

Die öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens und die Senkung der Kindersterblichkeit als zentrale Priorität für eine nachhaltige Entwicklung

Die dringende Notwendigkeit, die ODA-Zuschüsse für den Gesundheitssektor parallel zu den inländischen öffentlichen Finanzierungsbemühungen drastisch zu erhöhen, um Todesfälle in den ersten Lebensjahren zu verhindern und das SDG 3.2 zu erreichen

Joachim Rüppel, Tilman Rüppel

Oktober 2026

Öffentliche Gesundheitsfinanzierung und Kindersterblichkeit: Zusammenfassung

Forschungsziel

Eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben und dem Risiko, in den ersten fünf Lebensjahren zu sterben, mit dem Ziel, den Ressourcenbedarf für die Erreichung des SDG 3.2 auf der Grundlage realer Bedingungen abzuschätzen

Methodischer Ansatz und wesentliche Ergebnisse

- Die öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens – bestehend aus den gesundheitsspezifischen Inlandsausgaben der Regierungen und den im Rahmen der öffentlichen Entwicklungshilfe (ODA) bereitgestellten Zuschüssen – ist ein entscheidender Faktor für die Kindersterblichkeit, insbesondere in Ländern mit niedrigem Einkommen
- Eine vergleichende Analyse von Ländern in Subsahara-Afrika – nämlich jene mit den real niedrigsten öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen – die die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Epidemien als einen wesentlichen Faktor bei der Finanzierung berücksichtigt, liefert aussagekräftige und repräsentative Erkenntnisse
- Entschlossene, aber dennoch maßvolle Anstrengungen der nationalen Regierungen in Verbindung mit der Zusammenarbeit der Länder mit hohem Einkommen zur Mobilisierung zusätzlicher Mittel für das Gesundheitswesen in Höhe von 1,2 Prozent bzw. 0,12 Prozent des BIP bis 2031 könnten den Rückgang der Kindersterblichkeit so stark beschleunigen, dass das SDG 3.2 im Laufe des kommenden Jahrzehnts selbst in den am stärksten benachteiligten Ländern erreicht werden könnte

Öffentliche Finanzierung für Gesundheit und Kindersterblichkeit: Eine dringende Priorität für die menschliche Entwicklung und soziale Gerechtigkeit

Forschungsfrage

Um wieviel müssen die öffentlichen Mittel für das Gesundheitswesen aufgestockt werden, um die Kindersterblichkeit in benachteiligten Ländern auf unter 25 pro 1.000 Lebendgeburten zu senken, wie in SDG 3.2 festgelegt?

Warum das wichtig ist

- Die Tatsache, dass es uns nicht gelingt, die unverhältnismäßig hohen Sterberisiken in den ersten Lebensjahren zu überwinden, stellt eine inakzeptable Menschenrechtsverletzung dar
- Trotz erheblicher weltweiter Fortschritte konzentrieren sich vermeidbare Todesfälle bei Kindern nach wie vor auf Länder mit niedrigem Einkommen und struktureller Anfälligkeit
- Vergangene Finanzierungstrends liefern wertvolle Erkenntnisse für die Schätzung der notwendigen Ressourcen, um die Fortschritte bei der Erreichung des SDG 3.2 zu beschleunigen
- Ein Verständnis der historischen Zusammenhänge zwischen der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung und dem Überleben von Kindern kann bei der Entwicklung aktueller und zukünftiger Strategien zur Mobilisierung ausreichender Ressourcen hilfreich sein

Weltweite Verteilung der öffentlichen Mittel für das Gesundheitswesen

Argument

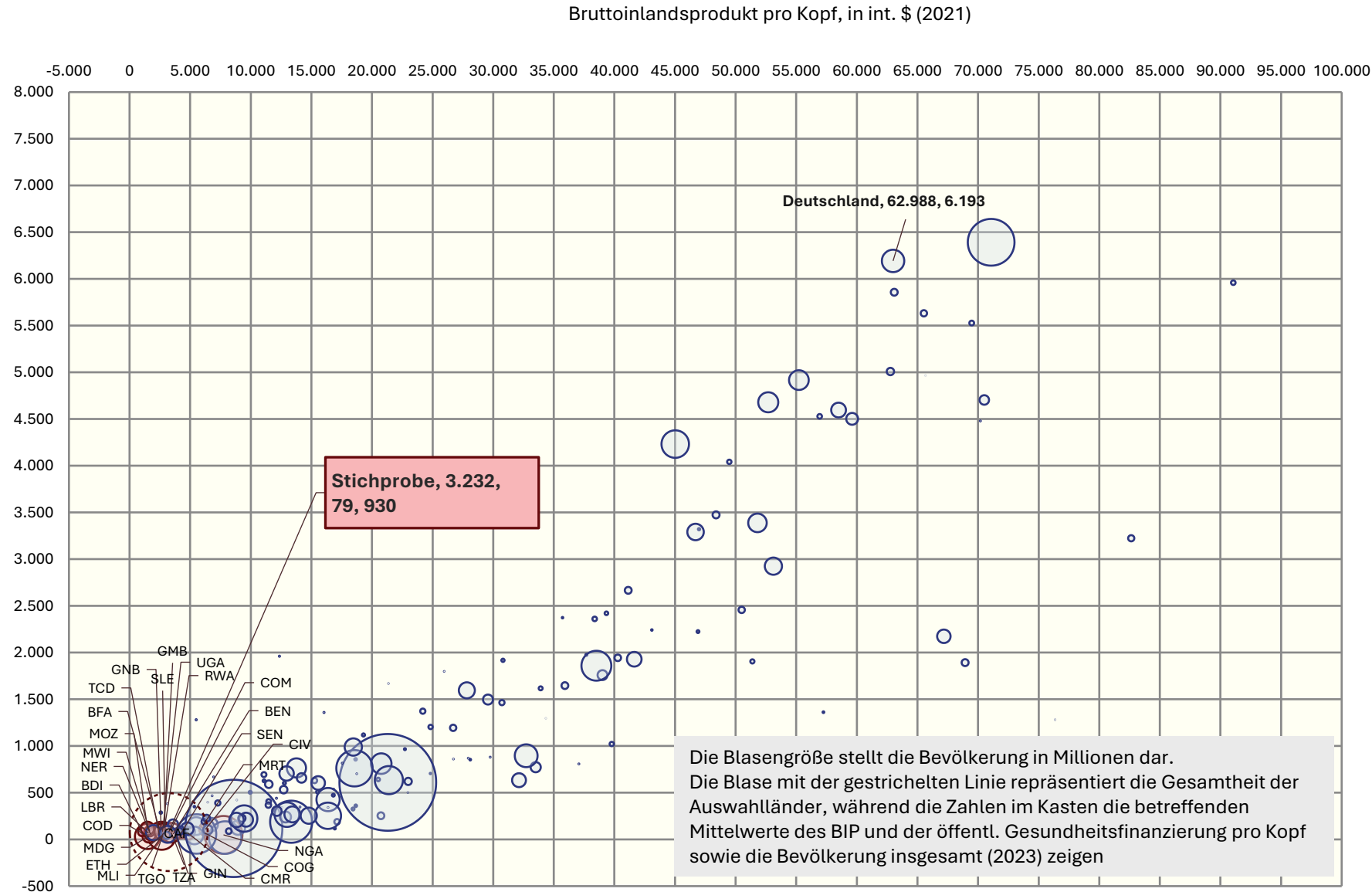
Die Länder unterscheiden sich erheblich in ihrer Fähigkeit, öffentliche Finanzmittel für das Gesundheitswesen aufzubringen

Kernaussagen

- Die wirtschaftliche Entwicklung hat erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens
- Die finanziellen Missverhältnisse im Gesundheitsbereich sind weitaus ausgeprägter als die Einkommensgegensätze zwischen den Ländern
- Selbst unter Berücksichtigung der öffentlichen Entwicklungshilfe (ODA) stehen einkommensschwachen Ländern zu wenig öffentliche Mittel zur Verfügung, um einen effektiven Zugang zu essenziellen Gesundheitsleistungen zu gewährleisten

Grafik 1: Öffentliche Gesundheitsfinanzierung einschließlich inländischer Beiträge und ODA-Zuschüsse pro Kopf im Jahr 2022 im Verhältnis zum BIP mit Darstellung der Bevölkerungsgröße, in internationalen US-Dollar (2021), 180 Länder mit vollständigen Daten

Gesamte Öffentl. Gesundheitsfinanzierung (Inländ. Reg.-Ausgaben + ODA-Zuschüsse) in 2022 in int. \$ (2021) pro Kopf



Diese Grafik zeigt die Pro-Kopf-Werte der beiden wichtigsten Faktoren, die die wirtschaftliche Fähigkeit zur Finanzierung des Gesundheitswesens aus öffentlichen Mitteln bestimmen, und zwar für das jüngste Jahr, für das alle erforderlichen Daten vorliegen: das Bruttoinlandsprodukt (BIP) und die öffentlichen Finanzmittel für Gesundheit, die sowohl die inländische Gesundheitsfinanzierung durch den Staat als auch die im Rahmen der öffentlichen Entwicklungshilfe (ODA) bereitgestellten Zuschüsse für das Gesundheitswesen umfassen. Alle Finanzindikatoren sind in konstanten internationalen Dollar (Basisjahr 2021) angegeben, um die Vergleichbarkeit zwischen Ländern und Jahren zu gewährleisten.

Das Verteilungsmuster zeigt einen deutlichen Trend zu steigenden Anteilen der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung am BIP bei höherem Pro-Kopf-Einkommen, selbst wenn Länder mit geringerem BIP zusätzlich zur nationalen Finanzierung aus Steuern und Sozialbeiträgen internationale Mittel erhalten. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen erreichte dieser Prozentsatz im Durchschnitt nie 3 Prozent (2,8 % im Zeitraum 2020–21 während der COVID-19-Krise), während er in Ländern mit hohem Einkommen bei fast 8 Prozent lag und diesen Wert dort während der Pandemiebekämpfung sogar überschritten hat. Somit ist die Verteilung der Mittel für die Finanzierung lebenswichtiger Gesundheitsleistungen deutlich ungleicher als die Einkommensverteilung.

Die Blase mit der gepunkteten Linie stellt die Stichprobe der 28 Länder südlich der Sahara dar, deren öffentliche Gesundheitsausgaben im Zeitraum 2000–2022 im Durchschnitt weniger als 100 int. \$ pro Kopf und Jahr betrugen.

Auswahl vergleichbarer Länder

Argument

Um den Finanzierungsbedarf für die Erreichung von Gesundheitszielen abzuschätzen, sollten Länder mit ähnlichen epidemiologischen und strukturellen Gegebenheiten untersucht werden

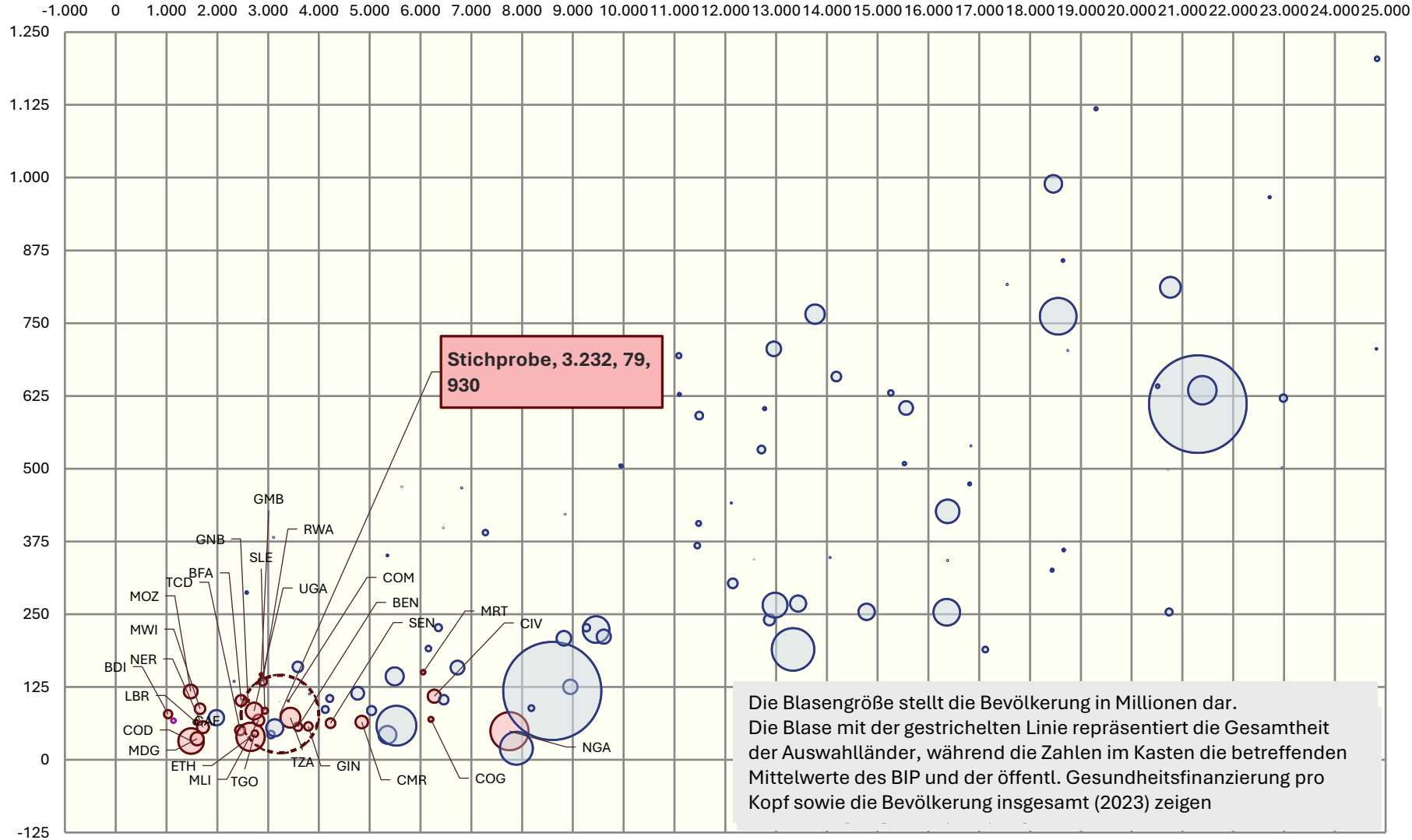
Kernaussagen

- Vergleichbare epidemiologische und sozioökonomische Rahmenbedingungen erhöhen die Aussagekraft der quantitativen Analyse
- Der Schwerpunkt liegt auf wirtschaftlich benachteiligten Ländern mit dem größten Bedarf an internationaler Zusammenarbeit
- Ermittlung der 28 Länder südlich der Sahara, in denen die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Zeitraum 2000–2022 unter 100 int. \$ (2021) pro Kopf und Jahr lagen
- Diese Gruppe umfasst die Länder, die bei SDG 3.2 den größten Rückstand aufweisen (darunter 11 Länder mit 51 % der Stichprobenbevölkerung, in denen die Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren 75 pro 1.000 überstieg, was mehr als dem Dreifachen des SDG-3.2-Ziels entspricht)

Grafik 2: Öffentliche Gesundheitsfinanzierung einschließlich inländischer Beiträge und ODA-Zuschüsse pro Kopf im Jahr 2022 im Verhältnis zum BIP mit Darstellung der Bevölkerungsgröße, in int. Dollar (2021), Länder mit BIP pro Kopf unter 25,000 int. \$

Gesamte Öffentl. Gesundheitsfinanzierung (Inländ. Reg.-Ausgaben + ODA-Zuschüsse) in 2022 in int. \$ (2021) pro Kopf

Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, in int. \$ (2021)



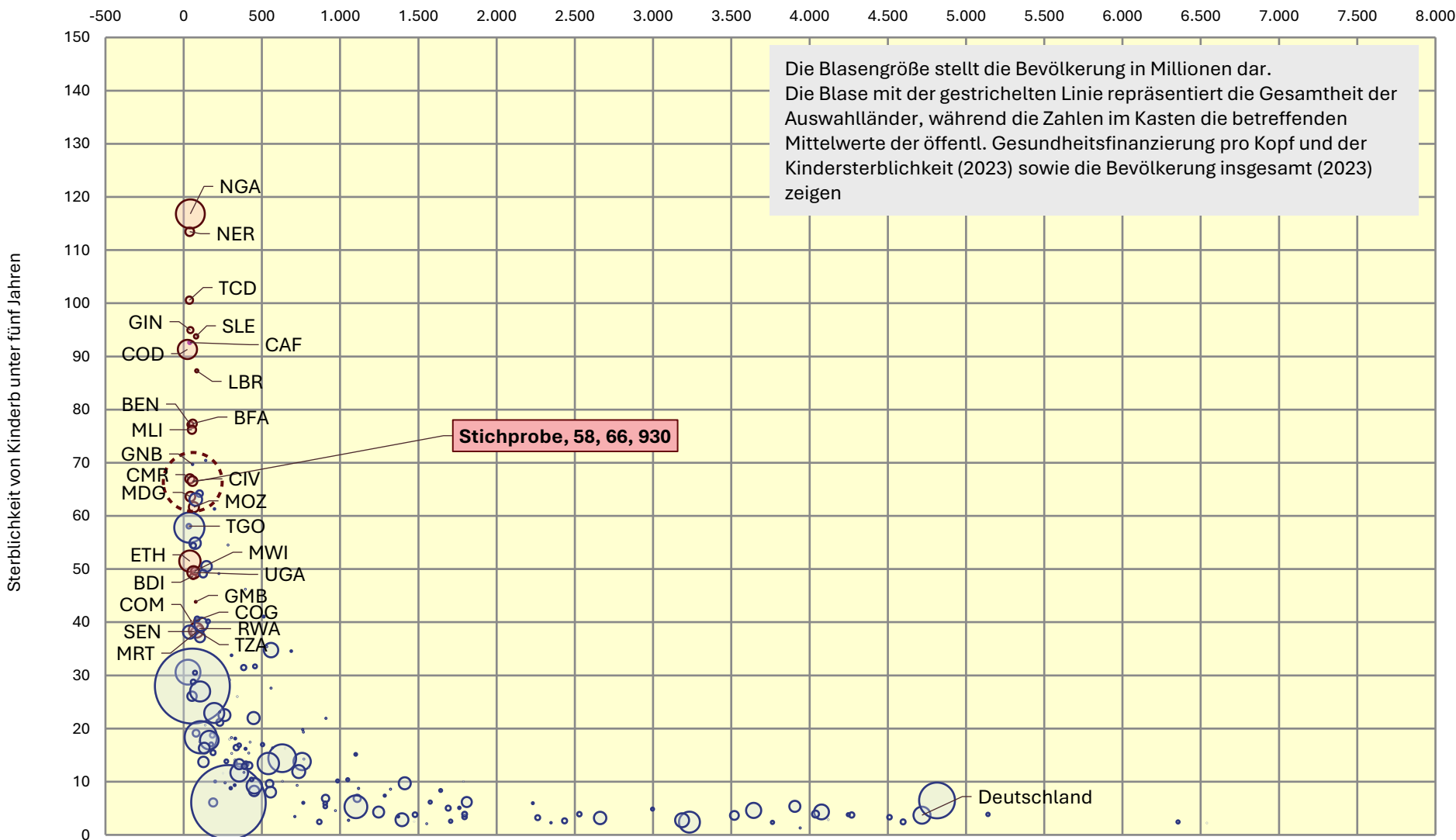
Dieses Diagramm zeigt einen Ausschnitt aus der vorangegangenen Grafik, wobei der Schwerpunkt auf Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen liegt. Dadurch lassen sich die ausgewählten Länder, die im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen der Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben und der Kindersterblichkeit als Schlüsselindikator für Gesundheitsergebnisse untersucht werden, leichter identifizieren.

Die Stichprobe umfasst 28 Länder, in denen die öffentlichen Gesundheitsausgaben zwischen 2000 und 2022 im Durchschnitt unter 100 internationalen Dollar pro Kopf lagen. Um die Auswirkungen der differierenden sozialen und wirtschaftlichen Gesundheitsdeterminanten, die zu erheblichen Unterschieden im Bedarf an finanziellen Ressourcen führen, so gering wie möglich zu halten, konzentriert sich die Analyse auf Länder in Subsahara-Afrika. Von wenigen Ausnahmen abgesehen handelt es sich dabei um die weltweit ärmsten Länder.

Länder mit einem höheren Niveau der Gesundheitsfinanzierung wurden nicht berücksichtigt, da ihre geringere Anzahl die Repräsentativität der Daten beeinträchtigt hätte.

Grafik 3: Das Risiko eines vorzeitigen Todes im globalen Kontext: Kindersterblichkeit im Jahr 2023 im Verhältnis zu den öffentlichen Gesundheitsausgaben einschließlich inländischer Beiträge und ODA-Zuschüsse pro Kopf für den Zeitraum 2000–2022 in int. Dollar (2021)

Öffentliche Gesundheitsfinanzierung, jährlicher Mittelwert pro Kopf in int. \$ (2021)

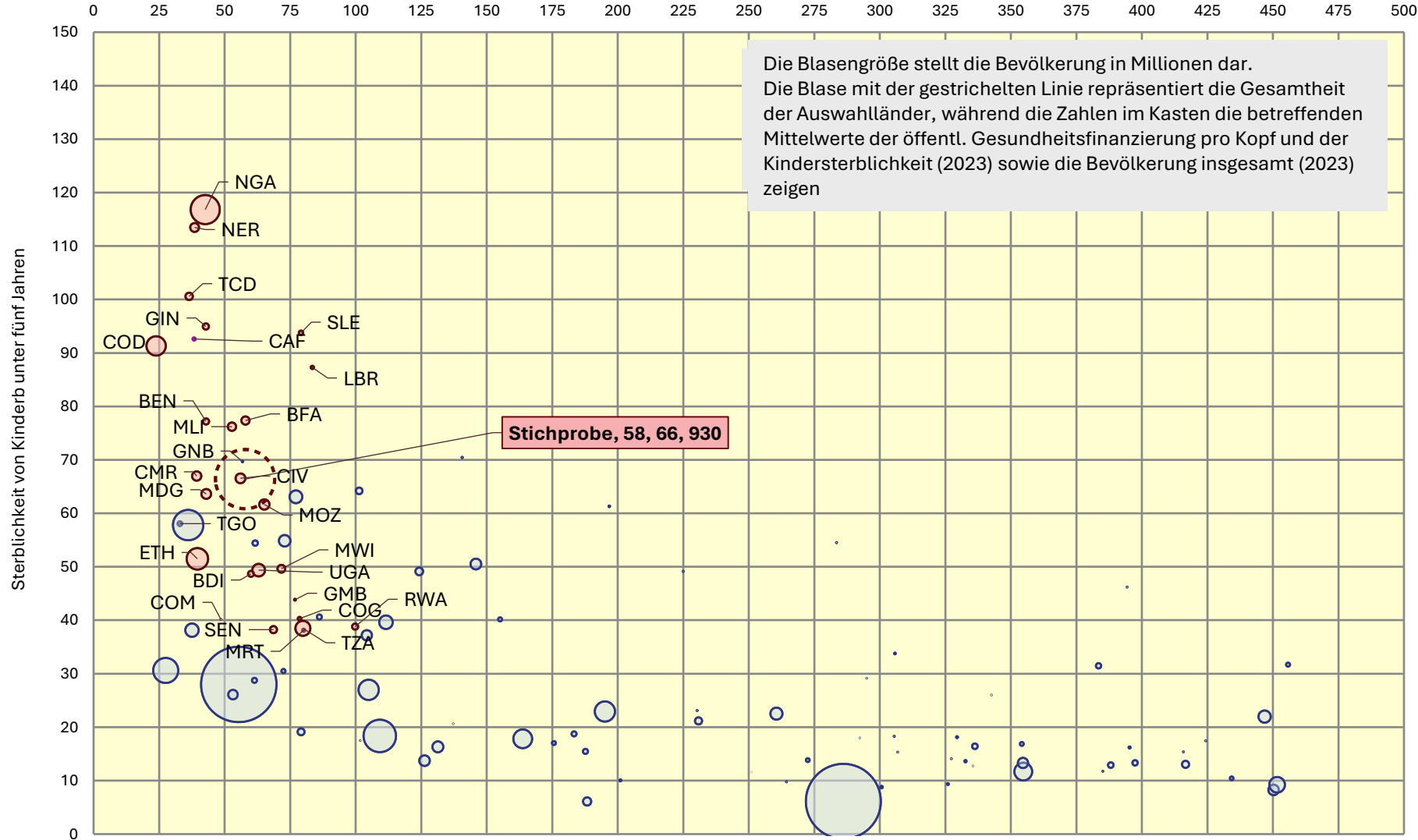


Diese Grafik untersucht den Zusammenhang zwischen den öffentlichen Mitteln für das Gesundheitswesen und der Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren¹ in allen 180 Ländern. Es zeigt sich deutlich, dass öffentliche Mittel ein entscheidender Faktor sind, um Fortschritte bei der Verbesserung der Überlebensraten in den frühesten Lebensphasen zu erzielen. Im Jahr 2023 gab es weltweit 27 Länder, in denen die Kindersterblichkeitsrate immer noch über 50 pro 1.000 Lebendgeburten lag – das ist doppelt so hoch wie der in SDG 3.2 festgelegte Höchstwert. Davon ist die Mehrheit – nämlich 18 Länder – in der Stichprobe enthalten. Darüber hinaus weisen vier Länder südlich der Sahara, die in höhere Kategorien der Gesundheitsfinanzierung fallen, Kindersterblichkeitsraten auf, die diesen Wert übersteigen. Nur fünf Länder, die sich in dieser kritischen Lage befinden, liegen außerhalb von Subsahara-Afrika (einschließlich des Sudans auf dem afrikanischen Kontinent). Der Zusammenhang wird noch deutlicher, wenn man sich die Länder mit den höchsten Sterberisiken bei Kindern unter fünf Jahren ansieht. Alle elf Länder, in denen die Kindersterblichkeit nach wie vor bei über 75 pro 1.000 liegt, sind in der Stichprobe enthalten. Andererseits sind selbst die Länder der Stichprobe mit den günstigsten Kindersterblichkeitsraten von etwa 40 pro 1.000 Lebendgeburten noch weit davon entfernt, das Ziel zu erreichen.

¹ Im Folgenden werden die Begriffe „Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren“ und „Kindersterblichkeit“ synonym verwendet.

Grafik 4: Kindersterblichkeit im Jahr 2023 im Verhältnis zu den öffentlichen Gesundheitsausgaben für den Zeitraum 2000–2022 in int. Dollar (2021) mit dem Schwerpunkt auf den besonders benachteiligten Ländern

Öffentliche Gesundheitsfinanzierung, jährlicher Mittelwert pro Kopf in int. \$ (2021)



Diese Darstellung der vorangegangenen Grafik, die sich auf das wirtschaftlich benachteiligte Segment konzentriert, ermöglicht eine genauere Betrachtung der Situation in den ausgewählten Ländern hinsichtlich der Schlüsselvariablen und ihrer Wechselbeziehungen. Darüber hinaus werden die einfachen Mittelwerte der öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf und der Kindersterblichkeit sowie die Gesamtbevölkerung der Auswahlländer dargestellt.

Dies zeigt deutlich, dass die internationale Gemeinschaft – unter Berücksichtigung universeller Grundsätze wie dem, niemanden zurückzulassen und die verheerendsten Ungleichheiten zu überwinden – diesen Ländern hohe Priorität einräumen und ihnen dabei helfen sollte, die Fortschritte bei der Überwindung der unerträglichen Sterberisiken insbesondere für die jüngsten Mitglieder der Gesellschaft, deutlich zu beschleunigen.

Die Kindersterblichkeitsraten verdeutlichen die Fortschritte, die die jeweiligen Gesundheitssysteme insgesamt erzielen konnten. Das Unvermögen, das Überleben der am stärksten gefährdeten Altersgruppe zu sichern, unterstreicht die Dringlichkeit einer deutlichen Verstärkung der finanziellen Anstrengungen. Andererseits wird sich die Kindergesundheit nur dann nachhaltig verbessern, wenn es uns gelingt, die wesentlichen Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen auszubauen.

Öffentliche Gesundheitsfinanzierung und Kindersterblichkeit

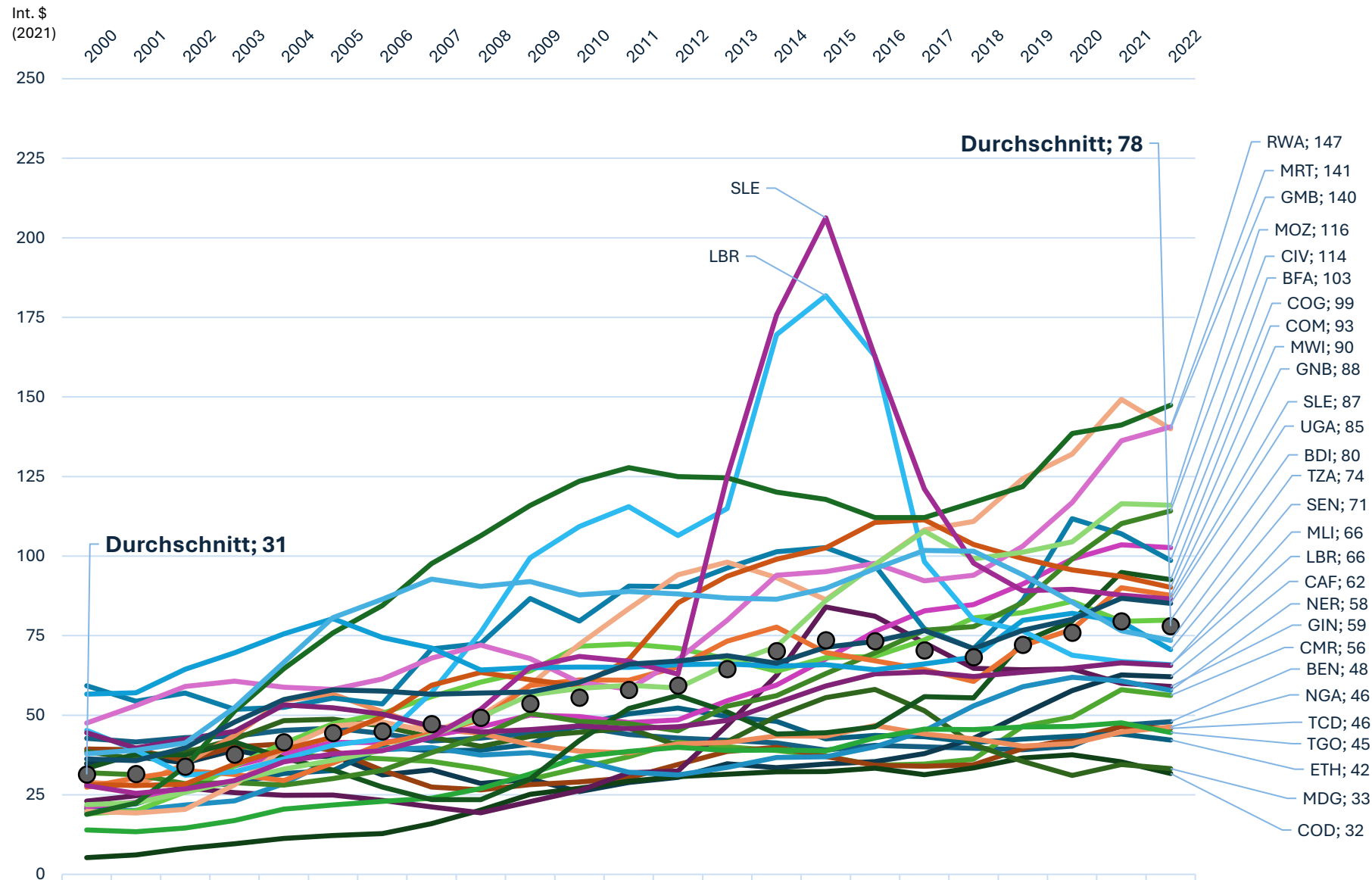
Argument

Ein höheres Niveau der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung geht mit einer besseren Überlebensrate von Kindern einher

Kernaussagen

- Länder mit sehr geringer öffentlicher Finanzierung weisen die höchste Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren auf
- Umgekehrt korreliert eine höhere Finanzierung im allgemeinen mit einer niedrigeren Sterblichkeit bei Kindern unter fünf Jahren
- Dieser Zusammenhang ist bei den Kategorien mit der geringsten Ressourcenausstattung für den Gesundheitsbereich besonders ausgeprägt
- Die Wirkung bestimmter Finanzierungsbeträge für das Gesundheitswesen auf die Kindersterblichkeit stellt einen zentralen Parameter für die Schätzung der Ressourcen dar, die zur Bereitstellung angemessener Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen erforderlich sind

Grafik 5: 3-Jahres-Gleitender Durchschnitt der öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf in internationalen US-Dollar (2021), einschließlich inländischer staatlicher Mittel und ODA-Zuschüssen, Länder in Afrika südlich der Sahara mit Beträgen unter 100 int. \$ pro Kopf

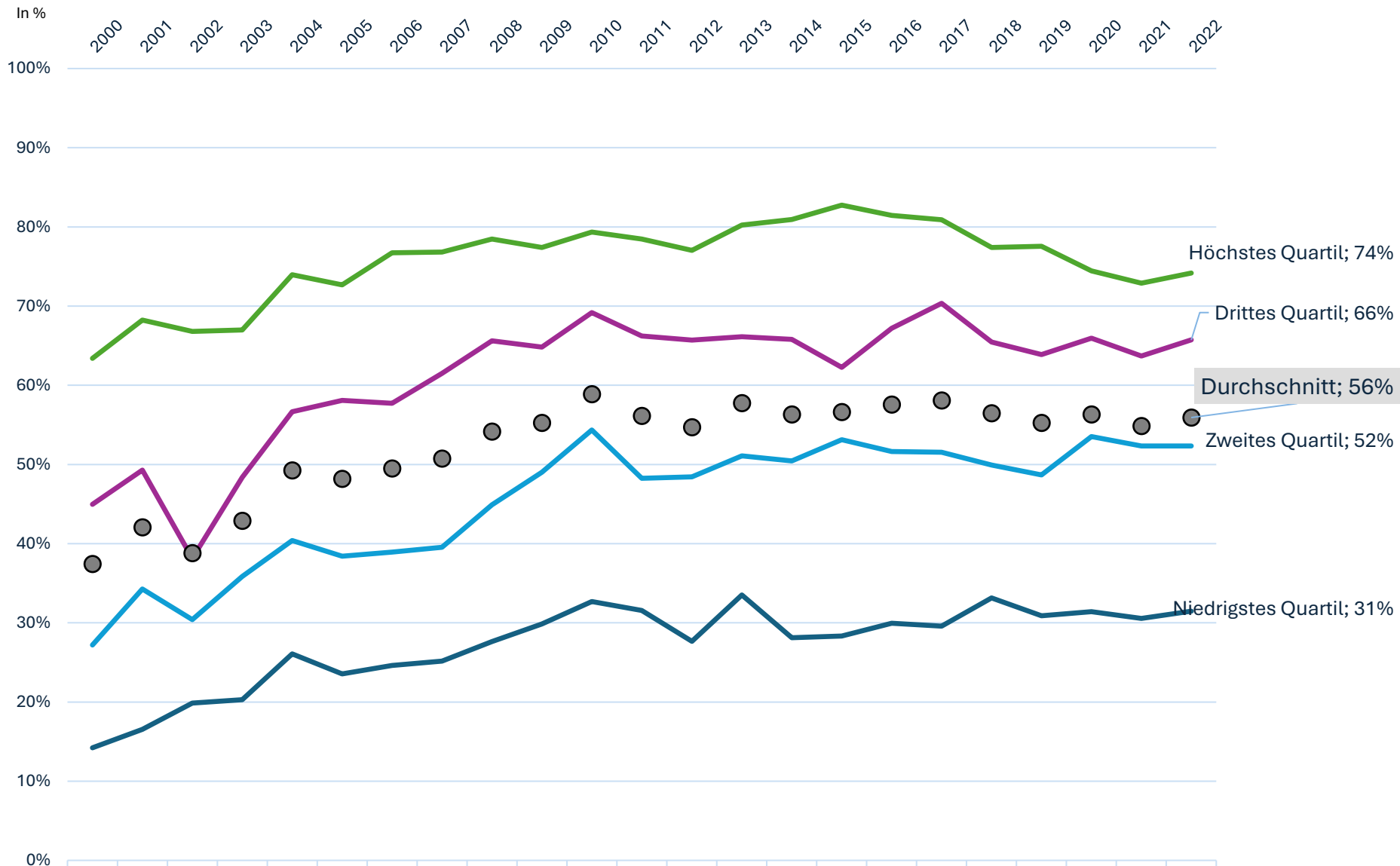


Anhand dieser Grafik lässt sich die Entwicklung der öffentlichen Finanzmittel beobachten, die aus inländischen und internationalen Quellen in jedem der untersuchten Länder bereitgestellt wurden; zudem wird die Entwicklung der einfachen Durchschnittswerte für die Stichprobe insgesamt dargestellt.

Im Durchschnitt haben sich die Pro-Kopf-Ausgaben im Betrachtungszeitraum mehr als verdoppelt, wobei der Großteil des Anstiegs – etwa zwei Drittel – im ersten Jahrzehnt zu verzeichnen war. Während sich die Bandbreite der Gesundheitsausgaben bis zum Beginn des zweiten Jahrzehnts vergrößerte, verringerte sie sich anschließend bis zum Ausbruch der COVID-19-Pandemie leicht.

Die kurzlebigen Spitzenwerte in den Jahren 2014 und 2015 standen im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur Bekämpfung des Ebola-Ausbruchs in Sierra Leone und Liberia, die vor allem durch ODA-Beiträge getragen wurden, deren Anteil 90 % erreichte und sogar überstieg.

Grafik 6: ODA-Zuschüsse für Gesundheit als Prozentsatz der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben, Mittelwert und nach Quartilen des ODA-Anteils pro Jahr



Der Anteil der ODA-Zuschüsse an der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung stieg bis 2010 in allen Quartilen erheblich an. Im Durchschnitt lag er zwischen 55 und 60 Prozent, nachdem er zuvor weniger als 40 Prozent des Gesamtvolumens ausgemacht hatte. Seit 2009 machen die ODA-Zuschüsse in mindestens 17 der 28 untersuchten Länder mehr als die Hälfte der gesamten öffentlichen Gesundheitsfinanzierung aus.

Andererseits zeigen die prozentualen Werte der Quartile die großen Unterschiede zwischen den Ländern. In den unteren Quartilen ist im ersten Jahrzehnt ein deutlicher Aufwärtstrend zu beobachten, was die Bedeutung der ODA-Beiträge für die öffentliche Gesundheitsfinanzierung in den am stärksten benachteiligten Ländern unterstreicht.

Der Beitrag der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit

Argument

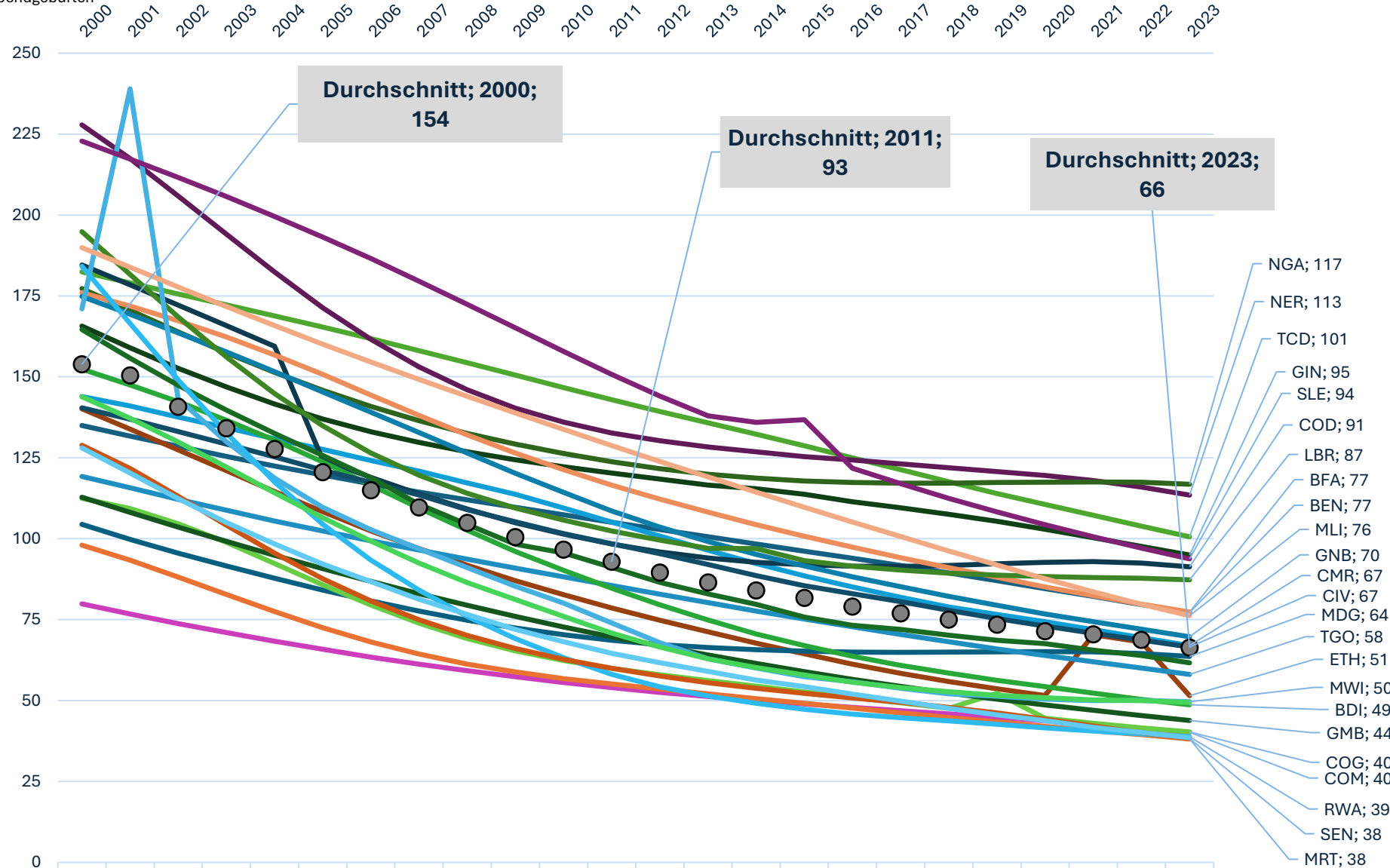
Sowohl die inländische Finanzierung als auch ODA-Zuschüsse bilden wesentliche Bestandteile der öffentlichen Finanzierung des Gesundheitswesens in wirtschaftlich benachteiligten Ländern

Kernaussagen

- Die öffentliche Entwicklungshilfe (ODA) ist besonders wichtig für Länder, deren Möglichkeiten zur Mobilisierung inländischer Ressourcen sehr begrenzt sind
- In den 2000er Jahren stellte die öffentliche Entwicklungshilfe (ODA) die wichtigste Quelle für zusätzliche Finanzmittel im Gesundheitsbereich für bedürftige Länder dar, während danach die staatlichen Ausgaben aus inländischen Steuern und Abgaben an Bedeutung gewannen

Grafik 7: Kindersterblichkeit, beide Geschlechter, Länder südlich der Sahara im Zeitraum 2000–2023

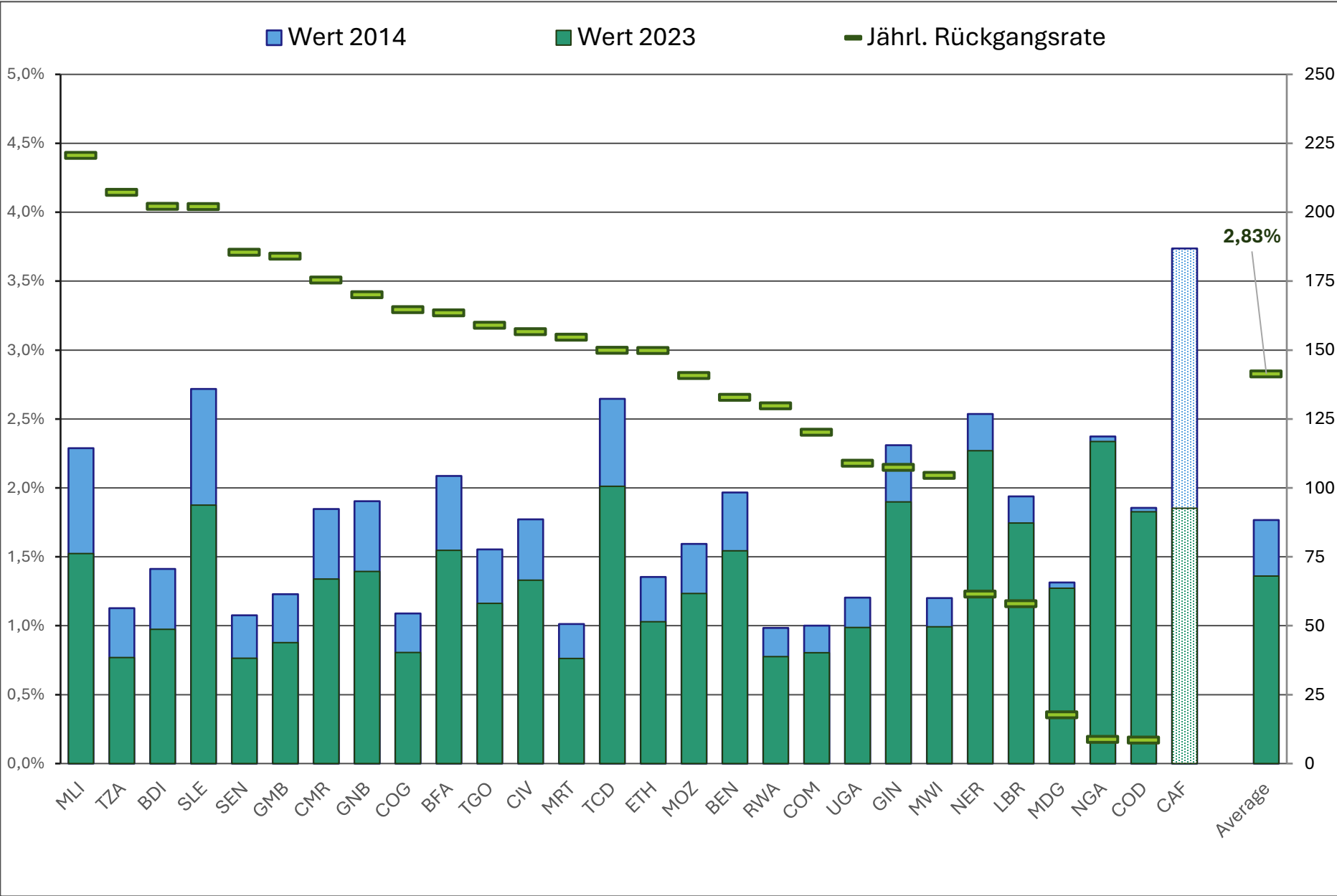
Todesfälle
pro 1.000
Lebendgeburten



Diese Grafik zeigt die Entwicklung der Sterblichkeit bei Kindern unter fünf Jahren von 2000 bis 2023 für die 28 Länder-Stichprobe. Im Durchschnitt lag die jährliche Rückgangsrage in der ersten Phase bis 2010 bei 4,5 Prozent, während sie sich in der zweiten Phase von 2011 bis 2019 auf 2,9 Prozent verlangsamte. Das stimmt überein mit der Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung, weil in der ersten Phase nahezu eine Verdopplung der Pro-Kopf-Beträge zu beobachten war, während diese in der zweiten Phase um kaum ein Fünftel anwuchs.

Dass ein rascher Anstieg der finanziellen Mittel mit einem schnelleren Rückgang der Kindersterblichkeit einhergeht, zeigt sich auch in vielen einzelnen Ländern. Mit einem durchschnittlichen jährlichen Rückgang der Sterblichkeit um 10,1 % pro Jahr (von 184 auf 63 pro 1.000) erreichte Ruanda zwischen 2000 und 2010 die mit Abstand größten Fortschritte bei der Verbesserung der Überlebenschancen der Kleinkinder. In dieser Zeit wuchsen die öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit um das siebeneinhalbfache von 17 auf 127 int. \$. In den Folgejahren bis zum Ausbruch der Corona-Krise stagnierte die Gesundheitsfinanzierung und die Kindersterblichkeit sank nur noch um 3,8% pro Jahr. Ein ähnlicher Trend, wenngleich auf wesentlich niedrigerem Niveau lässt sich in der Dem. Rep. Kongo beobachten (Reduktion der Kindersterblichkeit um 5,8 und 0,8 %). Die Verlangsamung der Fortschritte bei der Kindergesundheit hing auch in diesem Fall wahrscheinlich mit der ausgebliebenen Steigerung der Gesundheitsausgaben zusammen, doch dürften auch die Verschlechterung der Rahmenbedingungen in Bezug auf Armut regionale Ungleichheit, ungenügenden Zugang zu Bildung und bewaffnete Konflikte eine Rolle gespielt haben.

Grafik 8: Kindersterblichkeit in den besonders benachteiligten Ländern südlich der Sahara im Zeitraum 2014–2023



Diese Grafik zeigt die Entwicklung der Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren in den ausgewählten Ländern für den Zehnjahreszeitraum 2014 bis 2023. Die Säulen stellen den Anfangs- und Endpunkt dar, während die Balkenmarkierungen die durchschnittlichen Rückgangsraten pro Jahr anzeigen. Die Berechnungen basieren auf den Daten, die von der Interinstitutionellen Gruppe der Vereinten Nationen zur Schätzung der Kindersterblichkeit (UN IGME) im März 2026 veröffentlicht wurden.

Die Tatsache, dass die durchschnittliche Kindersterblichkeit derzeit mehr als zweieinhalb Mal so hoch ist wie in SDG 3.2 vorgesehen, unterstreicht die Notwendigkeit einer drastischen Intensivierung der Bemühungen, um dieses entscheidende Ziel möglichst bald zu erreichen. In 11 der betrachteten Länder belief sich 2023 die Kindersterblichkeit auf mehr als 75 pro 1.000 Lebendgeburt, d. h. sie war mehr als dreimal so hoch wie das angestrebte Ziel. Daher müssen sowohl die nationalen Regierungen als auch die wirtschaftlich privilegierten Staaten dringend zusätzliche Ressourcen mobilisieren, um diese verhängnisvolle Finanzierungslücke zu schließen.

Aufgrund der Unsicherheit der Datenlage ist die Zentralafrikanische Republik mit gepunkteten Säulen dargestellt.

Wesentliche Entwicklungstrends der Kindersterblichkeit

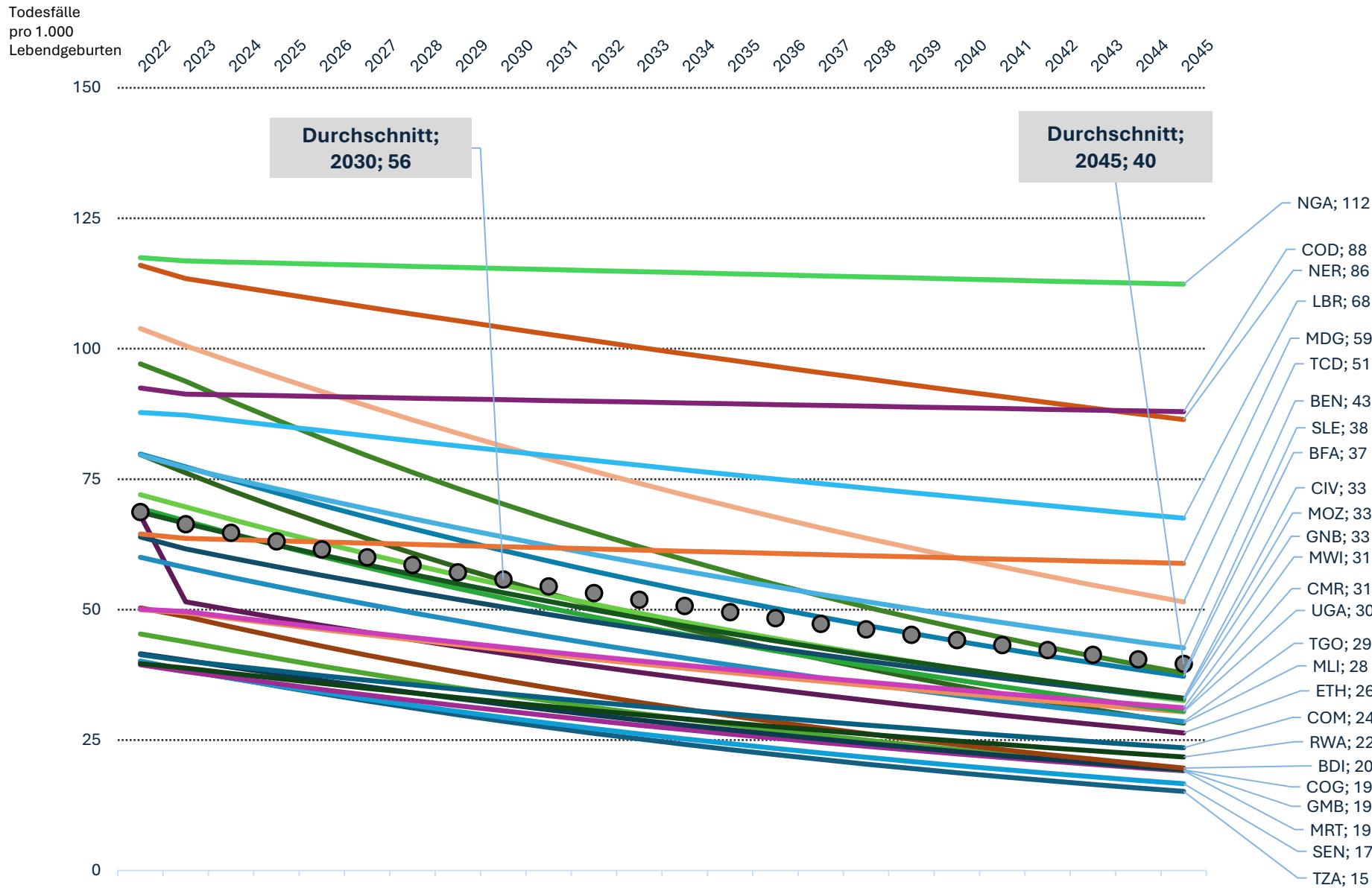
Argument

Die Kindersterblichkeit sank schneller, wenn die öffentlichen Mittel für das Gesundheitswesen deutlich erhöht wurden

Kernaussagen

- Im Allgemeinen verzeichneten Länder, in denen die öffentlichen Mittel nachhaltig aufgestockt wurden, einen stärkeren Rückgang der Sterblichkeitsraten
- In der Anfangsphase bis zum Jahr 2010, als die öffentlichen Mittel am stärksten aufgestockt wurden, konnten die größten Fortschritte erzielt werden
- Die Verbesserung der Überlebenschancen von Kindern könnte auch von Investitionen in relevante Bereiche außerhalb des Gesundheitswesens sowie von politischer Stabilisierung begünstigt worden sein
- Langfristige Investitionen scheinen unerlässlich zu sein

Grafik 9: Projektion der Kindersterblichkeit für den Zeitraum 2024–2045 auf der Grundlage des 10-Jahres-Trends 2014–2023



Diese Grafik bestätigt die im vorigen Abschnitt gezogene Schlussfolgerung, nämlich dass praktisch keines der untersuchten Länder das SDG 3.2 rechtzeitig erreichen wird, sofern keine erheblichen Anstrengungen unternommen werden, um die Überlebenschancen von Kindern zu verbessern. Sollten sich die aktuellen Trends fortsetzen, könnten bis 2040 – also ein Jahrzehnt nach Ablauf des SDG-Zeitraums – nur sieben der 28 Länder das Ziel erreichen. Die durchschnittliche Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren in den untersuchten Ländern würde bis Mitte des nächsten Jahrzehnts bei 50 pro 1.000 liegen – das ist doppelt so hoch wie der in der Agenda 2030 festgelegte Höchstwert. Dies wäre ein schreckliches Versagen der internationalen Gemeinschaft und das ausgerechnet bei einer der verheerendsten und unumkehrbarsten Folgen der Ungerechtigkeit.

Dennoch könnten wir die Fortschritte enorm beschleunigen, wenn wir diesem Thema höchste Priorität einräumen und alle notwendigen Maßnahmen ergreifen, um dieses zentrale Ziel der Agenda 2030 zu erreichen. Damit könnten wir Millionen Kleinkindern das Leben retten und zugleich könnte dies als Inspiration für die Menschheit dienen, sich dafür einzusetzen, auch andere große Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen. Man sollte bedenken, dass im Jahr 2024 allein in den 28 untersuchten Ländern über 2,4 Millionen Kinder unter fünf Jahren starben, was mehr als 52 Prozent der weltweiten Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren ausmachte – ein deutlicher Anstieg gegenüber 34 Prozent im Jahr 2000.

Projektion der Kindersterblichkeit bis 2045

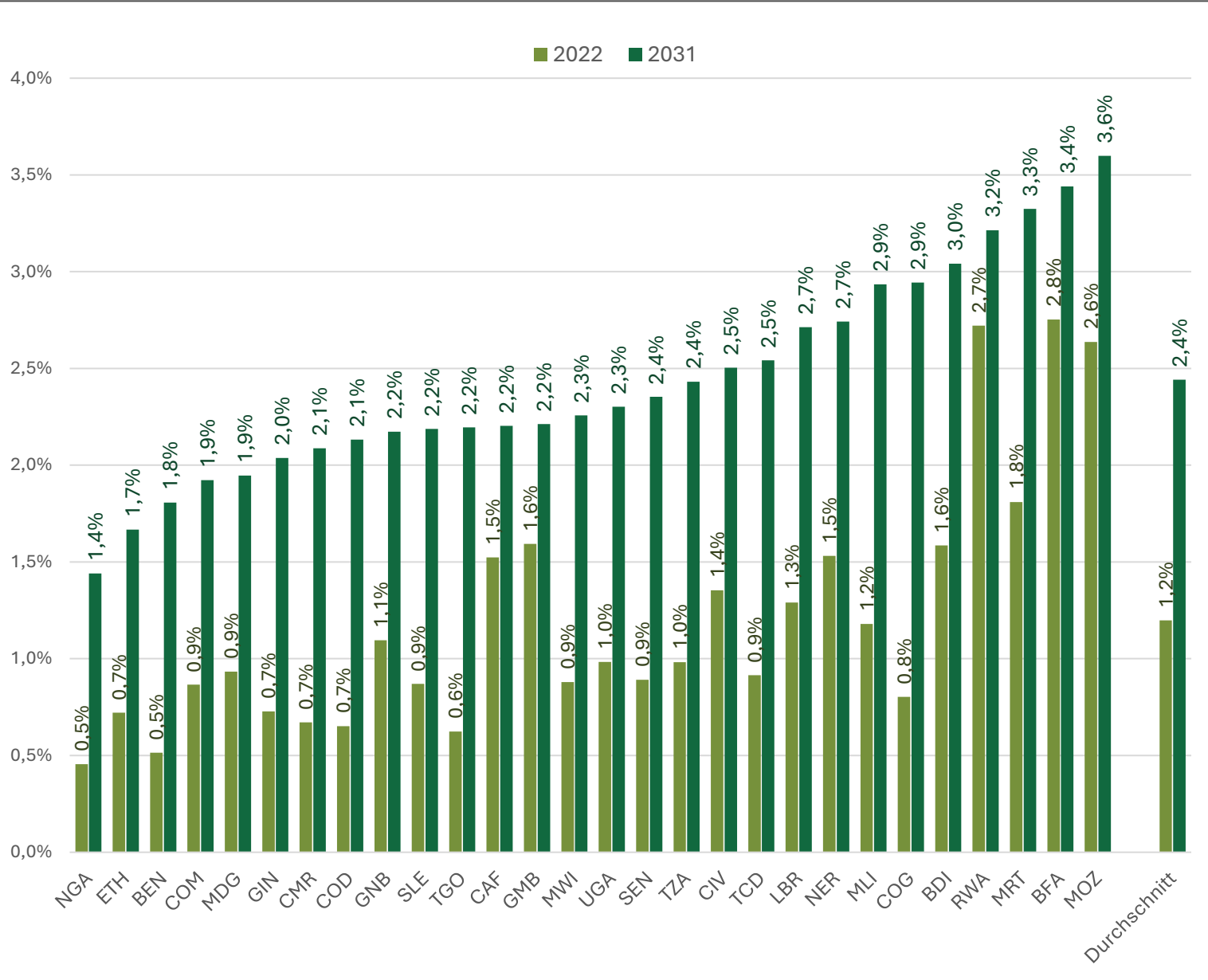
Argument

Die derzeitigen Fortschritte reichen bei weitem nicht aus, um das SDG-Ziel 3.2 in den Ländern mit den niedrigsten öffentlichen Gesundheitsausgaben in Subsahara-Afrika zu erreichen

Kernaussagen

- Bis 2045 – also nach weiteren 15 Jahren – werden nur 8 der 28 Länder SDG 3.2 erreichen können, wenn sich die aktuellen Trends fortsetzen
- Im Durchschnitt würden in diesen Ländern dann immer noch 40 von 1.000 Kindern vor ihrem fünften Geburtstag sterben, und in sechs Ländern läge diese Zahl bei über 50 von 1.000
- Um schnellere Fortschritte zu erzielen, sind deutlich verstärkte Anstrengungen zur Verbesserung der Überlebenschancen von Kindern erforderlich, insbesondere was die finanziellen Mittel betrifft

Grafik 10: Ambitionierte Bemühungen zur Steigerung der gesamtstaatlichen Gesundheitsausgaben als Prozentsatz des BIP in Ländern Subsahara-Afrikas, in denen die durchschnittlichen öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf im Zeitraum 2000–2022 unter 100 int. \$ (2021) lagen



Handlungsorientierte Forschung kann dazu beitragen, zu ermitteln, welcher finanzielle Beitrag realistischerweise von zusätzlichen Anstrengungen der nationalen Regierungen zur Mobilisierung inländischer Ressourcen erwartet werden kann. Wir untersuchen daher beide Möglichkeiten zur Mobilisierung weiterer öffentlicher Mittel für den Gesundheitssektor, nämlich die Erhöhung der staatlichen Einnahmen im Verhältnis zum BIP und die stärkere Priorisierung des Gesundheitssektors bei den staatlichen Ausgaben. Für diese Parameter beabsichtigen wir, eine Schätzung sowohl der zu erreichenden Endwerte als auch der jeweiligen jährlichen Wachstumsraten zu erstellen.

Der Zeitraum 2012–2019 dient als Bezugsperiode für die Schätzung der staatlichen Einnahmen, die in den kommenden Jahren erzielt werden könnten, um mögliche Verzerrungen durch gravierende Krisenbedingungen zu vermeiden. Was den erwarteten Anteil der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen betrifft, stellt die Reaktion auf die COVID-19-Pandemie einen äußerst relevanten Präzedenzfall für die Untersuchung des potenziellen fiskalischen Spielraums zur Mobilisierung zusätzlicher Mittel für den Gesundheitssektor dar. Wir gehen davon aus, dass alle Länder bei beiden Parametern mindestens das Tempo und die Zielwerte der 25 Prozent (7 von 28) der Länder mit den besten Ergebnissen erreichen werden. Im Fall des Budgetanteils für Gesundheit werden nur die 7 Vorreiter-Staaten berücksichtigt, wo die Prozentzahl nicht durch einen Rückgang der Staatseinnahmen beeinflusst wurde.

Diese Grafik zeigt die Basiswerte und Zwischenergebnisse für das Jahr 2031, das letzte Jahr, für das der Weltwirtschaftsausblick des IWF (April 2026) Projektionen des BIP liefert. Im Durchschnitt würden die Staatseinnahmen von 15,3 Prozent auf 17,9 Prozent des BIP steigen und 21 Prozent erreichen, sobald die Länder ihre jeweiligen Endziele realisieren. Zugleich würde der Anteil der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen von 8,5 Prozent auf 13,9 Prozent steigen und sich letztlich auf einen Schwellenwert von 14,7 (Mittelwert: 15,1) Prozent zubewegen. Im Zusammenwirken würden beide Anstrengungen bis 2031 zu einer Verdopplung des Anteils der nationalen Gesundheitsausgaben am BIP auf durchschnittlich 2,4 Prozent führen mit einer weiteren Steigerung auf 3,3 Prozent nach Erreichen der prognostizierten Ziele. Damit würden 25 Länder bereits 2031 ein höheres Niveau als jemals seit der globalen Finanzkrise erreichen.

Um die beiden zugrunde liegenden Parameter getrennt zu betrachten, gehen Sie zu den ergänzenden Abbildungen 1 und 2 (auf den Seiten 31 und 32).

Das Potential für die inländische Mobilisierung von Ressourcen

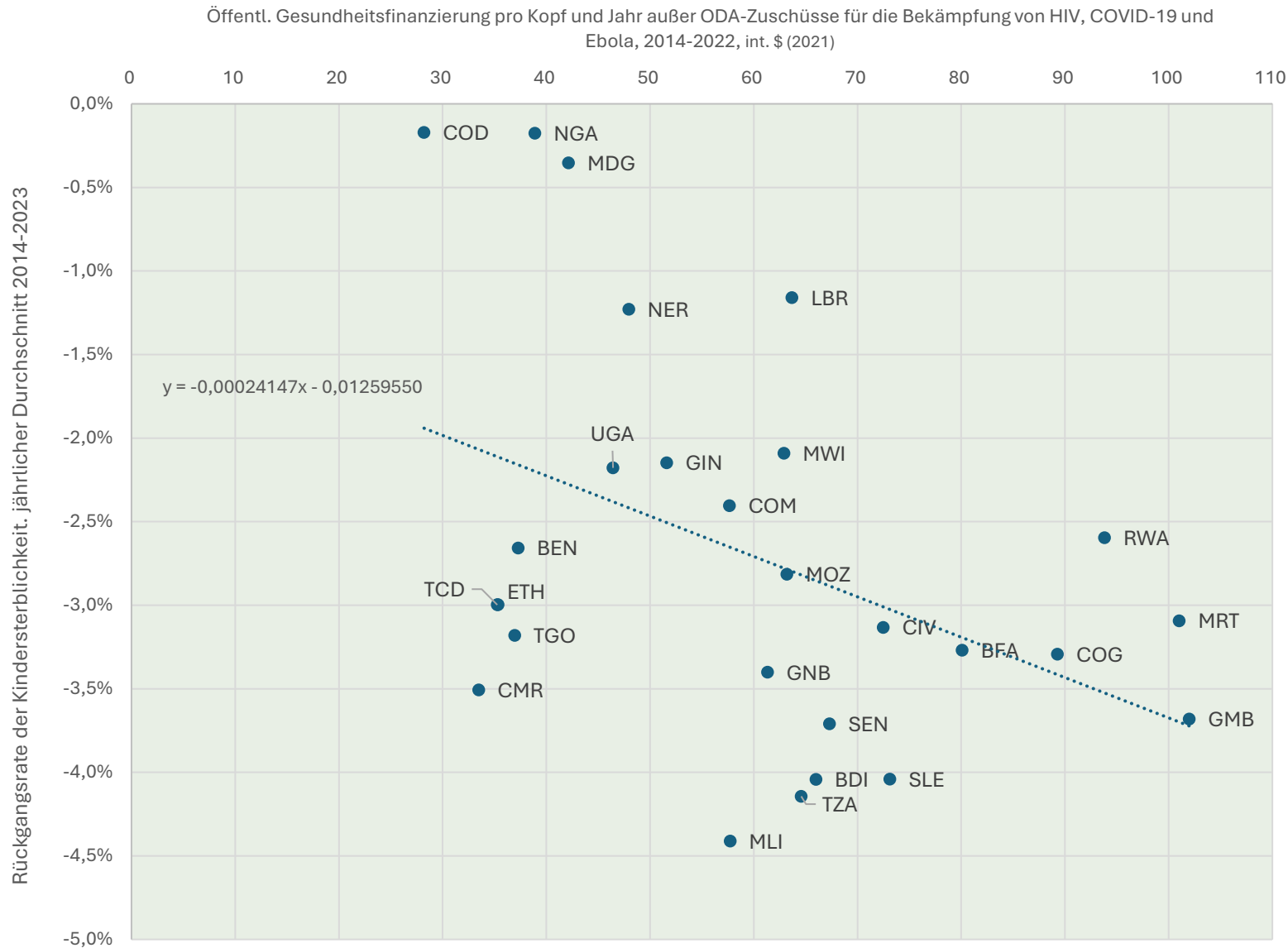
Argument

Nimmt man die 25 Prozent der Länder, die in der jüngsten Vergangenheit die besten Ergebnisse erzielt haben, als Maßstab, ließen sich die inländischen Mittel für Gesundheit erheblich steigern, indem höhere staatliche Einnahmen erzielt werden und die Gesundheitsausgaben in den nationalen Haushalten eine größere Priorität erhalten

Kernaussagen

- Die Mobilisierung inländischer Ressourcen wird durch die staatlichen Einnahmen im Verhältnis zum BIP und den Anteil des Gesundheitswesens an den öffentlichen Ausgaben bestimmt
- Länder, die in der Vergangenheit bei der Mobilisierung und Verteilung von Einnahmen besonders gute Ergebnisse erzielt haben, bieten wertvolle Anhaltspunkte für künftige Finanzierungsziele
- Fast alle untersuchten Länder könnten in diesem Szenario den höchsten Stand der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung in ihrer Entwicklung erreichen

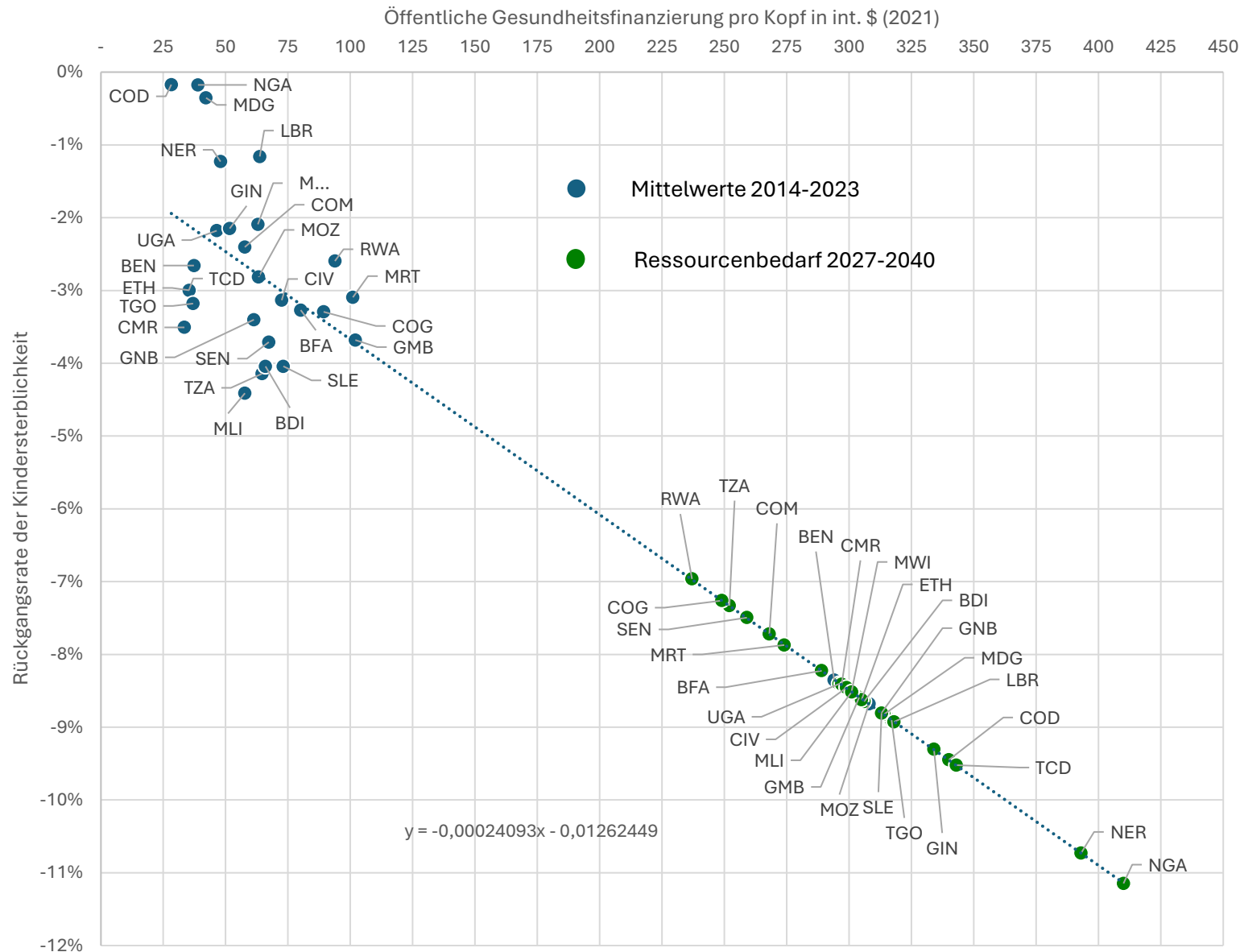
Grafik 11: Statistischer Zusammenhang zwischen den öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne ODA-Zuschüsse für Epidemien) und den jährlichen Rückgangsraten der Kindersterblichkeit



Um eine zuverlässigere Analyse des Zusammenhangs zwischen der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung und der Kindersterblichkeit zu ermöglichen, haben wir die ODA-Zuschüsse herausgerechnet, die speziell für die Bekämpfung von Epidemien bestimmt sind, nämlich HIV/AIDS, Ebola und COVID-19. Diese betreffen die einzelnen Länder in ganz unterschiedlicher Weise und riefen stark differierende Krisenreaktionen hervor. Der Ebola-Ausbruch in Sierra Leone, Liberia und Guinea sowie der unterschiedliche Verlauf der HIV-Epidemie, von der die Länder im südlichen und östlichen Afrika am stärksten betroffen sind, haben die internationale Gemeinschaft dazu veranlasst, die Mobilisierung und Zuweisung öffentlicher Entwicklungszusammenarbeit entsprechend anzupassen. Folglich machten die ODA-Zuschüsse zur Bekämpfung dieser epidemischen Krankheiten im Zeitraum 2014–2022 in Liberia, Malawi, Mosambik und Sierra Leone rund 40 % der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben aus, während dieser Anteil in Madagaskar, Niger und Senegal bei kaum 5 % lag (Durchschnitt: 19 %). Diese Mittel trugen dazu bei, die Gesundheitssysteme in den jeweiligen Ländern zu stabilisieren und damit auch die Kindersterblichkeit zu senken. Darüber hinaus führte der Ausbau der HIV-Behandlungsprogramme zu einem deutlichen Rückgang der AIDS-bedingten Todesfälle bei Kindern insbesondere in Ländern mit hoher Prävalenz. Die Konzentration auf eine begrenzte Anzahl von Ländern sowie der relativ hohe Ressourceneinsatz legen im Hinblick auf die Vergleichbarkeit jedoch nahe, den Schwerpunkt auf die übrigen Finanzströme zu legen, die enger mit der Vermeidung von Todesfällen durch häufige Kinderkrankheiten und allgemeinere Gesundheitsgefahren verbunden sind. Siehe weitere Details in den ergänzenden Abbildungen 3 und 4 (auf den Seiten 33 und 34).

Ungeachtet der unterschiedlichen Gesundheitsbedingungen zeigt die Grafik einen eindeutigen Zusammenhang zwischen den bereinigten Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen und den durchschnittlichen Rückgangsraten bei der Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren. Dem linearen Trend zufolge geht jeder zusätzliche Betrag von 10 int. \$ mit einem jährlichen Rückgang der Kindersterblichkeit um gut 0,24 % einher.

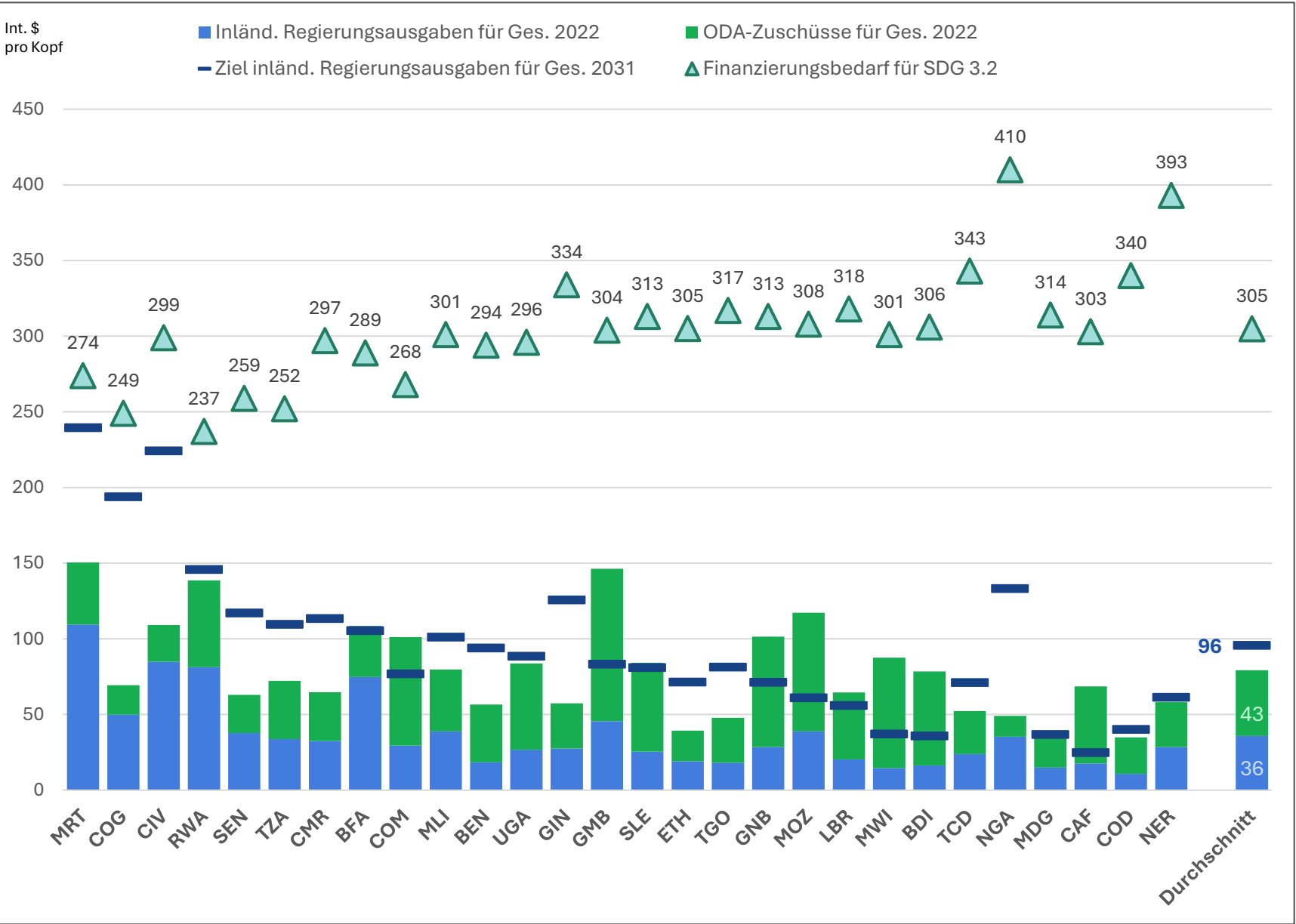
Grafik 12: Projektion der jährlichen Rückgangsraten der Kindersterblichkeit in Abhängigkeit von den erforderlichen öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne ODA-Zuschüsse für Epidemien)



In dieser Grafik wird der statistische Zusammenhang zwischen den für die Erreichung von SDG 3.2 erforderlichen Pro-Kopf-Beträgen der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung und der jährlichen Rückgangsraten der Kindersterblichkeit dargestellt, wie es sich aus der linearen Regression ergibt. Nach dieser vereinfachten aber aus den realen Bedingungen abgeleiteten Berechnung müssten die öffentlichen Aufwendungen für Gesundheit entlang der horizontalen Achse von den blauen zu den grünen Markierungen der jeweiligen Länder verschoben werden, um es diesen zu ermöglichen, die Mortalität bei Kindern unter fünf Jahren mit der auf der vertikalen Achse angezeigten notwendigen Geschwindigkeit zu reduzieren. Die mit dieser Schätzmethode verbundenen Ungenauigkeiten erscheinen geringfügig, wenn wir das Ziel im Blick behalten und den Einsatz von Ressourcen für andere Zwecke berücksichtigen, die für die menschliche Entwicklung weitaus weniger wesentlich sind.

Andere Länder in Afrika südlich der Sahara mit höheren Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit aus öffentlichen Mitteln wie Kapverden und São Tomé und Príncipe zeigen, dass eine schnelle Verminderung der Kindersterblichkeit grundsätzlich erreichbar ist. Diese beiden Länder senkten die Mortalität bei Kleinkindern um 6,4 Prozent jährlich und damit fast so schnell wie der angestrebte Durchschnittswert der Auswahlländer von 8,6 Prozent. Allerdings erreichten sie 2023 Werte von 12 beziehungsweise 14 pro 1.000 Lebendgeburt, also deutlich weniger als die SDG-Zielmarke. Das kann wahrscheinlich auch erklären, dass die Ausgaben (ohne ODA-Zuschüsse für die Kontrolle von Epidemien) 50 bzw. 32 Prozent höher lagen als es sich aus dem Trend der 28 weitaus stärker benachteiligten Länder ergibt. Diese Beispiele legen nahe, dass bei niedrigerem Mortalitäts-Niveau mehr Ressourcen nötig sind, um weitere Fortschritte zu erzielen.

Grafik 13: Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens: Ausgangswerte für 2022 und prognostizierte nationale Beiträge für 2031 im Verhältnis zu den für die Erreichung von SDG 3.2 erforderlichen Mitteln, geordnet nach der Höhe der Finanzierungslücke



Diese Grafik vergleicht den Finanzierungsbedarf im Bereich der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung mit den ambitionierten Zielbeträgen für inländische Mittel, die unseren Projektionen zufolge im Jahr 2031 von den nationalen Regierungen der ausgewählten Länder erreicht werden sollten. Darüber hinaus werden die öffentlichen Mittel für das Gesundheitswesen dargestellt, die im Jahr 2022 aus beiden Quellen – nämlich aus den eigenen Staatseinnahmen und aus ODA-Zuschüssen – bereitgestellt wurden. Die Länder sind nach der Höhe der verbleibenden Finanzierungslücke sortiert.

Der Gesamtfinanzierungsbedarf aus inländischen Quellen und von Entwicklungspartnern zusammen würde zwischen 410 (Nigeria) und 237 (Ruanda) int. \$ pro Kopf liegen, mit einem Mittelwert von etwa 305 int. \$. Selbst wenn die ambitionierten inländischen Finanzierungsziele bis 2031 erreicht würden, könnten zu diesem Zeitpunkt 10 von 28 untersuchten Ländern die öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben des Jahres 2022 nicht durch eigene Beiträge decken. Ohne internationale Zusammenarbeit würden die öffentlichen Gesundheitsausgaben in diesen Ländern um 33 int. \$ zurückgehen. Wichtig ist, dass kein Land fähig wäre, die für die Erreichung des SDG 3.2 erforderlichen Ressourcen bis 2031 aufzubringen. Die geschätzten Finanzierungslücken liegen zwischen 34 und 332 int. \$ (2021) pro Kopf und Jahr, wobei sich der einfache Mittelwert auf 209 int. \$ beläuft. Im Schnitt könnten diese Länder fast ein Drittel der Mittel aufbringen, die für die Umsetzung von SDG 3.2 im Jahr 2031 erforderlich sind. Die spezifischen Bedarfe für die Bekämpfung von HIV und anderen Epidemien sind noch nicht einbezogen.

Die Zahlen zeigen, dass die internationale Zusammenarbeit für die Finanzierung der Gesundheitssysteme in benachteiligten Ländern unerlässlich ist, um den Rückgang der Kindersterblichkeit ausreichend zu beschleunigen und letztendlich das SDG 3.2 spätestens bis zum Ende des nächsten Jahrzehnts zu erreichen.

Die Finanzierung des Weges zu SDG 3.2

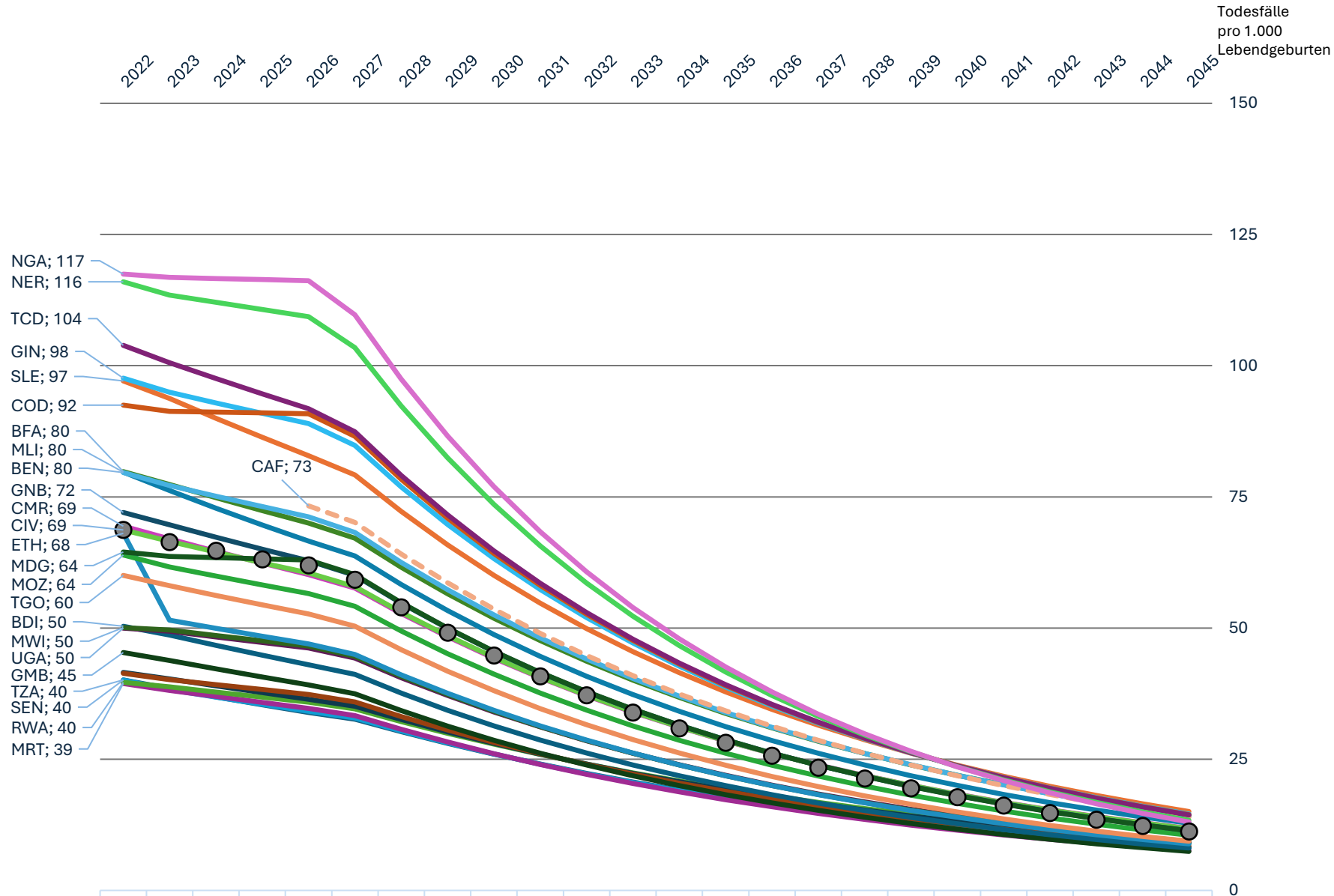
Argument

Eine Aufstockung der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf durchschnittlich 305 internationale Dollar pro Kopf und Jahr könnte es den meisten Ländern in Subsahara-Afrika ermöglichen, das SDG-Ziel 3.2 innerhalb des nächsten Jahrzehnts zu erreichen

Kernaussagen

- Der länderspezifische Finanzierungsbedarf basiert auf einer vergleichenden Analyse der bisherigen Fortschritte bei der Senkung der Kindersterblichkeit
- Selbst die am stärksten benachteiligten Länder werden den Projektionen zufolge im Rahmen des vorgeschlagenen Finanzierungsszenarios das SDG 3.2 erreichen
- Eine kontinuierliche Finanzierung ist ausschlaggebend für eine beschleunigte Verbesserung der Überlebenschancen von Kleinkindern

Grafik 14: Projektion der Kindersterblichkeit für den Zeitraum 2022–2045 in Subsahara-Afrika, basierend auf dem 10-Jahres-Trend für 2014–2023 und einem Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf auf durchschnittlich fast 275 int. \$



Es besteht kein Zweifel daran, dass die Verwirklichung des SDG 3.2 in den am stärksten benachteiligten Ländern zusätzliche finanzielle Anstrengungen erfordern wird. Die vergleichende Analyse der untersuchten Länder liefert wichtige Erkenntnisse für die Schätzung des Gesamtfinanzierungsbedarfs, um die notwendige Beschleunigung zu erreichen. Im Durchschnitt ging eine Aufstockung der öffentlichen Mittel für grundlegende Gesundheitsdienste um 10 int. \$ pro Kopf im Zeitraum 2014–2022 mit einer Steigerung der jährlichen Abnahmerate der Kindersterblichkeit um 0,24 Prozent einher, was einem Fortschritt von 2,4 % für eine Investition in Höhe von 100 int. \$ entspräche.

Diese Grafik veranschaulicht den erwarteten Trend bei der Kindersterblichkeit, wenn die Mittel auf die jeweiligen Zielwerte aufgestockt würden, die sich aus den oben dargelegten Analyseergebnissen und der geplanten Erreichung des SDG 3.2 im Laufe des kommenden Jahrzehnts ergeben. In diesem Modell würden die zusätzlichen Investitionen im ersten Jahr (2027) zunächst nur zu 50 Prozent der berechneten Beschleunigung führen.

Während sieben Länder mit relativ niedrigen Sterblichkeitsraten das SDG-Ziel bereits zu Beginn des Jahrzehnts (2031/32) erreichen würden, würden die zehn am stärksten benachteiligten Länder dies erst am Ende des Jahrzehnts (2038/39) schaffen. Die übrigen zehn Länder würden die Mortalität von Kleinkindern in den dazwischenliegenden Jahren unter diesen Schwellenwert senken.

Die Umsetzung von SDG 3.2 in den am stärksten benachteiligten Ländern im Laufe des nächsten Jahrzehnts

Argument

Die zusätzlichen Finanzierungsmaßnahmen könnten die Verminderung der Kindersterblichkeit beschleunigen und damit eine der dramatischsten Folgen der sozioökonomischen Ungleichheit erheblich entschärfen

Kernaussagen

- Die Finanzierungsziele müssen entsprechend den länderspezifischen Entwicklungstrends festgelegt werden, die die strukturellen und epidemiologischen Gegebenheiten widerspiegeln
- Eine angemessene öffentliche Gesundheitsfinanzierung kann dazu beitragen, die Kindersterblichkeit zu senken und das von der internationalen Gemeinschaft festgelegte Ziel zu erreichen, wenn auch mit einer Verzögerung von bis zu einem Jahrzehnt
- Die Verbesserung der Lebensbedingungen und der Bildungschancen benachteiligter Bevölkerungsgruppen sowie der Schutz vor Gewalt können ebenfalls dazu beitragen, das Leben von Kindern zu retten

Internationale Zusammenarbeit bleibt zentral

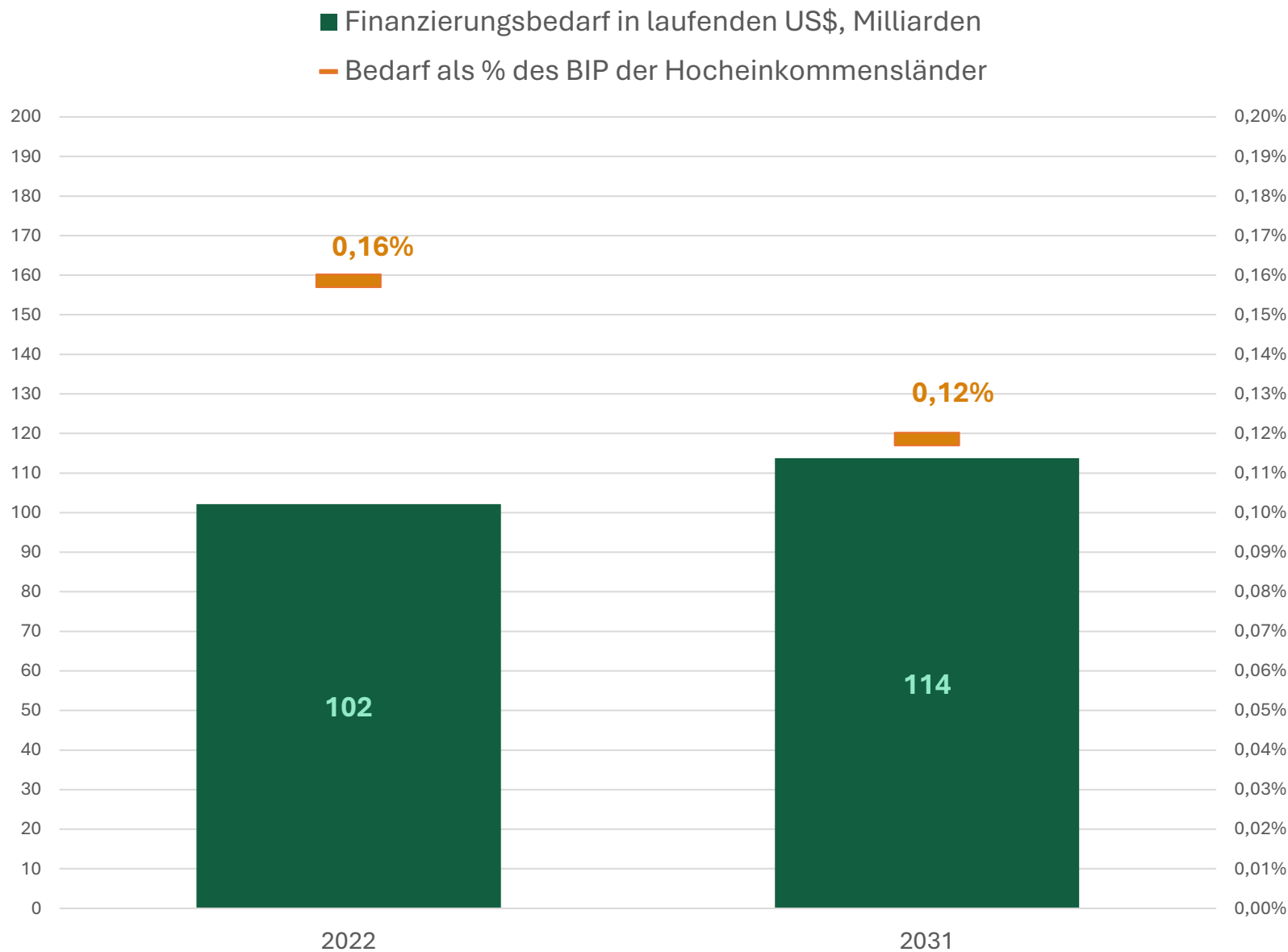
Argument

Die Mobilisierung inländischer Ressourcen allein reicht nicht aus, um das SDG 3.2 zu erreichen; daher ist eine nachhaltige internationale Finanzierung unverzichtbar

Kernaussagen

- Die prognostizierten inländischen Finanzmittel reichen bei weitem nicht aus, um das SDG 3.2 zu erreichen
- Selbst im ambitionierten Szenario wären viele Länder nicht in der Lage, auch nur das derzeitige, unzureichende Niveau der Gesundheitsfinanzierung allein mit inländischen Mitteln aufrechtzuerhalten
- Die größten Finanzierungslücken bestehen nach wie vor in Ländern mit der geringsten öffentlichen Gesundheitsfinanzierung und dem höchsten Sterberisiko bei Kindern
- Eine langfristige internationale Unterstützung ist unerlässlich, um die steigenden inländischen Ressourcen zu ergänzen

Grafik 15: Erforderliche internationale Zusammenarbeit zur Erreichung des SDG 3.2 in bedürftigen Ländern in Subsahara-Afrika
(Schätzungen auf der Grundlage eigener Berechnungen und relevanter wirtschaftlicher Parameter und Prognosen des IWF)



Diese Grafik zeigt die ODA-Zuschüsse, die Länder mit hohem Einkommen bereitstellen müssen, um das SDG 3.2 zu verwirklichen. Dargestellt sind sowohl die in aktuelle US-Dollar umgerechneten Beträge als auch der prozentuale Anteil am gesamten BIP der wirtschaftlich besser gestellten Länder. Während die Angaben für das Basisjahr 2022 hypothetisch sind, stellen die Zahlen für das Jahr 2031 das anzustrebende Zwischenziel dar. Diese Berechnung basiert auf Daten und Prognosen des IWF zu länderspezifischen BIP-Zahlen, Inflationsindizes und Wechselkursen und berücksichtigt zudem die oben beschriebenen inländischen Finanzierungsbemühungen.

Während die hinsichtlich der Gesundheitsfinanzierung am meisten benachteiligten Länder bis 2031 zusätzlich 1,2 Prozent des BIP mobilisieren würden (und 2,0 Prozent, wenn die erwarteten finanziellen Anstrengungen in den Folgejahren vollständig umgesetzt werden), würden die wirtschaftlich privilegierten Nationen zwischen 0,16 und 0,12 Prozent ihrer Wirtschaftsleistung beitragen, vermutlich mit abnehmender Tendenz entsprechend der fortschreitenden Mobilisierung inländischer Ressourcen. Gemessen an ihren jeweiligen wirtschaftlichen Möglichkeiten würden die erstgenannten Länder finanzielle Anstrengungen für das gemeinsame Ziel unternehmen, die im Durchschnitt um ein Vielfaches höher wären als die der letztgenannten.

Der konkrete Umfang der Zusammenarbeit, der zur Erreichung von SDG 3.2 erforderlich ist, wird davon abhängen, welche Unterstützung der Entwicklungspartner für die Mobilisierung zusätzlicher inländischer Finanzmittel gewährt wird und welche Effizienzsteigerungen mit Investitionen in die einzelnen Komponenten des Gesundheitssystems verbunden sind. Maßnahmen in diesen Bereichen hätten die größten Auswirkungen auf den Kooperationsbedarf, wenn sie auf die Länder ausgerichtet werden, auf die der größte Anteil der gesamten Finanzierungslücke entfällt, wie beispielsweise die Demokratische Republik Kongo und Nigeria.

Es ist wichtig zu beachten, dass die für die Bekämpfung von AIDS und anderen Epidemien erforderlichen Finanzmittel gesondert betrachtet werden müssen ebenso wie der zusätzliche Bedarf an genereller Gesundheitsfinanzierung in anderen benachteiligten Ländern.

Gemeinsame finanzielle Verantwortung

Argument

Um das SDG 3.2 zu erreichen, bedarf es einer nachhaltigen internationalen Zusammenarbeit in Verbindung mit einer deutlichen Aufstockung der inländischen Gesundheitsfinanzierung

Kernaussagen

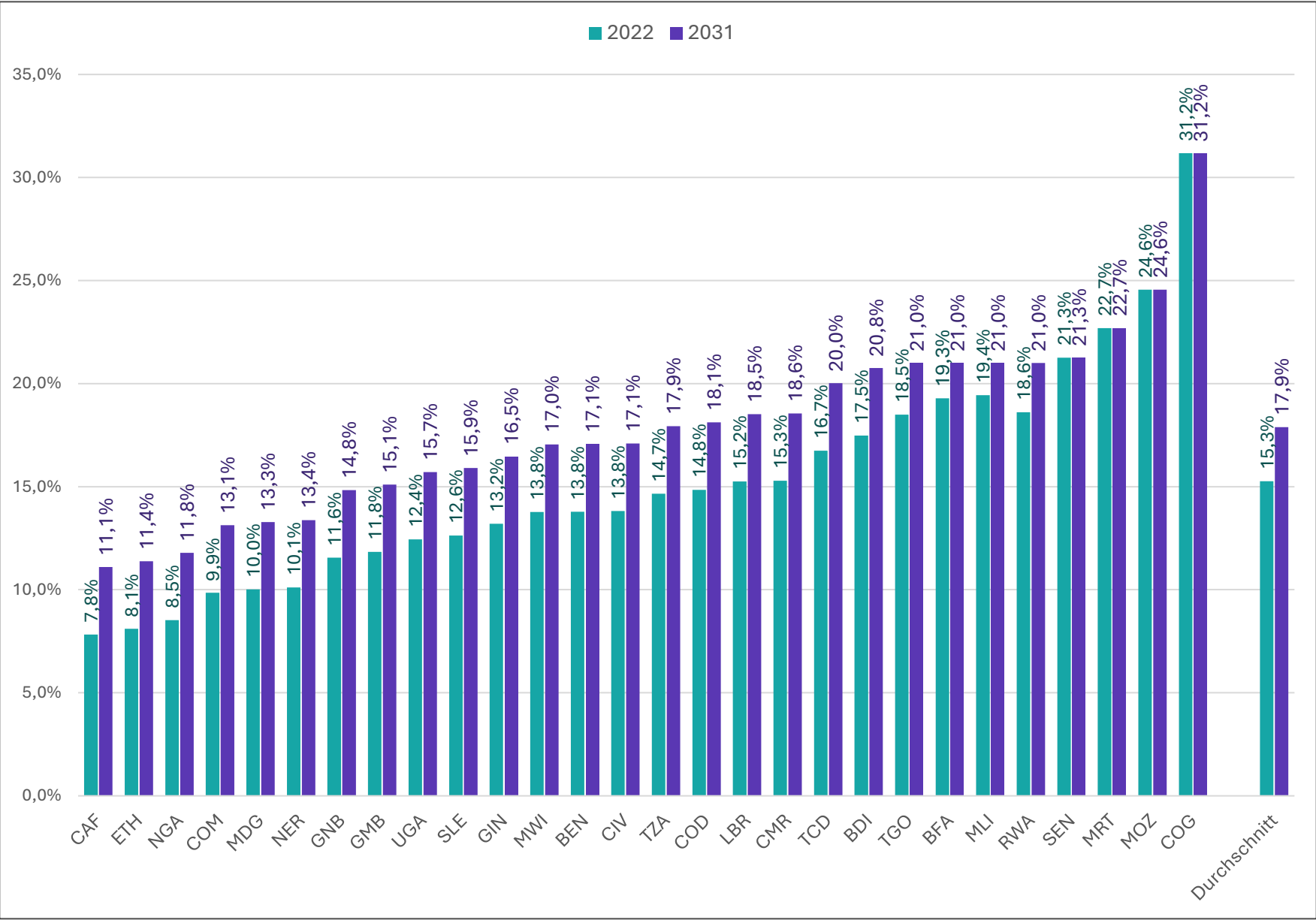
- Die Mobilisierung inländischer Ressourcen allein reicht nicht aus, um den Finanzierungsbedarf für die Erreichung von SDG 3.2 zu decken
- Die internationale Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich sollte die nationalen Finanzierungsbemühungen ergänzen, um die Finanzierungslücke zu schließen
- Den Prognosen zufolge würden Länder mit niedrigerem Einkommen im Verhältnis zu ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einen deutlich größeren finanziellen Beitrag leisten als die Geberländer mit hohem Einkommen
- Ländern mit den größten Finanzierungslücken sollte Vorrang eingeräumt werden, um die Wirkung der Entwicklungszusammenarbeit zu maximieren

Die wichtigsten Erkenntnisse

Wesentliche Schlussfolgerungen

- Die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens sowohl aus inländischen Quellen als auch aus Entwicklungszusammenarbeit steht in engem Zusammenhang mit dem Überleben von Kindern
- Historische Entwicklungen liefern wertvolle Anhaltspunkte für die Schätzung des Finanzierungsbedarfs
- Inländische Finanzierung und öffentliche Entwicklungshilfe sollten als sich ergänzende Maßnahmen betrachtet werden
- Eine Aufstockung der öffentlichen Finanzmittel für das Gesundheitswesen aus beiden Quellen ist für die Erreichung des SDG 3.2 unerlässlich
- Durch entschlossenes Handeln könnte die internationale Gemeinschaft dieses entscheidende Ziel erreichen und damit ein inspirierendes Beispiel für menschliche Solidarität setzen
- Die solidarische Unterstützung der Gesundheitssysteme in den benachteiligten Ländern muss zugleich die Bekämpfung und Bewältigung von AIDS und anderen Epidemien umfassen, für die mit diesem Ansatz keine Schätzungen geliefert werden können

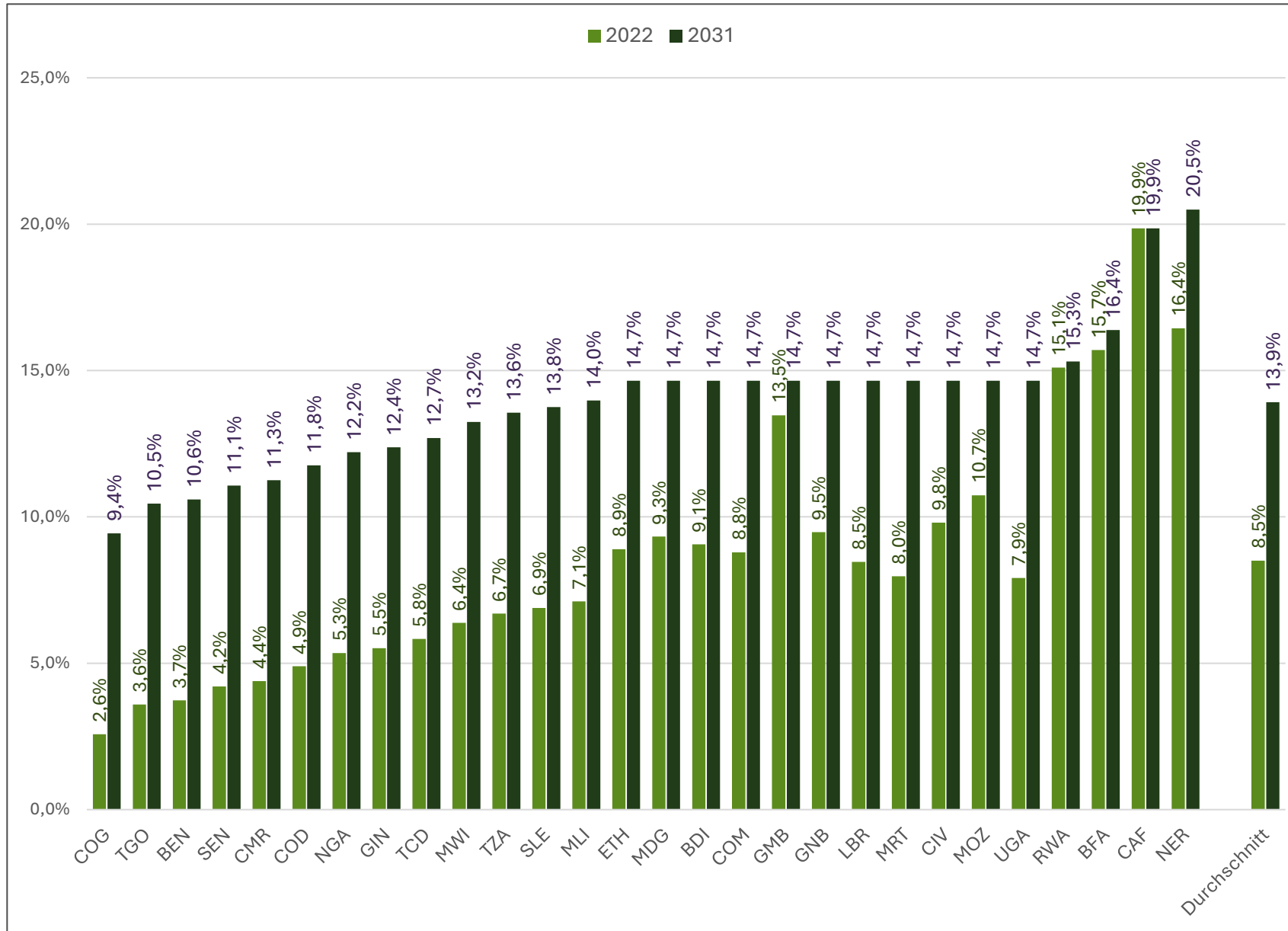
Ergänzende Abbildung 1: Staatseinnahmen in Prozent des BIP in den untersuchten Ländern Subsahara-Afrikas



Diese Grafik zeigt den BIP-Anteil der Staatseinnahmen, den die am stärksten benachteiligten Länder bis 2031 – dem letzten Jahr des Finanzierungsszenarios aufgrund der Datenverfügbarkeit – erreichen sollten, und veranschaulicht zudem den Anstieg im Vergleich zum Basisjahr 2022. Die Methodik, die auf den Ergebnissen der 25 Prozent Vorreiter unter den ausgewählten Ländern im Zeitraum 2012–2019 basiert und dadurch ehrgeizige und zugleich realistische Ziele für die Mobilisierung inländischer Ressourcen definiert, liefert zwei Schlüsselindikatoren: das am Ende des Zeitraums zu erreichende Niveau und die erwartete jährliche Steigerungsrate. Infolgedessen erstreckt sich der Gesamtzeitrahmen über das Jahr 2031 hinaus und in 19 der 28 Länder würde das Zielniveau erst in den Folgejahren erreicht werden. Würden alle Länder das finale Ziel erreichen, läge das durchschnittliche Niveau der staatlichen Einnahmen im Verhältnis zum BIP bei 21,6 Prozent.

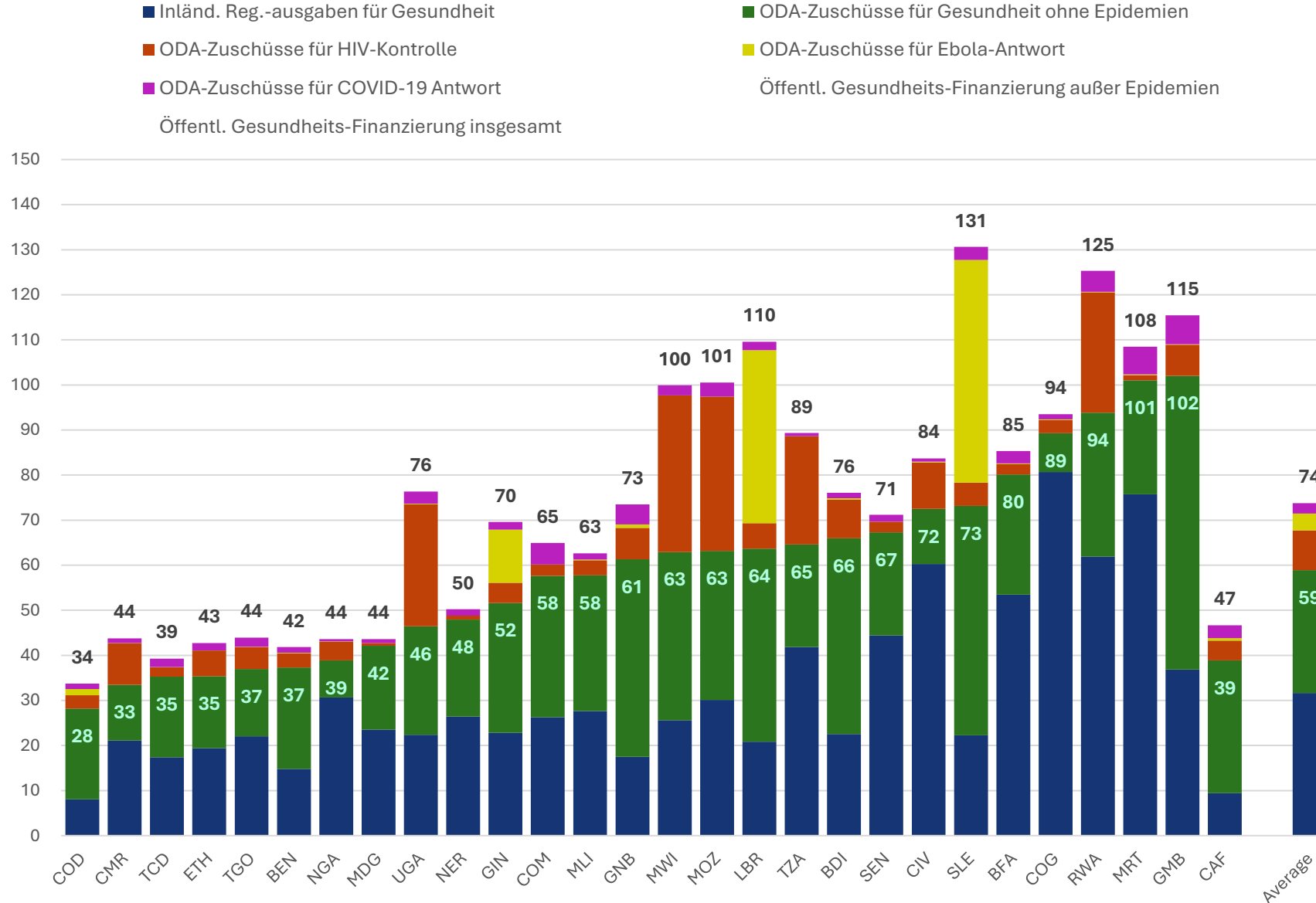
Die Tatsache, dass 12 von 28 Ländern im Bezugszeitraum einen negativen Trend aufwiesen, unterstreicht den ehrgeizigen Charakter des Szenarios.

Ergänzende Abbildung 2: Gesundheitsausgaben des Staates aus inländischen Quellen in Prozent der Staatseinnahmen in der Stichprobe der Länder südlich der Sahara



Diese Grafik zeigt den aktuellen und künftigen Anteil der Gesundheitsausgaben an den gesamten staatlichen Einnahmen aus inländischen Quellen wie Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen und sonstigen Einnahmen. Die Krisenreaktion zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie dient als Maßstab für die Festlegung der Zielquoten und der zu erreichenden jährlichen Steigerungsraten. Auch hier entsprechen die einzelnen Finanzierungsziele dem Durchschnitt der 7 (25%) Länder mit den besten Ergebnissen. Diese tatsächlich erreichten Fortschritte bei der Mobilisierung öffentlicher Ressourcen definieren das Mindestziel für die künftigen Anstrengungen. Hier werden aber nur die Erhöhungen der Gesundheitsanteile einbezogen, die nicht durch eine gleichzeitige Verminderung der Staatseinnahmen begünstigt wurden. Darüber hinaus wurde für alle Länder, die in einem anderen Zweijahreszeitraum zwischen 2018 und 2022 höhere Anteile erreichten, dieser Wert als Ziel festgelegt. Während die aus der Antwort auf die COVID-19-Pandemie abgeleitete Aufstockung innerhalb von zwei Jahren zu realisieren sein sollte, wird anschließend von jährlichen Steigerungsraten in Höhe von 50 Prozent hiervon ausgegangen.

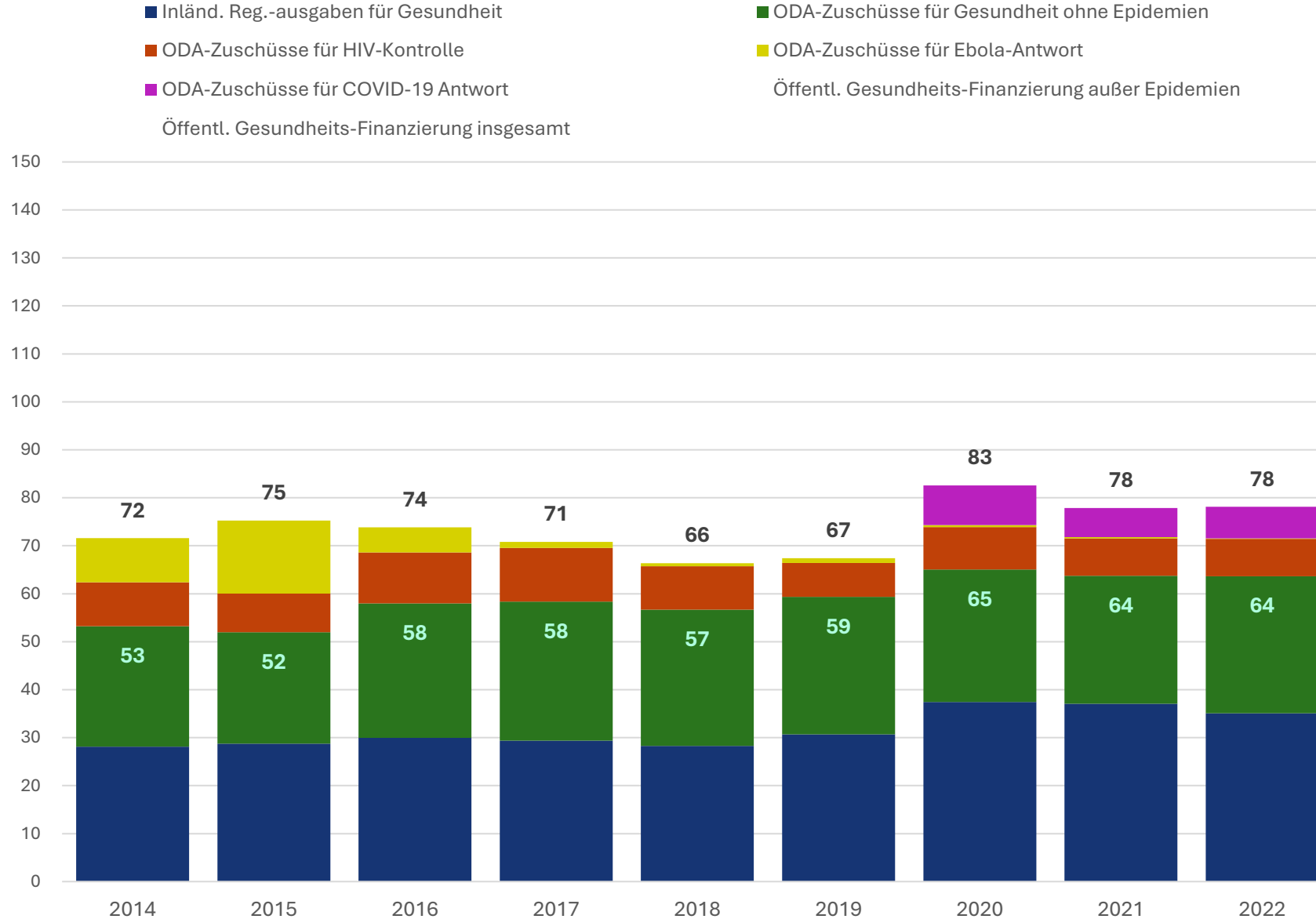
Ergänzende Abbildung 3: Öffentliche Gesundheitsfinanzierung aus inländischen Quellen und der Entwicklungszusammenarbeit mit Hervorhebung der ODA-Zuschüsse für die Kontrolle von Epidemien in den untersuchten Ländern Subsahara-Afrikas, jahresdurchschnittliche Beträge pro Kopf im Zeitraum 2014-2022 in int. \$



Diese Grafik zeigt die Mittelwerte für die öffentliche Gesundheitsfinanzierung, die pro Kopf und Jahr in den Auswahlländern bereitgestellt wurden. Dabei wird zunächst unterschieden nach den aus einheimischen Steuern und Sozialbeiträgen aufgebrachtten Ressourcen und den im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit beigesteuerten Zuschüssen. Zudem werden die ODA-Zuschüsse für die Bekämpfung von Epidemien, namentlich HIV/AIDS, Ebola und COVID-19 separat dargestellt. Wie in den Erklärungen zu Figur 11 dargelegt werden die letzteren aus der Analyse ausgeschlossen, um eine stringente Abschätzung des Zusammenhangs zwischen der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung einerseits und dem Fortschritt bei der Senkung der Kindersterblichkeit andererseits zu ermöglichen. Die angezeigten Ziffern stellen die Beträge mit und ohne Einrechnung dieser epidemiespezifischen ODA-Beiträge dar. So wird deutlich, dass bei mehreren Ländern die ODA-Zuschüsse für die Bewältigung von HIV oder Ebola einen Großteil der öffentlichen Gesundheitsmittel ausmachen. Zwar gehören diese Länder hinsichtlich der Gesamtbeträge in der Regel zu den Spitzenreitern der Stichprobe, doch liegen sie im Mittelfeld, wenn diese Sonderbeiträge nicht berücksichtigt werden.

Die Zentralafrikanische Republik wird am Ende der Reihe dargestellt, da dieses Land aufgrund der unsicheren Datenlage im Hinblick auf die Kindersterblichkeit nicht in der Regressionsanalyse berücksichtigt wurde.

Ergänzende Abbildung 4: Öffentliche Gesundheitsfinanzierung aus inländischen Quellen und der Entwicklungszusammenarbeit mit Hervorhebung der ODA-Zuschüsse für die Kontrolle von Epidemien im Durchschnitt der Auswahlländer, einfache Mittelwerte der Jahre 2014 bis 2022



Dieses Diagramm stellt die gleichen Komponenten der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung dar wie in der ergänzenden Abbildung 1, zeigt aber den Trend der einfachen Durchschnittswerte der 28 Länder der Stichprobe im Zeitverlauf. Dadurch wird erkennbar, dass die spezifischen ODA-Zuschüsse für die Bekämpfung des Ebola-Ausbruchs in Westafrika in den ersten Jahren des betreffenden Zeitraums einen bedeutenden Einfluss auf die öffentliche Gesundheitsfinanzierung hatten, obwohl sich die dafür aufgebrauchten Mittel auf nur drei Länder konzentrierten. Während der COVID-19-Pandemie spielten die Sondermittel für deren Eindämmung eine zentrale Rolle, wobei die Beträge pro Kopf erhebliche Unterschiede aufwiesen. Die Beiträge für die Bewältigung der HIV-Pandemie gingen nach 2017 empfindlich zurück, was in erster Linie auf eine Verringerung in den besonders betroffenen Ländern wie Mosambik, Malawi, Uganda und Tansania zurückzuführen ist. Auch die übrigen ODA-Zuschüsse ohne spezifische Unterstützung für die Kontrolle der drei Epidemien zeigten bis 2019 eine stabile Tendenz und stiegen in den Jahren 2020 bis 2022. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich auch für die Gesundheitsfinanzierung inländischen Quellen beobachten.

Genutzte Datenquellen

- [IMF: World Economic Outlook Database. April 2026 Edition](#)
- [IMF: World Revenue Longitudinal Database \(WoRLD\)](#)
- [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](#)
- [UNAIDS 2025 estimates, HIV estimates with uncertainty bounds 1990-2025](#)
- [UN IGME](#)
- [United Nations: Department of Economic and Social Affairs, Population Division \(2024\). World Population Prospects 2024](#)
- [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: WHO Global Health Expenditure Database \(GHED\)](#)
- Eigene Datenbank aller gesundheitsspezifischen Hilfsmaßnahmen für die Jahre 2014 bis 2022, die im DAC/OECD-Berichtssystem für Geber registriert sind, gegliedert nach Gesundheitsteilsektoren und Programmbereichen nach einer Überprüfung auf Projektebene

Impressum

Die öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens und die Senkung der Kindersterblichkeit als zentrale Priorität für eine nachhaltige Entwicklung

Urheberschaft und Redaktion: Joachim Rüppel, Tilman Rüppel

Grafikdesign: Joachim Rüppel, Tilman Rüppel

07. Oktober 2026

medmissio

Hermann-Schell-Straße 7

97074 Würzburg

Tel. +0931-80 48 539

Fax +0931-80 48 530

E-Mail: 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