

Ex-post-Evaluierung Impfprogrammförderung in Zusammenarbeit mit Gavi, Ostafrikanische Gemeinschaft (EAC)

Titel	Impfprogrammförderung in der Ostafrikanischen Gemeinschaft (EAC) in Zusammenarbeit mit der Global Vaccine Alliance (Gavi), Phase I-III.		
Sektor und CRS-Code	Gesundheit, Familienplanung, HIV/AIDS (12550)		
Projektnummern	2013 66 699, 2014 68 271, 2015 68 245		
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)		
Empfänger/Projektträger	Global Vaccine Alliance, Gavi		
Projektvolumen/ Finanzierungsinstrument	60 Mio. EUR, FZ-Zuschuss (20 Mio. EUR je Phase)		
Projektlaufzeit	2013-2015		
Berichtsjahr	2023	Stichprobenjahr	2022

Ziele und Umsetzung des Projekts

Das überarbeitete Outcome-Ziel war die Reduzierung der durch Impfungen vermeidbaren Erkrankungen durch einen Beitrag zur landesweiten Impfabdeckung aller Neugeborenen gemäß Impfkalendar mit Fünffach-, Pneumokokken- und Rotavirus-Impfstoffen sowie zusätzlich aller nicht entsprechend geimpften Kindern unter 5 Jahren. Auf Impact-Ebene war das Ziel die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung – insbesondere bei Kindern unter fünf Jahren – von fünf Partnerländern der Ostafrikanischen Staatengemeinschaft (EAC) (Burundi, Kenia, Ruanda, Tansania, Uganda). Das Projekt stellte Gavi von 2013 bis 2015 Mittel für die Beschaffung von Pneumokokken-, Fünffach- und Rotavirus-Impfstoffen zur Verfügung. Diese Impfungen wurden im Rahmen der bestehenden Gavi/UNICEF-Unterstützung für das nationale, erweiterte Impfprogramm (EPIs) verabreicht.

Wichtige Ergebnisse

Das Projekt unterstützte das Impfprogramm für Kinder in fünf ostafrikanischen Partnerländern über die Regionalorganisation EAC. Auch wenn die Outcome-Ziele nicht erreicht wurden, ist es plausibel, dass es zur Verringerung der Kindersterblichkeit beigetragen hat. Das Projekt wird wie folgt als „eingeschränkt erfolgreich“ bewertet:

Relevanz (eingeschränkt erfolgreich): Das FZ-Projekt adressiert die Kernprobleme der EAC-Länder: hohe Kindersterblichkeit und geringe Impfabdeckung. Der regionale Ansatz mit der Absicht, die EAC insgesamt zu stärken, ist aus heutiger Sicht weniger relevant.

Kohärenz (erfolgreich): Das Projekt entstand aus einer globalen Initiative. Die Synergien mit den nationalen Prioritäten der EAC-Partnerländer waren stark und die externe Kohärenz war gut.

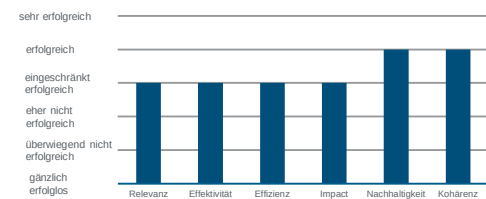
Effektivität (eingeschränkt erfolgreich): Die Impfabdeckung verbesserte sich in einigen Ländern, aber die ehrgeizigen Ziele wurden nicht erreicht. Es gab keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede, aber in einigen Ländern bestehen Unterschiede in anderen Dimensionen. Eine gerechte Impfabdeckung bleibt daher eine Herausforderung.

Effizienz (eingeschränkt erfolgreich): Die Durchimpfung von Kindern ist eine äußerst kosteneffektive medizinische Intervention. Auch wenn die Beschaffung sehr effizient war, kann die Effizienz auf operativer Ebene noch gesteigert werden. Die jährlichen Tranchen der zweckgebundenen Finanzierung erhöhen die Transaktionskosten von Gavi.

Impact (eingeschränkt erfolgreich): Ob das SDG-Ziel erreicht wird, kann noch nicht beurteilt werden. Die Raten sinken schnell, aber bei den derzeitigen jährlichen Reduktionsraten wird nur Ruanda das Ziel erreichen. Uganda wird ihm nahekommen.

Nachhaltigkeit (erfolgreich): Impfungen sind lebenslang wirksam und von Natur aus nachhaltig. Die Nachhaltigkeit der nationalen Impfprogramme hängt vom jeweils nationalen und vom globalen Engagement ab.

Gesamtvotum: Note eingeschränkt erfolgreich



Schlussfolgerungen

- Eine gerechte Impfabdeckung ist für Impfprogramme von entscheidender Bedeutung; daher sollten Monitoring (sowie Management) auf Indikatoren basieren, die nach Geschlecht und anderen relevanten Kriterien (z. B. Stadt/Land, Region, Armut) aufgeschlüsselt sind.
- Die Effizienz der Umsetzung könnte durch die Bereitstellung multilateraler, nicht zweckgebundener Finanzmittel für Gavi verbessert werden.

Ex-post-Evaluierung – Bewertung nach DAC-Kriterien

Rahmenbedingungen und Einordnung des Projekts

Das evaluierte Projekt der Finanziellen Zusammenarbeit (FZ) wurde von 2013-2015 in fünf Partnerländern der Ostafrikanischen Staatengemeinschaft (East African Community, EAC) Burundi, Kenia, Ruanda, Tansania und Uganda¹ durchgeführt. Die Mittel wurden in diesen Jahren rückwirkend auf jährlicher Basis ausgezahlt. Es handelte sich um die erste Phase eines fünfphasigen Projekts zur Durchimpfung, das mit deutschen bilateralen Mitteln finanziert und von der KfW verwaltet wurde.

Das FZ-Projekt wurde über Gavi durchgeführt, eine weltweit tätige öffentlich-private Partnerschaft mit dem Hauptsitz in Genf. Ihre Mission 2021–25 (ähnlich wie zum Zeitpunkt der Projektprüfung) ist es, Leben zu retten und die Gesundheit der Menschen zu schützen, indem sie den gerechten und nachhaltigen Einsatz von Impfstoffen verbessert².

Zu den Partnern von Gavi gehören Regierungen in Industrie- und Entwicklungsländern, die Weltgesundheitsorganisation (WHO), der „United Nations Children's Fund“ (UNICEF), die Weltbank, die „Bill & Melinda Gates Foundation“, Nichtregierungsorganisationen, Impfstoffhersteller aus Industrie- und Entwicklungsländern, Gesundheitsversorgungs- und Forschungseinrichtungen sowie weitere private Geber. Das BMZ ist im Verwaltungsrat von Gavi und in verschiedenen Arbeitsgruppen vertreten. Gavi gilt als starker Partner. Im „Aid Transparency Index“ 2022 wurde Gavi unter 50 Entwicklungsorganisationen an achter Stelle gelistet.

Gavi ist ein vertikales Programm, das sich auf die Bekämpfung bestimmter Erkrankungen konzentriert. Es ist nicht in das Gesundheitsversorgungssystem integriert, sondern stellt über ein paralleles Finanzierungs- und Beschaffungssystem Impfstoffe und technische Unterstützung für nationale Impfprogramme bereit. Gavi bündelt Geber- und Partnerleistungen und stellt die Verfügbarkeit von ausreichenden Finanzmitteln sicher, während UNICEF die Impfstoffe beschafft.

Die Verantwortung für die Umsetzung der staatlichen Impfprogramme der EAC liegt bei verschiedenen nationalen Gesundheitsministerien, die das erweiterte Impfprogramm (EPI) in jedem Land steuern. Obwohl jedes EAC-Land seine eigenen Impfregelungen hat, erfolgt die Durchimpfung typischerweise durch das Gesundheitsministerium und wird über ein Provinz- oder Bezirksnetzwerk durchgeführt. In einigen Ländern der Region, wie Kenia, haben die Provinzgesundheitsministerien eine größere Autonomie. Diese Arbeitsteilung stellt sicher, dass die Impfstoffe rechtzeitig und in ausreichender Menge zur Verfügung stehen und maximiert gleichzeitig die Nutzung der nationalen Systeme. Die Unterstützung der Impfprogramme der Region durch Gavi umfasst die Bereitstellung von Impfstoffen und für die Verimpfung benötigter medizinischer Verbrauchsmaterialien sowie in einigen Provinzen Schulungsmaßnahmen, die Instandhaltung der Kühlkette und Transport von Impfstoffen.

Kurzbeschreibung des Projekts

Ziel des FZ-Projekts war es, die Kindersterblichkeit in den EAC-Ländern Burundi, Kenia, Ruanda, Tansania und Uganda zu reduzieren, indem zu landesweiten Impfkampagnen mit Fünffach-³, Pneumokokken- und Rotavirus-Impfstoffen beigetragen wurde. Der Beitrag erfolgte durch eine bilaterales Abkommen in Höhe von 20 Mio. EUR an die Ostafrikanische Gemeinschaft für nationale EPIs auf der Grundlage des jeweiligen Bedarfs pro Land. Damit sollten routinemäßige Impfungen für Kinder bis 12 Monate gemäß Impfkalender und für Kinder bis 5 Jahre, die noch keinen vollständigen Impfschutz hatten, finanziert werden. Die FZ-Mittel waren ausschließlich für die Beschaffung von Impfstoffen vorgesehen.

¹ Südsudan ist der EAC erst 2016 beigetreten

² Gavi orientiert sich an vier strategischen Zielen: Das Impfziel ist die Einführung und Ausweitung von Impfungen. Dem Ziel der Impfgerechtigkeit zur Stärkung der Gesundheitssysteme und zur gerechteren Durchimpfung. Dem Nachhaltigkeitsziel zur Verbesserung der Nachhaltigkeit von Durchimpfungsprogrammen. Das Ziel gesunder Märkte zur Gewährleistung gesunder Märkte für Impfstoffe und verwandte Produkte.

³Die Fünffach-Impfung ist ein 5-in-1-Impfstoff gegen folgende Krankheiten: Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis B und Haemophilus Influenzae Typ B

Aufschlüsselung der Gesamtkosten 2013 - 2015

Die Gesamtkosten des Projekts basierten auf dem verfügbaren Finanzierungsvolumen. Somit gibt es keine Abweichungen zwischen Plan- und Ist-Zahlen.

Abbildung 1: Plan- und Istkosten des dreijährigen Projekts⁴ 2013-2015

	Projekte (Plan) Mio. EUR	Projekte (Ist) Mio. EUR
Gesamtinvestitionskosten (Impfstoffbeschaffung)	352,9	352,9
Regierungen des EAC-Beitrags	36,5	36,5
Anderer Gavi-Beitrag	256,4	256,4
FZ-Finanzierung	60,0	60,0

Quelle: KfW-Projektdokumentation und Gavi Co-financing Factsheets für EAC-Länder

Bewertung nach DAC-Kriterien

Relevanz

Ausrichtung an Politiken und Prioritäten

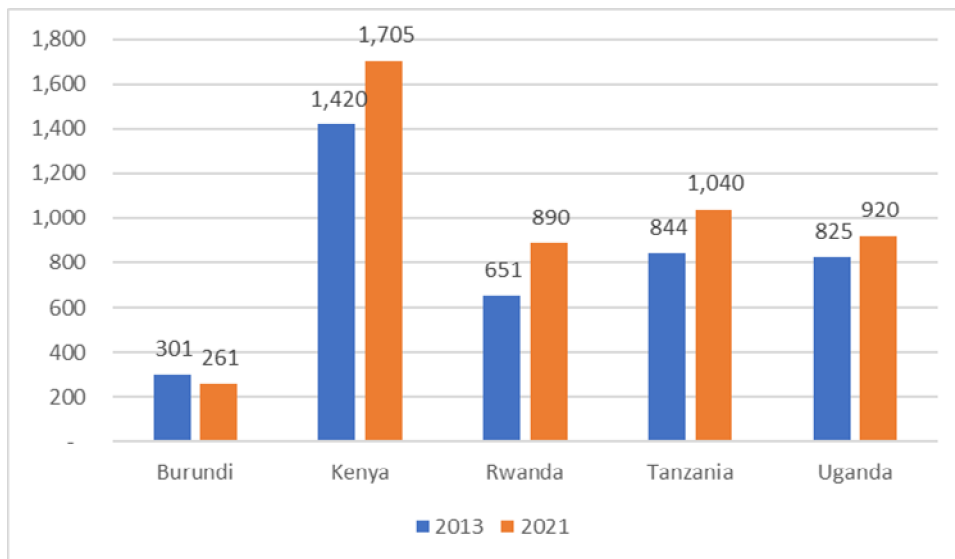
Das Ziel des FZ-Projekts ist an globalen Richtlinien und Prioritäten ausgerichtet. Vor allem das „Sustainable Development Goal 3“ (SDG 3) aus 2015 und ausgewählte Unterziele sind für diese Evaluierung relevant, insbesondere die Beendigung des vermeidbaren Todes von Neugeborenen und Kindern unter 5 Jahren (U-5-Jährige) bis 2030. Ziel ist es die Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren auf höchstens 25 pro 1.000 Lebendgeburten zu reduzieren und den Zugang zu sicheren, wirksamen und erschwinglichen, unverzichtbaren Medikamenten und Impfstoffen zu ermöglichen. Das Projekt unterstützt gleichermaßen das internationale Impfprogramm, wie es in der Impfagenda 2030 festgehalten ist.

Laut WHO verhindern Impfungen derzeit jährlich 3,5–5 Millionen Todesfälle durch Erkrankungen wie Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Grippe und Masern. Sie sind ein wichtiger Bestandteil des Basisgesundheitswesens. Die Gavi-Mission steht auch im Einklang mit den globalen Impf-Zielen. Die Gavi-Mission hatte zum Zeitpunkt der Programmprüfung 2016 die Aufgabe, durch den verstärkten gleichberechtigten Zugang zu Impfstoffen in einkommensschwachen Ländern das Leben von Kindern zu retten und die Gesundheit der Menschen zu schützen.

Die fünf Ziel-EAC-Partnerländer weisen einige Ähnlichkeiten, aber viele Abweichungen auf. So schwankte das Pro-Kopf-BIP (in konstanten US\$) der fünf Länder 2013 und 2021 erheblich.

⁴Diese Zahlen beziehen sich auf alle routinemäßigen Durchimpfungen, jedoch nur auf die Kosten für Impfstoffe. Wichtig ist, dass der Anteil der Regierung der Ostafrikanischen Staatengemeinschaft deutlich höher ist, wenn die Kosten für die Durchimpfung, die nicht auf den jeweiligen Impfstoff entfallen, (z. B. Gehälter, Transport, Kühlketten und Verbrauchsmaterialien, aber auch Schulungen) enthalten sind (weitere Informationen finden Sie unter Wirksamkeit).

Abbildung 1: EAC-Länder BIP pro Kopf in 2013 und 2021 (konstant 2015 US\$)



Quelle: World Bank

Der Gesundheitszustand der Ostafrikaner hat sich in den letzten zehn Jahren verbessert, aber die Mütter- und Kindersterblichkeit waren zum Zeitpunkt der Projektprüfung nach wie vor große Herausforderungen. Im Jahresbericht 2014–15 der EAC heißt es:

Die Lebenserwartung bei der Geburt liegt im Durchschnitt bei 59,2 Jahren (im Vergleich zu 58,1 für ganz Afrika). Die Sterblichkeitsrate unter fünf Jahren pro 1000 Lebendgeburten lag 2012 im Durchschnitt bei 70,4, während die durchschnittliche Müttersterblichkeit (pro 100.000 Geburten) bei 446 lag, was leicht unter dem afrikanischen Durchschnitt von 460 liegt (UNSD, 2015). Der Zustand der Gesundheitssysteme in der Region trägt zur aktuellen Lebenserwartung und Sterblichkeit bei. (...) Im Jahr 2014 betrug die durchschnittliche Bevölkerung, die unter 1,25 US\$ pro Tag lebt, 48,0 %.

Bis 2013 war die Kindersterblichkeit (U-5) im Durchschnitt auf 60,97 pro 1.000 Lebendgeburten gesunken. Damit lag sie doppelt so hoch wie das SDG-Ziel von 25 pro 1.000 Lebendgeburten (kurz nach Projektdesign vereinbart) (siehe Kapitel Impact für weitere Informationen zur Entwicklung der Kindersterblichkeitsraten (CMR)).

Nach Malaria waren die Hauptursachen für die Kindersterblichkeit in der Region Durchfall und Lungenentzündung, die, obwohl es sich um vermeidbare Krankheiten handelt, weiterhin für die Mehrheit der Kinderkrankheiten und Todesfälle verantwortlich waren. Im Jahr 2013 schwankten die Impfabdeckungsraten (VCR) in den fünf Ländern. In einigen Ländern wie Tanzania waren die VCRs seit fünf Jahren oder länger auf relativ niedrigen Niveaus stagniert (Tanzania DHS 2016–17).

Tabelle 2: Impfabdeckungsraten für Fünffachimpfstoff und Impfstoffe gegen Pneumokokken und Rotavirus in EAC im Jahr 2013

Impfstoff	Burundi	Kenia	Ruanda	Tansania	Uganda
	%	%	%	%	%
Fünffach-Impfstoff	96	87	98	91	84
Pneumokokken	96	75	98	80	0
Rotavirus	0	0	98	85	0

Quelle: WUENIC-Daten

Im Jahr 2013 hatten weder Kenia noch Uganda den für den Fünffachimpfstoff empfohlenen VCR-Wert von 90 % erreicht, und keines der Länder Kenia, Tansania und Uganda hatte 90 % für Pneumokokken erreicht. Uganda hatte den Impfstoff nicht einmal eingeführt. Der Rotavirus-Impfstoff war nur in Ruanda und Tansania eingeführt worden. Bereits zu Beginn des Projekts schnitt Ruanda bei allen drei oben genannten Impfstoffen mit einem VCR von 98 % im Jahr 2013 gut ab.

Ein Richtwert für die Wirksamkeit des Impfstoffs ist die Anzahl der vollständig geimpften Kinder gemäß dem grundlegenden Impfprogramm. Es gibt jedoch kein systematisches Überwachungsprogramm, weder für die Zahl der vollständig geimpften Kinder in der EAC insgesamt noch für die Gesamtzahl der Kinder ohne Impfungen. Einige Länderinformationen sind jedoch verfügbar, insbesondere aus Umfragen. Kenia berichtete, dass 2014 79 % der Kinder vollständig geimpft wurden (DHS, 2014), in Uganda erhielten 2015 55 % der Kinder im Alter von 12–23 Monaten alle Grundimpfungen und 37 % alle altersgerechten Impfungen (DHS, 2016). Im Globalen Impfkaktionsplan 2011–2020 wird ein Ziel von 90 % empfohlen⁵.

Es bestand ein hoher Bedarf an finanzieller Unterstützung. Damals stellten die Regierungen Ostafrikas nur 10,1 % (2013) bis 12,6 % (2016) der Gesamtkosten für Impfstoffe in der Region⁶ zur Verfügung, sodass die Abdeckung ohne das Gavi-Programm wahrscheinlich deutlich niedriger wäre [siehe auch unter Effizienz und Nachhaltigkeit].

Aus den obigen Ausführungen geht hervor, dass das FZ-Projekt auf einen dringenden Bedarf eingegangen ist. Die Projektziele sind angemessen.

Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Primäre Zielgruppe des FZ-Projektes waren Kinder im ersten Lebensjahr und Kinder bis zum Alter von 5 Jahren ohne ausreichenden Impfschutz. Dies steht im Einklang mit den Zielgruppen, die von den nationalen Gesundheitsministerien und EPIs identifiziert wurden. Das FZ-Projekt ist vollumfänglich an den nationalen Politiken ausgerichtet. Ein Beispiel ist Tansania, dessen Gesundheitsstrategie damals lautet: *„Ziele sind die Ausrottung von Polio, die Beseitigung von Tetanus bei Neugeborenen, Masern, Röteln während der Schwangerschaft übertragener Röteln---Embryopathie sowie die Einführung neuer Impfstoffe (...). Es werden Strategien eingeführt, um die Zugänglichkeit und Inanspruchnahme der Impfdienste unter Verwendung des Ansatzes „Reach Every Child“ durch die Bereitstellung täglicher Impfungen in Gesundheitseinrichtungen und verstärkte Durchimpfungen in schwer zugänglichen Gebieten sicherzustellen.“*

Das FZ-Projekt entsprach den Entwicklungszielen der EAC. Gemäß Paragraf 118 a des EAC-Vertrags verpflichten sich die Partnerstaaten, „gemeinsam Maßnahmen zur Verhinderung und Kontrolle übertragbarer und nicht übertragbarer Krankheiten und zur Kontrolle von Pandemien und Epidemien übertragbarer und vektorübertragbarer Krankheiten wie HIV-AIDS, Cholera, Malaria, Hepatitis und Gelbfieber zu ergreifen, die die Gesundheit und das Wohlergehen der Bewohner der Partnerstaaten gefährden könnten, und bei der Erleichterung der Massenimpfung und anderer Kampagnen der öffentlichen Gesundheitsgemeinschaft zusammenzuarbeiten.“ Im Anschluss daran wurden in der 4. EAC-Entwicklungsstrategie (2011/12 bis 2015/16) Gesundheit als wichtiger Sektor und die Finanzierung der Gesundheit als zentrale Herausforderung identifiziert.

Die FZ-Projektzielsetzungen waren auf die entwicklungspolitischen Bedürfnisse und Kapazitäten der Zielgruppe ausgerichtet. Impfdefizite wurden korrekt als eine der Hauptherausforderungen für die Gesundheit von Kindern unter fünf Jahren identifiziert. Das Programm wurde im Hinblick auf die Gerechtigkeit und Nicht-Diskriminierung bewertet, da sowohl Geschlechtergerechtigkeit als auch die regionale Gerechtigkeit im Gavi-Modell berücksichtigt sind (siehe Geschäftsbericht 2021 von Gavi) welche im Rahmen der gut etablierten nationalen EPI-Programme⁷, durch die Gavi-Partner WHO und UNICEF sowie durch eigene Mitarbeiter von Gavi in den Ländern überwacht werden sollten. Während sich die FZ-Finanzierung auf die Beschaffung von Impfungen konzentrierte, wurde sie durch eine breitere Gavi-Unterstützung ergänzt, die Maßnahmen zur Stärkung der nationalen Umsetzungskapazitäten der EPI einschließlich spezieller Programme zur Stärkung der Gesundheitssysteme in Uganda, Ruanda und Burundi während des Berichtszeitraums umfasste.

⁵ Der Global Vaccine Action Plan 2011–2020 hat folgendes Ziel: Bis 2020 sollte die Abdeckung der Zielpopulationen mindestens 90 % der einzelstaatlichen Impfbedeckung und mindestens 80 % der Impfbedeckung in jedem Distrikt oder einer entsprechenden administrativen Einheit für alle Impfungen in einzelstaatlichen Durchimpfungsprogrammen erreichen.

⁶ Berechnungen der Autoren, die für diese Evaluierung auf der Grundlage von Gavi-Daten entwickelt wurden

⁷ Die EPI in Ostafrika wurden von 1975 bis 1983 eingerichtet: Tansania 1975; Ruanda 1978; Burundi 1980; Kenia 1980; Uganda 1983

Angemessenheit der Konzeption

Die Theory of Change (ToC), auch wenn sie im Konzept nicht explizit formuliert wurde, war zum Zeitpunkt der Prüfung und aus heutiger Perspektive plausibel. Durch einen Beitrag zur Verfügbarkeit hochwertiger Impfungen (Inputs) für eine Erhöhung der Impfquoten (Outcome) sollte das Projekt zur Reduzierung von durch Impfprophylaxe vermeidbaren Erkrankungen und damit zur Senkung der Kindersterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren beitragen (Impact).

Die zugrunde liegenden Annahmen waren: Die Bereitstellung von Impfungen würde über eine vertrauenswürdige, effiziente und höchst wirtschaftliche Beschaffungsstelle (UNICEF) erfolgen; das Monitoring des Projekts sollte von Gavi sichergestellt werden; das Impfprogramm vor Ort sollte von den EPI-Divisionen der nationalen Gesundheitsministerien durchgeführt werden, die über langjährige Erfahrung und eine tiefe subnationale Reichweite verfügen, der Einsatz etablierter Systeme würde die größte Erfolgsaussicht bieten; und die Probleme in den Bereichen Personal, Transport und Kühlkette könnten überwunden werden.⁸ Durch die Bündelung der Mittel sollten die Finanzierungs- und Umsetzungssysteme von Gavi zu hohen Effizienzgewinnen bei der Beschaffung von Impfungen führen.

Es wurde weiter davon ausgegangen, dass die EAC-Strukturen eine Rolle in diesem regionalen Programm spielen würden und dass eine regionale Plattform für die Durchimpfung eingerichtet werden würde, um die Koordination und das gegenseitige Lernen zu verbessern. Im Jahr 2013 fanden regionale Durchimpfungstreffen statt. Es gibt allerdings keine Nachweise dafür, dass sie danach fortgesetzt wurden oder dass EAC-Strukturen eine wesentliche Rolle im FZ-Projekt gespielt haben.

Das Konzept setzte ein gewisses Maß an Monitoring und Evaluierung der EAC-Strukturen selbst voraus, welches über die nationalen Monitoring- und Evaluierungsprozesse hinaus geht. Die Struktur des EAC-Sektors Gesundheit besteht aus einem Gesundheitssekretariat, das an den EAC-Sektorrat für regionale Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich berichtet. Innerhalb des Gesundheitssekretariats gibt es mehrere technische Arbeitsgruppen (Technical Working Groups, TWGs), darunter eine zu Reproduktions-, Kinder-, Jugendgesundheit und Ernährung und eine zu übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten, die beide für das FZ-Projekt relevant sind. Die Informanten berichten jedoch, dass mangelnde Ressourcen dazu geführt haben, dass die TWGs oft nicht zusammenkommen konnten. Darüber hinaus enthielt erst der "Strategische Plan für den regionalen Gesundheitssektor" für den Zeitraum 2015 bis 2020 (EAC, 2015), einen Rahmen für regionales Monitoring. Für die ersten beiden hier evaluierten Jahre war dies somit noch nicht vorgesehen. Monitoring Es ist damit plausibel, dass Monitoring eher auf nationaler als auf regionaler Ebene realistisch war.

Das FZ-Projekt berücksichtigte Nachhaltigkeit. Impfungen von Kindern sind von Natur aus nachhaltig, da sie lebenslangen Schutz vor Krankheiten bieten. Ein zentraler Aspekt für die wirtschaftliche Nachhaltigkeit des Impfprogramms ist der Anteil der jährlichen Kosten für das EPI-Programm, den die nationalen Regierungen finanzieren. In den meisten Partnerländern in Ostafrika machte der Beitrag gerade mal 20 USD cents pro Impfdosis aus (dies entspricht dem durch Gavi festgelegten Mindestbeitrag für einkommensschwache Länder). Es wurde angenommen, dass der Anteil nationaler Finanzierung im Laufe der Zeit im Einklang mit Gavis Graduierungspolitik steigen würde (weitere Einzelheiten siehe unter Nachhaltigkeit). Es wurde jedoch gleichzeitig eingeräumt, dass das Impfprogramm weiterhin beträchtliche finanzielle Unterstützung durch externe Geber erfordern würde.

Im Rahmen der Ex-post-Evaluierung (EPE) wurden die Outcome- und Impact-Ziele überarbeitet, um die unterschiedlichen Ebenen des Wirkungsmodells deutlich widerzuspiegeln und spezifischere Angaben zu den tatsächlich adressierten Zielgruppen zu machen. Die Indikatoren wurden jeweils angepasst und es wurde eine weitere Untergliederung vorgeschlagen, um ihre Aussagekraft im Hinblick auf das Monitoring und Management eines gleichberechtigten Zugangs zu Impfungen zu erhöhen (Einzelheiten siehe Effektivität, Auswirkungen sowie Anlage 2).

Das Konzept befasste sich nicht mit der politischen Dimension, die das weitere Umfeld, in dem die Aktivitäten stattfanden, bestimmt, und auch nicht mit den Gründen für die Schwierigkeiten, die beispielsweise bei der Datenerfassung auftreten. Es ging davon aus, dass „bewährte“ Strukturen und bestehende Durchführungsmechanismen angemessen sein würden.

⁸ U.a. Unterstützung durch das parallele Programm zur Stärkung des Gesundheitssystems und der Durchimpfung von Gavi (nicht über das FZ-Projekt finanziert).

Im Rahmen der Projektprüfung wurden folgende Risiken identifiziert: u.a. Kühlkettenmanagement, Personalknappheit und Transportdefizite, Erreichbarkeit entlegener Regionen sowie Monitoring. Mit dem Projekt sind keine Umweltthemen und damit auch keine Umweltrisiken verbunden.

Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit

Eine Überarbeitung oder Ergänzung des ursprünglichen Konzepts ist nicht erfolgt.

Zusammenfassung der Benotung

Das FZ-Projekt reagiert direkt auf die Kernprobleme der EAC-Länder: hohe Kindersterblichkeit und geringe Impfabdeckung bzw. Durchimpfungsraten. Das Projekt ist vollständig auf die globalen und nationalen Strategien und Prioritäten, mit dem regionalen EAC-Konzept sowie auf die Bedürfnisse und Kapazitäten der Begünstigten ausgerichtet. Während sich die FZ-Förderung auf die Beschaffung von Impfungen konzentriert, sollten Hürden bei den nationalen Umsetzungskapazitäten durch die umfassendere Gavi-Unterstützung in Angriff genommen werden. Die Projektumsetzung ist durchdacht und nutzt bewährte und etablierte Systeme. Der regionale Ansatz mit der Absicht, die EAC insgesamt zu stärken, ist insbesondere aus heutiger Sicht weniger relevant. Die Relevanz wird daher **als eingeschränkt erfolgreich** bewertet.

Relevanz: 3

Kohärenz

Interne Kohärenz

Die Genehmigung des FZ-Vorhabens mit EAC im Jahr 2012 erfolgte aussagegemäß um Gavi zusätzliche bilaterale Mittel bereitzustellen. Da die Zusage auf eine zentrale Initiative zurückging, wurden Synergien mit dem bestehenden Portfolio der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) in Ostafrika nicht entscheidend bei der Konzeption. Synergien bestanden jedoch, da Gesundheitsministerien in vier der fünf begünstigten EAC-Ländern im Rahmen bilateraler Gesundheitsvorhaben durch die deutsche FZ unterstützt wurden⁹. Im Laufe der Umsetzung des FZ-Vorhabens mit der EAC wurden weitere Gesundheitsprojekte initiiert¹⁰. Eine weitere Synergieebene bestand, da das BMZ die regionale Integration in Ostafrika unterstützte.

Das BMZ ist für die Erarbeitung der Leitlinien und Strategien für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit zuständig. Im Rahmen dieser Evaluierung wurden keine Informationen zu relevanten Länder- oder Sektorstrategien für den entsprechenden Zeitraum zur Verfügung gestellt. Vor diesem Hintergrund ist das FZ-Vorhaben an den MDGs (bzw. SDGs) ausgerichtet, denen sich die deutsche Bundesregierung verpflichtet hat (siehe auch unter Relevanz).

Externe Kohärenz

Das FZ-Projekt trug in Zusammenarbeit mit den nationalen Gesundheitsministerien der EAC-Partner, Gavi und UNICEF zu den laufenden und etablierten nationalen Impfprogrammen bei. Die nationalen EPI gibt es seit den 1970er Jahren, und die derzeitigen Systeme von Gavi/MoH wurden eng mit den nationalen EPI im Rahmen von länderspezifischen Gavi-Zuschüssen entwickelt. Die FZ-Mittel gingen über Gavi zweckgebunden an UNICEF zur Beschaffung von Impfungen für die fünf Partnerländer in Ostafrika. Die EPI-Programme werden über nationale Systeme mit je nach Land unterschiedlichen Ebenen der Dezentralisierung und der Zuständigkeiten umgesetzt. Nationale Mehrjahrespläne (comprehensive multi-year programs, cMYP) bieten den Rahmen, innerhalb dessen Gavi finanzielle Unterstützung für die Beschaffung von Impfstoffen erhalten und zuweisen kann.

Die EAC, einschließlich ihres Gesundheitssekretariats, hatte zuvor enge Verbindungen zu Gavi. Zum Zeitpunkt des Projektdesigns war auch der Generalsekretär in der EAC im Gavi-Vorstand und verfügte über umfassende Kenntnisse der Gavi-Mechanismen. Innerhalb des EAC-Sekretariats war die Unterabteilung Gesundheit durch ein früheres deutsches Gesundheitsprojekt mit der EAC und der Aga Khan-Universität bereits mit FZ-Verfahren

⁹ Tansania, Kenia, Ruanda und Burundi, obwohl Ruanda auslaufen wird.

¹⁰ So unterstützt die FZ das regionale Kompetenzzentrum für Impfstoffe, Durchimpfungen und Gesundheitsversorgungskettenmanagement in Kigali.

vertraut. Darüber hinaus unterhielten die nationalen Gesundheitsministerien der EAC-Länder über ihre EPI-Programme langjährige Beziehungen zu Gavi.

Gavi erhielt Mittel für seine Ostafrika-Programme aus vielen Quellen. Es koordinierte die Verwendung dieser Mittel mit UNICEF, letztere wickelte die Beschaffung der Impfstoffe ab. Die Koordination der einzelstaatlichen Impfprogramme mit dem Sektorprogramm und anderen Aktivitäten im Gesundheitssektor erfolgt durch das Inter-Agency Coordination Committee (ICC), in dem alle relevanten Akteure von Regierung, Gebern und Zivilgesellschaft auf Länderebene vertreten sind. Gavi arbeitet eng mit der WHO und UNICEF zusammen, um die Ergebnisse der Durchimpfung zu überwachen. Von WHO/UNICEF werden regelmäßig Zusammenfassungen der Daten nach Impfstoff veröffentlicht. Das FZ-Projekt basierte und vertraute auf dem bestehenden Gavi/ICC-Koordinationsprozess.

Wie oben ersichtlich, wurde das Projekt so konzipiert, dass bestehende Partnersysteme genutzt werden können und hatte durch Gavi enge Verbindungen zu den Stakeholdern innerhalb der nationalen Gesundheitsministerien, innerhalb der Gebergemeinschaft und der EAC. Das Projektdesign sah eine nicht verwirklichte Aufsichts- und Monitoringstruktur für das gesamte EAC-Impfprogramm vor. Infolgedessen wurden keine EAC-weiten Daten aufbereitet und das Monitoring erfolgte weiterhin ausschließlich auf nationaler Ebene.

Zusammenfassung der Benotung

Das FZ-Projekt entstand aus einer zentralen Initiative der Bundesregierung, dennoch gab es Synergien mit dem bestehenden FZ-Portfolio in vier der fünf begünstigten Länder. Die Ausrichtung an staatlichen Prioritäten und der Nutzung von Partnersystemen war ebenso stark wie die externe Kohärenz des FZ-Projektes. Es profitierte von der Unterstützung eines bestehenden, etablierten und koordinierten Ansatzes zur Unterstützung nationaler Impfprogramme in der Region. Daher wird die Kohärenz als **erfolgreich** bewertet.

Kohärenz: 2

Effektivität

Erreichung der (intendierten) Zielen

Das überarbeitete Outcome-Ziel ist die **Reduzierung der durch Impfungen vermeidbaren Erkrankungen durch einen Beitrag zur landesweiten Impfabdeckung aller Neugeborenen gemäß Impfkalender mit Fünffach-, Pneumokokken- und Rotavirus-Impfstoffen und nicht entsprechend geimpften Kindern unter 5 Jahren** (siehe auch Anlage 2).

Impfabdeckungsraten (VCRs) sind angemessene Outcome-Indikatoren. Da bei der Impfabdeckung jedoch die Verteilungsgerechtigkeit entscheidend ist (u. a. um Herdenimmunität zu erreichen), sollten die VCR, wenn möglich, nach Geschlecht, Region, Armut, ethnischer Zugehörigkeit usw. aufgeschlüsselt werden, um eine angemessene Grundlage für das Monitoring und die Steuerung einer gerechten Impfverteilung zu schaffen. Gleichzeitig sollten Empfängerländer unterstützt werden, um die Verfügbarkeit disaggregierter Daten sicherzustellen. Leider wurden bei der Evaluierung keine Daten zur Verteilungsgerechtigkeit der Impfprogramme auf nationaler Ebene zur Verfügung gestellt¹¹ und es ist unklar, ob ausreichende Daten vorliegen. Auf verfügbare Informationen zur Gerechtigkeit aus nationalen und regionalen Umfragen wird nachstehend verwiesen. Die Erreichung der Ziele entsprechend der Anpassungen im Rahmen der EPE sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

¹¹ Und regionale Daten zu Gerechtigkeit werden nicht zusammengestellt.

Tabelle 3: Erreichung der angestrebten Ziele auf Outcome-Ebene¹²

Indikatoren – Impfab- deckungsra- te	Land	Stand bei Projekt- prüfung (2012)	Überarbei- teter Zielwert 2014 ¹³	Überarbeiteter Stand des Abschlussberichts (2017, aus WUENIC Überarbeitung 2021)	Status bei EPE (Schätzungen aus WUENIC Überarbeitung 2021)
1 Fünffach- Impfstoff	Burundi	100 % ¹⁴	96 %	91 %	94 % Ziel nicht erreicht
	Kenia	83 %	95 %	82 %	91 % Ziel nicht erreicht
	Ruanda	100 %	98 %	98 %	88 % Ziel nicht erreicht
	Tansania	92 %	95 %	90 %	80 % Ziel nicht erreicht
	Uganda	78 %	93 %	94 %	91 % Ziel nicht erreicht
	Alle EAC	91 %		89,2 % EPE-Berechnung bevölkerungs- gewichteter Durchschnitt	87,7 % EPE-Berechnung bevölkerungs- gewichteter Durchschnitt Ziel nicht spezifiziert
2 Pneumokok- kenimpfstoff	Burundi	100 %	96 %	91 %	94 % Ziel nicht erreicht
	Kenia	82 %	95 %	82 %	92 % Ziel nicht erreicht
	Ruanda	100 %	98 %	98 %	88 % Ziel nicht erreicht
	Tansania	NNE	95 %	86 %	80 % Ziel nicht erreicht
	Uganda	NNE	88 %	90 %	91 % Ziel erreicht

¹² Alle Impfdeckungsraten beziehen sich auf Kinder bis zum Alter von 2 Jahren, die für den genannten Impfstoff „vollständig geimpft“ sind. Beispielsweise ist die Pneumokokken-VCR in % für Kinder, die gemäß den WHO-Leitlinien drei Dosen erhalten haben.

¹³ Die Daten für die Impfabdeckungsquoten (VCRs) in der Projektprüfung wurden aus WUENIC-Daten aus dem Jahr 2014 gewonnen, die eine geeignete Quelle darstellen. Bei der WUENIC-Revision 2021 wurden jedoch viele Daten deutlich revidiert. Die EPE hat daher die überarbeiteten Zielvorgaben für die Impfabdeckung (VCRs) und die Basisquoten für 2017, wie in den Spalten 4 und 5 der Tabelle 3 angegeben, angenommen (weitere Details siehe auch Anlage 2).

¹⁴ In den Fällen, in denen der Status bei Projektprüfung >100 % war, wurden diese für die EPE auf 100 % überarbeitet. (In der Regel tritt dies auf, wenn die Bevölkerungsdaten nicht aktuell sind und eine Million Impfungen bei Kindern unter 5 Jahren durchgeführt wurden, aber nur 980.000 Kinder unter 5 Jahren in den demografischen Zensusdaten gelistet sind.)

Indikatoren – Impfab- deckungsrat e	Land	Stand bei Projekt- prüfung (2012)	Überarbei- teter Zielwert 2014 ¹³	Überarbeiteter Stand des Abschlussberichts (2017, aus WUENIC Überarbeitung 2021)	Status bei EPE (Schätzungen aus WUENIC Überarbeitung 2021)
	Alle EAC	57 %		86,9 % EPE-Berechnung bevölkerungss- gewichteter Durchschnitt	87,7 % EPE-Berechnung bevölkerungss- gewichteter Durchschnitt Ziel nicht spezifiziert
3 Rotavirus	Burundi	NNE	100 %	93 %	94 % Ziel nicht erreicht
	Kenia	NNE	Nicht gemeldet	67 %	91 % Ziel nicht spezifiziert
	Ruanda	50 %	100 %	98 %	89 % Ziel nicht erreicht
	Tansania	NNE	94 %	87 %	77 % Ziel nicht erreicht
	Uganda	NNE	Nicht gemeldet	Nicht gemeldet	87 % Ziel nicht spezifiziert
	Alle EAC			72 % Rohmittelwert aus Abschlussbericht	85,5 % EPE-Berechnung bevölkerungss- gewichteter Durchschnitt Ziel nicht spezifiziert

Quelle: WUENIC-Daten; KfW-interne Berichte

NNE = Noch nicht eingeführt

Hinweise:

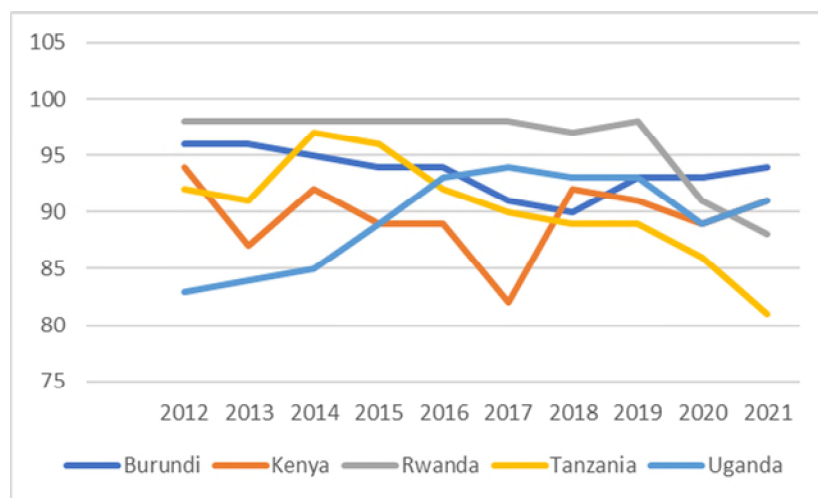
1. Die Bewertung "Ziel erreicht" oder "nicht erreicht" basiert auf WUENIC 2021 Überarbeitung und entsprechend angepasste Ziele.
2. Einige Ziele wurden von der EPE überarbeitet. Dazu zählen z. B.:
 - Die Ziele für Burundi für 2014 sowohl für den Fünffachimpfstoff als auch den Impfstoff gegen Pneumokokken wurden von 100 % auf 96 % herabgesetzt (unter Beibehaltung des VCR 2012, wie in der WUENIC-Überarbeitung 2021 berichtet),
 - die Ziele für Ruanda für 2014 sowohl für Fünffachimpfstoff als auch den Impfstoff gegen Pneumokokken wurden von 101 % auf 98 % herabgesetzt (unter Beibehaltung des VCR 2012, wie in der WUENIC-Überarbeitung 2021 berichtet),
 - das Ziel für Kenia für 2014 für den Fünffachimpfstoff wurde von 90 % auf 95 % angehoben, da die WUENIC-Überarbeitung 2021 berichtete, dass der VCR 2012 94 % betrug, sodass das Ziel von 90 % eine Verschlechterung darstellen würde, und
 - das Ziel für Uganda für 2014 für den Fünffachimpfstoff wurde von 88 % auf 93 % angehoben, da bei der WUENIC-Überarbeitung 2021 der VCR für 2012 bei 83 % (nicht 78 %) lag und das Ziel anteilig erhöht wurde.

Die neuesten Daten von WUENIC wurden verwendet, um die Ergebnisse mit den Zielen (einschließlich der überarbeiteten Ziele), die bei der Projektplanung für 2014 festgelegt wurden, zu vergleichen. Die obige Abbildung zeigt, dass die Zielvorgaben für die Outcome-Indikatoren bis 2017 weitgehend nicht erreicht wurden. Die einzigen Ausnahmen hiervon waren der Fünffachimpfstoff und der Impfstoff gegen Pneumokokken in Uganda

und Ruanda. Für den Fünffachimpfstoff und den Impfstoff gegen Pneumokokken lagen die nationalen VCRs 2017 in der Mehrzahl der Länder sogar unter dem Ausgangswert 2012.

Dies liegt zum Teil daran, dass die Zielwerte unrealistisch waren (so z.B. für alle Impfstoffe in Burundi auf 100 % und für Ruanda auf 100 % festgesetzt). Darüber hinaus war 2012 (dem Referenzjahr) in zwei der Länder anders als erwartet kein Pneumokokken-Impfstoff eingeführt worden, und in vier Ländern kein Rotavirus-Impfstoff. Diese Impfstoffe wurden während der Projektlaufzeit eingeführt. Es liegen keine Daten vor, aber die Zielwerte von 100 % nach zwei Jahren ab Einführung erscheinen unrealistisch. Die Programme in Kenia wurden durch die Übertragung der Zuständigkeit für das Impfprogramm auf neu gegründete Provinzen im Jahr 2013 beeinträchtigt. Die Daten für den Fünffachimpfstoff von WUENIC für den Berichtszeitraum und bis 2021 stellen folgendes Bild dar und zeigen, dass die VCRs in Kenia für den Fünffachimpfstoff im Berichtszeitraum eine Schwankungen aufwiesen und sowohl in Tansania als auch Burundi zurückgingen:

Abbildung 3: WUENIC Abdeckung Fünffachimpfstoff für EAC-Länder ohne Südsudan von 2012 bis 2021



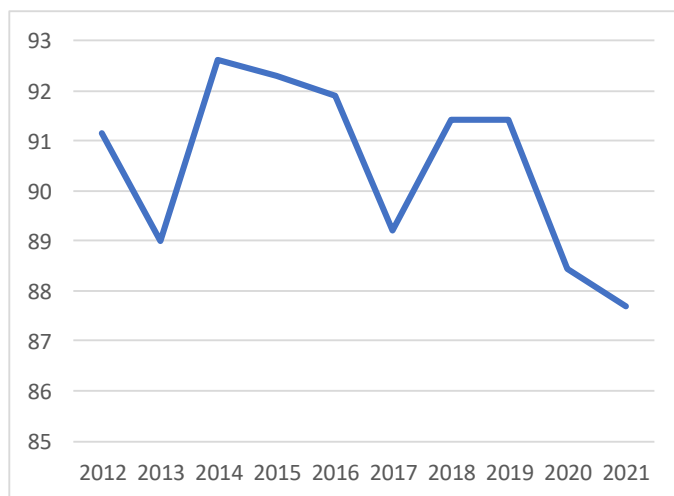
WUENIC-Daten Überarbeitung 2021

Trotz Nichterfüllung der Outcome-Ziele gab es Fortschritte bei der Einführung und Etablierung neuer Impfstoffe, die durch das FZ-Projekt unterstützt wurden. Pneumokokken waren 2012 in Tansania und Uganda nicht verfügbar, bis 2017 betrugen die Pneumokokken-Abdeckungsraten dann aber 86 % bzw. 90 %. In ähnlicher Weise war der Rotavirus-Impfstoff 2012 nur in Ruanda verfügbar, aber bis 2017 lagen die Abdeckungsraten in Burundi bei 93 %, Kenia 67 %, Ruanda 98 % und Tansania 87 %. Für die Impfabdeckungsrate für Rotawirus in Uganda für 2017 liegen keine Daten vor.

Für die Zwecke der EPE wurde eine regionale Trendlinie für den Fünffachimpfstoff abgeleitet, indem jedes Land nach dem Bevölkerungsanteil 2016 gewichtet wurde, um der größeren Bedeutung von Kenia, Tansania und Uganda Rechnung zu tragen, die zusammen 86 % der Bevölkerung der Region in diesem Jahr ausmachten. Diese Trendlinie ist volatil, nimmt jedoch von 2012 bis 2017 ab, bevor sie sich 2018 erholt und während des COVID-19-bedingten Rückgangs ab 2020 wieder abnimmt¹⁵ (siehe Abbildung 4).

¹⁵ UNICEF meldete aufgrund der COVID-19-Pandemie (UNICEF, Juli 2022) einen globalen Trend des „größten Rückgangs bei Impfungen im Kindesalter in 30 Jahren“. Weltweit verpassten 25 Millionen Kinder 2021 mindestens eine Impfung mit einem Fünffach-Impfstoff (ein wichtiger Marker für die Impfabdeckung).

Abbildung 4: WUENIC Abdeckung Fünffachimpfstoff in der EAC – bevölkerungsgewichteter Durchschnitt



WUENIC-Daten Überarbeitung 2021, EPE-Analyse

Die aggregierten Daten zu Impfdeckungsraten sagen noch nichts darüber aus, inwiefern nationale Impfprogramme spezifische Bevölkerungsgruppen begünstigt haben, bzw. über die Verteilungsgerechtigkeit, sei es in Bezug auf Geschlechter, geografische Gleichberechtigung oder unterschiedliche Einkommensgruppen. Es liegen keine umfassenden nationalen oder regionalen Daten zur Verteilungsgerechtigkeit der Impfprogramme vor. Einzelne Daten zur Impfgerechtigkeit sind in Diagnoseberichten, DHS-Berichten, von der WHO und in den Dokumenten der des "joint appraisal" von Gavi verfügbar. Die nachstehende Tabelle 4 wurde aus DHS-Daten zusammengestellt, sie zeigt Unterschiede in der Verteilungsgerechtigkeit für den Fünffachimpfstoff :

- EAC-weite Daten zu diesen Unterschieden sind nicht öffentlich verfügbar und wurden möglicherweise nicht erhoben. Folglich zeigt Tabelle 4 nur nationale Daten.
- In Tabelle 4 sind alle Unterschiede von mehr als 10 % rot hervorgehoben. Sie treten hauptsächlich in Kenia und Tansania auf. Der einzige Unterschied von mehr als 10 % außerhalb dieser beiden Länder ist ein geografischer Unterschied in Uganda. In Ruanda und Burundi werden keine Unterschiede von mehr als 10 % gemeldet.
- In allen fünf Ländern gibt es nur geringe Unterschiede zwischen den Impfquoten bei Jungen und Mädchen. Dies ist ein wichtiges Ziel von Gavi¹⁶. Die Gender-Parität in der EAC wurde bereits zum Zeitpunkt der Projektprüfung berichtet und konnte stabilisiert werden.
- Die Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Impfdeckungsraten für den Fünffachimpfstoff sind begrenzt und im Fall von Kenia bis 2022 größtenteils verschwunden. Es liegen keine aktuellen DHS-Daten für Tansania vor, aber der jüngste Multi-Stakeholder-Dialog (2020) berichtete, dass die Anzahl der Bezirke mit Abdeckungsraten für den Fünffach-Impfstoff von weniger als 80 % stetig abnimmt und 2020 weniger als 5 % betrug.
- Die Daten aus Tabelle 4 lassen vermuten, dass die ärmsten Menschen und Menschen in den entlegensten Gebieten sowie Kinder von Müttern, die am wenigsten ausgebildet sind, am wenigsten geimpft werden.

Es ist nicht möglich zu sagen, welche Zugangsbeschränkungen die verbleibenden Unterschiede begünstigen, und es ist wahrscheinlich, dass in verschiedenen Ländern und Distrikten unterschiedliche Beschränkungen vorherrschen. Die Impfung selbst ist in allen EAC-Ländern unentgeltlich. Allerdings werden durch Transportkosten oder die Notwendigkeit, dass Mütter ihre Arbeit ruhen lassen müssen, um Kinder in die Klinik zu bringen, Opportunitätskosten verursacht. Das Abbrechen vor der vollständigen Impfung wird auf mangelndes Wissen bzw. Bewußtsein zurückgeführt. In Tansania ergab eine Bewertung, dass es Beschränkungen gibt, die Frauen daran hindern, ihre Kinder zur Impfung zu bringen, wie z. B. ihre Tätigkeit im Kleingewerbe oder die Arbeit in den Reisfeldern und Minen (Tanzania Joint Appraisal, 2019). Andererseits wurde in einer Bezirksstudie

¹⁶ Gleicher Zugang ist ein Grundpfeiler der Gavi-Politik. Eine Evaluierung der Gender-Politik von Gavi aus dem Jahr 2019 (Itad, 2019) zeigte jedoch, dass die Gender-Politik nicht immer die gewünschten Auswirkungen auf Länderebene hatte.

in Uganda berichtet, dass der Zugang zu Impfbzentren aufgrund schlechter Straßen schwierig sei, was die Wirksamkeit von outreach-Programmen untergrabe; es mangle an unterstützender Supervision und Mentoring; und Impfprogramme seien durch eine nicht rechtzeitige Lieferung von Vorräten, insbesondere von Kühlgas und Impfungen, erschwert (Malande et al, 2019).

Verbesserungen (oder Verschlechterungen) bezüglich der Verteilungsgerechtigkeit lassen sich nicht einfach dem FZ-Projekt oder Gavizuschreiben sondern hängen von vielen Faktoren ab. Tabelle 4 legt nahe, dass die Verteilungsgerechtigkeit der Impfprogramme in vielen Dimensionen in der Mehrzahl der Projektländern bei < 10% Abweichung liegt und damit eine relativ gerechte Impfverteilung erzielt wird.

Tabelle 4: Vergleich Verteilungsgerechtigkeit beim Fünffachimpfstoff nach Bevölkerungsgruppen zu den angegebenen Zeiten für die fünf Länder^{17,18}

Impfabdeckungsrate nach Bevölkerungsgruppen: (Fünffachimpfstoff)	Kenia		Uganda	Tansania	Ruanda	Burundi
	DHS 2014	DHS 2022	DHS 2016	DHS 2015–16	DHS 2014–15	DHS 2016–17
Städtisch	96,2 %	87,9 %	77,2 %	95,0 %	98,7 %	93,2 %
Ländlich	89,2 %	89,9 %	79,0 %	86,6 %	98,0 %	96,8 %
Jungen	89,6 %	88,8 %	78,7 %	90,1 %	98,5 %	96,3 %
Mädchen	90,2 %	89,5 %	78,4 %	87,8 %	97,8 %	96,7 %
Beste Region	95,5 %	99,1 %	90,0 %	97,0 %	100,00 %	99,3 %
Schlechteste Region	77,4 %	36,4 %	72,5 %	77,5 %	96,3 %	91,5 %
Mutter verfügt über eine höhere Schulbildung	93,3 %	96,4 %	79,2 %	94,1 %	99,1 %	96,1 %
Mutter hat keine Ausbildung	77,3 %	87,4 %	76,1 %	79,2 %	95,4 %	96,4 %
Höchstes Einkommens-Perzentil	92,7 %	90,4 %	78,0 %	95,4 %	98,9 %	99,3 %
Niedrigstes Einkommens-Perzentil	83,3 %	85,1 %	78,0 %	80,3 %	95,7 %	95,1 %

Quelle: Demographic and Health Surveys wie angegeben.

¹⁷ Alle Impfabdeckungsdaten nach verglichenen Bevölkerungsgruppen, die um mehr als zehn Prozentpunkte voneinander abweichen, sind rot markiert.

¹⁸ Die Differenz zwischen der besten und der schlechtesten Region wird meistens auf der Grundlage von Bezirksvergleichen berechnet. Die Tabelle zeigt keine Unterschiede innerhalb von Bezirken, die signifikant sein könnten.

Während der Projektlaufzeit gab es in Teilen Burundis und Kenias Unruhen, einschließlich eines Staatsstreichs in Burundi, von dem angenommen wird, dass er sich zumindest vorübergehend auf das Impfprogramm in diesen Regionen ausgewirkt hat, obwohl das Ausmaß nicht quantifiziert werden kann.

Beitrag zur Erreichung der Ziele

Um den Beitrag des FZ-Projekts zu den Outcome-Zielen zu quantifizieren, müssen plausible Annahmen getroffen werden. Es ist davon auszugehen, dass der Beitrag des Projekts zu den gestiegenen Impfdeckungsquoten bei Fünffach-, Pneumokokken- und Rotavirus-Impfungen im Verhältnis zu den bereitgestellten Mitteln stand.

GAVI berichtet, dass die EAC-Länder 2013 einen Gesamthaushalt für Impfstoffe von 138,9 Mio. USD¹⁹ hatten. Bei dem FZ-Projekt handelte es sich um ein 20 Mio. EUR-Projekt, das bei einem durchschnittlichen Umrechnungskurs im Jahr 2013 von 1 EUR = 1,33 USD insgesamt 26,6 Mio. USD und damit 19,15 % zu den Gesamtkosten beisteuerte. Ähnliche Berechnungen können für 2014 und 2015 durchgeführt werden, wobei die Prozentsätze aufgrund eines Anstiegs der Gesamtausgaben leicht niedriger ausfallen dürften, der Beitrag jedoch bei 20 Mio. EUR jährlich blieb. 2015 fiel der Wechselkurs²⁰.

Auf Grund des Beitrags der FZ zu den allgemeinen Gavi-Länderressourcen kann die finanzielle Unterstützung keinem konkret identifizierbaren "FZ-finanzierten" Impfstoff zugeordnet werden. Infolgedessen spiegelte die FZ-Projektförderung für schutzbedürftige Gruppen und Begünstigte die Unterstützung der nationalen Gavi-Programme wider.

Qualität der Implementierung

Der von Gavi eingesetzte Finanzierungsmechanismus mit integrierten Aufsichtsmechanismen stellte eine effiziente Finanzierung und Beschaffung sicher. Die FZ-Mittel wurden direkt auf ein Konto überwiesen, das ausschließlich der Beschaffung von Impfstoffen durch UNICEF dient.

Eine weitere Stärke des FZ-Projekts ist die Nutzung bestehender EPI-Systeme in allen Ländern. Nach der Impfstoffbeschaffung durch UNICEF wurden diese im EPI an etablierte Durchimpfungsprogramme des Gesundheitsministeriums geliefert (Details siehe unter Kohärenz). Die nationalen EPI-Netze wurden durch externe Finanzquellen wie Gavis eigenes *Health Systems Strengthening* (HSS)-Programm ausgebaut.

Die nationalen Systeme standen vor einer Vielzahl von Herausforderungen, die bereits in der Projektprüfungsphase bekannt waren. Zu den Schwierigkeiten, gehören Schwachstellen in der Lieferkette, die durch eine Programmprüfung in Kenia aufgezeigt wurden (Gavi, 2016), Herausforderungen in Kenia infolge der schnellen Dezentralisierung, Konflikte in Burundi und in Teilen Kenias, Flüchtlingsströme in den Partnerländern und innerhalb der Region sowie die Verfügbarkeit von Impfstoffen, was insbesondere in Uganda²¹ zwischenzeitlich eine Herausforderung darstellte (Gavi, 2015).

Begrenzte Daten über Impfgerechtigkeit und fehlende Informationen über Verschwendung usw. (siehe auch Effizienz weiter unten) sind Anzeichen für die mangelndes Monitoring und Steuerung der tatsächlichen Umsetzung des EPI in den Empfängerländern.

Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)

Unbeabsichtigte Auswirkungen sind nicht bekannt.

Zusammenfassung der Benotung

In einigen Ländern gab es eine Verbesserung der Impfstoffabdeckung, in anderen konnten gute Abdeckungsraten stabilisiert werden. Die Ziele wurden in den meisten Fällen zwar nicht erreicht, es ist aber plausibel, dass das FZ-Vorhaben zu einer Verbesserung im Vergleich zur Ausgangslage beitrug. Einige der nicht

¹⁹ Diese und andere Zahlen in diesem Abschnitt wurden von den Autoren aus Daten der Gavi-Kofinanzierungsblätter abgeleitet, die auf den Websites der verschiedenen Länder verfügbar sind.

²⁰ Die durchschnittlichen Wechselkurse für die geprüften Jahre waren: 2013 1 EUR = 1,33 USD; 2014 1 EUR = 1,33 USD; 2015 1 EUR = 1,11 USD.

²¹ Gavi, 2015. Zusammenfassung der Feststellungen: „Bis Ende 2014 waren die PCV nicht vollständig routinemäßig, zum Teil aufgrund von Überbeständen auf mehreren Ebenen des Gesundheitssystems. Auch wenn es seit 2014 Verbesserungen gab, waren PCV bis zum dritten Quartal 2015 noch nicht vollständig routinemäßig; darüber hinaus bestehen weiterhin geografische Ungleichheiten in der PCV-Abdeckung, was vorhandene Engpässe in den Durchimpfungen widerspiegelt. In anderen Teilen des Berichts wird darauf hingewiesen, dass im Zeitraum 2013–14 nicht genügend PCV-Impfstoffe nach Uganda versandt, die Gründe dafür jedoch nicht eindeutig festgestellt wurden. Eine Möglichkeit ist, dass es sich um eine Nichterfüllung der Kofinanzierung handelte.“

erreichte Ziele waren. Die VCRs verbesserten sich bis heute weitgehend. Bei den neu eingeführten Impfstoffen gegen Rotavirus und Pneumokokken gab es gute Fortschritte. Die Ziele für Rotavirus wurden nicht erreicht und daher im Rahmen der EPE für zu ehrgeizig eingestuft. Der Projektbeitrag war dennoch beträchtlich. Die Qualität der Umsetzung in Bezug auf die Beschaffung und Verteilung an die EPI war solide, aber es ist nur wenig über die Umsetzung innerhalb der nationalen EPI bekannt. Es gibt keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede, in einigen Ländern bestehen aber Unterschiede bei der Abdeckung in anderen Dimensionen. Zusammenfassend wird die Effektivität als **eingeschränkt erfolgreich** bewertet, da insgesamt positive Ergebnisse vorherrschen, obwohl die Ergebnisse hinter den Erwartungen zurückbleiben.

Effektivität: 3

Effizienz

Produktionseffizienz

Die Durchimpfung von Kindern unter 5 Jahren ist eine äußerst kosteneffiziente Maßnahme. Ein länderübergreifender Vergleich zeigt, dass Kindergesundheit und Impfungen von Kindern die günstigste durchschnittliche „cross effectiveness ratio“ (ACERs) ergibt. Im Verlauf der gesamten Laufzeit haben Maßnahmen, die auf Neugeborene abzielen, die niedrigsten ACER, dicht gefolgt von Maßnahmen, die auf Patienten unter 5 abzielen (Sternberg et al 2021). In einer anderen Studie wurde die Investitionsrentabilität für Impfungen zur Prävention von Krankheiten im Zusammenhang mit zehn Antigenen in 94 Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen im Zeitraum 2011–20, des Jahrzehnts der Impfstoffe, untersucht (Sachiko Ozawa/WHO, 2016):

“We derived these estimates by using costs of vaccines, supply chains, and service delivery and their associated economic benefits. Based on the costs of illnesses averted, we estimated that projected immunizations will yield a net return about 16 times greater than costs over the decade (uncertainty range: 10-25). Using a full-income approach, which quantifies the value that people place on living longer and healthier lives, we found that net returns amounted to 44 times the costs (uncertainty range: 27-67). Across all antigens, net returns were greater than costs.”

In einer Studie aus dem Jahr 2017 wurde auch berichtet, dass die Kosteneffizienz durch die Senkung der Preise für Pneumokokken- und Rotavirus-Impfstoffe weiter erheblich verbessert wurde (Horton u.a., 2017).

Der für das Projekt gewählte Mechanismus (Gavi/UNICEF/EPI) ist bekanntermaßen effizient. Gavi selbst ist eine effiziente Organisation mit minimaler Präsenz in den Partnerländern. Jedes Jahr veröffentlicht sie ihre Betriebskostenquote, die 2022 bei 7,4 % lag (Gavi Annual Financial Report, 2022). Im Rahmen des FZ-Vorhabens angefallene Verwaltungskosten wurden durch Gavi und die nationalen Gesundheitsministerien/EPI gedeckt. Gavi wird durch eine Reihe von Gebern unterstützt, durch die Bündelung des Gavi-Konzepts kann eine hohe Effizienz z.B. bei der Beschaffung von Impfstoffen erzielt werden.

UNICEF beschafft Impfstoffe zu äußerst wettbewerbsfähigen Preisen und betreibt die Beschaffung für Gavi auf gemeinnütziger Basis. Es werden ausschließlich Bearbeitungsgebühren erhoben. Diese sind variabel und liegen für Impfstoffe derzeit bei 4 %²². Es wurden keine Informationen darüber zur Verfügung gestellt, ob FZ-Mittel zur Abdeckung dieser Bearbeitungsgebühren verwendet wurden. Die gesamte Beschaffung erfolgt auf Wettbewerbsbasis und die niedrigen Preise sind auf den großen Umfang der Beschaffungsmenge zurückzuführen.

Die bilateral zur Verfügung gestellte Jahrestanche von FZ-Mitteln, die für die Beschaffung von Impfstoffen vorgesehen sind, geht jedoch mit vergleichsweise hohen Transaktionskosten für Gavi einher, da jede Tranche separat abgeschlossen werden musste. Das bilaterale Abkommen war jedoch für Deutschland notwendig und wirkte sich nicht nachteilig auf die Empfängerländer aus. Bei der Verhandlung, Einrichtung, Monitoring und Evaluierung einer Reihe von FZ-Projekten entstanden für Gavi und die KfW jedoch zusätzliche Kosten für Projektmanagement.

Die Nutzung vorhandener nationaler Systeme ist zweifellos eine Stärke des Projekts. Durch den Einsatz von nationalen Systemen der EAC-Länder war das Projekt jedoch mit den Herausforderungen, mit denen diese

²² <https://www.unicef.org/supply/handling-fees>

Systeme konfrontiert sind, beschäftigt. Diese Herausforderungen wurden im Rahmen der Projektprüfung richtig erkannt und unterscheiden sich teilweise in Intensität und Bedeutung zwischen und innerhalb der Länder. Dazu gehörten das Kühlkettenmanagement, Personalknappheit und Verkehrsdefizite, Erreichbarkeit entlegener Regionen sowie Herausforderungen bei Datenerhebung und -analyse für das Monitoring. Wenn bekannt ist, dass sich diese Herausforderungen direkt auf das Programm ausgewirkt haben, wird in dieser Evaluierung darauf Bezug genommen. Dies ist jedoch nicht einfach und es gibt keine Daten, anhand derer die Gesamteffizienz der nationalen Systeme beurteilt werden könnte. Gavi führt regelmäßig *joint reviews* und externe Finanzprüfungen durch in allen Partnerländern im Rahmen des *grant performance framework* (GPF) (Gavi, 2019b). Dennoch wurden von Gavi im Rahmen dieser Evaluierung keine spezifischen Informationen über die Effizienz der Umsetzung vor Ort in den jeweiligen Ländern zur Verfügung gestellt.

Eine interne Evaluierung bestätigt, dass die „FZ-finanzierten“ Impfstoffe tatsächlich rechtzeitig auf Erstattungsbasis beschafft wurden, d. h., dass die Impfstoffe bereits zum Zeitpunkt der Zahlung beschafft waren²³. Es wird jedoch auf Lieferverzögerungen in Uganda hingewiesen (Gavi, 2015).

Eine zweite Frage ist, ob die Impfstoffe rechtzeitig im Rahmen von Impfprogrammen eingesetzt wurden. Hierzu liegen keine Informationen vor.

Hohe Abfallraten sind ein häufiges Risiko bei Impfprogrammen und können durch ungeöffnete oder offene Ampullen auftreten. Abfälle aus ungeöffneten Ampullen können durch Ineffizienzen in der Liefer- bzw. Verteilungskette entstehen, einschließlich Temperaturkontrolle, Temperaturüberwachung und Bestandsverwaltung während der Lagerung und des Transports. Sie kann durch Ablauf der Impfstoffe, übermäßige Wärmeeinwirkung, Einfrieren, Bruch, fehlende Bestände oder Entsorgung nach Impfsitzungen usw. verursacht werden. Abfälle aus offenen Impfpullen ist oft unvermeidlich z.B. nicht verwendete Dosen von Multidosis-Ampullen.

Obwohl es in gemeinsamen Beurteilungen und anderen, hauptsächlich von Gavi initiierten Dokumenten mehrere Verweise auf Abfallraten gibt, umfassen diese meistens empfohlene Raten. Es liegen keine Informationen über tatsächliche Abfallraten vor. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass sie nicht routinemäßig erfasst werden. In den gemeinsamen Beurteilungen von Gavi für Kenia in den Jahren 2014, 2015 und 2016 und cMYP 2015–19 wird beispielsweise die Unfähigkeit des MoH zur Überwachung der Abfallraten und die Notwendigkeit einer verbesserten Monitoringkapazität des EPI-Programms erwähnt. Das Projektdesign enthielt Indikatoren zu Abfallraten, die sich jedoch aufgrund fehlender Daten als unwirksam erwiesen haben.

Allokationseffizienz

Es ist plausibel, dass alternative Ansätze zur Verbesserung der Impfdeckung angesichts des bestehenden und bewährten Ansatzes der EPI in den EAC-Ländern mit Unterstützung von Gavi, UNICEF und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht effizienter wären, sondern parallel stattfindende Maßnahme die Wirksamkeit und Kontrolle dieses bewährten Systems einbüßen.

Die Verteilung der Impfdeckung nach Geschlecht war zufriedenstellend. Wie oben erwähnt, gab es jedoch sowohl in Kenia als auch in Tansania Ungleichheiten bezüglich der Impfdeckung nach Region und Einkommensgruppe.

Die Mittel wurden von Gavi bedarfs- bzw. nachfragebasiert auf die 5 EAC-Länder verteilt, nicht gemäß eines vorab vereinbarten Plans.

Beobachter und Stakeholder nannten Bereiche für Effizienzsteigerungen. Die Möglichkeiten zur Optimierung variieren je nach Land und Region und wurden oben unter der operativen Effizienz aufgeführt und an anderer Stelle im Bericht erwähnt. Diese Bedenken werfen Fragen hinsichtlich der Angemessenheit der Zweckbindung von FZ-Mitteln nur für die Beschaffung von Impfstoffen auf.

Zusammenfassung der Benotung

Insgesamt wird die Effizienz als **eingeschränkt erfolgreich** bewertet. Obwohl das FZ-Projekt ein funktionierendes und etabliertes System förderte, das eine hohe Effizienz bei der Impfstoffbeschaffung erzielte,

²³ Informanten teilten mit, dass die Zuweisung von FZ-Mitteln zu Impfstoffen in der Praxis eine Buchführungsaufgabe sei. Als die FZ-Mittel bei Gavi eintrafen, wurden sie für Ostafrika bestimmt und den begünstigten Ländern zugewiesen.

ist wenig über die Effizienz und Abfallraten innerhalb der nationalen EPI-Programme bekannt. Studien belegen, dass das Projektergebnis durch Engpässe in den Bereichen Personal und Kühlkette beeinträchtigt wurde, die zwar kontinuierlich verbessert wurden, sich jedoch auf die Produktions- und die Allokationseffizienz auswirkten. Die Gerechtigkeit bei der Impfabdeckung könnte weiter verbessert werden. Insgesamt wird die Effizienz als eingeschränkt erfolgreich bewertet.

Effizienz: 3

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen

Das überarbeitete **Impact-Ziel des FZ-Projekts** war die **Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung der Ostafrikanischen Staatengemeinschaft, insbesondere von Kindern unter 5 Jahren** (siehe auch Anlage 2).

Der einzige Indikator auf Impact-Ebene aus der Projektprüfung ist die Verringerung Kindersterblichkeitsrate von Kinder unter 5 Jahren (U5-CMR). Für die ersten drei Jahre des Projekts (2013–2015) wurde das Ziel an das MDG-Ziel für die Kindersterblichkeit für jedes Land angepasst. Tabelle 6 zeigt, wie jedes Land im Vergleich zum Millenniums-Entwicklungsziel abgeschnitten hat:

Tabelle 6: Projektergebnisse auf Ebene des Impact-Ziels - Senkung der Kindersterblichkeitsrate

Land	Stand bei Projektprüfung (2012)	Ziel bei Projektprüfung (abgestimmt auf MDG-Ziel 2015)	Stand:		Stand bei EPE (2022)*
			2015* (MDG- Abschluss)	Abschluss- bericht (2017)	
	Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten				
Burundi	104	68	67,6	72	54,3
Kenia	73	33	48,9	49	41,9
Ruanda	55	50	47,7	39	40,5
Tansania	54	54	58,1	57	48,9
Uganda	69	56	55,7	53	43,3

Quelle: diverse wie angegeben; * = Daten der *Inter-Agency Group on Mortality Estimates (IGME)*

Burundi, Ruanda und Uganda haben das MDG-Ziel erreicht. Tansania verfehlte es knapp (58,1/1.000 vs. Zielwert 54/1.000), während Kenia das MDG-Ziel deutlich (48,9/1.000 vs. 33/1.000) verfehlte. Die Tabelle enthält auch den CMR-Status im Jahr 2022, aus dem hervorgeht, dass alle Länder außer Burundi zu diesem Zeitpunkt unter 50/1000 und drei Länder unter 45/1000 lagen. Kenia zeigte 2022 mit 41,9/1000 die zweitbeste Performance.

Nach 2015 ersetzen die SDG die MDG, und das CMR-Ziel wurde bis 2030 auf 25/1000 für alle Länder festgelegt. Zum Zeitpunkt der Evaluierung ist es zu früh um zu beurteilen, ob die 5 unterstützten EAC-Partnerländer das SDG-Ziel im Jahr 2030 erreichen werden, aber die neuesten CMR-Daten der *Inter-Agency Group on Mortality Estimates (IGME)* deuten darauf hin, dass mindestens drei Länder sie nicht erreichen werden.

Tabelle 7 unten zeigt die CMR 2020 für Kinder unter 5 für die fünf EAC-Länder. Der ungewichtete EAC-Durchschnitt lag 2020 bei 45,8/1000. Aus den Berechnungen der Autoren geht hervor, dass sollten sich die aktuellen nationalen jährlichen Reduktionsraten (ARR) fortsetzen nur Ruanda bis 2030 den SDG-Zielwert von 25/1.000 Lebendgeburten erreichen würde. Gemäß der aktuellen ARR würde Uganda mit 26,5/1000 dem Ziel nahe kommen, Kenia (31,2), Tansania (32,2) und Burundi (36,5) würden es verfehlen.

Tabelle 7: Fortschritte beim Erreichen des SDG-Ziels in den fünf Ländern

Land	2020 CMR pro 1.000 Lebend-geburten	2020 IGME Jährliche Reduzierungs-raten	Erwartete CMR 2030 pro 1.000 Lebendgeburten (basierend auf aktueller ARR)	SDG-Ziel
Burundi	54,3	3,9 %	36,5	25,0
Kenia:	41,9	2,9 %	31,2	
Ruanda	40,5	5,1 %	24,0	
Tansania	48,9	4,1 %	32,2	
Uganda	43,3	4,8 %	26,5	

Quelle: IGME Bericht 2020

Die Daten²⁴ zeigen stark rückläufige aggregierte CMR-Trends in allen Ländern²⁵. Wie stark Impfungen (und damit auch das FZ-Projekt) zum Rückgang der Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren beitragen, ist jedoch schwer zu überprüfen. So hat beispielsweise eine kürzlich in Kenia durchgeführte Studie gezeigt, dass auch die Verwendung von Kontrazeptiva und die Sensibilisierung und Aufklärung der Mütter (z.B. zu Ernährungs- und Hygienthematen) wichtige Faktoren sind (Keats Macharia et al, 2018).

Wir haben jedoch keine granularen Daten dazu, wie sich das Projekt auf Kinder unter 5 Jahren auf subnationaler Ebene oder auf verschiedene Einkommensgruppen ausgewirkt hat, weshalb wir die spezifischen Auswirkungen auf vulnerable Gruppen nicht bewerten können.

Beitrag zu übergeordneten (intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Der Beitrag des FZ-Projekts zur Verbesserung der Kindergesundheit, gemessen an der Kindersterblichkeit unter 5 Jahren, kann nicht quantifiziert werden. Die Grundimmunisierung ist zweifelsohne ein wichtiger Faktor, es gibt jedoch weitere Einflussfaktoren für eine verringerte Kindersterblichkeit. Des Weiteren wurde von 2013 bis 2015 nur ein Teil der in den EAC verabreichten Impfstoffe im Rahmen des FZ-Projekts finanziert (siehe auch unter Effektivität). Es scheint jedoch plausibel, dass sich das Vorhaben positiv auf die Kindergesundheit in den 5 EAC-Ländern ausgewirkt hat.

Das FZ-Projekt konzept berücksichtigt implizit, dass Gesundheit förderlich für Entwicklung ist und damit zur politischen Stabilität beiträgt. Letzteres war jedoch nicht Ziel des FZ-Beitrags. Neben der Absicht, eine regionale Immunisierungsplattform auf EAC-Ebene zu starten, wurde nicht erwartet, dass das FZ-Projekt zu strukturellen oder institutionellen Veränderungen oder zu Veränderungen von Organisationen, Systemen oder Regulierung beitragen würde und es wurden auch keine solchen Veränderungen festgestellt. Die regionale Impfgruppe scheint sich einmal im Jahr 2013 getroffen zu haben, aber es gibt keine Nachweise für nachfolgende Treffen oder Aktivitäten.

Ausschlaggebend für die Projektergebnisse waren mehrere interne und externe Faktoren des FZ-Projekts. Entscheidend ist, dass Gavi mehrere Abkommen mit den Regierungen Ostafrikas geschlossen hat²⁶. Gavi arbeitet seit ihrer Gründung im Jahr 2000 mit ihnen zusammen und ist ein vertrauenswürdiger Partner der Regierungen in der Region (siehe auch Effektivität und Effizienz oben). Gleiches gilt für die deutsche FZ, die bereits bestehende Beziehungen zu allen EAC-Regierungen unterhielt.

²⁴IGME-Daten sind eine geschätzte Standardquelle für Daten zur Kindersterblichkeit. Dabei werden Daten aus einer Vielzahl von Quellen berücksichtigt. Auch wenn Daten zur Kindersterblichkeit manchmal auf Schätzwerten oder gelegentlich auf unvollständigen Daten beruhen, gelten ermittelte Trends als zuverlässig. Diese erfreuliche Entwicklung bei einem Schlüsselindikator zeigt deutlich, dass die übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung bei den Empfängern wirksam sind.

²⁵ sowie auch getrennt nach Jungen und Mädchen, Details werden hier jedoch nicht aufgeführt. Wie in vielen Ländern üblich, ist die Sterblichkeit bei Mädchen niedriger als bei Jungen.

²⁶ Beispielsweise hatte Ruanda im Berichtszeitraum im Jahr 2013 zwei genehmigte Vorschläge für HPV und Masern-Röteln sowie für die Stärkung der Gesundheitssysteme angenommen. Im Jahr 2015 wurde in Ruanda ein weiterer Entwurf für Masern – zweite Dosis genehmigt <https://www.gavi.org/country-documents/Ruanda>. Alle genehmigten Vorschläge führen zu Vereinbarungen.

Das hier geprüfte Projekt umfasst die ersten drei Phasen eines 5-Phasen-Programms, auf das weitere FZ-Projekte folgten, die verschiedene Impfstoffe und andere Aktivitäten umfassten. Darüber hinaus ergänzte es die multilaterale Finanzierung für Gavi.

Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierten) entwicklungspolitischen Veränderungen

Keine unbeabsichtigten übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen erkennbar.

Zusammenfassung der Benotung

Drei der fünf Länder erreichten den MDG-Zielwert 2015 für die Kindersterblichkeit (der auch Zielwert des FZ-Projektes war). Lediglich Kenia hinkte weit hinterher, hat aber seitdem gute Fortschritte erzielt. Es ist noch zu früh, um zu sagen, ob die SDG 2030-Ziele für die Kindersterblichkeit erreicht werden, aber mit den derzeitigen Reduktionsraten wird Ruanda das Ziel erreichen und Uganda ihm sehr nahe kommen. Der Beitrag des FZ-Projekts zu diesen Erfolgen ist plausibel, aber nicht quantifizierbar. Die Evaluierung ergab keine unbeabsichtigten übergeordneten entwicklungspolitischen Veränderungen, weder positiver noch negativer Art. Die Wirkung wird als **eingeschränkt erfolgreich** bewertet.

Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: 3

Nachhaltigkeit

Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen

Es gibt zwei Themen: die Nachhaltigkeit der Projektleistungen – Impfungen – und die Nachhaltigkeit des Impfungsprogramms. Impfungen bieten auf individueller Ebene Schutz auf Lebenszeit und sind von Natur aus nachhaltig. Darüber hinaus schützt eine hohe Impfabdeckung die gesamte Bevölkerung, da dadurch das Ansteckungsrisiko deutlich verringert wird (Herdenimmunität).

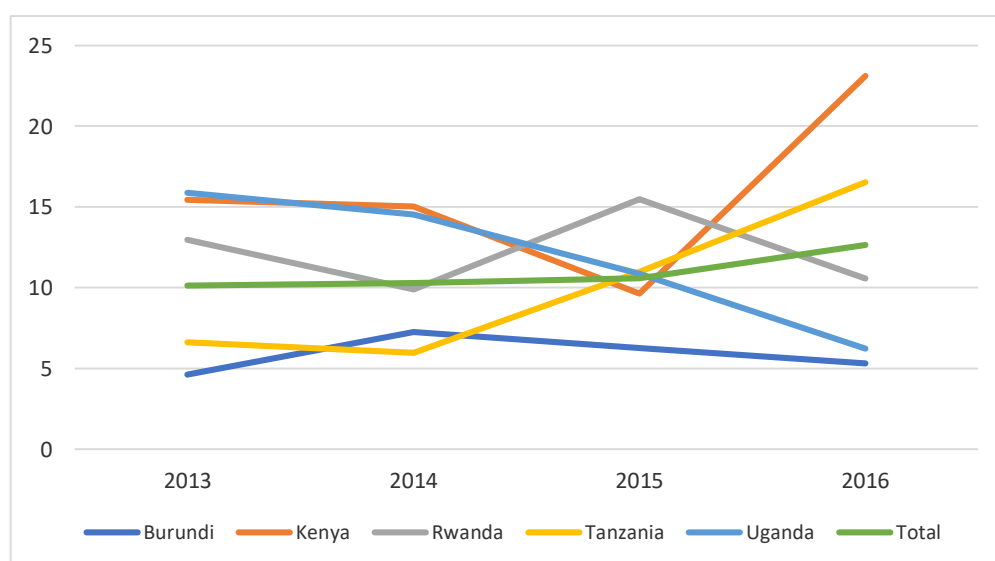
Es ist davon auszugehen, dass die Impfprogramme in Ostafrika nachhaltig sein werden. Nicht zuletzt, weil Gesundheit im Allgemeinen und Impfung im Besonderen für die internationale Gemeinschaft und für die Regierungen in der Region und für die EAC Priorität haben (siehe auch unter Relevanz und Kohärenz). Darüber hinaus ist die Förderung von Impfungen das einzige Mandat von Gavi und ein wichtiges Mandat von UNICEF. Beide sind etablierte, solide finanzierte und einflussreiche Organisationen. Die obenstehenden Daten zeigen, dass die Kindersterblichkeit auch nach Ablauf der Projektfrist weiter gesunken ist und es ist davon auszugehen, dass sich dieser Trend fortsetzen wird.

Darüber hinaus fördert Gavi Nachhaltigkeit, indem für alle Partnerstaaten Stufenpläne aufgesetzt werden für die Steigerung der finanziellen Eigenbeiträge²⁷.

So zeigt Abbildung 5 unten, dass die regionalen Beiträge zu Impfstoffen insgesamt steigen, obwohl die Beiträge von Burundi und Uganda während des Berichtszeitraums gesunken sind.

²⁷Der Kofinanzierungsbedarf von Gavi für Länder mit niedrigem Einkommen beträgt 0,20 USD pro Dosis ohne jährliche Erhöhung. Wird ein Land gemäß Staffelnungsplan zu einem Land der Phase 1, so gilt für das erste Jahr der gleiche Kofinanzierungsbedarf. Anschließend gilt jedoch für jede Dosis jedes kofinanzierten Impfstoffs ein vereinbarter „Preisanteil“, der jedes Jahr um 15 % steigt. Wenn ein Land in die zweite Phase übergeht, erhöht sich der Kofinanzierungsbedarf um einen Satz, der auf 100 % über eine vereinbarte Anzahl von Jahren (oftmals fünf Jahren) geschätzt ist. Länder mit niedrigem Einkommen, Länder der Phase 1 und Phase 2 werden durch Einkommensgrenzen festgelegt, die von Gavi (Gavi. Co-Financing Policy, 2015).

Abbildung 5: Prozentsatz der von den nationalen Regierungen bezahlten Impfstoffe 2013–2016



Quelle: Gavi-Informationsblätter zur Kofinanzierung

Aus nachstehender Tabelle 8 geht hervor, dass der Anteil der von den fünf Ländern getragenen Impfkosten von 10,2 % im Jahr 2013 auf 10,6 % im Jahr 2015 gestiegen ist²⁸. Es ist jedoch davon auszugehen, dass COVID-19 und Inflation in jüngster Zeit die Bemühungen untergraben haben, den Anteil der Eigenbeiträge zur Deckung der Impfkosten in der Region zu erhöhen.

Tabelle 8: Gesamte Impfstoffkosten in Ostafrika USD während der FZ-Projektdurchführung

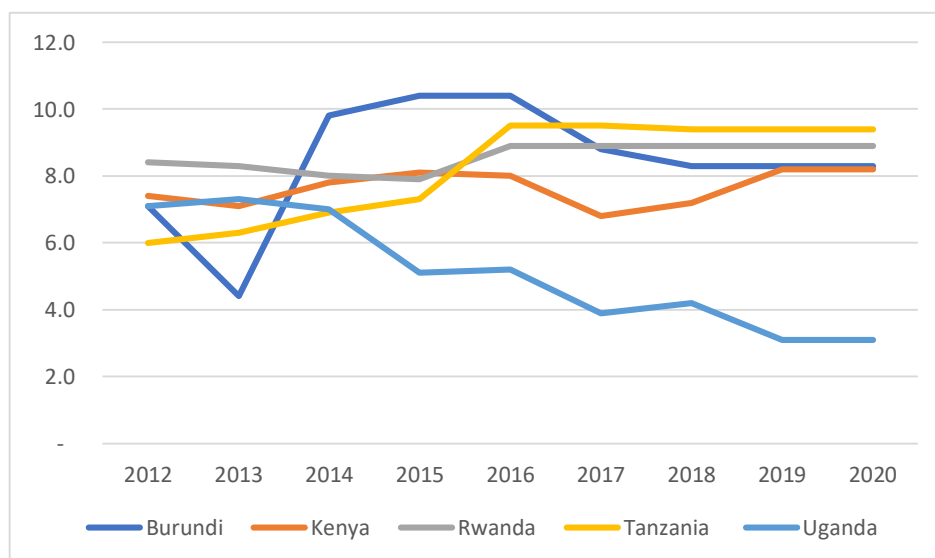
	2013		2014		2015	
	Mio. US\$	%	Mio. US\$	%	Mio. US\$	%
Inländische Impfstoffbeiträge	14,1	10,2	15,6	10,3	15,8	10,6
Externe Impfstoffbeiträge	124,8	89,8	136,4	89,7	133,2	89,4
Gesamtausgaben für Impfstoffe	138,9	100,0	152,0	100,0	149,0	100,0

Quelle: Gavi-Informationsblatt zur Kofinanzierung (2022)

Die Nachhaltigkeit der Impfstofffinanzierung hängt u.a. von der Entwicklung der Gesundheitsausgaben insgesamt ab. Abbildung 6 unten zeigt die Gesamt-Gesundheitsausgaben der 5 EAC-Partnerländer (GGHE-D) als Prozentsatz der gesamten Staatsausgaben. Die Gesundheitsausgaben in allen Ländern mit Ausnahme Ugandas haben sich zwischen 8 und 10 % des Bruttoinlandsprodukts stabilisiert. Insgesamt betrug der EAC-Durchschnitt von 2017 bis 2020 etwa 8 %, was mit vielen afrikanischen Ländern südlich der Sahara vergleichbar ist, aber deutlich unter dem Ausgabenziel von 15 % der Abuja-Erklärung liegt.

²⁸ Daten aus einigen Ländern sind nach 2015 unvollständig.

Abbildung 6: Allgemeine Gesundheitsausgaben als Prozentsatz der Gesamt-Staatsausgaben – EAC-Länder 2012 bis 2020



Quelle: World Health Organization General Health Expenditure Database

Durchimpfungsgesetz in Uganda

Das ugandische Parlament verabschiedete im Dezember 2015 einen Gesetzesentwurf und im März 2016 das finale Gesetz, um die Nachhaltigkeit des erweiterten nationalen Impfprogramms sicherzustellen, für den Fall, dass das Land keine Unterstützung von Gavi mehr erhält. Das Gesetz sieht eine obligatorische Grundimmunisierung vor und richtet einen neuen nationalen Fonds für die Durchimpfung ein.

Zu den Risiken für das fortlaufende Programm gehören die Tatsache, dass die Länder ihren Anteil am EPI nicht wie im Staffungsplan vorgesehen finanzieren können, sowie die anhaltenden Risiken hinsichtlich personeller Kapazität, Transportsystem und der oben genannten Liefer- und Kühlketten. Ein zentrales Risiko, das bei Projektprüfung nicht hinreichend berücksichtigt wurde, war das Risiko von Pandemien wie COVID-19, die die Finanzierung und die operativen Schwerpunkte im Gesundheitssektor beeinträchtigen sowie große Krisen wie Dürren oder andere klimabedingte Katastrophen (die immer wahrscheinlicher werden). Ein zusätzliches Risiko besteht darin, dass Änderungen der Regierungsprioritäten dazu führen können, dass dem Gesundheitssektor und insbesondere der Grundimmunisierung bzw. Impfprogrammen geringere Bedeutung eingeräumt wird.

Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten

Die FZ-Mittel leisteten einen Beitrag zum Gavi/UNICEF- und EPI-Programm in den 5 EAC-Ländern, das weiter gestärkt und ausgebaut wurde und zusätzliche Impfungen anbieten sollte. Der vorrangige Beitrag des FZ-Projekts, wie oben erwähnt, lag jedoch eher in der Deckung des unmittelbaren Impfstoffbedarfs und nicht in der Stärkung der Nachhaltigkeit der EPI-Programme. Zu den positiven Wirkungen des umfassenderen Gavi/UNICEF-Engagements, das dieses Projekt teilweise ermöglicht, gehören die Stärkung der Gesundheitssysteme, die langfristige technische Unterstützung und Bestandteile des Strukturaufbaus.

Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit

In den letzten sechs Jahren haben die Länder Ostafrikas ein positives Wirtschaftswachstum verzeichnet, wobei einige Länder konsistentere Leistungen erbrachten als andere Länder.

Tabelle 9: Wirtschaftswachstum in Ostafrika

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	6 Jahre insgesamt	Durchschnitt 6 Jahre
Burundi	-0,6	1,6	1,8	0,3	3,1	3,3	9,5	1,6
Kenia	3,8	5,7	5,1	-0,3	3,1	3,3	20,7	3,5
Ruanda	4,0	8,6	9,5	-3,4	10,9	6,0	35,6	5,9
Tansania	6,8	7,0	7,0	4,8	4,9	4,5	35,0	5,8
Uganda	6,8	5,5	7,8	-1,4	6,7	4,4	29,8	5,0

Quelle: IWF

Tabelle 9 zeigt, dass Ruanda, Tansania und Uganda von 2017 bis 2022 alle ein durchschnittliches reales Wachstum von über 5 % erzielten. Das bedeutet, es gibt Potential, für die nationale Finanzierung von Impfstoffen in den kommenden Jahren, aber es bestehen weiterhin Risiken für die Nachhaltigkeit. Seit 2020 verzerre COVID-19 die Finanzierungsströme und hatte negative Auswirkungen auf Impfstofflieferanten. Darüber hinaus haben die Länder immer noch ein hohes Armutsniveau, das durch den Klimawandel und das stetige Bevölkerungswachstum verschärft wird. Es ist jedoch trotz der obigen Ausführungen unwahrscheinlich, dass Gavi/UNICEF Probleme bei der Unterstützung von EPI haben werden, sofern keine extremen Unruhen auftreten.

Zusammenfassung der Benotung

Auch wenn die Nachhaltigkeit der nur für die Beschaffung von Impfstoffen vorgesehenen Jahrestranche der FZ-Mittel begrenzt ist, ist der persönliche Nutzen aus den entsprechend geförderten Impfungen lebenslang und von sich aus nachhaltig. Die Nachhaltigkeit der EPI in den fünf EAC-Partnerländern hängt vom jeweiligen nationalen und vom internationalen Engagement ab. Das nationale Engagement in Ostafrika variiert von Land zu Land, ist aber im Großen und Ganzen positiv. Das internationale Engagement wird positiv bewertet. Da das Wirtschaftswachstum in den letzten sechs Jahren in drei der fünf Länder im Durchschnitt über 5 % betrug, gibt es auch Grund zur Zuversicht hinsichtlich der Nachhaltigkeit der nationalen Finanzierungsbeiträge. Die Nachhaltigkeit wird damit als **gut** bewertet.

Nachhaltigkeit: 2

Gesamtbewertung: Note 3

Unter Berücksichtigung der trotz Zielverfehlung hohen Relevanz und positiven Entwicklung auf Outcome- und Impact-Ebene sowie unter Berücksichtigung des plausiblen Projektbeitrags in kohärenter und nachhaltiger Weise, aber auch unter Berücksichtigung von Defiziten beim gleichberechtigten Zugang zu Impfungen und Effizienz wird das FZ-Projekt insgesamt als **eingeschränkt erfolgreich** bewertet. **Beiträge zur Agenda 2030**

Der wichtigste Beitrag zur Agenda 2030 war die Unterstützung der Senkung der Kindersterblichkeit in 5 EAC-Partnerländern. Burundi, Kenia, Ruanda, Tansania und Uganda. Im Fall der Fortsetzung der aktuellen jährlichen Reduktionsraten würde Ruanda den SDG-Zielwert erreichen und Uganda diesem sehr nahe kommen, die übrigen Länder würden den Zielwert trotz deutlicher Verringerung der Kindersterblichkeit verfehlen. Dennoch würde die Situation eine drastische Verbesserung gegenüber den in der Region im Jahr 2012 beobachteten Raten von 54/1000 bis 104/1000 darstellen.

Projektspezifische Stärken und Schwächen sowie projektübergreifende Schlussfolgerungen und Lessons Learned

Zu den Stärken und Schwächen des Vorhabens zählen insbesondere

Stärken:

- Hohe Relevanz angesichts der Bedarfe in den fünf EAC-Ländern;
- Die Impfungen sind eine äußerst wirksame und effiziente Maßnahme zur Förderung der Gesundheit
- Das Projekt profitierte von etablierten und zuverlässigen Systemen zur Beschaffung und Verteilung von Impfstoffen sowie deren Verimpfung – Gavi/UNICEF/EPI
- Maximierte Kosteneffizienz durch den Einsatz der UNICEF-Impfstoffbeschaffung

Schwächen:

- Die Projektkonzeption umfasste keine explizite Ex-ante-Theory of Change, keine Ex-ante-Kontributionsanalyse und keine Ex-ante-Bewertung der politischen Ökonomie sowie keine Ex-ante-Bewertung des Mehrwerts.
- Monitoring und Management für einen gleichberechtigten Zugang zu Impfungen: Projektziele und -indikatoren sind nicht geeignet den gleichberechtigten Zugang zu messen bzw. entsprechende Förderentscheidungen zu informieren (z.B. disaggregiert nach Region, Armut oder Gender)
- Projektindikator nur für 2030 festgelegt – Zwischenziele wären erforderlich

Schlussfolgerungen und Lessons Learned

Für das Ergebnis und die Auswirkungen von Projekten zur Unterstützung von Impfmaßnahmen ist die der gleichberechtigte, diskriminierungsfreie Zugang in Bezug auf die Abdeckung von entscheidender Bedeutung. Daher sollten Outcome- und Impact-Ziele sowie Indikatoren zur Messung der jeweiligen Ergebnisse nach Geschlecht und anderen relevanten Kriterien im jeweiligen Kontext aufgeschlüsselt werden (z. B. Region, Armut, ethnische Zugehörigkeit). Dies könnte als Grundlage für ein verbessertes Monitoring und eine verbesserte Steuerung durch Gavi und die Regierungen der EAC-Partnerländer dienen.

Künftige Finanzmittel wären effizienter, wenn sie Gavi ungebunden und multilateral statt in separaten, jährlichen, bilateralen Projekten zur Verfügung gestellt werden.

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.

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

Anlagen

Anlage 1 Abkürzungen

Anlage 2 Zielsystem

Anlage 3 Risikoanalyse

Anlage 4 Rating der OECD DAC-Kriterien und Subdimensionen

Anlage 5 Literaturverzeichnis

Anlage 1 – Abkürzungen

ACER	Average cross-effectiveness ratio
ARR	Annual Rate of Reduction
CMR	Child Mortality Rate
cMYP	Comprehensive Multi-Year Plan
DC	German Development Cooperation
DHS	Demographic and Health Survey
DTP	Diphtheria-Tetanus-Pertussis vaccine
EAC	East African Community
EPE	Ex Post Evaluation
FC	German Financial Cooperation
EPI	Expanded Programme on Immunisation
FR	KfW final report
Gavi	Global Vaccine Alliance
GPF	Grant Performance Framework
Hib	Haemophilus influenza type b
HSS	Health System Strengthening
ICC	Interagency coordination committee
IGME	Inter-Agency Group on Mortality Estimates
JAR	Joint Annual Review
LIC	Low Income Country
MCV	Measles vaccine
MDG	Millennium Development Goals
PA	KfW project appraisal
Pentavalent	5 in 1 vaccination including diphtheria, tetanus, whooping cough, hepatitis B, Haemophilus influenza type B (Hib)
PPP	Purchasing power parity
PCV	Pneumococcal vaccine
SDG	Sustainable Development Goal
TOC	Theory of Change
U-5	Children under 5 years of age
UNICEF	United Nations Children Fund
VCR	Vaccine coverage rate
WHO	World Health Organization
WUENIC	WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage

Anlage 2 – Zielsystem

Projektziel auf Outcome-Ebene bei Projektprüfung: Verringerung der Kindersterblichkeit und der Krankheitslast durch Reduzierung der durch eine Impfung vermeidbaren Infekte durch landesweite EAC-Impfabdeckung aller Neugeborenen mit neu eingeführten Impfungen (Fünffach-Impfung, Pneumokokken- und Rotavirus-Impfung).	Bewertung der Angemessenheit Das bei Projektprüfung definierte Outcome-Ziel beinhaltet ergebnisrelevante Ziele sowie Ziele auf Impact-Ebene. Das Outcome-Ziel wird daher überarbeitet, um die beiden verschiedenen Ebenen der Projektergebnisse wie folgt klar widerzuspiegeln:					
Angepasstes EPE-Ziel: Das überarbeitete Outcome-Ziel ist die Reduzierung der durch Impfungen vermeidbaren Erkrankungen durch einen Beitrag zur landesweiten Impfabdeckung aller Neugeborenen gemäß Impfkalender mit Fünffach-, Pneumokokken- und Rotavirus-Impfstoffen und nicht entsprechend geimpften Kindern unter 5 Jahren.						
Indikator	Bewertung der Angemessenheit	Land	Überarbeitetes Ziel (2014)	Stand bei Projektprüfung (2012)	2017 Stand aus WUE-NIC Überarbeitung 2021	Status bei der EPE (Schätzungen aus WUENIC Überarbeitung 2021)
1. Impfabdeckungsrate (VCR) Fünffachimpfstoff	Die Impfabdeckungsrate ist eine weit verbreitete und angemessene Kennzahl für die Wirksamkeit. Da bei der Impfabdeckung jedoch die Verteilungsgerechtigkeit entscheidend ist, um die Krankheitslast zu senken, sollten die Indikatoren Daten nach Geschlecht, Region, Armut usw. aufschlüsseln, um eine angemessene Grundlage für die Überwachung und ergebnisbasierte Steuerung einer gerechten Impfverteilung zu schaffen.	Burundi	96 %	100 %	91 %	94 % (2021)
		Kenia	95 %	83 %	82 %	91 % (2021)
		Ruanda	98 %	100 %	98 %	88 % (2021)
		Tansania	95 %	92 %	90 %	80 % (2021)
		Uganda	93 %	78 %	94 %	91 % (2021)

2. Impfabdeckungsrate Pneumokokken	Die Schätzungen der WHO/UNICEF zur landesweiten Durchimpfungsquote (WUENIC) sind eine geeignete Datenquelle. Allerdings wurden bei der Projektprüfung (und im Abschlussbericht) Daten aus der WUENIC-Revision 2014 herangezogen, die bei der WUENIC-Revision 2017 deutlich nach unten revidiert wurden. Die Evaluierung prüft die Entwicklung anhand dieser überarbeiteten Impfdeckungsdaten. Darüber hinaus wurden im Zuge der WUENIC Überarbeitung von 2017 geringfügige Anpassungen an einigen Zielen vorgenommen.	Alle EAC		91 %	89,2 % EPE-Berechnung populationsgewichteter Durchschnitt	87,7 % (2021) EPE-Berechnung populationsgewichteter Durchschnitt
		Land	Überarbeitetes Ziel (2014)	Stand bei Projektprüfung (2012)	2017 Stand aus WUENIC Überarbeitung 2021	Status bei der EPE (Schätzungen aus WUENIC Überarbeitung 2021)
		Burundi	96 %	100 %	91 %	94 % (2021)
		Kenia	95 %	82 %	82 %	92 % (2021)
		Ruanda	98 %	100 %	98 %	88 % (2021)
		Tansania	95 %	NNE	86 %	80 % (2021)
		Uganda	88 %	NNE	90 %	91 % (2021)
		Alle EAC		57 %	86,9 % EPE-Berechnung populationsgewichteter Durchschnitt	87,7 % (2021) EPE-Berechnung populationsgewichteter Durchschnitt

3. Impfabdeckungsrate Rotavirus		Burundi	100 %	NNE	93 %	94 % (2021)
		Kenia	Nicht gemeldet	NNE	67 %	91 % (2021)
		Ruanda	100 %	50 %	98 %	89 % (2021)
		Tansania	94 %	NNE	87 %	77 % (2021)
		Uganda	Nicht gemeldet	NNE	Nicht gemeldet	87 % (2021)
		Alle EAC			72 % Rohmittelwert aus Endprüfbericht	85,5 % (2021) EPE-Berechnung populationsgewichteter Durchschnitt
4. Anzahl der beschafften Impfstoffe 5. Vaccine Wastage Rate (Rate der nicht genutzten Impfstoffe)	Die Anzahl der beschafften Impfstoffe und die Raten der nicht genutzten Impfstoffe sind geeignete Messgrößen für Outputs und nicht für Outcomes. Es liegen keine Daten vor, anhand derer gemessen werden kann, ob diese Ziele erreicht wurden. Daher werden diese Indikatoren nicht für die Evaluierung herangezogen.			--		--

Quelle: WUENIC-Daten; KfW-interne Berichte

NNE = Noch nicht eingeführt

Projektziel auf Impact-Ebene bei Projektprüfung: Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in der Ostafrikanischen Staatengemeinschaft, insbesondere unter Berücksichtigung von Risikopopulationen		Bewertung der Angemessenheit Das in der Projektprüfung festgelegte Impact-Ziel definiert „Risikopopulation“ nicht und spiegelt nicht die Zielgruppe der FZ-finanzierten Aktivitäten wider. Das Impact-Ziel wird daher wie folgt überarbeitet:					
Angepasstes EPE-Ziel: Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung – insbesondere bei Kindern unter fünf Jahren – von fünf Partnerländern der Ostafrikanischen Staatengemeinschaft (EAC) (Burundi, Kenia, Ruanda, Tansania und Uganda).							
Indikator	Bewertung der Angemessenheit	Land	Zielebene bei Projektprüfung (2014)	Stand bei Projektprüfung (2012)	Stand:		Stand bei Ex-post-Evaluierung (Daten von 2021)
					MDG-Abschluss 2015	Abschlussbericht (2017)	
Senkung der Kindersterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren, Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten (CMR)	Die Kindersterblichkeitsrate ist weit verbreitet und ein geeigneter Indikator, um die Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern zu messen.	Burundi	68	104	67,6	72	54,3
		Kenia	33	73	48,9	49	41,2
	Ruanda	50	55	47,7	39	40,5	
	Tansania	54	54	58,1	57	48,9	
	Uganda	56	69	55,7	53	43,3	
	Alle EAC						
Für dieses Projekt, das 2012 konzipiert wurde, wurde das Ziel an den im Jahr 2015 beschlossenen MDGs ausgerichtet, die durch die SDGs abgelöst wurden.							
IMGE ist eine geeignete Datenquelle, jedoch ist der in der Projektprüfung zitierte Baseline-Wert falsch und wird daher in der Evaluierung geändert.							

Anlage 3 – Risikoanalyse

Bei der Bewertung identifizierte wichtigste Risiken	Relevante, betroffene OECD-DAC-Kriterien
Finanzielle Nachhaltigkeit	Nachhaltigkeit Das Risiko wurde immer durch zwei Faktoren gemindert: die Gavi-Stufenpläne, zur Erhöhung der Eigenbeiträge der Partnerländer, und die Absicht der Gebergemeinschaft, die Finanzierung der Durchimpfung in einkommensschwachen Ländern, einschließlich den Ländern Ostafrikas aufrechtzuerhalten. Kenia ist das einzige Land mit niedrigeren mittleren Einkommen in der Region und befindet sich mit seinen gestiegenen Eigenbeiträgen auf Kurs. Daten zur Kofinanzierung durch die Länder Ostafrikas wurden über das Jahr 2017 hinaus nicht zur Verfügung gestellt, doch der Beitrag ist bis zu diesem Zeitpunkt stetig gestiegen, und es gibt Grund zu der Annahme, dass das starke Wirtschaftswachstum in der Region es ermöglichen wird, diesen Trend fortzusetzen. Das Risiko ist noch nicht eingetreten.
Verfügbarkeit von Impfstoffen auf dem Weltmarkt	Wirksamkeit, Effizienz und Wirkung Allgemeine Impfungspässe hätten das Programm negativ beeinflusst. Es wurden keine gemeldet. Die geplanten Impfstoffe wurden beschafft und es wurde berichtet, dass die Impfstoffe weiterhin auf dem Weltmarkt verfügbar waren.
Personalkapazität	Wirksamkeit, Effizienz, Wirkung und Nachhaltigkeit Es wurden keine detaillierten Informationen zur Verfügung gestellt, aber Personalprobleme werden in mehreren Berichten aufgezeigt. In Kenia führte die Dezentralisierung auf Bezirke dazu, dass einige Mitarbeiter unbezahlt blieben. Trotz des gelungenen Programms berichtete Ruanda, dass „die Unzulänglichkeit des Personals an der Basis die wenigen verfügbaren Mitarbeiter, die mit der hohen Arbeitsbelastung zurechtkommen, unter Druck setzte“. Es ist davon auszugehen, dass die Personalkapazität in allen Staaten und insbesondere an abgelegenen Orten zeitweise herausfordernd war, eine Quantifizierung der Auswirkungen ist jedoch nicht möglich.
Lieferverzögerung bei Impfungen durch mangelhaften Transport in Empfängerländern	Wirksamkeit, Effizienz, Wirkung Es wurden keine detaillierten Informationen zur Verfügung gestellt, aber es wurden Probleme im Transportbereich genannt. So wird beispielsweise im <i>joint appraisal</i> 2015 für Tansania, von „nicht genügend Fahrzeugen für die Verteilung und unterstützende Kontrolle auf regionaler und nationaler Ebene berichtet, was sich „auf die Impfabdeckung einiger Distrikte ausgewirkt habe“. Die Auswirkungen in den fünf Ländern sind jedoch nicht einfach zu quantifizieren.
Unzureichende Kühlketten	Wirksamkeit, Effizienz, Wirkung Es wurden keine detaillierten Informationen zur Verfügung gestellt, aber weiterhin unvollständige Liefer- und Kühlketten gemeldet. Gavi-Programme zur Unterstützung der Aufrechterhaltung von Kühlketten wurden in drei der Länder (Burundi, Ruanda und Tansania) eingeführt.
Regionaler Konflikt	Effektivität, Wirkung, Nachhaltigkeit Es liegen keine detaillierten Informationen über die Auswirkungen regionaler Konflikte auf die EPI vor. Allerdings gab es regionale Konflikte während der gesamten Laufzeit des FZ-Projekts in Burundi und Kenia. Beobachter berichten von einer grundsätzlichen Unterstützung der Bevölkerung für die Durchführung der EPI und dass es in den fünf EAC-Ländern möglich war das EPI umzusetzen. tätig sein können.
Ausbruch von Pandemien	Nachhaltigkeit Während der FZ-Projektlaufzeit gab es keine Ausbrüche von Pandemien, aber die im Jahr 2020 ausgebrochene COVID-19-Pandemie beeinflusste die Immunisierungsraten in diesen Jahren negativ.

Anlage 4 – Rating der OECD/DAC-Kriterien und Subdimensionen

Kriterien und Subdimensionen		Rating
Relevanz: Führt die Intervention zu den gewünschten Ergebnissen?		3
	Ausrichtung an Politiken und Prioritäten	2
	Ausrichtung an Bedürfnisse und Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen	2
	Angemessenheit der Konzeption	3
	Reaktion auf Veränderungen / Anpassungsfähigkeit	2
Kohärenz: Wie gut passt die Intervention?		2
	Interne Kohärenz	2
	Externe Kohärenz	2
Effektivität: Erreicht die Intervention ihre Ziele?		3
	Erreichung der (intendierten) Zielen	3
	Beitrag zur Erreichung der Ziele	3
	Qualität der Implementierung	2
	Nicht-intendierte Wirkungen (positiv oder negativ)	-
Effizienz: Wie effizient werden Ressourcen eingesetzt?		3
	Produktionseffizienz	3
	Allokationseffizienz	3
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen: Welchen Unterschied macht die Intervention?		3
	Übergeordnete (intendierte) entwicklungspolitische Veränderungen	3
	Beitrag zu übergeordneten (intendierte) entwicklungspolitischen Veränderungen	3
	Beitrag zu übergeordneten (nicht-intendierte) entwicklungspolitischen Veränderungen	-
Nachhaltigkeit: Bleiben die Vorteile erhalten?		2
	Kapazitäten der Beteiligten und Betroffenen	2
	Beitrag zur Unterstützung nachhaltiger Kapazitäten	-
	Dauerhaftigkeit von Wirkungen über die Zeit	3

Anlage 5 – Literaturverzeichnis

1. Aylward B, Lloyd J, Zaffran M, McNair-Scott R, Evans P. 1995. 'Reducing the risk of unsafe injections in immunization programs: financial and operational implications of various injection technologies. Bull World Health Organ. 1995;73(4):531-40.
2. Davoodi, Hamid R, 2012. The East African Community After Ten Years- Deepening Integration
3. Demographic Health Survey, verschiedene
4. East African Community, 2014. 10th Ordinary Meeting of the EAC Sectoral Council of Ministers of Health
5. Ostafrikanische Gemeinschaft, 2015. East African Community Regional Health Sector Strategic Plan, (EAC-RSSPI) - (2015-2020)
6. East African Community, 2016. Vision 2050
7. Gavi, 2019(b). Guidance for Gavi Grant Performance Frameworks
8. Gavi, 2019. Verschiedene Co-financing Factsheets
9. Gavi, 2014-2021. Diverse gemeinsame Beurteilungen
10. Gavi, 2015. Umfassende Länderevaluierungen: Uganda Report.
11. Gavi, Annual Reports 2019-2021.
12. Horton, Susan, Hellen Gelband, Dean Jamison, Carol Levin, Rachel Nugent, David Watkins. 2017. *Ranking 93 health interventions for low- and middle-income countries by cost-effectiveness*. PLoS ONE 12(8): e0182951, DOI:10.1371/journal.pone.0182951
13. <https://www.gavi.org/investing-gavi/funding/donor-profiles/germany> zu den 600 Mio., die Gavi 2015 erhalten hat.
14. Malande OO, Munube D, Afaayo RN, Annet K, Bodo B, Bakainaga A, et al., 2019. Barriers to effective uptake and provision of immunization in a rural district in Uganda. PLoS ONE 14(2): e0212270. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212270>
15. OECD, 2021. *Applying Evaluation Criteria Thoughtfully* Zugang über <https://www.oecd-ilibrary.org/development/>
16. Society for International Development, 2012. The State of East Africa
17. Stenberg K, Watts R, Bertram MY, Engesveen K, Maliqi B, Say L, Hutubessy R. 2021. 'Cost-effectiveness of interventions to improve maternal, born and child health outcomes: a WHO-CHOICE analysis for Eastern sub-Saharan Africa and South-East Asia". *International Journal of Health Policy and Management*, 2021, 10(11), S. 706-723.
18. UNICEF, 2022, *Supply Annual Report 2021*
19. World Health Organization, 2020. *Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind*, <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>
20. World Health Organization, World Health Statistics, diverse Jahre