Beitrag der PEI zur CO-VID-19 Bekämpfung? Wie ist der Beitrag zur Gesundheitssystemstärkung zu bewerten?	Interviews Dokumente			
10.3 Wie hat die Maßnahme auf Potentiale/Risiken der positiven/negativen nicht-intendierten Wirkungen reagiert?	Keine Konkretisierung erforderlich	Interviews Dokumente			

Effizienz

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 11: Produktionseffizienz			3	0	

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	Berichterstattung			
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 Vergleiche zu anderen Polio-Programmen)	Dokumentation			
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 erforderlich				
11.4 Wurden die Outputs rechtzeitig und im vorgesehenen Zeitraum erstellt?	Gab es Verzögerungen? Gab es Unterbrechungen bei Impfkampagnen aufgrund mangelnder oder nicht fristgerechter Mittelbereitstellung?	Berichterstattung			
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?	Dokumentation und Vergleich mit anderen Polio-Programmen			
Bewertungsdimension 12: Allokationseffizienz			3	0	

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 anderen Alternativen zur PEI / GPEI	
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 additional?	Keine Konkretisierung notwendig	

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Evaluierungsfrage	Konkretisierung der Frage für vorliegenden Vorhaben	Datenquelle (oder Begründung falls Frage nicht relevant/anwendbar)	Note	Gewichtung (- / 0 / +)	Begründung für Gewichtung
Bewertungsdimension 13: Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen			3	0	
13.1 Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen, zu denen die Maßnahme beitragen sollte,	Wurde die Polio-Infektionskette unterbrochen? Gilt Pakistan als poliofrei?	Interviews Literatur Berichterstattung			

feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Was bedeutet die Unterbrechung der Polio-Infektionskette für das pak. Gesundheitssystem? Gibt es Wirkungen der vertikal ausgerichteten PEI auf das Gesundheitssystem als Ganzes?			
13.2 Sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen (sozial, ökonomisch, ökologisch und deren Wechselwirkungen) auf Ebene der intendierten Begünstigten feststellbar? (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Wie viele Polio-Fälle konnten dadurch vermieden werden und welche sozio-ökonomischen Wirkungen ergeben sich daraus für die Betroffenen und ihre Familien/Haushalte?			
13.3 Inwieweit sind übergeordnete entwicklungspolitische Veränderungen auf der Ebene besonders benachteiligter bzw. vulnerabler Teile der Zielgruppe, zu denen die Maßnahme beitragen sollte, feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)	Keine Konkretisierung erforderlich			
Bewertungsdimension 14: Beitrag zu übergeordneten (intendierten) 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)	Wurde die Unterbrechung der Polio-Infektionskette erreicht?			

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)		
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?	Literatur
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	
14.6 Welche externen Faktoren waren ausschlaggebend für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der intendierten entwicklungspolitischen Ziele der Maßnahme? (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Keine Konkretisierung erforderlich	
14.7 Entfaltet das Vorhaben Breitenwirksamkeit? - Inwieweit hat die Maßnahme zu strukturellen oder institutionellen Veränderungen geführt (z.B. bei Organisationen,	Welche Wirkungen gab es hinsichtlich Gesundheitssystemstärkung? Wurden Erfahrungen aus dem PEI auch für das Gesundheitssystem übernommen,	Interviews Literatur

Systemen und Regelwerken)? (Strukturbildung) - War die Maßnahme modellhaft und/oder breitenwirksam und ist es replizierbar? (Modellcharakter)	bspw. im Rahmen der Pandemie-/Epidemie-Prävention und Bekämpfung			
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	0
15.1 Inwieweit sind übergeordnete nicht-intendierte entwicklungspolitische Veränderungen (auch unter Berücksichtigung der politischen Stabilität) feststellbar (bzw. wenn absehbar, dann möglichst zeitlich spezifizieren)?	Welche Faktoren können ursächlich für die Erhöhung der Infektionen im Projektzeitraum angeführt werden?	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) übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen beigetragen?	s.o. – auch Pandemie-Handling			
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	0	
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 Pakistan zunehmend das vorwiegend gebertragene Programm mit eigenen Ressourcen übernehmen? Wie kann Pakistan 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?	Interviews Dokumentenanalyse			
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, um eine nachhaltige Ausrottung des Poliovirus in Pakistan zu erzielen?	Interviews Dokumente			
Bewertungsdimension 17: Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten:			3	0	
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	Wie hat das PEI in Zusammenarbeit mit WHO und UNICEF (insb. im Zeitraum der FZ-Finanzierung) Strukturen im Land aufgebaut?	Interviews Dokumente			

erhalten und ggf. negative Wirkungen einzudämmen?	Wie ist die Bereitschaft und Fähigkeit, die PEI nachhaltig in das pakistanische Gesundheitssystem zu integrieren?				
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. Konnte die Impfbereitschaft erhöht werden?				
17.3 Hat die Maßnahme zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besonders benachteiligter Gruppen, gegenüber Risiken, die die Wirkungen der Maßnahme gefährden könnten, beigetragen?	Konnte die Impfbereitschaft erhöht werden?	Interviews dDokumente			
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, politische Stabilität, ökologisches Gleichgewicht) (<i>Lern-/Hilfsfrage</i>)	Ausrottung des Polio-Virus erreichbar im Kontext Pakistan? Was sind die finanziellen und strukturellen Wirkungen bei Polio-Ausrottung in Pakistan? Wie hat sich die Finanzierung des PEI entwickelt, welche Tendenzen zeigen die Beiträge der unterschiedlichen Finanziers?	Literatur			
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?	Das Projekt ist auf Ausrottung des Polio-Virus ausgerichtet, d.h. per se dauerhafte Wirkung				

18.4 Inwieweit sind die Gender-Ergebnisse der Maßnahme als dauerhaft einzuschätzen (Ownership, Kapazitäten, etc.?) (FZ E-spezifische Frage)	Keine Konkretisierung erforderlich	
---	------------------------------------	--