

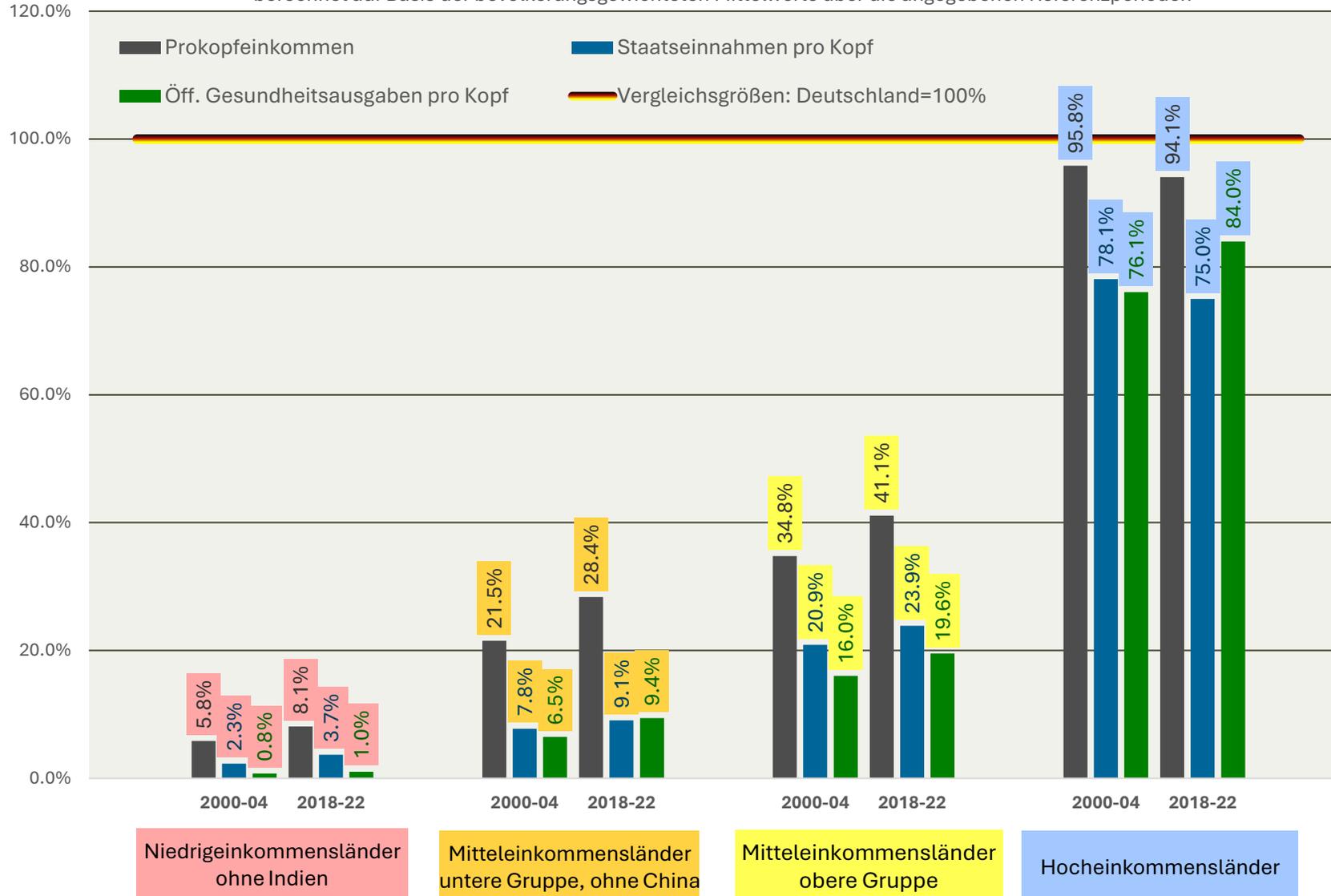
**Unersetzlich, wirksam, günstig, verantwortungsvoll:  
Warum ODA für globale Gesundheit entscheidend ist**

Juni 2025

# ODA ist unersetzlich: Inländische Finanzressourcen der Niedrigeinkommensländer sind zu gering

## Kennwerte der öffentlichen Finanzressourcen im Verhältnis zu Deutschland

berechnet auf Basis der bevölkerungsgewichteten Mittelwerte über die angegebenen Referenzperioden



Zur Einschätzung der Bedeutung von Entwicklungszusammenarbeit für eine gerechtere Verteilung von Ressourcen und Lebenschancen sollten vor allem Länder betrachtet werden, die vor dem Jahr 2000 von der Weltbank als Niedrigeinkommensländer eingestuft wurden. Für 53 dieser 58 Staaten liegen alle wesentlichen Daten für die inländische und internationale Mobilisierung öffentlicher Mittel von 2000 bis 2022 vor. Ohne Indien stieg die Bevölkerung der übrigen 52 Länder in diesem Zeitraum von 1,1 auf fast 1,8 Milliarden.

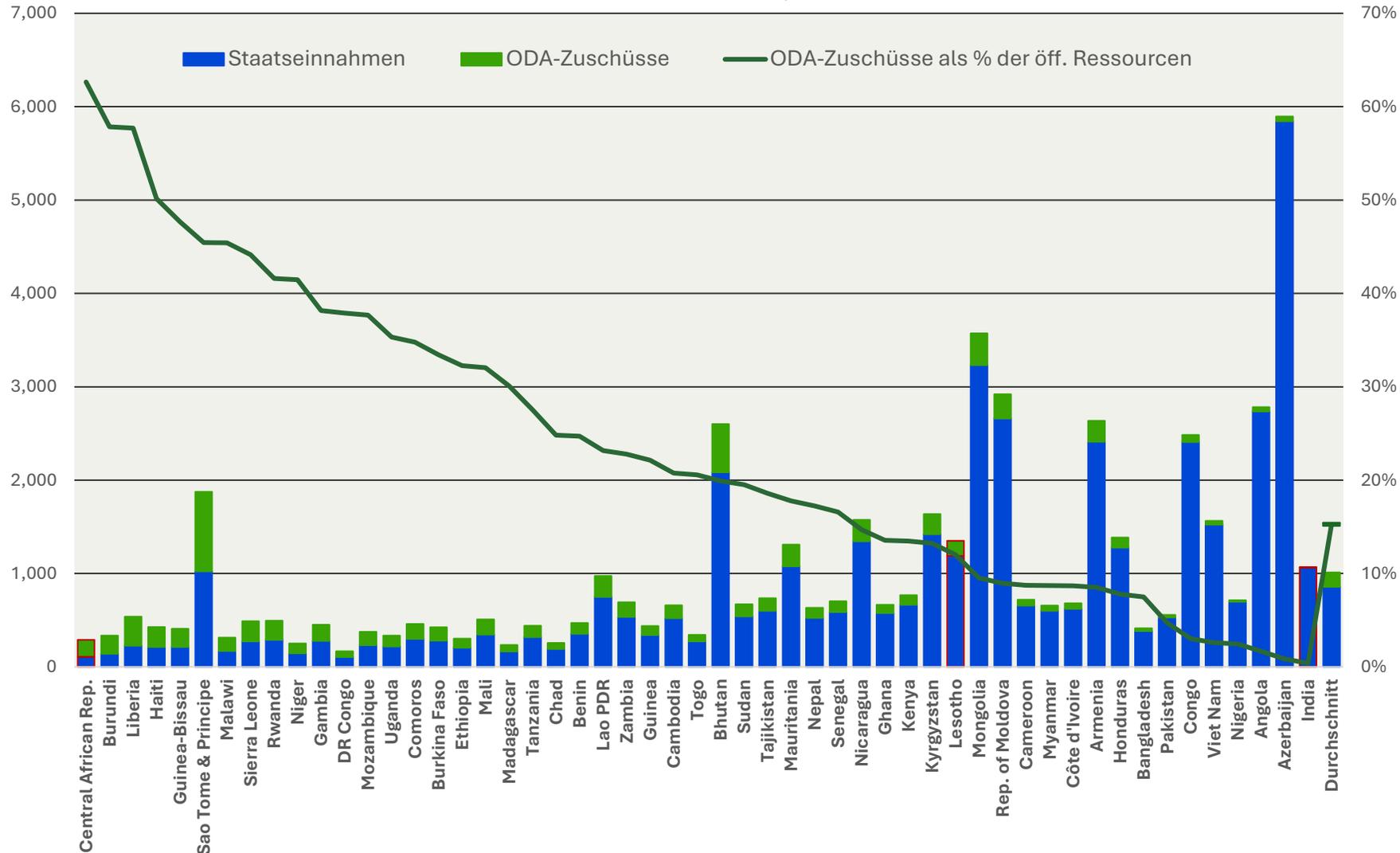
Diese ärmsten Länder der Welt haben im Vergleich zu Deutschland weiterhin stark begrenzte finanzielle Möglichkeiten. Seit den Millenniumszielen kam es jedoch zu deutlichen Aufholeffekten: Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit verdoppelten sich dort von 30 auf über 60 int. US\$, während sie in reichen Ländern um 65 % und in Deutschland um rund 50 % (von ca. 3.900 auf fast 5.900) anstiegen.

Beim Prokopfeinkommen, den Staatseinnahmen pro Person und öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf zeigen sich im Ländervergleich große Unterschiede. In Relation zu Deutschland haben sich die inländischen Finanzmittel der Niedrigeinkommensländer nur geringfügig verbessert und sind noch immer völlig ungenügend für eine angemessene Gesundheitsversorgung.

Alle Berechnungen basieren auf konstanten internationalen US\$ von 2021, was der Kaufkraft eines US\$ in den USA im Bezugsjahr entspricht und einen kaufkraftbereinigten Wohlstandsvergleich zwischen den Ländern ermöglicht. Dies kann jedoch die Finanzkraft ärmerer Länder überschätzen, da sie im Gesundheitsbereich mit einer größeren Importabhängigkeit konfrontiert sind als dies beim allgemeinen Verbrauch der Fall ist.

# ODA ist unerlässlich: Viele Niedrigeinkommensländer sind von Entwicklungszusammenarbeit abhängig

Niedrigeinkommensländer vor 2000: Staatseinnahmen und ODA-Zuschüsse im Zeitraum 2000-2022, Mittelwerte in konstanten int. \$ von 2021



Diese Grafik präsentiert einen Vergleich zwischen den Staatseinnahmen und den Zuschüssen aus der Entwicklungszusammenarbeit (ODA-Zuschüsse) der Niedrigeinkommensländer mit verfügbaren Daten. Die Kurve stellt den prozentualen Anteil von ODA-Zuschüssen an allen öffentlichen Ressourcen der Länder dar.

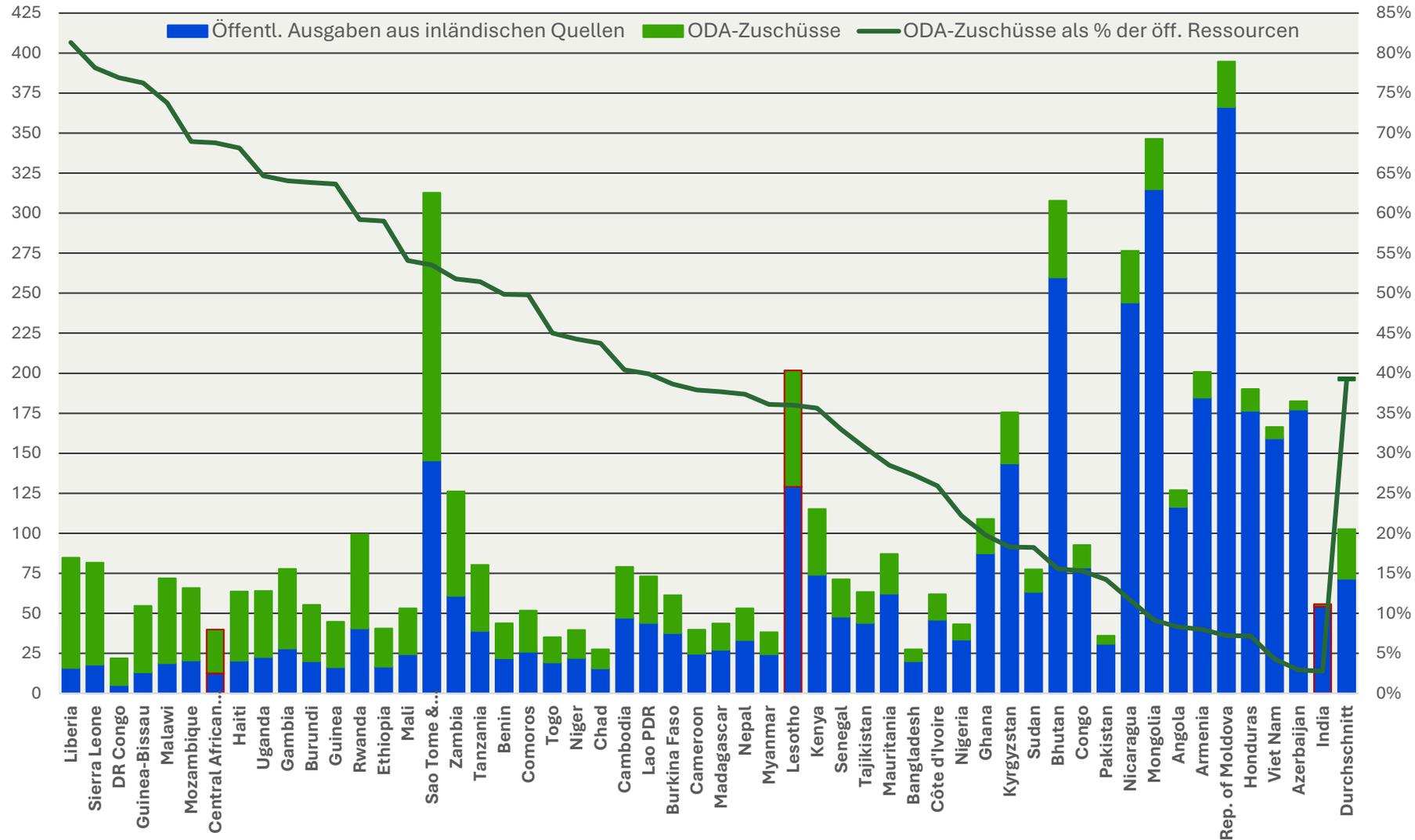
Die Abhängigkeit von ODA-Zuschüssen für die öffentlichen Finanzen ist zwischen den Niedrigeinkommensländern sehr unterschiedlich ausgeprägt. Denn in 16 Staaten kam mehr als ein Drittel der gesamten öffentlichen Mittel für staatliche Funktionen durch die Zuschüsse im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit zustande, während in anderen Ländern die Staatseinnahmen aus inländischen Quellen überwiegen.

Beim Anteil der ODA-Zuschüsse ist die Zentralafrikanische Republik mit einem Wert von über 60 % Spitzenreiter. Aber zahlreiche weitere Staaten sind in hohem Maße auf Zuschüsse aus der Entwicklungszusammenarbeit für die Finanzierung öffentlicher Dienstleistungen angewiesen.

Die drei rot umrandeten Länder wurden aufgrund besonderer Bedingungen, namentlich unsichere Datenlage (Zentralafrikanische Republik), extrem hohe HIV-Prävalenz (Lesotho) und außerordentlich hohe Herstellungskapazität von Medizinprodukten (Indien) nicht in die Stichprobe zur Analyse des statistischen Zusammenhangs zwischen Ressourceneinsatz und Sterberisiko aufgenommen (siehe Seiten 6 bis 9).

# ODA ist unersetzlich: Die zentrale Rolle von ODA-Zuschüssen für Gesundheit

Niedrigeinkommensländer vor 2000: Regierungsausgaben und ODA-Zuschüsse für Gesundheit im Zeitraum 2000-2022, Mittelwerte in konstanten int. \$ von 2021



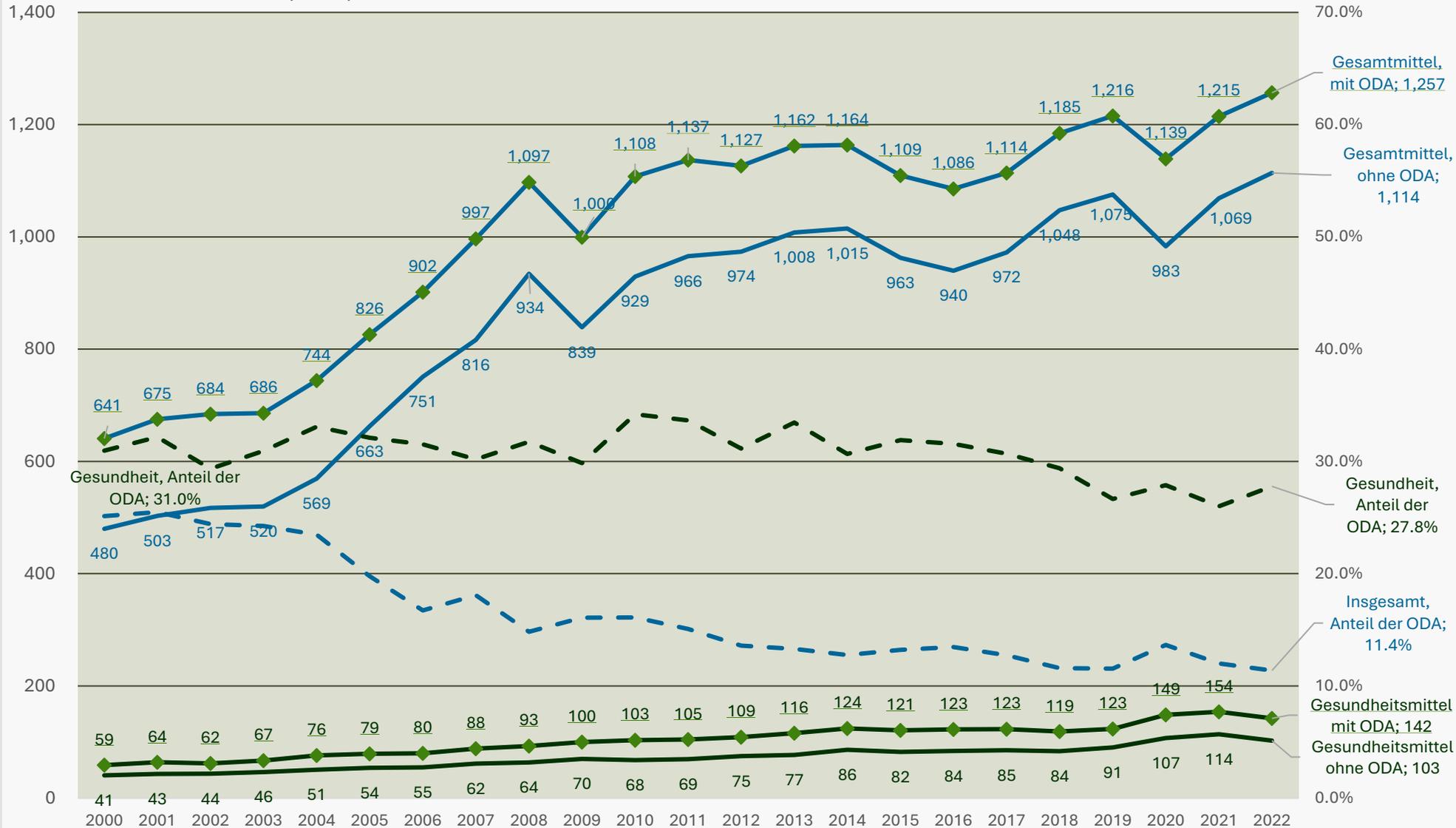
Dieses Diagramm bildet die gesamten öffentlichen Ausgaben pro Kopf für Gesundheit ab, wobei wieder nach inländischen Ressourcen und ODA-Zuschüssen differenziert wird. Die Linie stellt den prozentualen Anteil von ODA-Zuschüssen für Gesundheit an allen öffentlichen Ressourcen für Gesundheit dar.

Für den Gesundheitsbereich ist die Abhängigkeit vieler Niedrigeinkommensländer von ODA-Zuschüssen noch stärker ausgeprägt als bei den gesamten öffentlichen Ressourcen. Denn in 18 Staaten machten die ODA-Zuschüsse für Gesundheit im Untersuchungszeitraum mehr als die Hälfte der gesamten öffentlichen Ausgaben für Gesundheit aus. Vier Nationen überschreiten sogar die Marke von 75 % und sind somit in extrem hohem Maße auf ODA-Zuschüsse für Gesundheit angewiesen.

2022 lagen in 38 Ländern die mit einheimischen öffentlichen Ressourcen bestrittenen Gesundheitsausgaben unter 100 int. \$ pro Kopf. Das reicht in keinem Fall für eine angemessene Ausstattung der Gesundheitssysteme. Somit sind zumindest die dort lebenden 1,6 Milliarden Menschen (ohne Indien) dringend auf die internationale Solidarität angewiesen, um nicht vorzeitig an vermeidbaren bzw. behandelbaren Krankheiten zu sterben. Selbst mit Einrechnung der ODA-Zuschüsse blieben 27 Länder mit annähernd 1,4 Mrd. Menschen unter 100 \$, sodass eine kurzfristige Verstärkung der Kooperation unerlässlich ist.

# ODA ist unersetzlich: ODA bleibt tragende Säule der Gesundheitsfinanzierung

Niedrigeinkommensländer (vor 2000, ohne Indien) Bedeutung der ODA-Zuschüsse für öffentl. Finanzressourcen insgesamt und für Gesundheit pro Kopf in konstanten int. \$ von 2021 und ODA als % der Gesamtmittel, einfacher Mittelwert 2000-2022



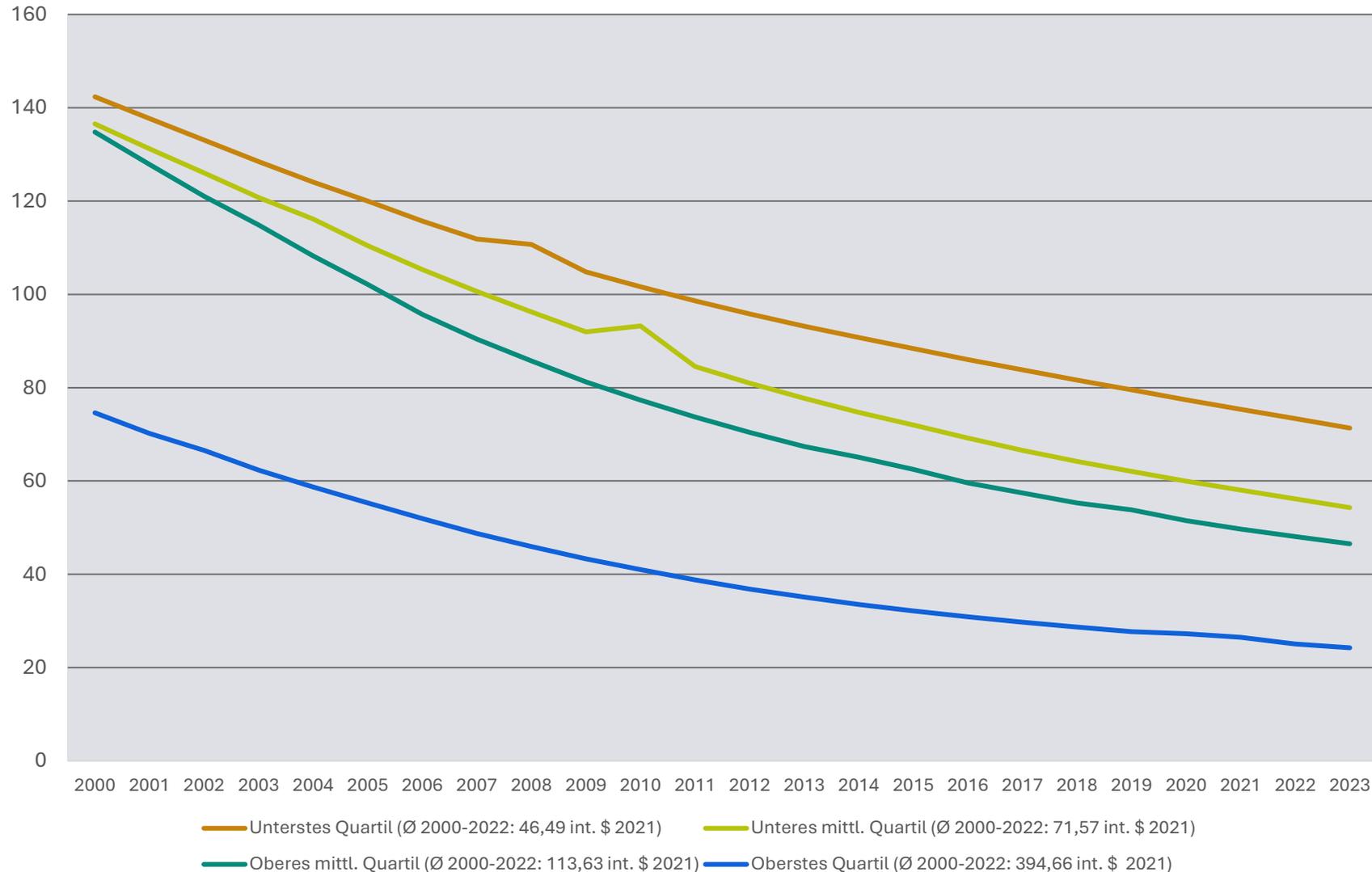
In den vor 2000 als Niedrigeinkommensländer eingestuftem Staaten (ohne Indien) stieg die ODA für Gesundheit von 18 int. \$ (2000) auf 40 int. \$ (2013), stagnierte jedoch im Zeitraum danach bis 2021. Auch die inländischen Mittel für Gesundheit verdoppelten sich bis 2014, stagnierten anschließend und wuchsen erst während der Pandemie wieder.

Der Anteil der ODA-Zuschüsse an den öffentlichen Finanzressourcen für Gesundheit belief sich fast zwei Jahrzehnte lang auf annähernd ein Drittel, fiel jedoch in den letzten Jahren auf weniger als 30%.

Der ODA-Anteil im Gesundheitsbereich war somit wesentlich höher als bei den Gesamtmitteln, die für alle öffentlichen Dienstleistungen aufgewendet wurden. Denn dort betrug der ODA-Anteil im Jahr 2022 nur 11%. Der Grund liegt darin, dass die aus inländischen Quellen generierten Mittel ebenfalls um mehr als 100% anstiegen, die internationale Kooperation jedoch ab 2011 im Verhältnis zur Bevölkerung zurückfiel.

# ODA ist wirksam: Abnahme der Kindersterblichkeit und öffentliche Gesundheitsausgaben

Kindersterblichkeit pro 1.000 Lebendgeburten nach Quartilen der öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr im Zeitraum 2000-2022 (Beträge in konstanten int. \$ von 2021)



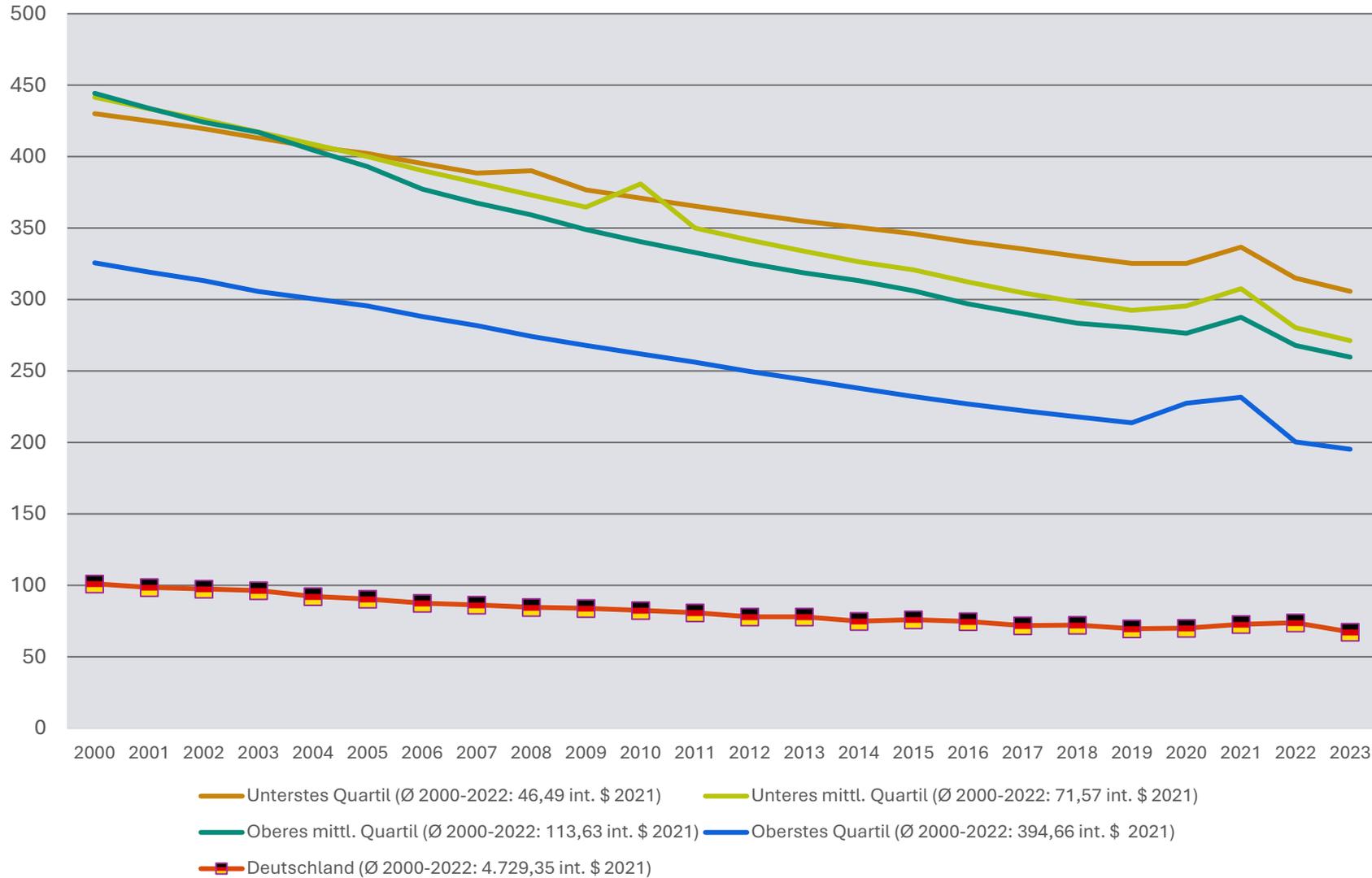
Die nächsten vier Diagramme befassen sich mit einer Analyse der öffentlichen Investitionen in Gesundheit aus inländischen Quellen und ODA-Zuschüssen einerseits sowie den wichtigsten Indikatoren für das Risiko verfrühter Sterblichkeit andererseits. Dabei werden vor allem die Länder betrachtet, die von der Weltbank vor dem Jahr 2000 als Niedrigeinkommensländer eingestuft wurden. Für 50 dieser Staaten konnten alle relevanten Daten für den Zeitraum 2000 bis 2022 eruiert werden und die Vergleichbarkeit ist nicht durch extrem hohe Krankheitslast (HIV-Infektionsrate) oder andere Sonderbedingungen stark eingeschränkt.

Die Niedrigeinkommensländer wurden in vier Gruppen unterteilt, indem eine Aufspaltung nach Quartilen gemäß der öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf erfolgte. Während die Kindersterblichkeit in allen Gruppen abnahm, zeigen sich signifikante Unterschiede entsprechend der Ausgaben für Gesundheit.

Diese Korrelation legt nahe, dass die Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben eine hohe Relevanz für das Ausmaß der Kindersterblichkeit in den Ländern mit niedrigem Einkommen besitzt. Folglich ist auch der Einfluss der ODA-Zuschüsse sehr wichtig. Denn diese machen einen wesentlichen Teil der Finanzierung aus.

# ODA ist wirksam: Deutliche Reduktion des Sterberisikos von unter 60-jährigen Menschen

Niedrigeinkommensländer vor 2000: Sterberisiko unter 60 pro 1.000 Personen nach Quartilen der öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr im Zeitraum 2000-2022 (Beträge in konstanten int. \$ von 2021)



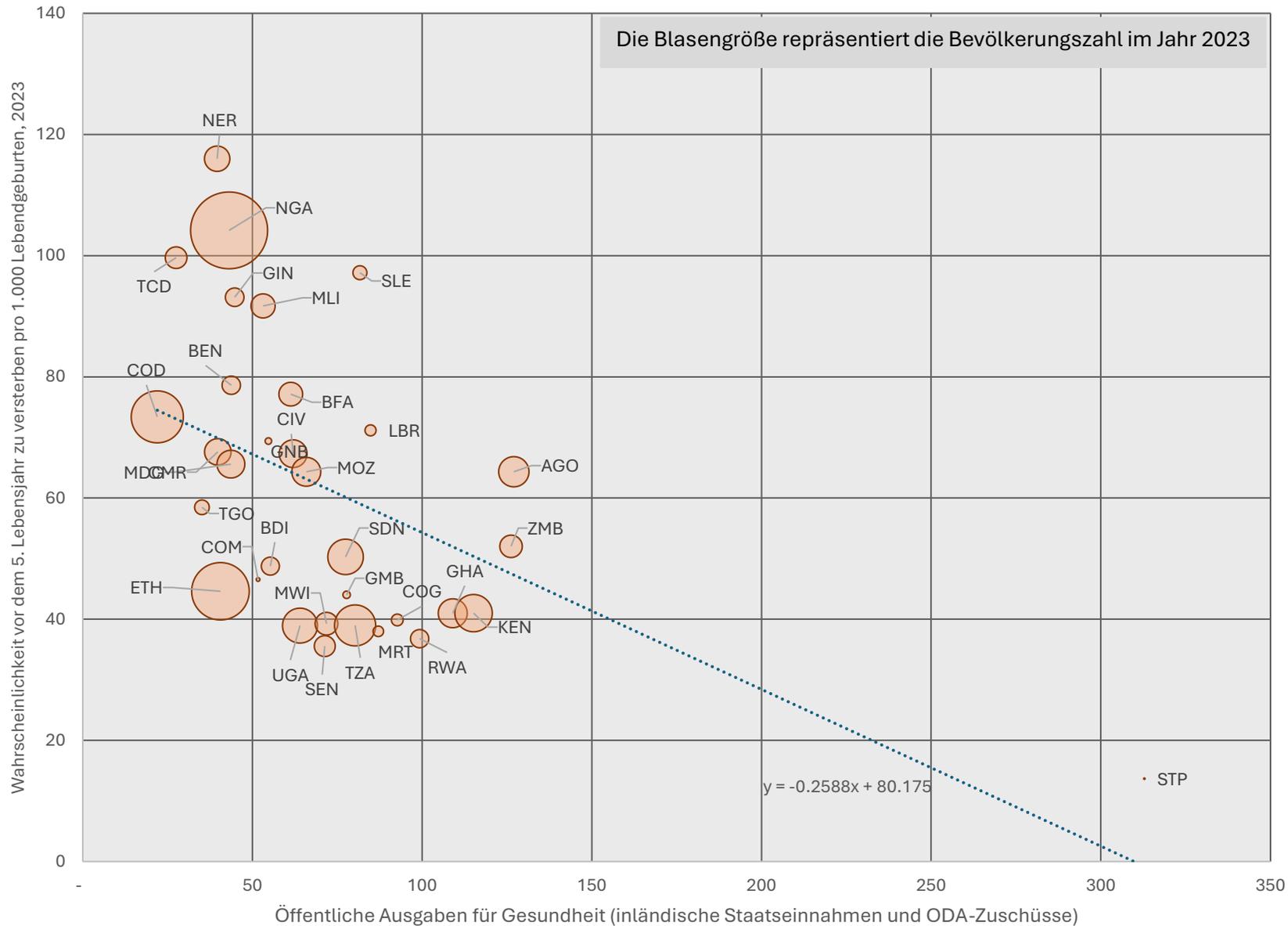
Diese Darstellung zeigt dieselben Quartile der ausgewählten 50 Niedrigeinkommensländer gestaffelt nach öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf. Diesmal wird allerdings die Entwicklung der Sterbehäufigkeit von unter 60-jährigen pro 1.000 Personen betrachtet.

Die Sterbewahrscheinlichkeit hat im Zeitraum 2000 bis 2023 generell abgenommen. Gleichzeitig liegt auch hier ein Unterschied zwischen den Quartilen vor – je höher die öffentlichen Gesundheitsausgaben einer Ländergruppe, desto niedriger ist das Risiko vor dem 60. Lebensjahr zu sterben. Allerdings ist diese Differenz insbesondere zwischen den beiden oberen Quartilen ausgeprägt.

Der Rückgang beim Sterberisiko betrug in Deutschland 33 %. Diese Reduktion war geringer als in den drei oberen Quartilen der Niedrigeinkommensländer, wo eine Minderung um 39-41 % zu verzeichnen war. Mit kaum 29 % ging die Sterbewahrscheinlichkeit im untersten Quartil der ärmsten Staaten am wenigsten zurück.

Dabei ist zu bedenken, dass die großen Unterschiede bei den strukturellen Ursachen der Anfälligkeit für die Ausbreitung von Krankheiten erhebliche Differenzen der Finanzierungsbedarfe für die nationalen Gesundheitssysteme bedingen. Angesichts der Kosten für die lebenslange antiretrovirale Behandlung bilden die HIV-Infektionsraten einen wesentlichen Faktor. In den mittleren Quartilen war die Prävalenz mit circa 3 % der erwachsenen Bevölkerung fast doppelt so hoch wie im untersten Quartil mit knapp 1,7 %.

# ODA ist wirksam: Öffentliche Gesundheitsausgaben korrelieren mit niedrigerer Kindersterblichkeit



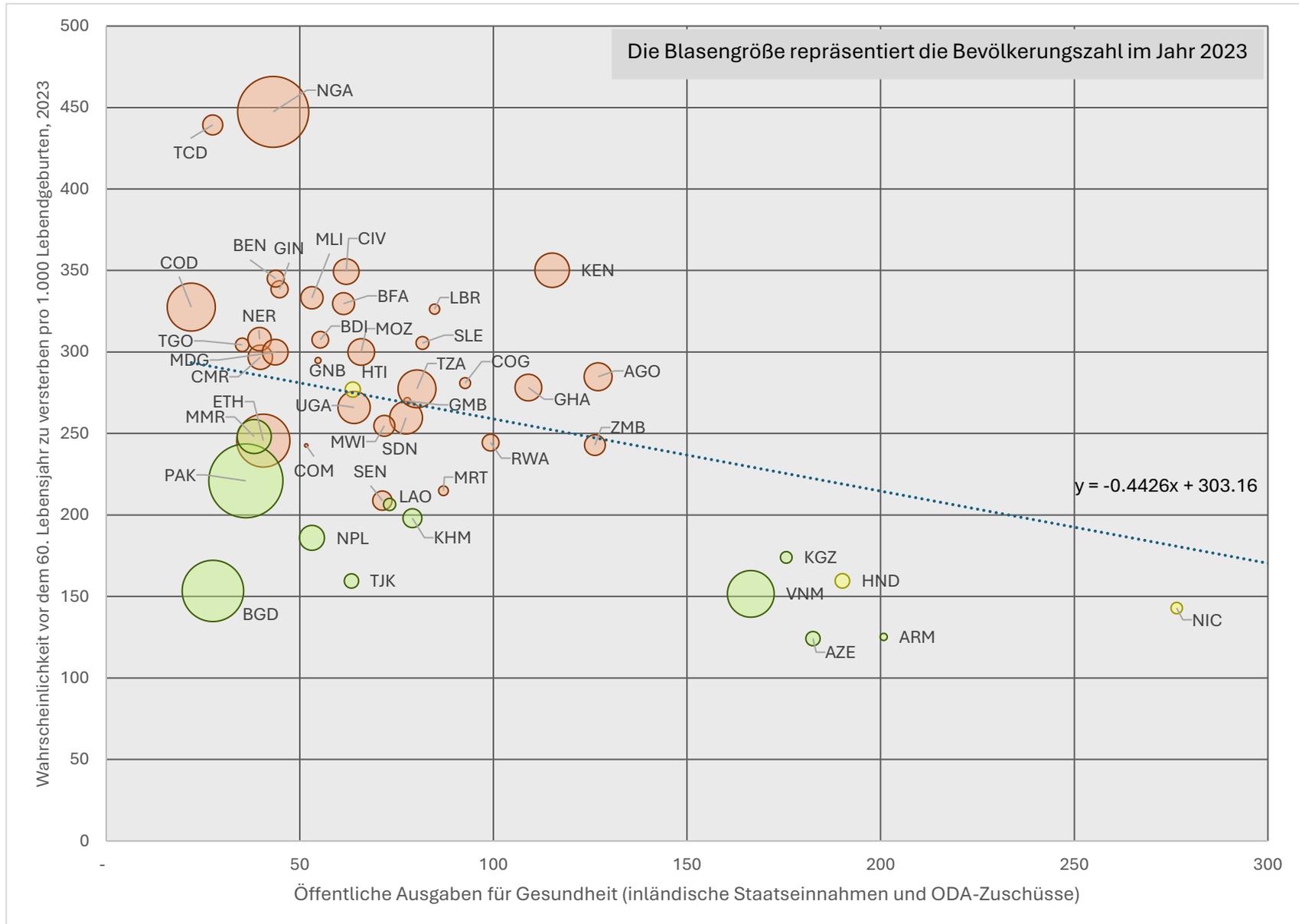
Diese Grafik demonstriert die statistische Beziehung zwischen den öffentlichen Ausgaben für Gesundheit (x-Achse) und der Wahrscheinlichkeit vor dem 5. Lebensjahr zu sterben (y-Achse) für die afrikanischen Niedrigeinkommensländer der Stichprobe.

Direkt wird die sehr starke Korrelation deutlich, dass mit höheren Ausgaben für Gesundheit aus öffentlichen inländischen Staatseinnahmen und ODA-Zuschüssen eine Abnahme der Kindersterblichkeit einhergeht.

Eine Erhöhung der öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf von 50 auf 100 \$ kann die Kindersterblichkeit um 13 von 1.000 Lebendgeburten senken, obwohl generell nur ein Bruchteil der Mittel für die Kleinkinder eingesetzt wird. Zudem liegen ohne Ausnahme alle Länder mit sehr hoher Kindersterblichkeit unter der Marke von 100 \$ an Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Mitteln. Das heißt ab einem Mindestniveau an Gesundheitsausgaben kann es gelingen, extrem hohe Sterberaten unter Kleinkindern abzuwenden.

Diese Evidenz stellt ein zentrales Argument für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit dar. Denn die ODA-Zuschüsse für Gesundheit sind eine tragende Säule für die öffentlichen Gesundheitsausgaben in den Niedrigeinkommensländern.

# ODA ist wirksam: Höhere Gesundheitsausgaben = geringeres Sterberisiko für unter 60-Jährige



Erneut wird ein Vergleich zwischen den öffentlichen Gesundheitsausgaben und eines Sterberisikos gezogen. In dieser Darstellung wird aber die Wahrscheinlichkeit vor dem 60. Lebensjahr zu sterben auf der y-Achse als Wert angezeigt.

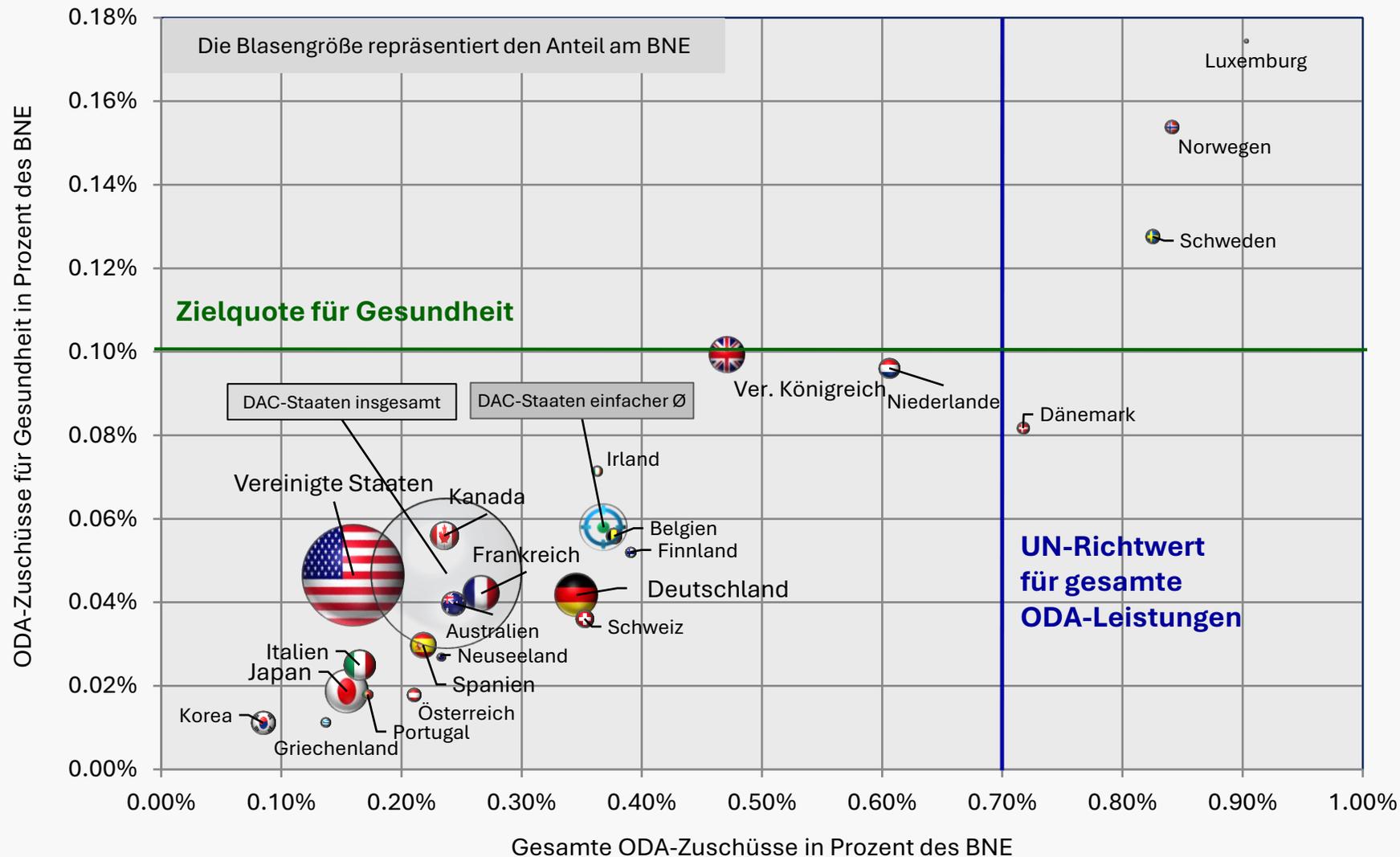
Abermals erweist sich die statistische Korrelation zwischen höheren öffentlichen Ausgaben für Gesundheit aus inländischen Quellen sowie ODA-Zuschüssen und einer geringeren Mortalität als deutlich erkennbar.

In Afrika (rot eingefärbte Blasen) wie auch für die Länder der übrigen Kontinente ist eine Erhöhung der öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf von 50 auf 100 \$ mit einer Verminderung des Risikos eines verfrühten Todes vor dem 60. Lebensjahr um 22 von 1.000 Lebendgeborenen verbunden. Außerdem weisen alle Nationen mit öffentlichen Gesundheitsausgaben von mehr als 150 \$ ein Sterberisiko bei unter 60-Jährigen von weniger als 200 pro 1.000 Personen auf. Das heißt die Nationalstaaten mit sehr hohen Mortalitätsraten in der Altersgruppe der Menschen unter 60 sind ausnahmslos von sehr niedrigen Gesundheitsausgaben pro Kopf gekennzeichnet.

Wie bereits bei der Kindersterblichkeit gezeigt werden konnte, wird wieder die Wichtigkeit von gesundheitsbezogener Entwicklungszusammenarbeit sichtbar – denn ohne die ODA-Zuschüsse wären die finanziellen Spielräume für die öffentlichen Gesundheitsausgaben der Niedrigeinkommensländer wesentlich kleiner.

# ODA ist günstig: Verfehlte Zielwerte trotz nachgewiesener Wirkung

ODA-Zuschüsse der DAC-Staaten im Verhältnis zur Wirtschaftskapazität gemessen am Bruttonationaleinkommen (BNE) im Zeitraum von 2000 bis 2023



Im Verhältnis zur Wirtschaftskapazität blieben die finanziellen Anstrengungen der meisten Geberstaaten für die Entwicklungszusammenarbeit insgesamt als auch für die Kooperation im Gesundheitsbereich weit unter den erforderlichen Beitragshöhen. Die Grafik zeigt dies auf Basis konstanter US\$ (2023) zur besseren Vergleichbarkeit.

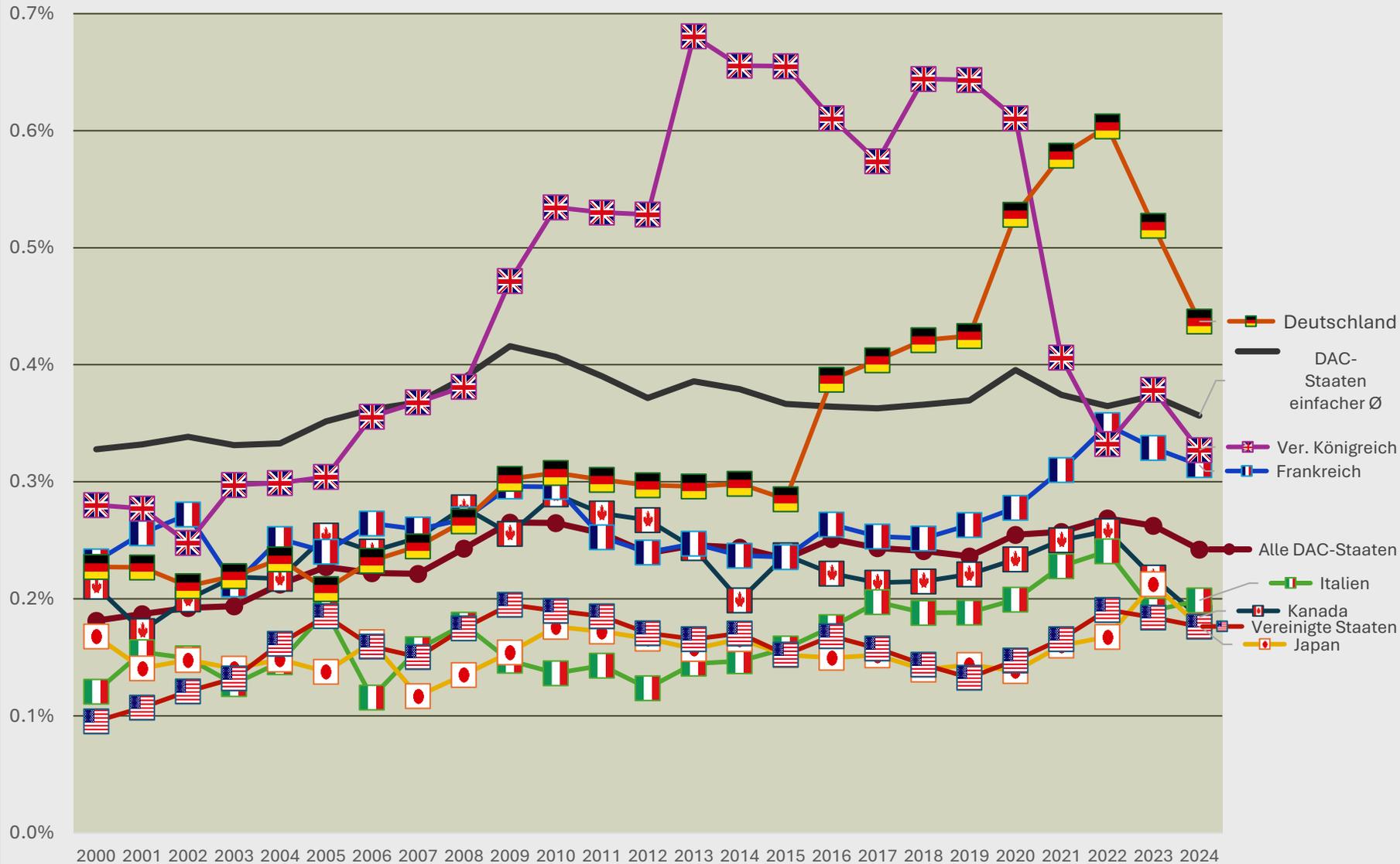
Trotz erwiesener Wirksamkeit von ODA im Gesundheitsbereich – etwa bei Kindersterblichkeit und Mortalität von Menschen unter 60 Jahren – bewegten sich die Beiträge der Geberländer bis auf wenige Ausnahmen auf zu niedrigem Niveau.

Gerade einmal vier Länder erreichten bzw. übertrafen das 0,7%-Ziel. Die seit 2001 bestehende WHO-Empfehlung mindestens 0,1 % des BNE für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit aufzuwenden, wurde auch nur von vier Staaten erzielt. In der Konsequenz hätten die ODA-Zuschüsse seit 2000 viel höher ausfallen müssen, was aufgrund der Wirksamkeit der ODA-Ausgaben in den Niedrigeinkommensländern zu viel weniger Sterbefällen hätte führen können.

Im Durchschnitt gaben die DAC-Staaten nur 0,24 % ihrer Wirtschaftskapazität für reale Transferleistungen in allen Entwicklungsbereichen aus und stellten mit 0,047 % des BNE weniger als die Hälfte der erforderlichen Ressourcen für Gesundheit bereit.

# ODA ist günstig: ODA-Zuschüsse der G7-Staaten im realen Vergleich

Reale Transfers von ODA-Zuschüssen insgesamt in Relation zum Bruttonationaleinkommen, 2000-2024  
mit dem Fokus auf die G7-Staaten



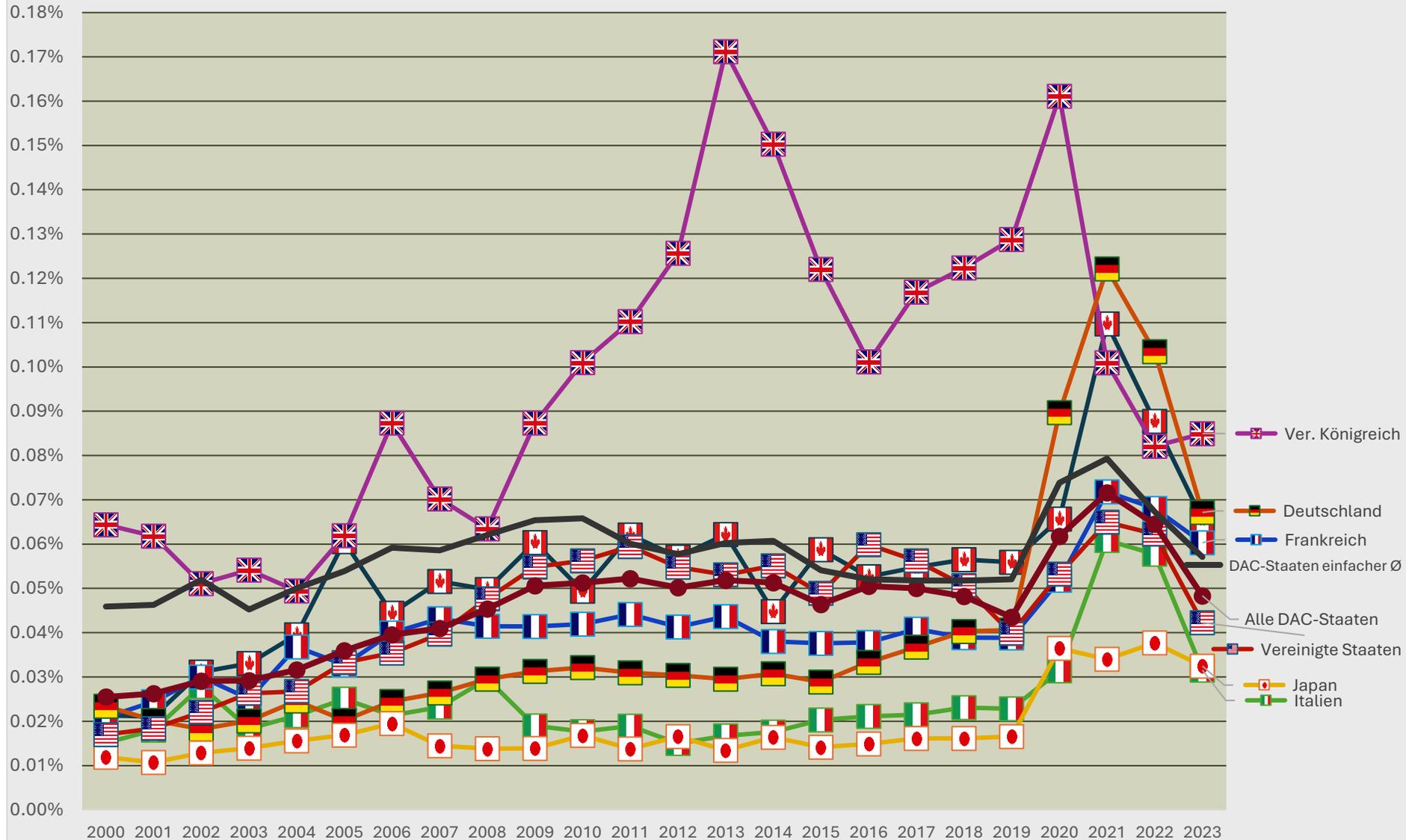
Dieses Diagramm zieht einen Vergleich zwischen den ODA-Zuschüssen der G7-Staaten im Zeitverlauf der Jahre 2000 bis 2024. Das obere Ende der Grafik markiert dabei das 1970 im Rahmen der Vereinten Nationen vereinbarte Zielniveau von 0,7 % des Bruttonationaleinkommens.

In diesem Zusammenhang werden die realen Transfers von ODA-Zuschüssen, die die Ausgaben für Geflüchtete im Inland, Kredite, anrechenbare Studienplatzkosten, Schuldenerlasse und Verwaltungskosten ausklammern, für die Berechnung herangezogen. Wenn man diese offiziell als ODA anrechenbaren aber fragwürdigen Finanzierungsgrößen herausrechnet, hat kein G7-Land jemals das 0,7%-Ziel erreicht.

Lediglich Deutschland während der Covid-19-Pandemie sowie das Vereinigte Königreich vor der Pandemie kamen für wenige Jahre in die Nähe einer Zielerfüllung. Gerade große Volkswirtschaften wie die USA und Japan weisen besonders niedrige Ausgabenniveaus auf, was für die ODA-Finanzierung besonders problematisch ist.

# ODA ist günstig: ODA für Gesundheit der G7-Staaten im Vergleich zur WHO-Empfehlung

ODA-Zuschüsse für Gesundheit in Relation zum Bruttonationaleinkommen, 2000-2023  
mit dem Fokus auf die G7-Staaten



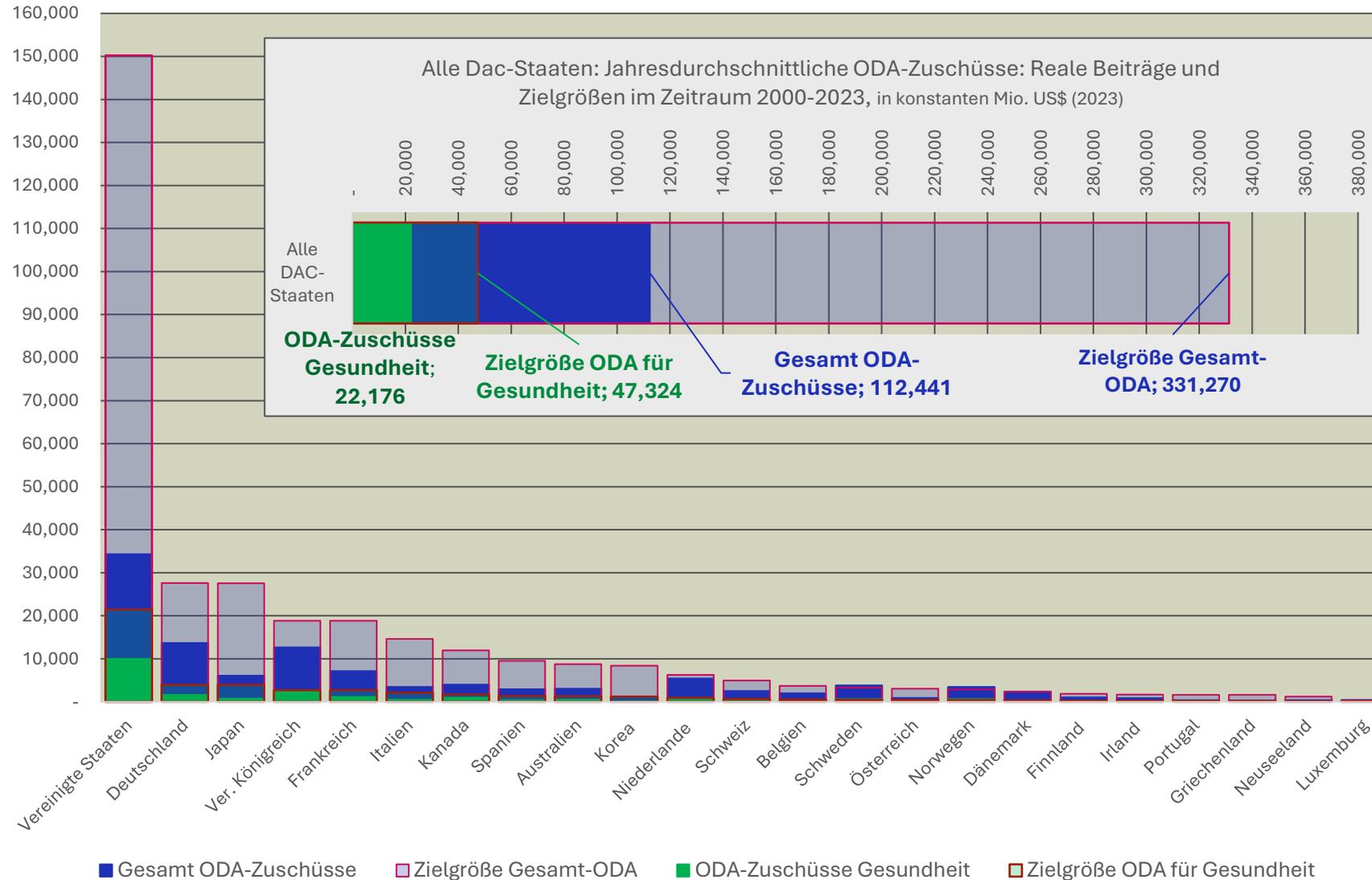
Analog zur vorangegangenen Grafik werden die Leistungen der G7-Staaten im Zeitraum 2000 bis 2023 betrachtet. Jedoch fokussiert sich diese Betrachtung auf die ODA-Zuschüsse für Gesundheit.

Im Hinblick auf die WHO-Empfehlung mindestens 0,1 % des BNE für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit aufzuwenden, sind mehrere Beobachtungen zu treffen. Einerseits übertraf das Vereinigte Königreich dieses Zielniveau in mehreren Jahren sogar deutlich, während sich die Mehrheit der G7-Nationen weit unter der WHO-Empfehlung bewegt. Andererseits fand eine erhebliche Steigerung im Verlauf der COVID-19-Pandemie statt, als Länder wie Deutschland und Kanada für wenige Jahre die Zielmarke übertrafen.

Identisch zu den gesamten ODA-Zuschüssen hätten die Ausgaben der G7-Staaten für gesundheitspezifische Entwicklungszusammenarbeit grundsätzlich viel höher ausfallen müssen, wodurch noch deutlich größere Fortschritte bei der Verbesserung der Lebenschancen der ärmsten Teile der Menschheit erreichbar gewesen wären.

# ODA ist günstig: Warum zu geringe ODA-Zuschüsse Leben kosten

Jahresdurchschnittliche ODA-Zuschüsse: Reale Beiträge und Zielgrößen im Zeitraum 2000-2023, in konstanten Mio. US\$ (2023)

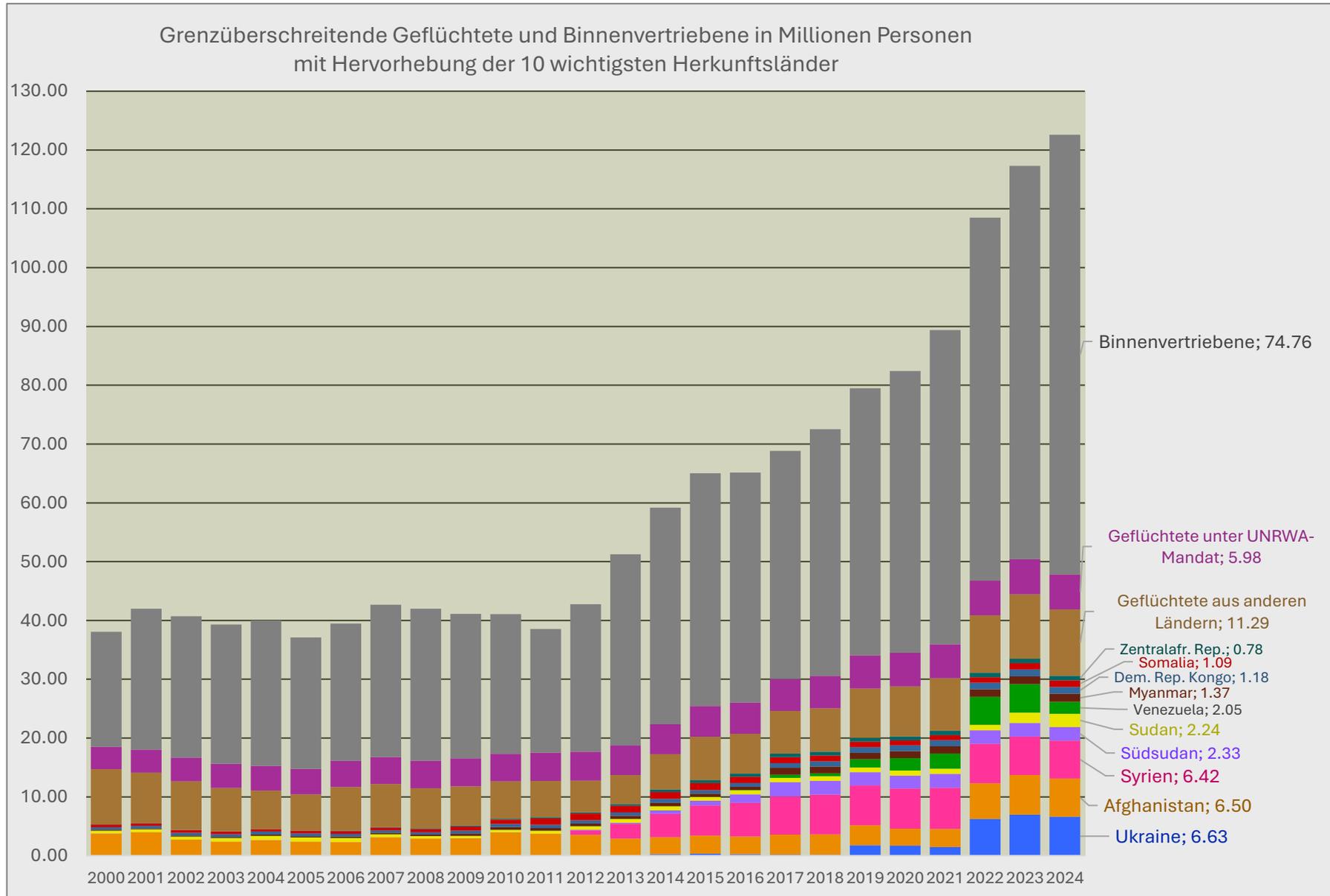


Diese Darstellung präsentiert einen Vergleich zwischen den ODA-Zuschüssen für Gesundheit (grün) und den gesamten ODA-Beiträgen (blau) mit den gemäß 0,7%-Ziel sowie 0,1%-Empfehlung aufzubringenden Beiträgen für die Entwicklungszusammenarbeit.

Wenn alle DAC-Staaten (Development Assistance Committee der OECD) das von den Vereinten Nationen beschlossene Mindestniveau von 0,7 % des BNE erreicht hätten, wären die gesamten Netto-Transferleistungen in Form von Zuschüssen fast drei Mal höher gewesen als die tatsächlich aufbrachten Summen.

Und wenn die von der WHO empfohlene Beitragshöhe erfüllt worden wäre, hätte mehr als das Doppelte an Finanzmitteln eingesetzt werden können. Dies hätte wesentlich höhere öffentliche Ausgaben für Gesundheit in den ODA-Empfängerländern und insbesondere den Niedrigeinkommensländern zur Folge gehabt. Da diese Ausgaben nachweislich mit einer geringeren Sterblichkeit von Kindern und Unter-60-Jährigen verbunden sind, ist anzunehmen, dass Millionen vorzeitiger Todesfälle hätten verhindert werden können.

# ODA ist verantwortungsvoll: Stark steigende Zahl von geflüchteten und vertriebenen Menschen



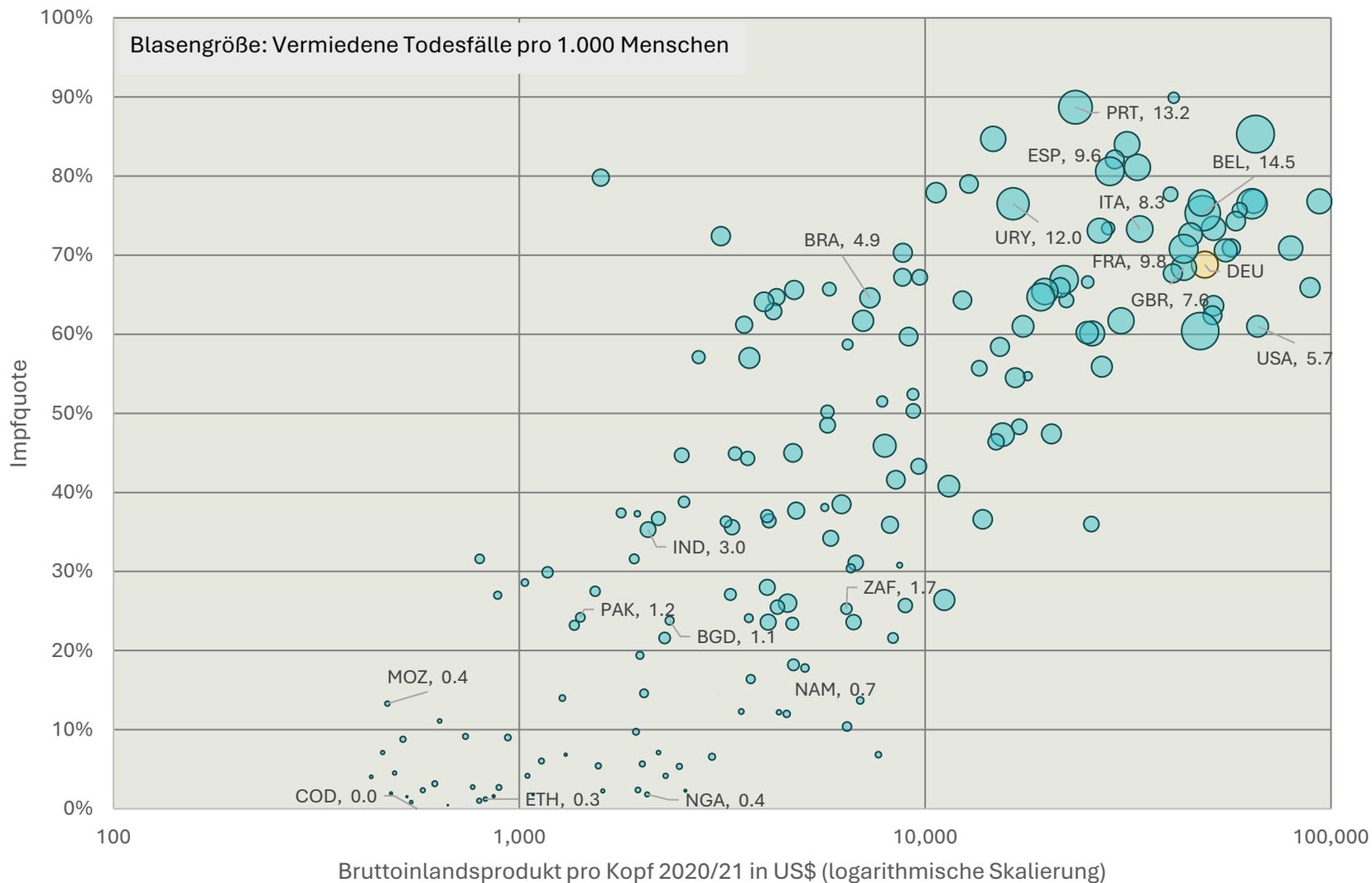
Dieses Diagramm zeigt den extremen Anstieg der weltweit Binnenvertriebenen und grenzüberschreitenden Geflüchteten seit dem Jahr 2000. Von einem Ausgangsniveau in Höhe von weniger als 40 Millionen Menschen auf der Flucht hat sich dieser Wert bis zum Jahr 2024 auf über 120 Millionen gesteigert. In der Konsequenz befinden sich aktuell mehr als dreimal so viele Menschen global betrachtet auf der Flucht als dies vor 24 Jahren der Fall war. Die Bedarfe im Bereich der humanitären Hilfe haben sich folglich drastisch erhöht.

Aus diesem Grund ist es verantwortungsvoll, höhere Beiträge sowohl für humanitäre Hilfe als auch für die Entwicklungszusammenarbeit aufzubringen, um diesen gestiegenen Bedarfen zu entsprechen und Ursachen der Vertreibung wie Konflikte und Katastrophen entgegenzuwirken.

Ein Anheben der Ausgaben in diesen Themengebieten sollte als Wahrnehmung von zwischenmenschlicher und solidarischer Verantwortung gesehen werden, anstatt mit der Unterbindung von Flucht- und Migrationsbewegungen zu argumentieren.

# ODA ist verantwortungsvoll: Abdeckung und Schutzwirkung der Corona-Impfkampagnen

Durch Corona-Impfungen vermiedene Todesfälle in Relation zum Prokopfeinkommen und der Impfquote



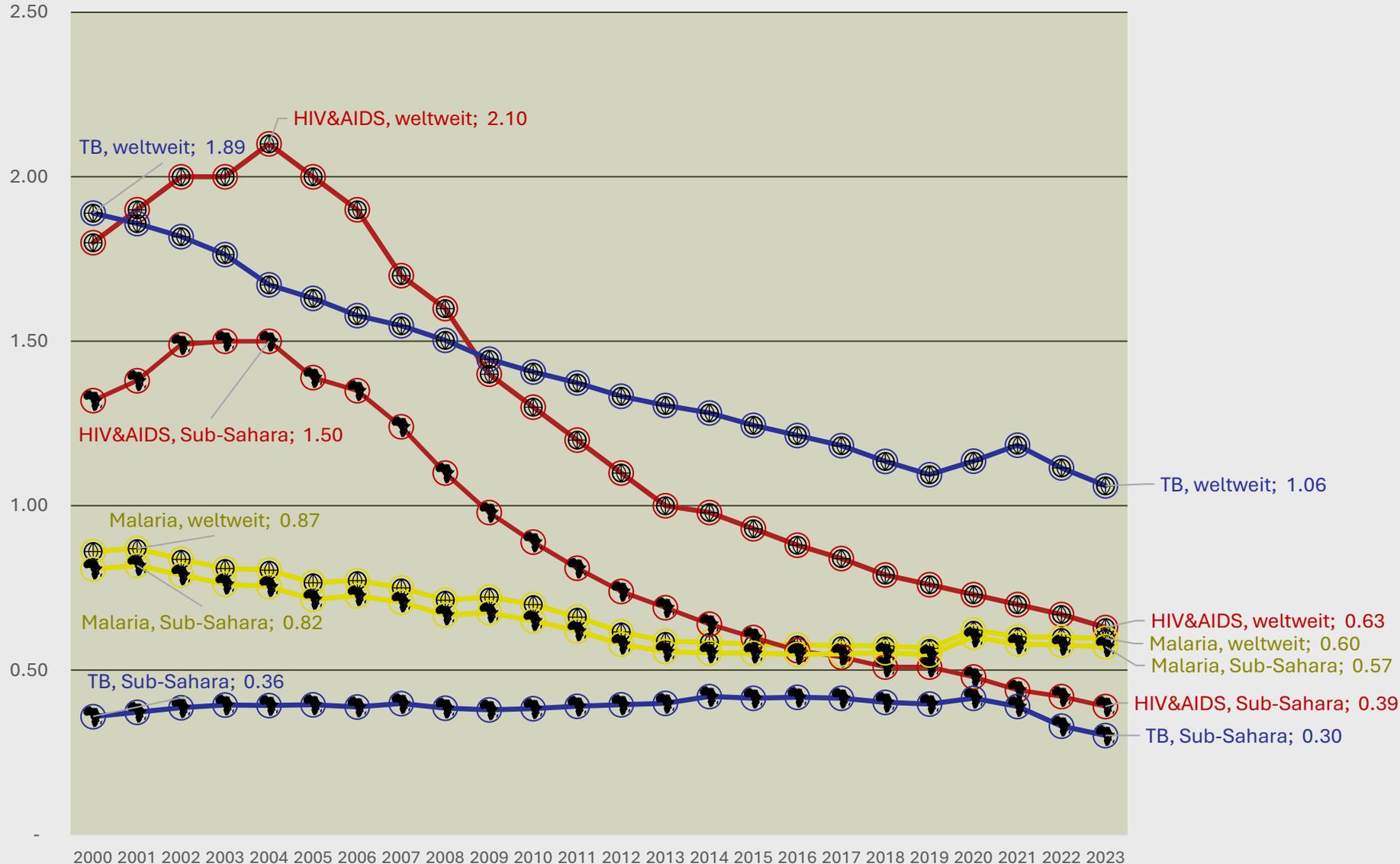
Die Schätzung der vermiedenen Todesfälle im ersten Jahr der COVID-19-Impfungen beruht auf den Daten zur Übersterblichkeit als Maß für den realen Umfang der COVID-19-Pandemie. Insgesamt konnten demnach im Zeitraum 08.12.2020 bis 08.12.2021 rund 19,8 Millionen Todesfälle verhindert werden, was 63 % der Anzahl von 31,4 Millionen COVID-19-bedingten Todesfällen entspricht, die ohne Impfungen aufgetreten wären.

Die Zugangsrate und die Vermeidung von Todesfällen im Verhältnis zur Bevölkerungszahl hingen sehr deutlich von den Einkommensniveaus der Länder ab, wobei die Umsetzung anderer Schutzmaßnahmen und die Altersstruktur das Ergebnis erheblich beeinflussten. Wenn wenigstens die WHO-Empfehlung umgesetzt worden wäre, 40 % der Bevölkerung zu erreichen, hätten in den ärmeren Ländern annähernd weitere 600.000 Sterbefälle vermieden werden können. Das heißt mehr Menschenleben hätten gerettet werden können, wenn die Impfstoffaufnahme weltweit verbessert worden wäre. Die wirtschaftliche Benachteiligung führte also direkt zum Ausschluss von lebensrettenden Maßnahmen.

Darüber hinaus entsteht die Verantwortung mehr finanzielle Ressourcen für verbesserte Gesundheitsbedingungen in den benachteiligten Weltregionen einzusetzen, um die durch die Pandemie entstandenen negativen Auswirkungen abzufedern sowie global besser gegen Krankheitsausbrüche vorbereitet zu sein.

# ODA ist verantwortungsvoll: Todesfälle infolge der Epidemien von HIV/Aids, TB und Malaria

Durch HIV/AIDS, TB und Malaria bedingte Todesfälle in Millionen, 2000-2023

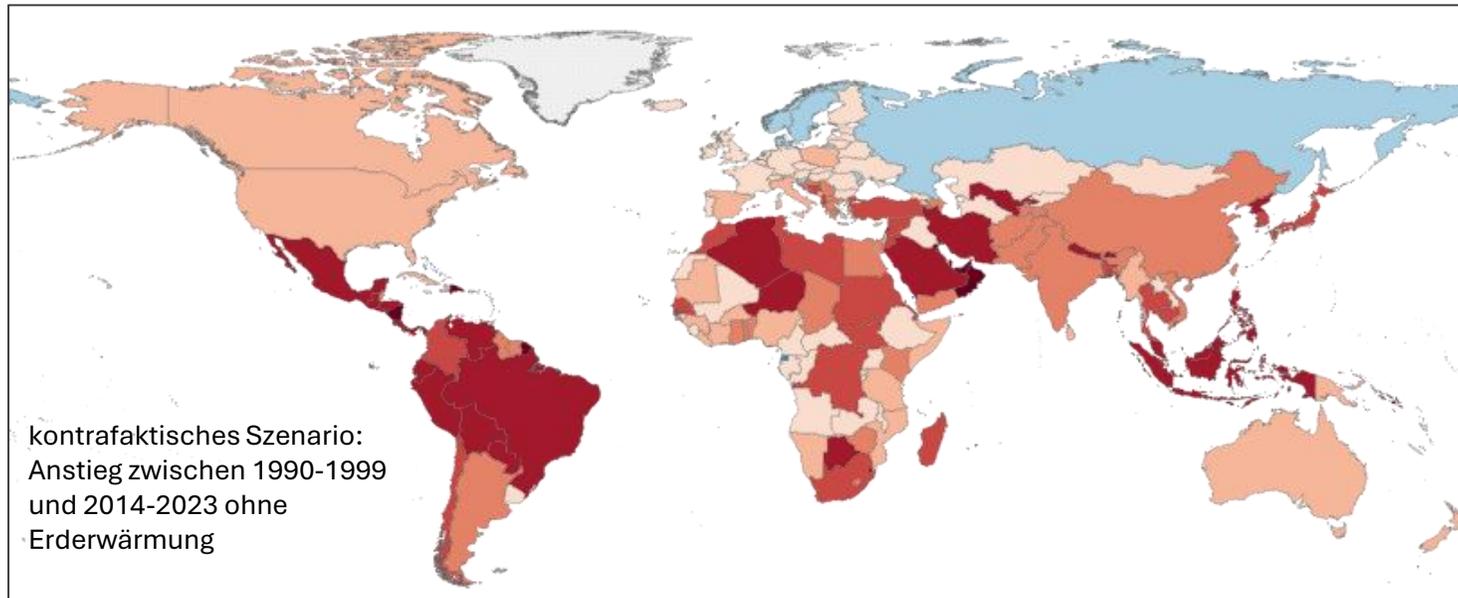
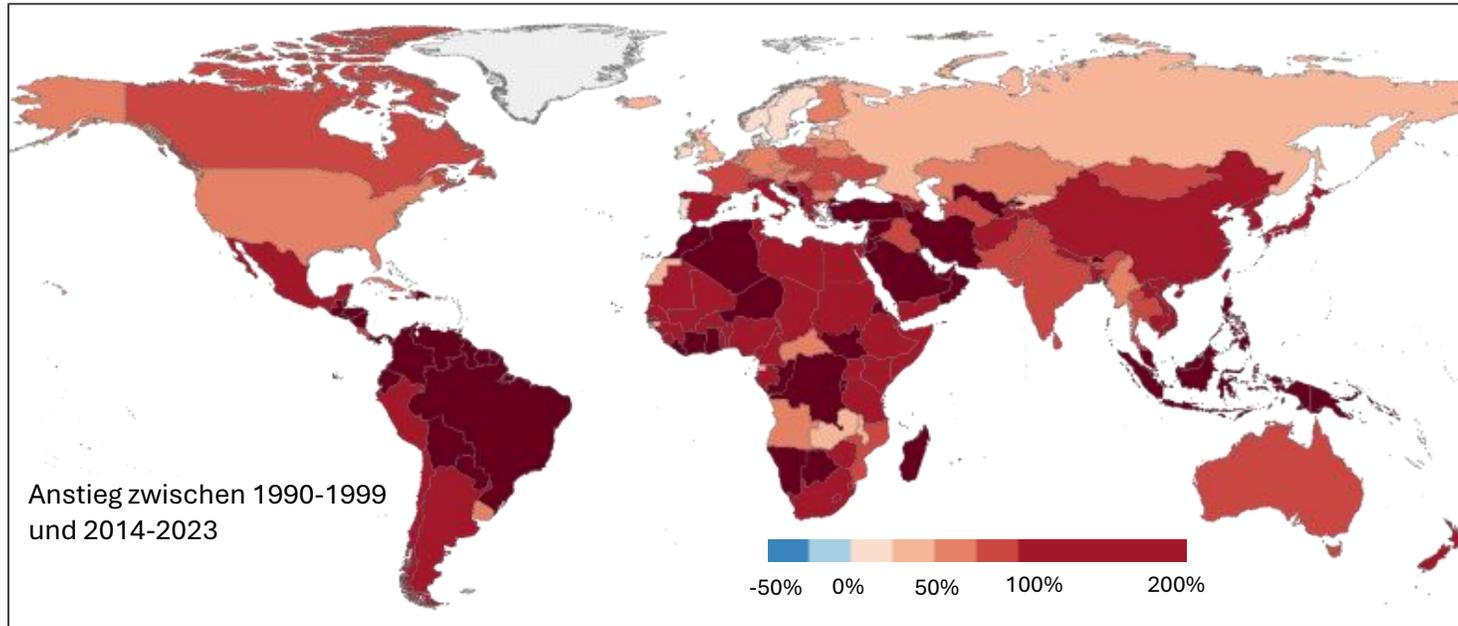


Die vorliegende Grafik beweist eindeutig, dass enorme Fortschritte beim Rückgang der durch HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria verursachten Todesfälle seit dem Jahr 2000 erzielt wurden.

Alleine der Globale Fonds hat Schätzungen zufolge durch seine lebensrettenden Investitionen 65 Millionen Menschen das Leben gerettet. Die Eindämmung der drei Epidemien und insbesondere die Verminderung der Sterblichkeit durch HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose wäre ohne eine Verstärkung der internationalen Kooperation und dem damit zusammenhängenden Einsatz von ODA-Zuschüssen nicht möglich gewesen.

Allerdings liegen die Sterberaten immer noch weit über den Niveaus, die für die Erreichung der international vereinbarten Ziele zur Beendigung der drei Epidemien notwendig wären. Daraus resultiert eine fundamentale Verantwortung, die ODA-Zuschüsse für den weltweiten Einsatz gegen HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria substanziell zu erhöhen. Ansonsten droht eine klare Verfehlung des Unterziels 3.3 der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs), das unter anderem eine Beendigung der Epidemien von AIDS, Tuberkulose und Malaria bis zum Jahr 2030 anstrebt.

# ODA ist verantwortungsvoll: Die Wichtigkeit von erhöhter Klimafinanzierung



Die obere Grafik zeigt die prozentuale Veränderung der jährlichen hitzebedingten Todesfälle bei Erwachsenen über 65 Jahren im Zeitraum 2014-2023 verglichen mit der Periode 1990-1999. In der unteren Weltkarte sind die Veränderungen dargestellt, die bei einer unveränderten globalen Temperatur also ohne die Auswirkungen der Erderwärmung zu erwarten wären.

Steigende Temperaturen und eine alternde Bevölkerung führten zu einem 106%igen Anstieg der durchschnittlichen jährlichen hitzebedingten Todesfälle bei Erwachsenen über 65 Jahren zwischen 1990-99 und 2014-23, 139 % höher als der 44%ige Anstieg, der erwartet wurde, wenn sich die Temperaturen gegenüber dem Ausgangsniveau nicht verändert hätten. Im Jahr 2023 erreichte die Zahl der hitzebedingten Todesfälle in dieser Altersgruppe den höchsten Stand, der aufgezeichnet wurde, 167 % höher als im Zeitraum 1990-99 und mehr als doppelt so hoch wie der 65%ige Anstieg, der erwartet worden wäre, wenn sich die Temperaturen seit den 1990er Jahren nicht verändert hätten.

Deutschlands Beiträge zur internationalen öffentlichen Klimafinanzierung sind besser als die der meisten Industrieländer, werden aber immer noch als „unzureichend“ eingestuft. Deutschland hat sich verpflichtet, seine Klimafinanzierung zu erhöhen, aber die bisherigen Beiträge sind im Vergleich zu seinem fairen Anteil niedrig. Um seine Bewertung zu verbessern, muss Deutschland seine Beiträge zur internationalen Klimafinanzierung um den Faktor drei erhöhen und vor allem die Finanzierung fossiler Brennstoffe im Ausland einstellen.

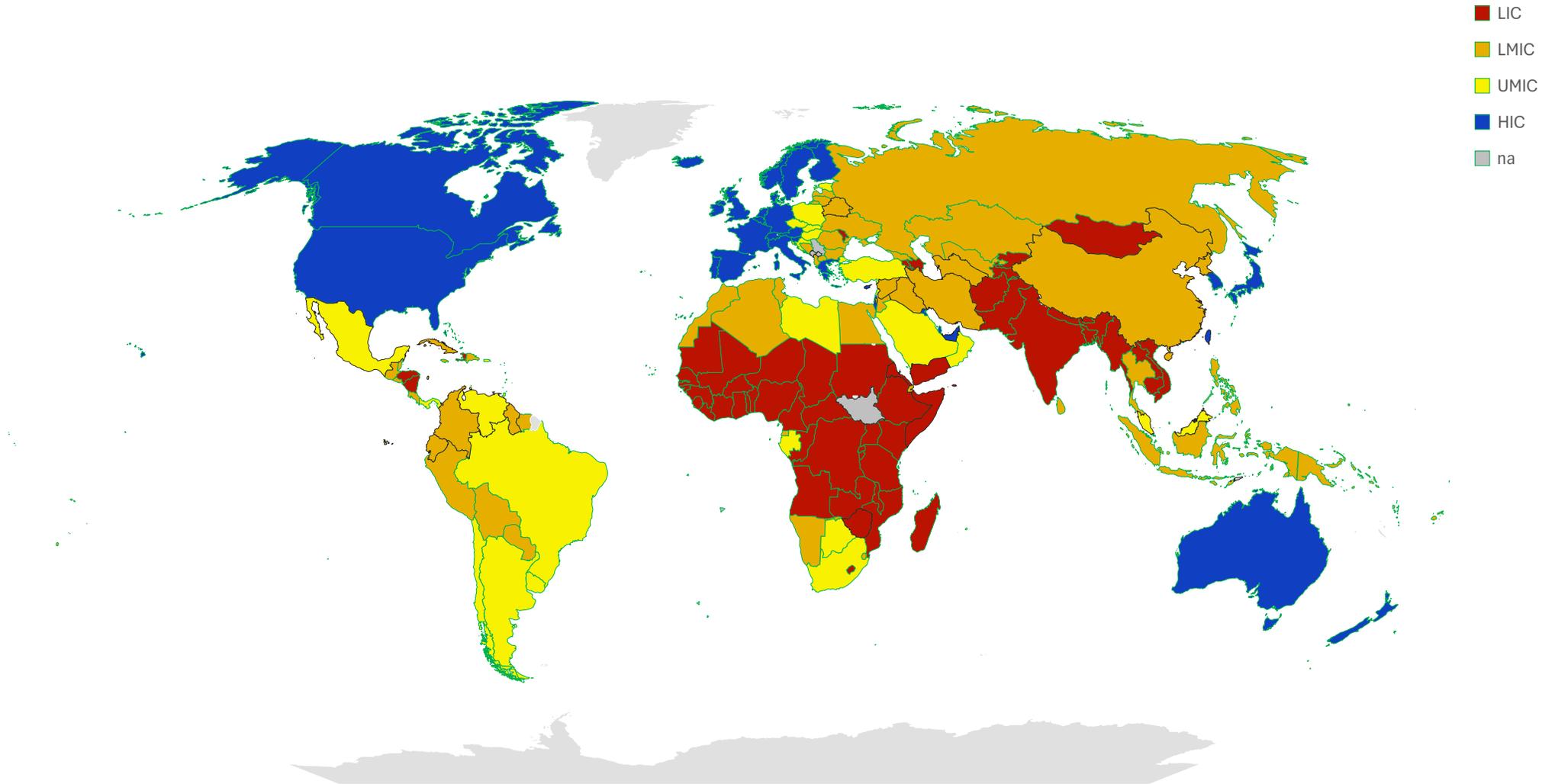
Die globalen Herausforderungen Erderwärmung und Klimawandel können nur bewältigt werden, wenn weltweit mehr unternommen wird. Es ist deshalb verantwortungsvoll höhere Investitionen in Klimafinanzierung und ODA zu tätigen.

# Verwendete Datenquellen

- ❖ [IMF: World Economic Outlook Database. October 2024 Edition](#)
- ❖ [IMF: World Revenue Longitudinal Database \(WoRLD\)](#)
- ❖ [Internal Displacement Monitoring Centre \(IDMC\): Global Internal Displacement Database \(GIDD\)](#)
- ❖ [Lancet Countdown on Health and Climate Change data explorer](#)
- ❖ [Lancet: Romanello et al., The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action, Lancet 2024; 404: 1847-189](#)
- ❖ [Lancet: Watson et al., Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study, Lancet Infect Dis 2022; 22: 1293–302](#)
- ❖ [medmissio: U.S. Economic Power and ODA Contributions for Health](#)
- ❖ [NewClimate/Climate Analytics: Climate Action Tracker](#)
- ❖ [OECD data explorer: CRS: Creditor Reporting System \(flows\)](#)
- ❖ [OECD data explorer: DAC1: Flows by provider \(ODA+OOF+Private\)](#)
- ❖ [OECD data explorer: DAC2A: Aid \(ODA\) disbursements to countries and regions](#)
- ❖ [The Economist: Tracking covid-19 excess deaths across countries](#)
- ❖ [The Global Fund: Eighth Replenishment Investment Case](#)
- ❖ [UNAIDS 2024 estimates, HIV estimates with uncertainty bounds 1990-2023](#)
- ❖ [United Nations: Department of Economic and Social Affairs, Population Division \(2024\). World Population Prospects 2024](#)
- ❖ [United Nations High Commissioner for Refugees: Refugee Data Finder](#)
- ❖ [UNU-WIDER Government Revenue Dataset, 2023](#)
- ❖ [World Bank Group: International Comparison Program, World Bank | World Development Indicators database, World Bank | Eurostat-OECD PPP Programme: GDP, PPP \(constant 2021 international \\$\)](#)
- ❖ [World Health Organization: GHO data repository, Estimated number of malaria deaths](#)
- ❖ [World Health Organization: WHO Global Health Expenditure Database \(GHED\)](#)
- ❖ [World Health Organization: WHO TB burden estimates](#)

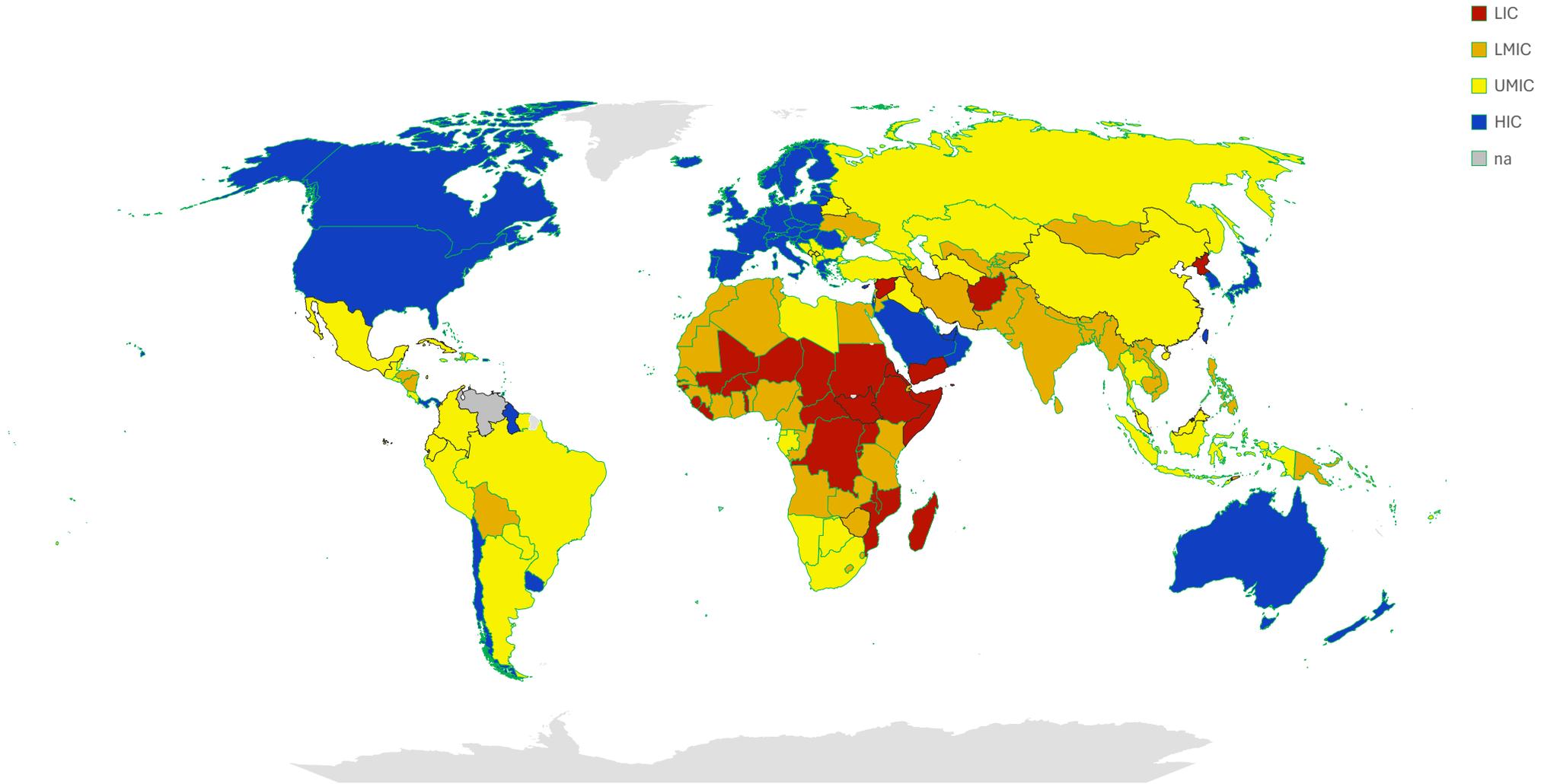
# Analytische Klassifikationen der Weltbank: Länder nach Einkommensgruppen vor 2000

Länder nach Einkommensgruppen vor 2000, graue Ränder zeigen an, dass nicht alle erforderlichen Daten verfügbar sind



# Analytische Klassifikationen der Weltbank: Länder nach Einkommensgruppen im Jahr 2022

Länder nach Einkommensgruppen im Jahr 2022, graue Ränder zeigen an, dass nicht alle erforderlichen Daten verfügbar sind



# Impressum

Unersetzlich, wirksam, günstig, verantwortungsvoll: Warum ODA für globale Gesundheit entscheidend ist

V.i.S.d.P. : Michael Kuhnert

Autorenschaft und Redaktion: Tilman Rüppel, Joachim Rüppel

Grafik-Design: Tilman Rüppel, Joachim Rüppel

04. Juni 2025

Medmissio

Hermann-Schell-Straße 7

97074 Würzburg

Tel. +0931-80 48 539

Fax +0931-80 48 530

E-Mail: [gf@medmissio.de](mailto:gf@medmissio.de)

LIGA Bank eG

IBAN DE 58 7509 0300 0003 0065 65

BIC GENO DE F1 M05

Besuchen Sie unsere Homepage:

[www.medmissio.de](http://www.medmissio.de)