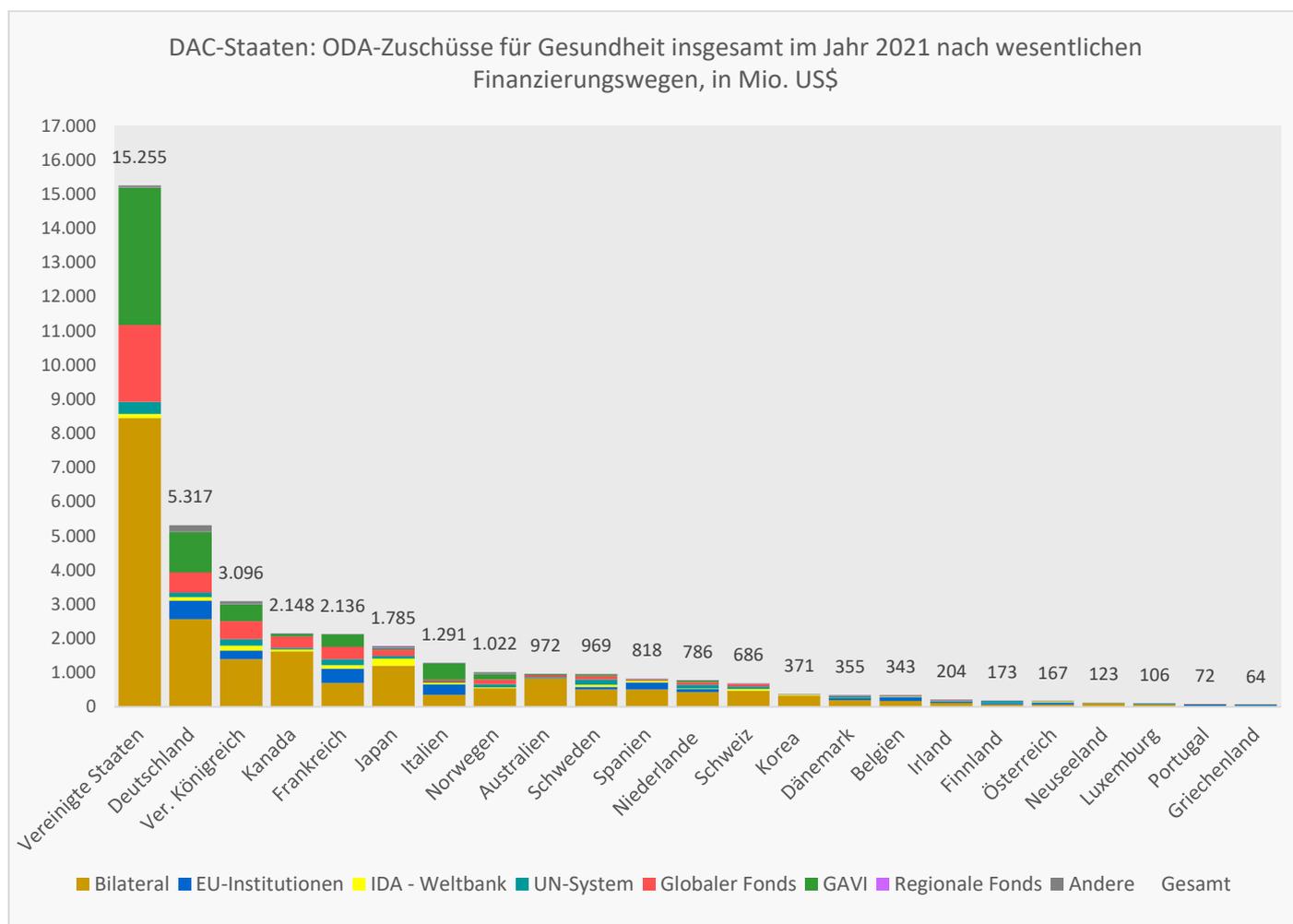


Official Development Assistance (ODA) mit Fokus auf Gesundheit und Deutschland

Januar 2025

Abbildung 1



Gesamte Auszahlungen

Finanzierungsweg:	Bilateral	EU-Institutionen	IDA - Weltbank	UN-System	Globaler Fonds	GAVI	Regionale Fonds	Andere	Gesamt
Betrag:	20.776,7	2.248,6	1.085,0	1.687,9	4.880,1	7.013,8	111,7	456,0	38.259,7
Anteil:	54,3%	5,9%	2,8%	4,4%	12,8%	18,3%	0,3%	1,2%	100,0%

Abbildung 1 zeigt die Gesamtsummen der DAC-Staaten (Development Assistance Committee der OECD), die im Analysejahr 2021 für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit in Form von Zuschüssen aufgebracht wurden. Die Beträge sind in Millionen US-Dollar dargestellt. Auf die USA, das Geberland mit den höchsten Auszahlungen entfielen mit fast 15,3 Milliarden US-Dollar annähernd 40 % der Gesamtbeiträge. Auf den Plätzen 2 und 3 folgen Deutschland und das Vereinigte Königreich, deren Zuschüsse sich auf 5,3 Milliarden bzw. knapp über 3 Milliarden US-Dollar addieren.

Darüber hinaus präsentiert das Diagramm die Verteilung der Gelder für Gesundheit auf die wesentlichen Finanzierungswege. Dabei wird deutlich, dass die bilateral organisierten Programme bei den meisten Gebern den größten Anteil ausmachen. Die Organisation Gavi, welche im weltweiten Kampf gegen SARS-CoV-2 für die Impfstoffinitiative COVAX verantwortlich war, ist bei den meisten der großen Geberstaaten der zweithöchste Posten, während der Globale Fonds den drittgrößten Finanzierungsmechanismus im Bereich der globalen Gesundheit darstellt.

Alle Geberstaaten zusammen betrachtet kommen die bilateralen Instrumente auf über 54 % der gesamten Auszahlungen. Gavi und der Globale Fonds wiesen Anteile von 18,3 bzw. 12,8 % auf.

Abbildung 2

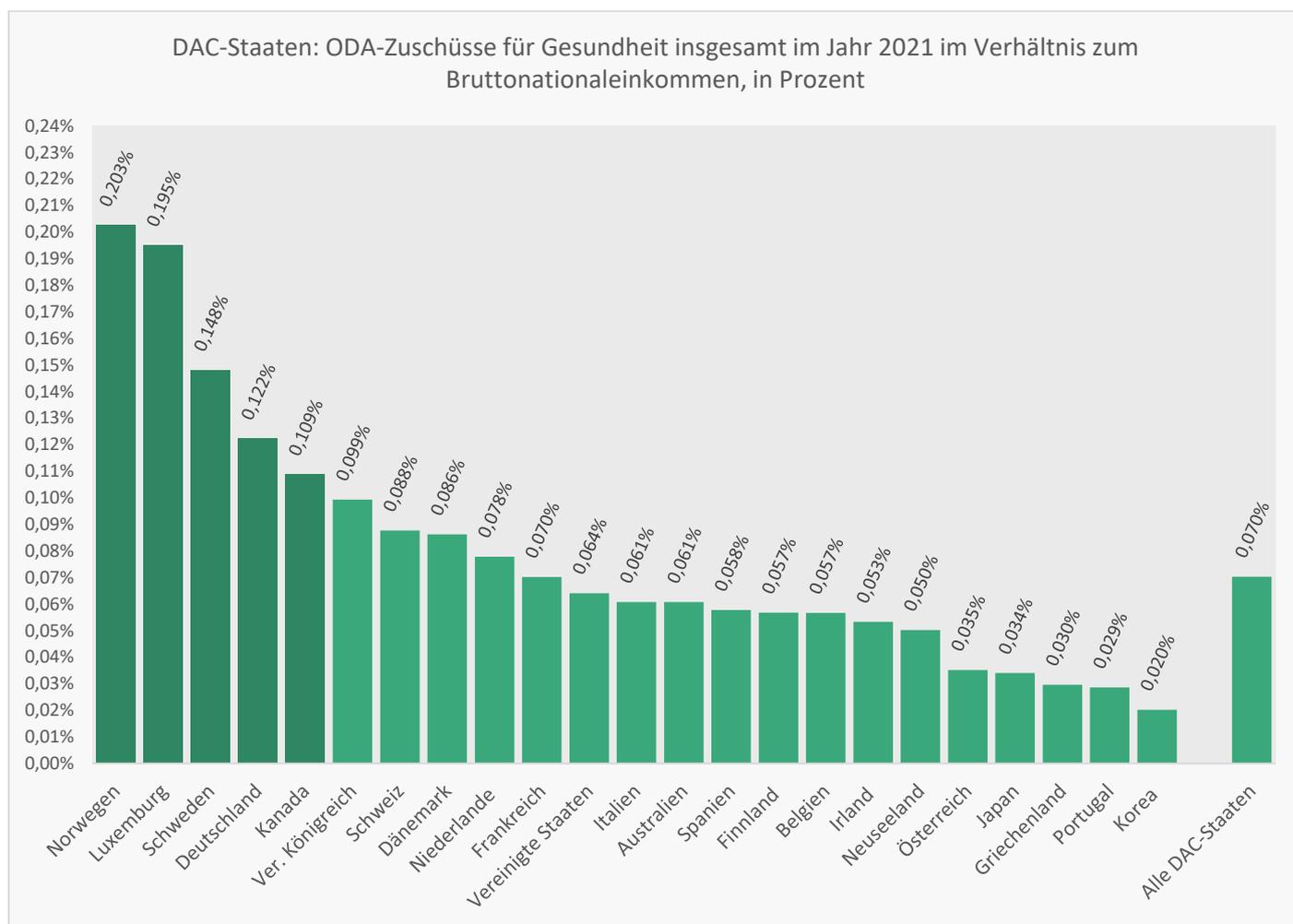


Abbildung 2 setzt die Daten aus der vorherigen Grafik in Relation zu der Wirtschaftskraft der einzelnen Geberstaaten, wobei das Bruttonationaleinkommen (BNE) dieser Nationen als Bemessungsgröße verwendet wird. Bei dieser Darstellung der finanziellen Anstrengungen wird eine signifikante Verschiebung der Geberreihenfolge ersichtlich.

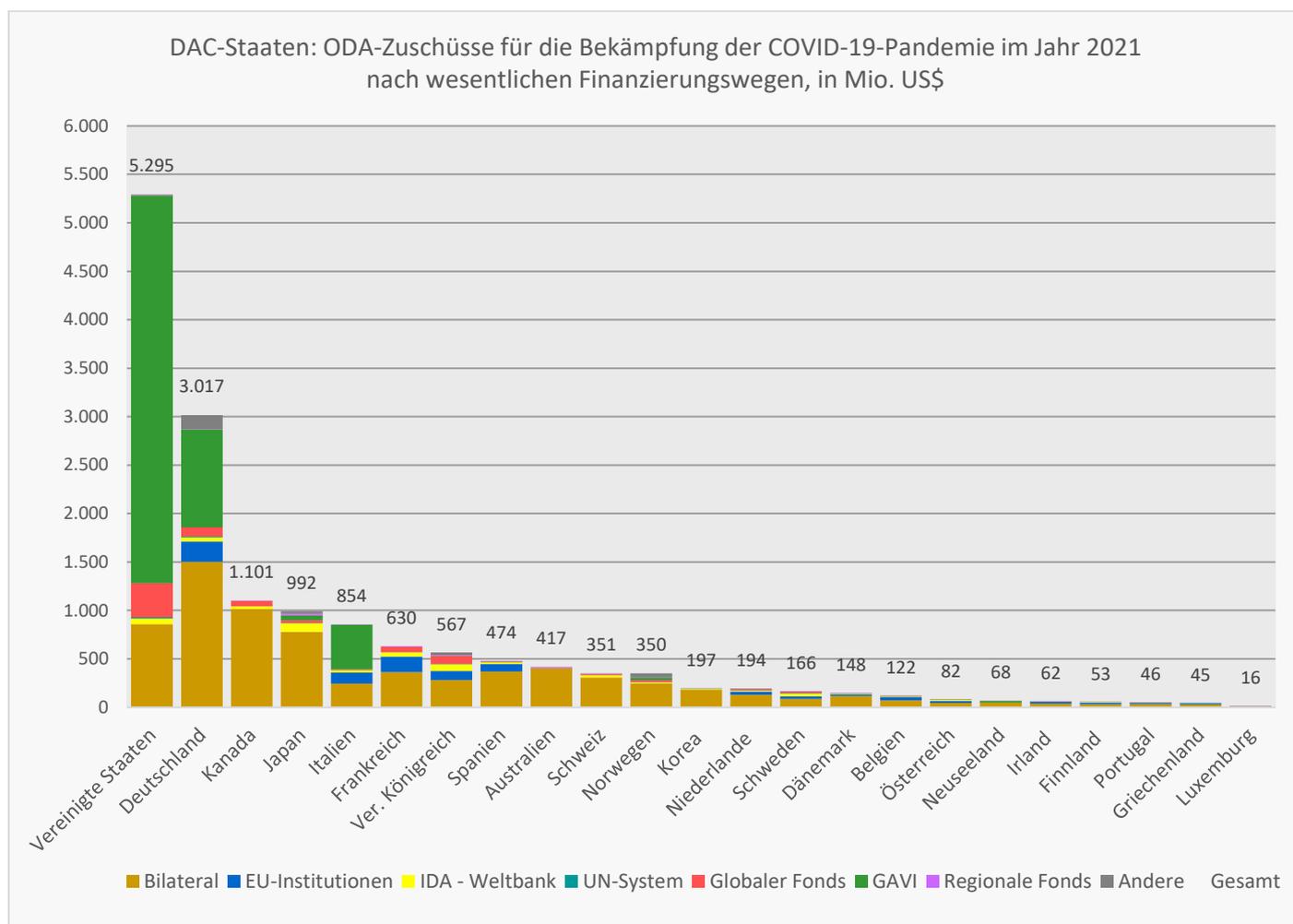
Denn während die USA bei den absoluten Beträgen noch mit Abstand wichtigstes Geberland waren, fallen sie beim Vergleich mit ihrer immensen Wirtschaftskraft auf den 11. Rang zurück, da die Vereinigten Staaten gerade einmal 0,064 % ihres BNE für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit bereitstellen. Damit erreichen die USA nicht einmal Zweidrittel des von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Zielniveaus von 0,1 % des BNE.

Deutschland befindet sich mit einer Auszahlungsleistung in Höhe von 0,122 % seiner Wirtschaftskraft auf Platz 4 und erfüllt bzw. übertrifft im Jahr 2021 erstmalig die 0,1%-Empfehlung, nachdem dieses Zielniveau zwei Jahrzehnte lang nicht erreicht wurde.

Des Weiteren ist besonders zu erwähnen, dass nur fünf Gebernationen die von der WHO ausgegebene Beitragshöhe vollbringen und sich das Vereinigte Königreich ganz knapp darunter bewegt. Norwegen und Luxemburg kommen dabei sogar auf circa das Zweifache des veranschlagten Zielniveaus.

Insgesamt betrachtet erreichen alle DAC-Staaten zusammengenommen eine Zuschusshöhe von 0,07 % ihrer gemeinsamen Wirtschaftsleistung. Das Defizit ist der Tatsache geschuldet, dass gerade Länder mit dem größten Umfang des Bruttonationaleinkommens wie die USA, Japan, Frankreich oder Italien zu wenig beitragen.

Abbildung 3



Gesamte Auszahlungen

Finanzierungsweg:	Bilateral	EU-Institutionen	IDA - Weltbank	UN-System	Globaler Fonds	GAVI	Regionale Fonds	Andere	Gesamt
Betrag:	7.202,6	856,0	477,7	65,5	765,7	5.564,0	63,5	251,9	15.246,8
Anteil:	47,2%	5,6%	3,1%	0,4%	5,0%	36,5%	0,4%	1,7%	100,0%

In Abbildung 3 sind diejenigen ODA-Zuschüsse der DAC-Staaten im Jahr 2021 aufgeführt, die direkt für die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie verausgabt wurden.

Die Nation mit den höchsten absoluten Beiträgen waren die Vereinigten Staaten mit fast 5,3 Milliarden US-Dollar. Auf den darauffolgenden Plätzen liegen Deutschland, Kanada sowie Japan und Italien. Auffällig sind des Weiteren die relativ geringen Beträge größerer Wirtschaftsnationen wie Frankreich und dem Vereinigten Königreich.

Die meisten Länder weisen entweder finanzielle Mittelflüsse über bilaterale Kanäle als höchste Werte auf und/oder Beiträge an Gavi spielen eine hervorgehobene Rolle. Insbesondere bei den USA, Deutschland und Italien beträgt der Anteil der finanziellen Leistungen an Gavi die Hälfte aller COVID-19-spezifischen Geldzuwendungen oder liegt sogar darüber, um die Impfstoffbeschaffung gegen SARS-CoV-2 über diese multilaterale Organisation zu unterstützen.

Auch die EU-Institutionen, der Globale Fonds und IDA finanzierten aus den ihnen zur Verfügung gestellten Kernbeiträgen bedeutende Programme der Pandemiebekämpfung in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern. Die UN-Organisationen erhielten überwiegend zweckgebundene und daher als bilaterale Projekte eingestufte Beiträge für die COVID-19-Bewältigung.

Abbildung 4

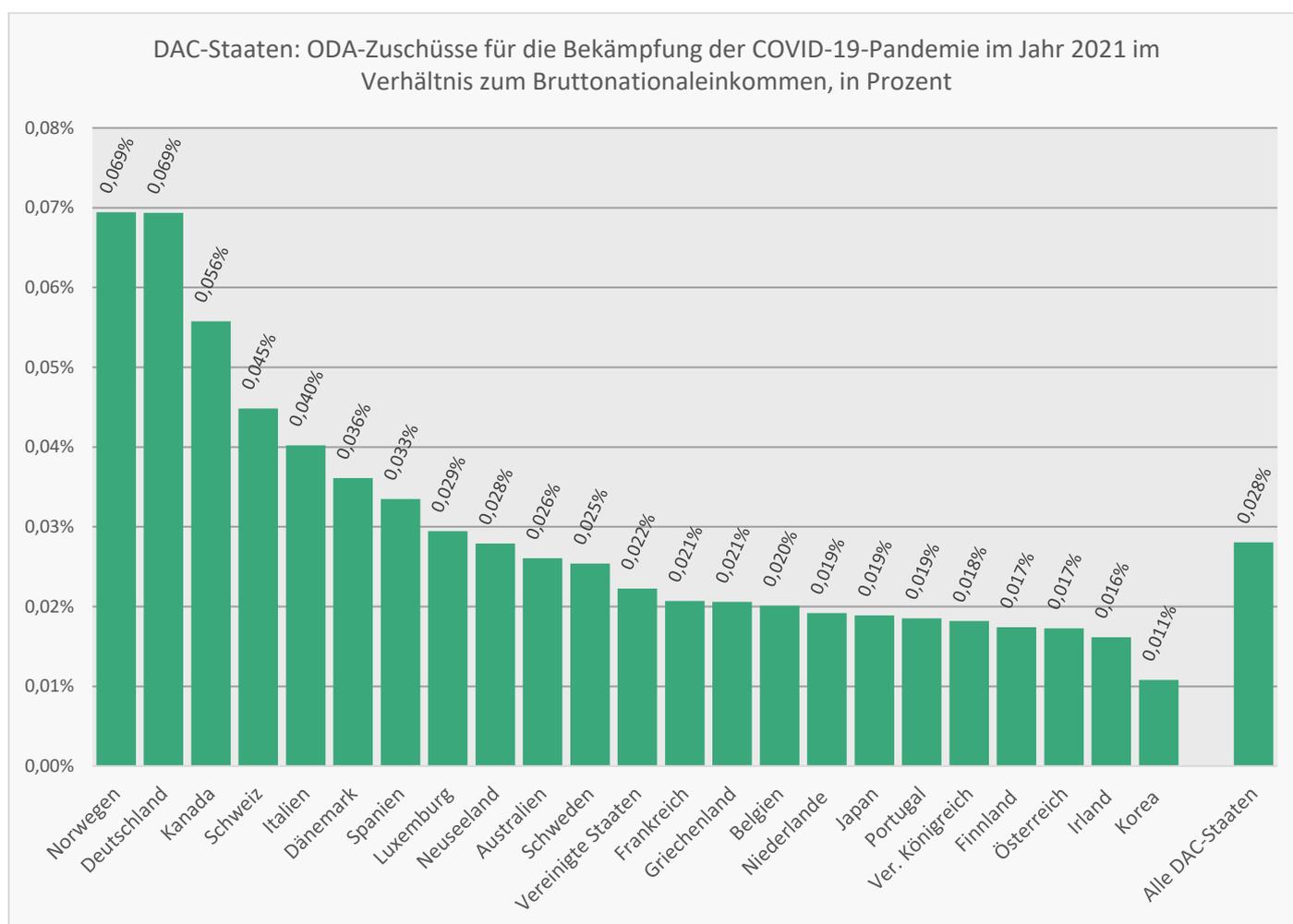


Abbildung 4 setzt die Ausgaben für die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie im Jahr 2021 in Beziehung mit den Wirtschaftsleistungen der Geberländer.

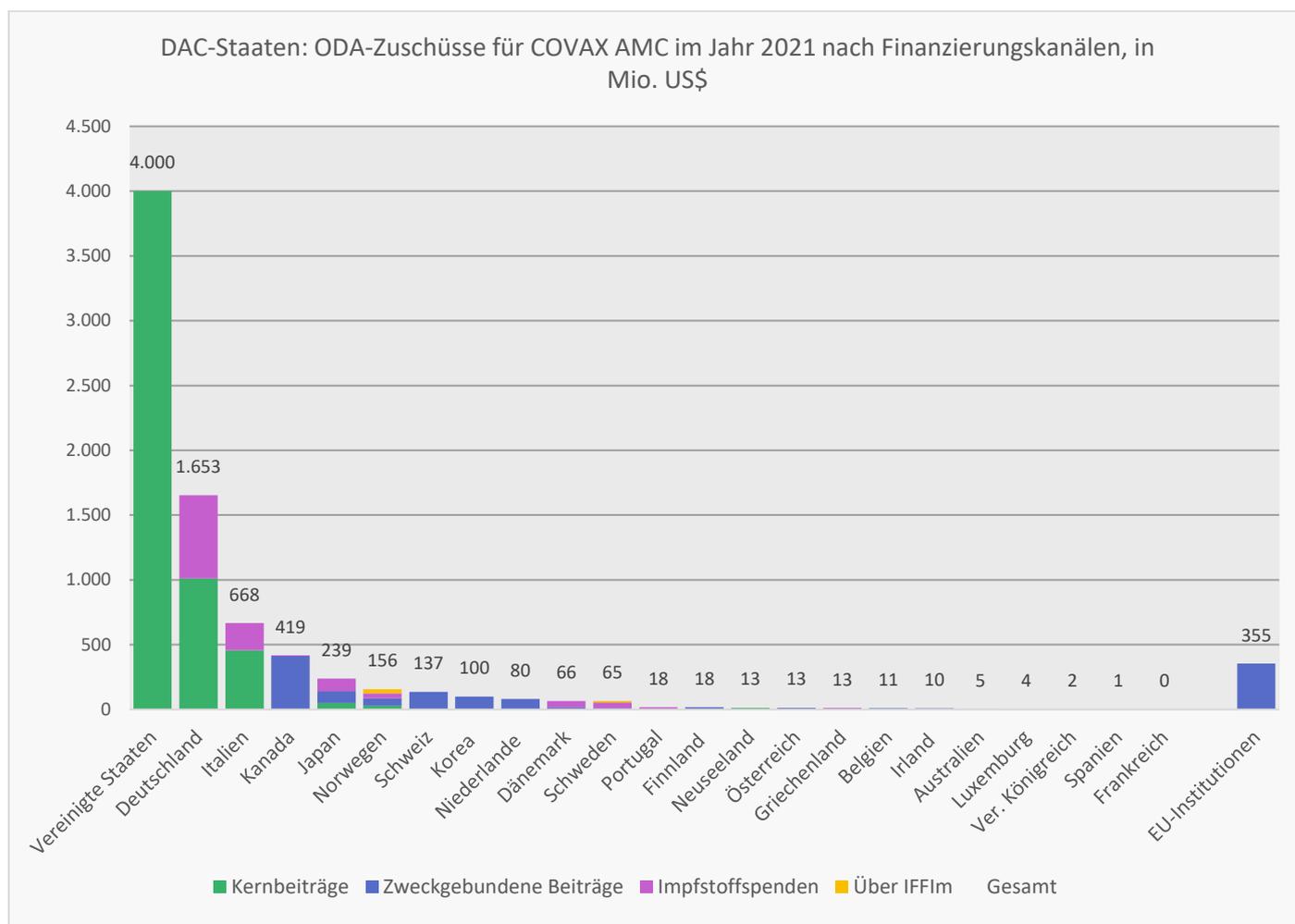
Sehr eindrücklich ist diesbezüglich das Zurückfallen der USA auf den 12. Rang aller DAC-Staaten. Da die USA über die bei weitem höchsten ökonomischen Ressourcen verfügen, ist diese Tatsache besonders problematisch. Denn damit entgingen der globalen Antwort auf den pandemischen Ausbruch des neuartigen Coronavirus enorme Summen, die für medizinische Maßnahmen von essenzieller Bedeutung gewesen wären.

Interessant ist darüber hinaus, dass sowohl Norwegen als auch Deutschland mit jeweils 0,069 % auf einem geteilten ersten Platz landen. Kanada belegt mit 0,056 % den dritten Rang und wird von der Schweiz, Italien sowie Dänemark gefolgt.

Dass viele Nationen mit hohen Bruttonationaleinkommen weit unzureichende finanzielle Mittel im internationalen Kampf gegen COVID-19 bereitstellen, ist als besonders problematisch anzusehen. Denn während die USA und Frankreich nur im Mittelfeld landen, belegen die wirtschaftsstarken Staaten Japan und das Vereinigte Königreich sogar Plätze in der hinteren Reihe und kommen somit ihrer Verantwortung im internationalen System der Globalen Gesundheit ungenügend nach.

Wenn alle DAC-Staaten in Summe betrachtet werden, belaufen sich die Finanzmittel für gesundheitspezifische Maßnahmen der Pandemiebekämpfung auf 0,028 % ihrer gemeinsamen Wirtschaftsleistung.

Abbildung 5



In Abbildung 5 sind die ODA-Zuschüsse der DAC-Staaten für das Jahr 2021 dargestellt, die gezielt die von der Impfallianz Gavi federführend verwaltete Initiative COVAX AMC (Advance Market Commitment) förderten, um Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen einen Zugang zu COVID-19-Impfstoffen zu ermöglichen.

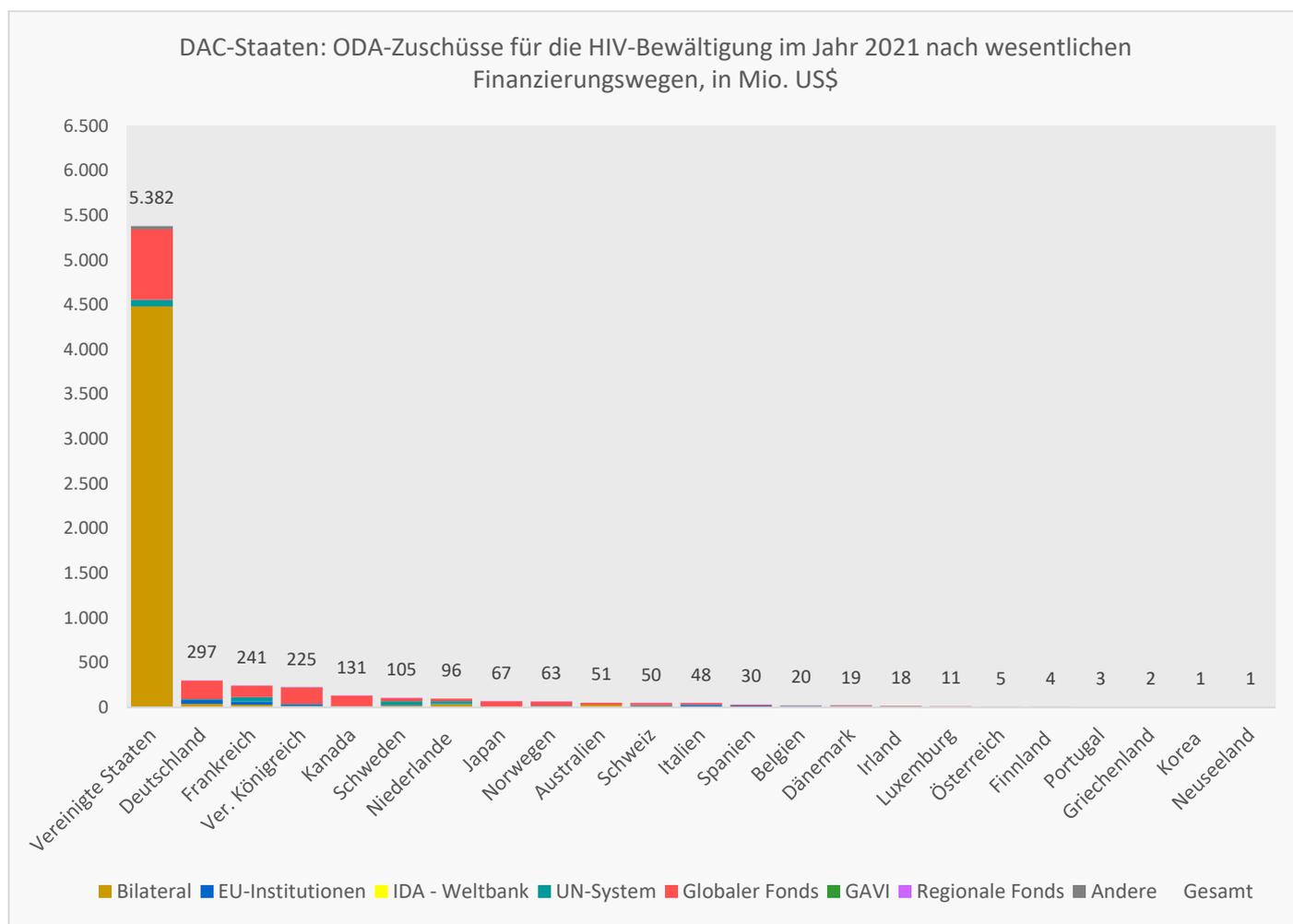
Mit einem Betrag in Höhe von 4 Milliarden US-Dollar setzte die USA die mit Abstand meisten finanziellen Mittel für diesen Zweck ein. Dahinter kommt Deutschland auf knapp über 1,6 Milliarden US-Dollar und Italien folgt auf Platz 3.

Im Gegensatz dazu beteiligten sich manche Geberstaaten mit hohen Wirtschaftsleistungen nur in ganz geringem Umfang an der finanziellen Unterstützung von COVAX AMC. Dazu zählen das Vereinigte Königreich und Frankreich, die allerdings zu den wichtigsten Beitragszahlern für das generelle Mandat der Impfallianz Gavi gehören.

Die Unterscheidung zwischen Kernbeiträgen und zweckgebundenen Mitteln folgt der Berichterstattung der Geberstaaten an die DAC-Informationssysteme und bezieht Daten der Impfallianz Gavi ein. Im Fall Deutschlands und Japans machten Impfstoffspenden rund 40 % der Beiträge aus, während Dänemark, Schweden, Portugal, Griechenland und das Vereinigte Königreich den überwiegenden Teil auf diese Weise erbrachten. Nur Norwegen und Schweden nutzten die Internationale Finanzfazilität für Impfprogramme (IFFIm) als Finanzierungsmechanismus.

Interessant ist darüber hinaus, dass die EU-Institutionen mit einem Betrag von mehr als 350 Millionen US-Dollar im Feld der Geberstaaten den 5. Rang einnehmen würden. Gleichzeitig kam diese Summe nur über zweckgebundene Beiträge zustande.

Abbildung 6



Gesamte Auszahlungen

Finanzierungsweg:	Bilateral	EU-Institutionen	IDA - Weltbank	UN-System	Globaler Fonds	GAVI	Regionale Fonds	Andere	Gesamt
Betrag:	4.691,6	178,7	-	253,9	1.706,3	-	0,1	42,0	6.872,6
Anteil:	68,3%	2,6%	0,0%	3,7%	24,8%	0,0%	0,0%	0,6%	100,0%

Abbildung 6 stellt die absoluten Beiträge für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit im Jahr 2021 dar, die über die verschiedenen Finanzierungswege für spezifische Maßnahmen der Prävention, Behandlung und Linderung der Folgen von HIV/AIDS aufgebracht wurden.

Die extreme Abhängigkeit von den USA, die mehr als 78 % der gesamten Zuschüsse beisteuerten, ist mit einem immensen Risiko für die nachhaltige Bewältigung dieser zentralen Bedrohung der globalen Gesundheit verbunden. Allein die bilateralen Zuschüsse der USA, die vor allem durch die sogenannte PEPFAR-Initiative bereitgestellt werden, machen fast zwei Drittel der Gesamtbeiträge aus.

Die USA bilden auch den wichtigsten Beitragszahler für den Globalen Fonds, auch wenn die meisten der übrigen Gebernationen den größten Teil ihrer Fördermittel für HIV-Programme in Entwicklungsländern über dieses Instrument bereitstellen. Der Globale Fonds verwaltet somit rund ein Viertel der ODA-Zuschüsse für die Zurückdrängung der HIV-Epidemie. Die bilateralen Beiträge der übrigen Geberstaaten und die über andere multilaterale Organisationen geleiteten Ressourcen fallen für die Finanzierung von HIV-Maßnahmen kaum ins Gewicht, wobei dem UN-System und hier insbesondere UNAIDS eine entscheidende Funktion für die Planung und Koordination zukommt.

Abbildung 7

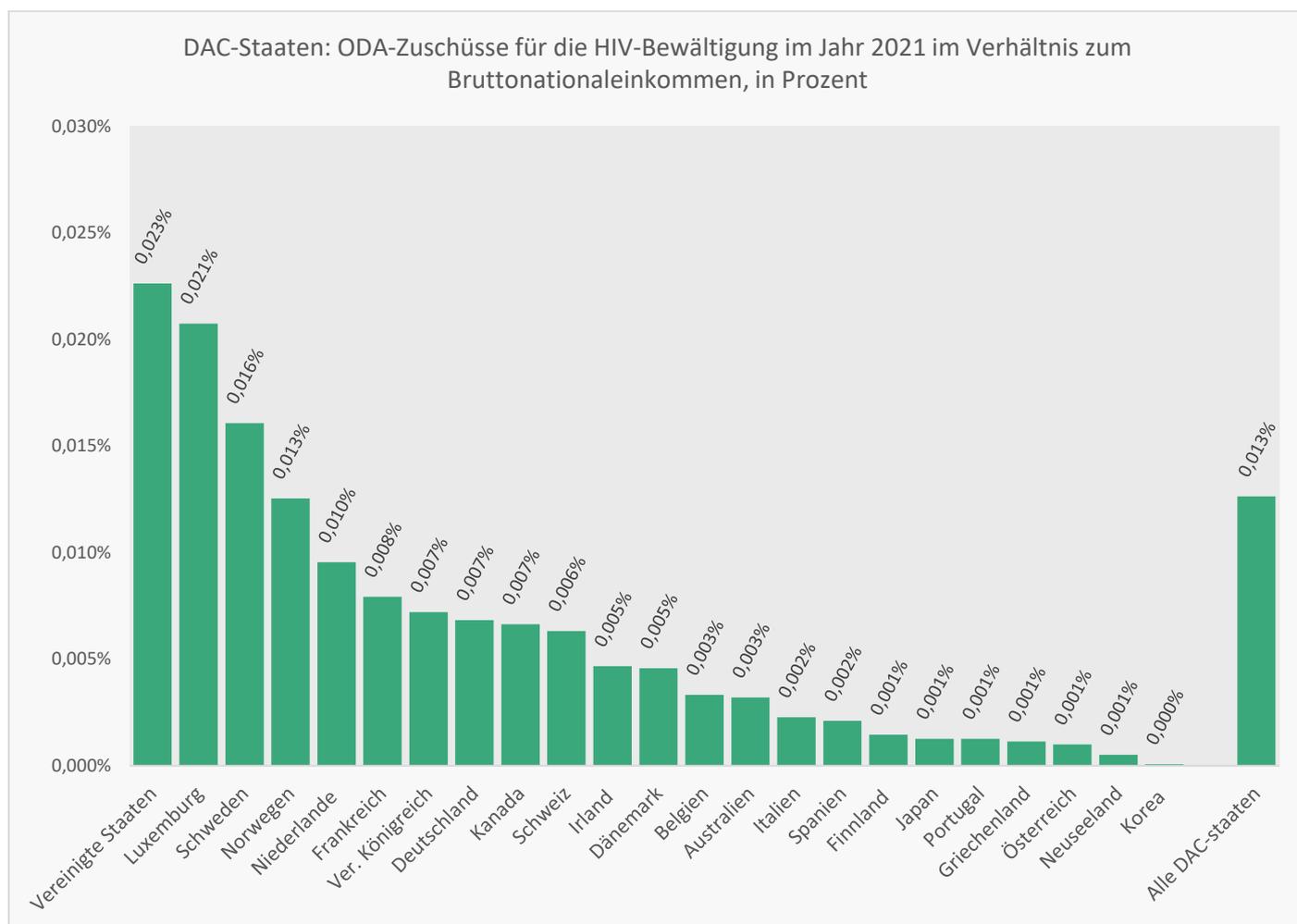


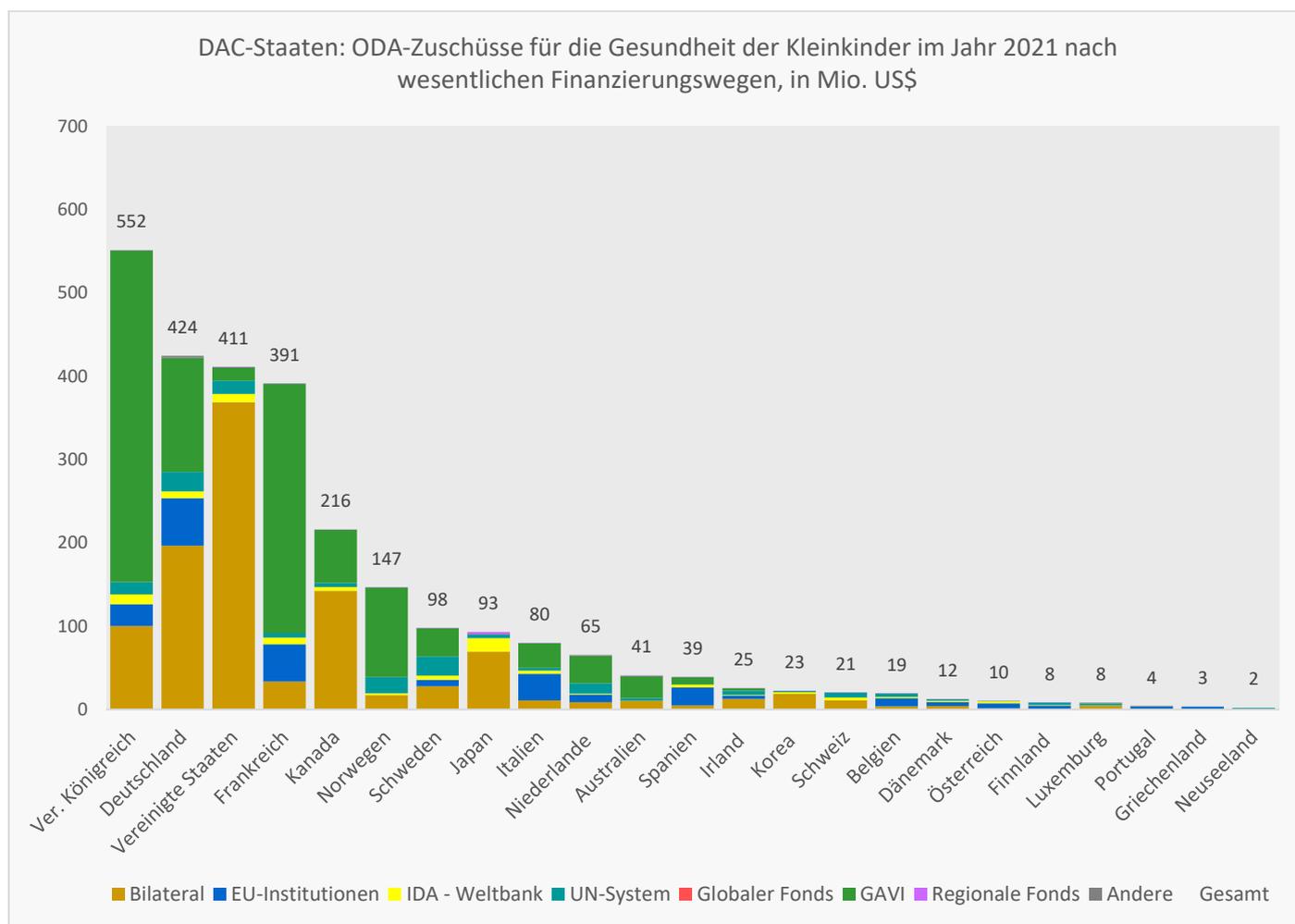
Abbildung 7 vergleicht die ODA-Ausgaben in Form von Zuschüssen für die HIV-Bekämpfung mit den Wirtschaftskapazitäten der verschiedenen DAC-Staaten.

Die Vereinigten Staaten sind auf diesem Gebiet nicht nur der mit Abstand wichtigste Geldgeber, was den Umfang betrifft, sondern belegen auch den ersten Rang, wenn wir die Beitragshöhen in Relation zu den ökonomischen Möglichkeiten betrachten. Danach folgen mit Luxemburg, Schweden sowie Norwegen drei Nationalstaaten mit relativ geringen Bruttonationaleinkommen.

Wenn wir die Gesamtheit aller DAC-Staaten betrachten, so belaufen sich die finanziellen Anstrengungen für die HIV-Bewältigung auf 0,013 % des kollektiven BNE. Ohne die USA wäre dieser Anteil allerdings wesentlich geringer, was die extreme Abhängigkeit von einem Geberstaat unterstreicht.

Deutschland belegt Rang 8, was vor allem durch den Beitrag an den Globalen Fonds bedingt ist. Mit einem Betrag, der lediglich 0,007 % der eigenen Wirtschaftsleistung entspricht, fallen die deutschen Finanzmittel gegen HIV/AIDS jedoch ziemlich niedrig aus.

Abbildung 8



Gesamte Auszahlungen

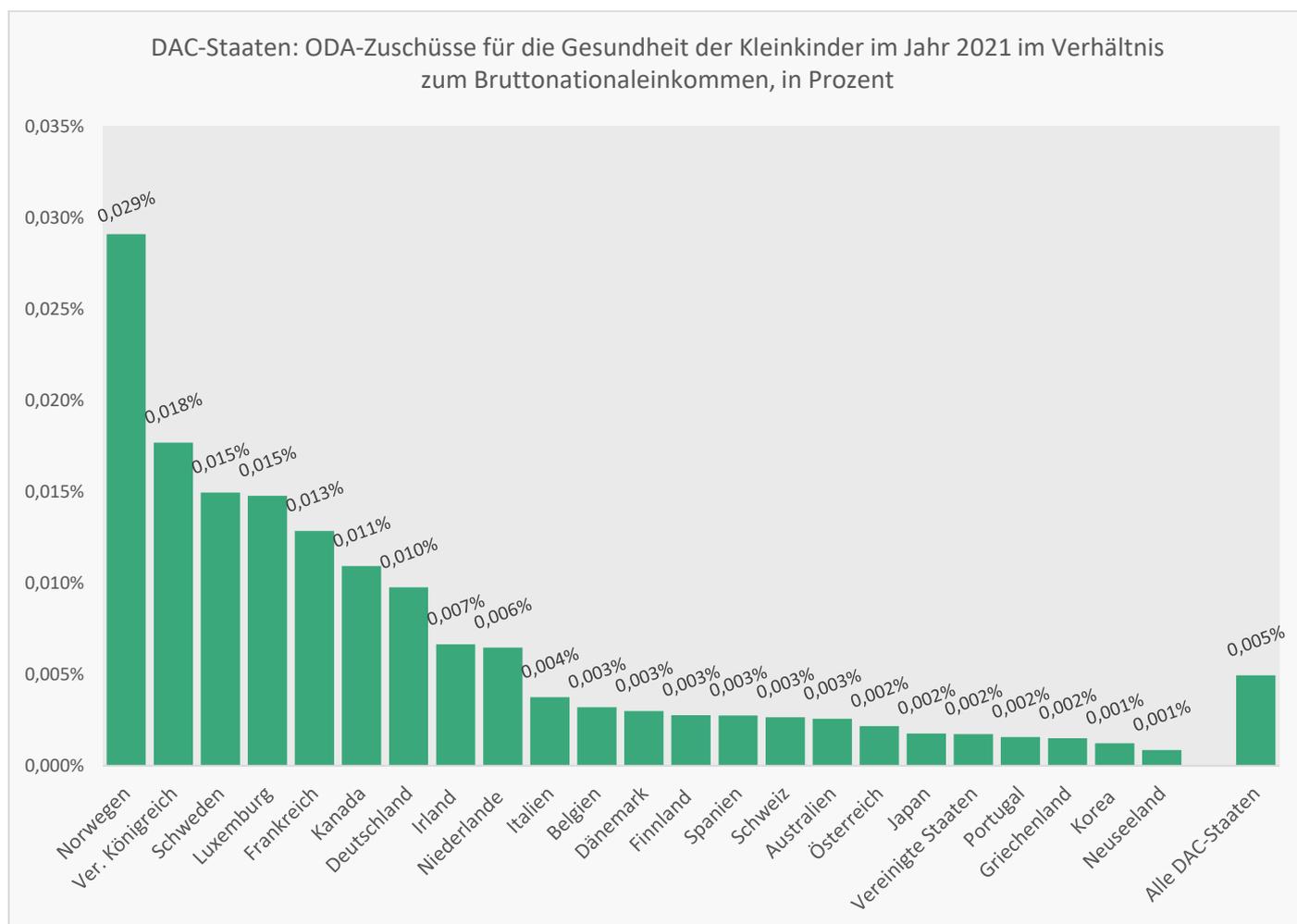
Finanzierungsweg:	Bilateral	EU-Institutionen	IDA - Weltbank	UN-System	Globaler Fonds	GAVI	Regionale Fonds	Andere	Gesamt
Betrag:	1.047,9	235,6	86,8	155,3	-	1.159,2	6,0	2,8	2.693,6
Anteil:	38,9%	8,7%	3,2%	5,8%	0,0%	43,0%	0,2%	0,1%	100,0%

Bei Abbildung 8 werden die wesentlichen Finanzierungswege der ODA-Beiträge in Form von Zuschüssen für die Gesundheit von Kleinkindern im Jahr 2021 präsentiert. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, dass diese Angaben nicht exakt sind und eine Untererfassung der gesundheitsbezogenen Aktivitäten für Kleinkinder vorliegt, da Tätigkeiten in Themenbereichen wie HIV/AIDS, Malaria oder anderen übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten ebenfalls Kleinkindern zugutekommen, aber nicht explizit als solche festgestellt werden können. Diese Finanzierungsanteile, die letztlich Kleinkinder direkt erreichen, könnten nur durch sehr aufwendige zusätzliche Analysen und Berechnungen näherungsweise geschätzt werden.

In absteigender Reihenfolge sind die größten Geberländer für Gesundheit von Kleinkindern das Vereinigte Königreich, Deutschland und die Vereinigten Staaten. Auffällig sind neben den hohen Auszahlungen für bilaterale Aktivitäten die finanziellen Mittel für die multilaterale Organisation Gavi. Denn bei fast allen Gebernationen bilden die Zuschüsse an Gavi den größten oder zweitgrößten Beitrag der Gesamtsumme für Kleinkindergesundheit. Unter die von Gavi abgedeckten Tätigkeiten fallen hauptsächlich Maßnahmen rund um Impfungen gegen infektiöse Krankheiten, die primär junge Kinder betreffen, worunter beispielsweise Masern, Poliomyelitis oder Tetanus zählen.

Für die Länder der Europäischen Union sind darüber hinaus die Beiträge an EU-Institutionen von hoher Relevanz.

Abbildung 9



In Abbildung 9 werden die ODA-Zuschüsse für die Gesundheit von Kleinkindern einem Vergleich mit den Wirtschaftskapazitäten der Geberstaaten unterzogen. Auch bei dieser Grafik muss auf eine voraussichtliche Untererfassung der Gesamtbeträge für gesundheitsbezogene Maßnahmen, die Kleinkindern direkt nutzen, hingewiesen werden.

Führend ist in dieser Hinsicht stattdessen das Geberland Norwegen, während sich das Vereinigte Königreich erneut auf zweiter Position wiederfindet und von Schweden, Luxemburg sowie Frankreich gefolgt wird. Deutschland ist mit einem Beitrag von 0,01 % des BNE auf dem siebten Platz zu finden. Dagegen befindet sich die USA nur auf dem 19. Rang, wenn die Relation zu ihrer Wirtschaftskraft betrachtet wird, während dieser Geberstaat bei den absoluten Ausgaben für die Gesundheit von Kleinkindern den 3. Platz belegte.

Alle DAC-Staaten gemeinsam erzielen ein Beitragsniveau von 0,005 % ihrer kollektiven Wirtschaftsleistung, wobei vor allem bei den wirtschaftsstärksten Nationen eine auffällige Diskrepanz zu beobachten ist. Denn während das Vereinigte Königreich, Frankreich oder auch Deutschland relativ weit vorne landen, befinden sich Japan und die Vereinigten Staaten sehr weit hinten im Geberfeld.

Abbildung 10

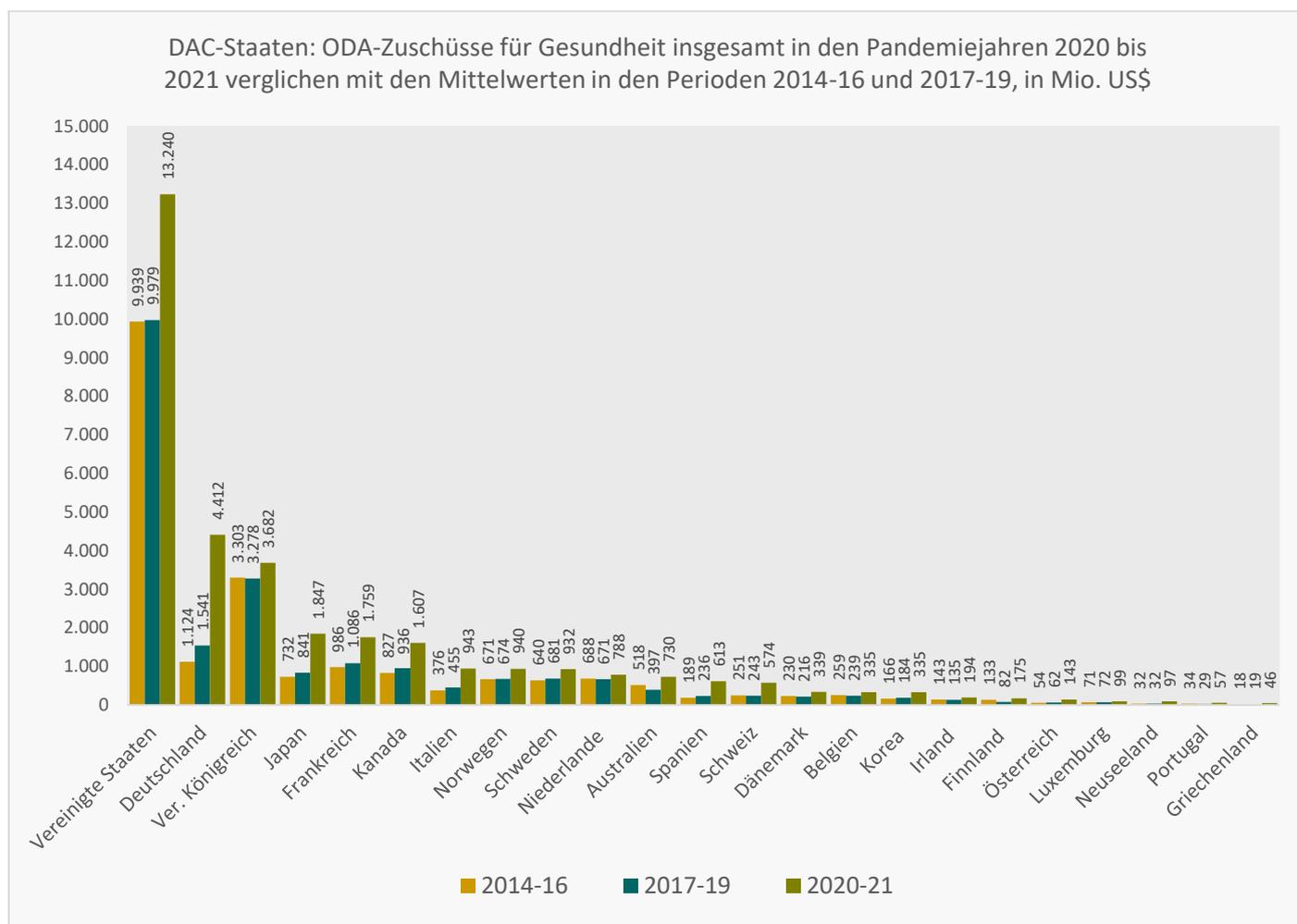


Abbildung 10 stellt wieder die gesamten ODA-Zuschüsse der DAC-Staaten für Gesundheit dar, zieht allerdings gleichzeitig einen Vergleich zwischen dem Zeitraum der Jahre 2020 bis 2021 und den Mittelwerten der Perioden von 2014 bis 2016 einerseits sowie von 2017 bis 2019 andererseits. Hierbei ist jedoch zwingend zu beachten, dass es sich um die tatsächlichen Auszahlungsbeträge handelt, welche weder nach Preisen noch Wechselkursen bereinigt sind und daher keinen statistisch sinnvollen Vergleich zwischen Jahren erlauben.

In dieser Art der Darstellung von ODA-Zuschüssen für Gesundheit wird für die meisten Geberländer eine sichtbare Steigerung der Beiträge in den ersten beiden Pandemie Jahren 2020 und 2021 in Relation zu den Vorgängerjahren erkennbar. Des Weiteren wird ebenso der Abstand der Vereinigten Staaten zu den anderen Gebernationen in Bezug auf die absoluten Finanzmittel deutlich. Verglichen mit der vorhergehenden Periode wies Deutschland die höchste Steigerungsrate der Ausgaben für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 auf. In absoluten Zahlen verzeichnete es mit knapp 2,9 Mrd. US\$ die zweithöchste Aufstockung der ODA-Zuschüsse für Gesundheit im Zuge der Krisenreaktion nach den USA mit einem Zuwachs von annähernd 3,3 Mrd. US\$. Zudem fällt auf, dass das Vereinigte Königreich nur einen sehr bescheidenen Anstieg verbuchte.

Abbildung 11

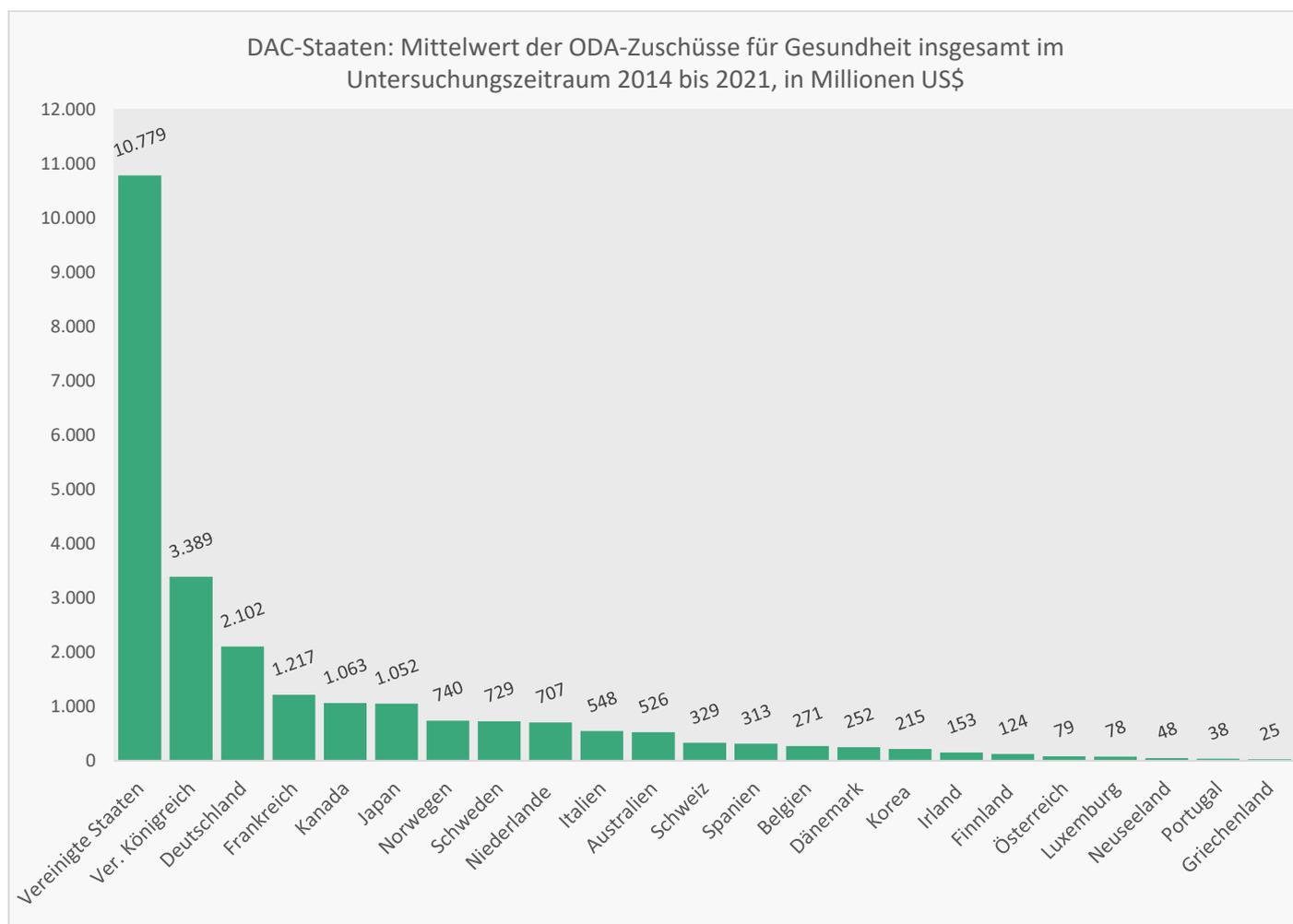


Abbildung 11 zeigt die Mittelwerte der ODA-Zuschüsse für Gesundheit der Jahre 2014 bis 2021. Wie im vorherigen Diagramm sind die Angaben in den tatsächlichen Auszahlungsbeträgen aufgeführt, weil die Daten nicht inflationsbereinigt dargestellt sind und auch nicht nach konstanten Wechselkursen angegeben werden.

Bei dieser Darstellung erreichen die USA etwas weniger als 10,8 Milliarden US-Dollar pro Jahr, was mit Abstand den höchsten Beitrag unter den Geberstaaten darstellt. Das Vereinigte Königreich verzeichnete den zweithöchsten Wert mit ungefähr 3,4 Milliarden US-Dollar und Deutschland folgt mit einem jahresdurchschnittlichen Betrag von 2,1 Milliarden US-Dollar auf dem dritten Rang. Insofern brachten die Vereinigten Staaten mehr als das dreifache Zuschussvolumen auf als das zweitplatzierte Geberland.

Auf den Plätzen vier, fünf und sechs befinden sich Frankreich, Kanada sowie Japan. Dem gegenüber belegen Neuseeland, Portugal und Griechenland die drei letzten Ränge.

Abbildung 12

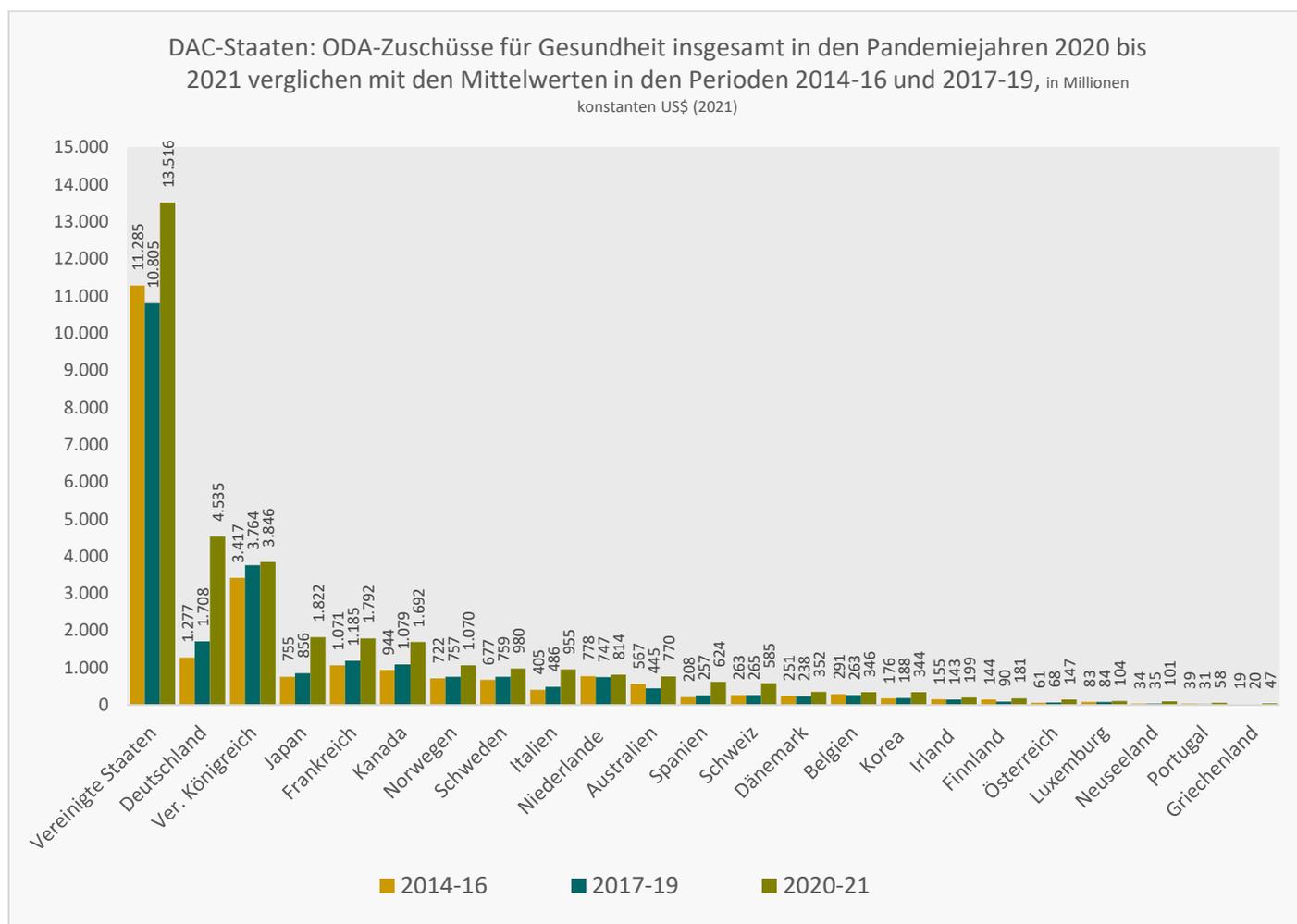
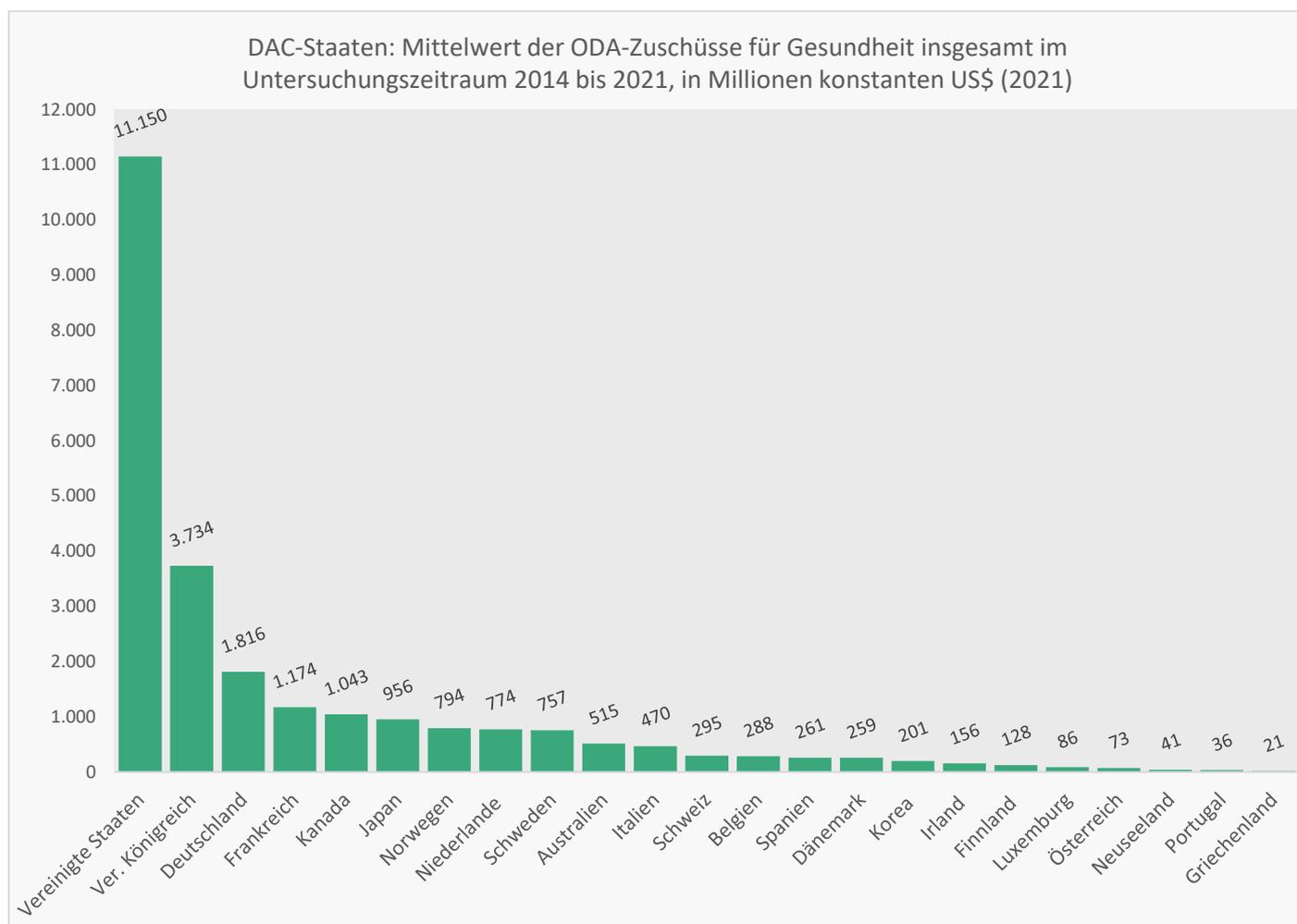


Abbildung 12 ist beinahe identisch zu Abbildung 10, beinhaltet jedoch einen entscheidenden Unterschied. Denn in dieser Grafik werden die ODA-Zuschüsse für Gesundheit in konstanten US-Dollar präsentiert, wodurch eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Jahre gewährleistet wird, indem die Veränderungen von Preisniveaus und Wechselkursen herausgerechnet werden.

Hier wird auf eindrückliche Weise ersichtlich, dass der reale Anstieg bei den Auszahlungen der USA im Durchschnitt der Jahre 2020 bis 2021 im Vergleich zu den Vorjahren wesentlich geringer ausfiel als es die nominalen Beträge in Abbildung 10 erscheinen lassen. Grund dafür ist die Preisentwicklung in den USA über die Jahre hinweg. Im Gegensatz dazu sind die Beträge Deutschlands ähnlich ausgeprägt wie in der vorigen Darstellung, in welcher sowohl Wechselkursschwankungen als auch Inflation unberücksichtigt blieben. Parallel dazu weist das Vereinigte Königreich in diesem Diagramm nur noch eine sehr niedrige Erhöhung für die Jahre 2020 und 2021 auf und kommt im Wesentlichen einer Stagnation nahe.

Abbildung 13



In Abbildung 13 werden wiederum die ODA-Zuschüsse für Gesundheit insgesamt in konstanten US-Dollar angeben, wobei dieses Mal die Beiträge über die Jahre des Untersuchungszeitraums 2014 bis 2021 als Durchschnittswerte zusammengefasst sind.

Abbildung 14

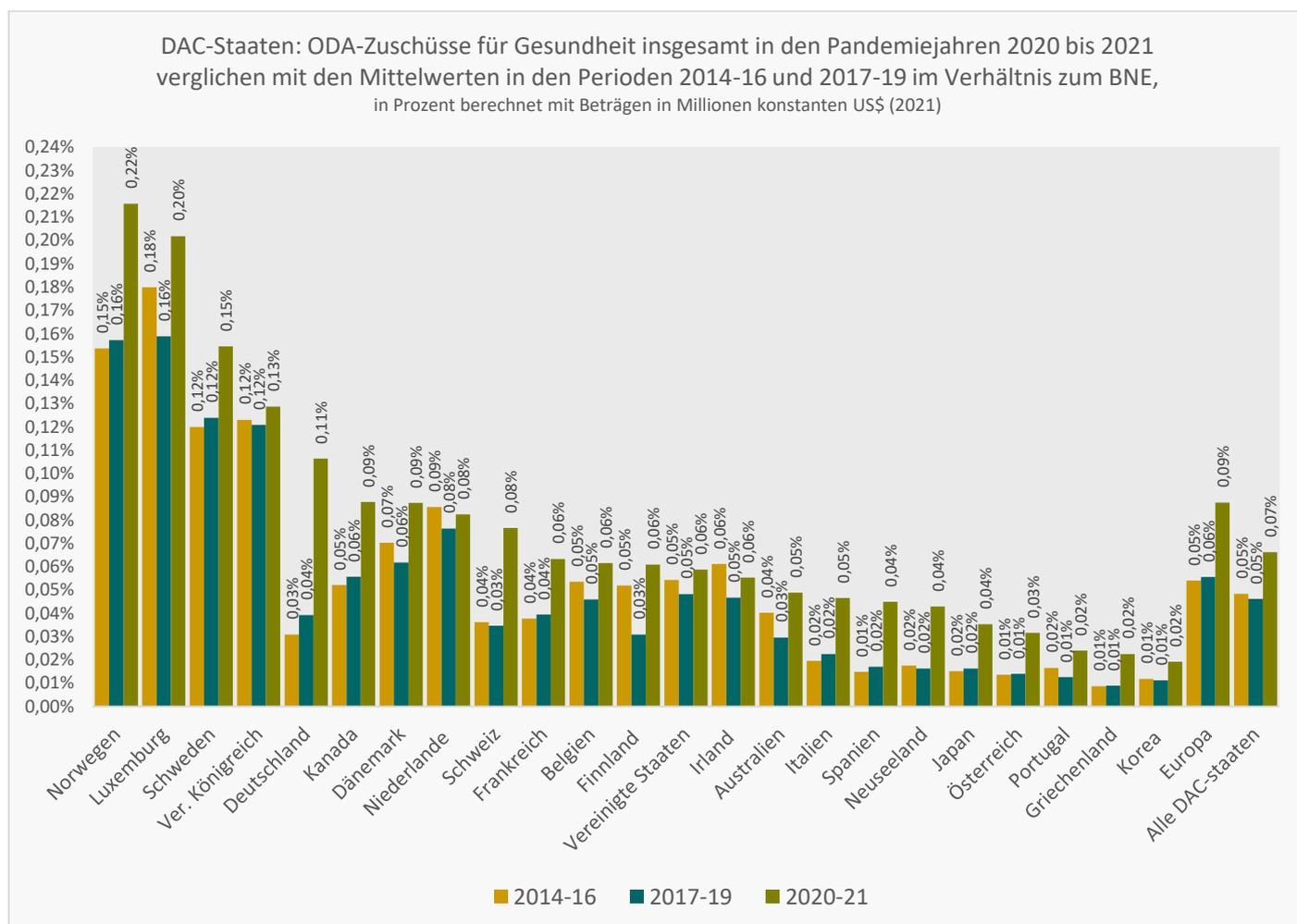


Abbildung 14 dient dazu, die ODA-Zuschüsse für Gesundheit der verschiedenen Gebernationen gemessen in konstanten US-Dollar relativ zu den ökonomischen Kapazitäten dieser Staaten anzugeben und dadurch eine Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlichen Jahren zu ermöglichen.

Erhebliche Steigerungen der Beiträge in den Jahren 2020 bis 2021 gegenüber den Vorjahren sind für mehrere Geberländer offensichtlich. Drei Nationalstaaten hoben ihre Auszahlungen noch einmal deutlich an, obwohl sie bereits vorher die 0,1%-Empfehlung in die Praxis umsetzten und übertrafen. Hierzu zählen in absteigender Reihenfolge Norwegen, Luxemburg sowie Schweden. Das Vereinigte Königreich folgt auf dem vierten Platz, erzielte jedoch keine signifikante Steigerung in der Pandemiezeit.

Eine Vielzahl der DAC-Staaten erreichten zwar nicht das von der WHO ausgegebene Zielniveau, weisen aber dennoch deutliche Anhebungen ihrer ODA-Zuschüsse für gesundheitsbezogene Aktivitäten in den ersten beiden Pandemie Jahren auf. Für Deutschland liegt die BNE-Quote aber sogar bei fast dem dreifachen Wert der durchschnittlichen Beträge von 2017 bis 2019, sodass die 0,1%-Empfehlung der WHO verwirklicht wurde.

Einige Länder erhöhten zwar ihre Beitragsniveaus in den Pandemie Jahren gegenüber der vorhergehenden Periode, erreichen aber verglichen mit dem Zeitraum 2014 bis 2016 nur eine relativ geringe Steigerung wie die USA oder bleiben sogar noch unter der Ausgangshöhe wie die Niederlande. Problematisch ist weiterhin, dass die überwiegende Mehrheit der untersuchten DAC-Staaten – und darunter auch sehr wirtschaftsstarke Nationen – die Zielvorgabe mindestens 0,1 Prozent ihres BNE für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit aufzubringen nicht realisierte und zum Teil weit verfehlte.

Alle DAC-Staaten zusammen kommen folglich nur auf 0,07 % und sind somit weit von der 0,1%-Empfehlung entfernt.

Abbildung 15

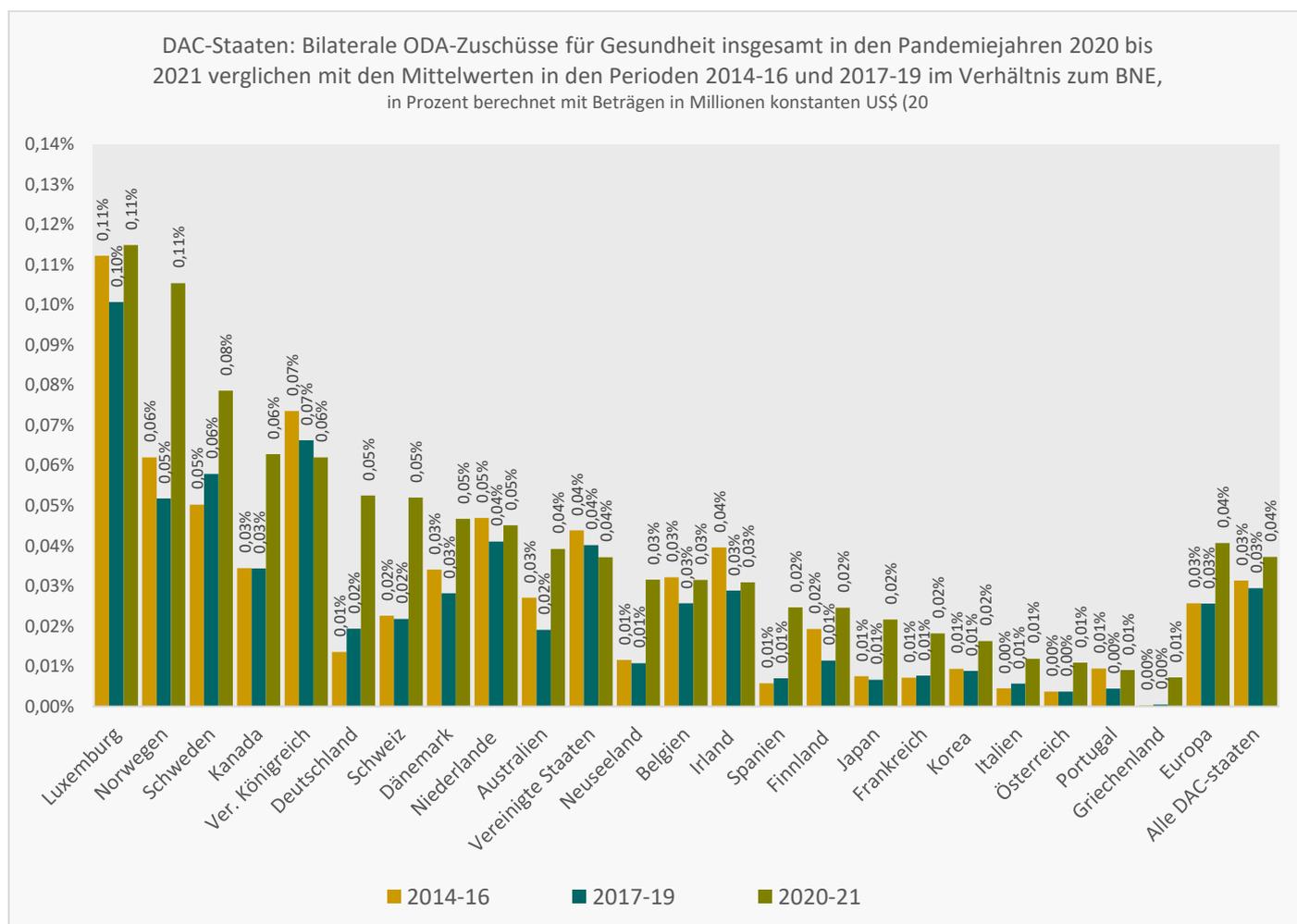


Abbildung 15 zeigt ebenfalls die finanziellen Anstrengungen für die globale Gesundheit, indem gleichermaßen die ODA-Zuschüsse für Gesundheit der DAC-Staaten im Verhältnis zu ihren Bruttonationaleinkommen dargestellt werden, aber diesmal sind nur die bilateralen Beiträge aufgeführt, ohne die Beiträge für multilaterale Organisationen einzubeziehen.

Die Geberreihenfolge verändert sich dadurch etwas in Relation zum vorherigen Diagramm, bleibt aber in weiten Teilen erhalten. Während die vier Geberländer Luxemburg, Norwegen sowie Schweden erneut die höchsten Mittelzuweisungen aufweisen, landet Deutschland auf dem 6. Platz. Im Vergleich zu den eigenen Aufwendungen in früheren Jahren verzeichnet Deutschland allerdings einen der stärksten Zuwächse im Bereich der bilateralen finanziellen Entwicklungskooperation mit Gesundheitsbezug.

Bedeutsam ist darüber hinaus, dass fast alle Gebernationen ihre bilateralen Beiträge in den ersten beiden Pandemieejahren 2020 und 2021 anhoben. Jedoch existieren auch mehrere Staaten, die nur stagnierende oder sogar fallende finanzielle Mittel in diesem Gebiet erzielen. Beispielsweise erreichen die USA, die Niederlande und Irland mit ihren inflationsbereinigten Auszahlungen im Durchschnitt der Jahre 2020 bis 2021 nicht die Zahlungsniveaus der jährlichen Durchschnitte von 2014 bis 2016. Für die Gesamtsumme der ODA-Zuschüsse für Gesundheit ist indes noch problematischer, dass die USA sogar eine leicht rückläufige Tendenz bei ihren bilateralen Mittelzuweisungen erkennen lassen.

Im Hinblick auf die Summe aller DAC-Staaten belaufen sich die kumulierten bilateralen Beiträge in Form von ODA-Zuschüssen für Gesundheit für den Jahreszeitraum 2020-2021 auf 0,04 %. Dies entspricht einer leichten Erhöhung verglichen mit den vorherigen Jahresabschnitten.

Abbildung 16

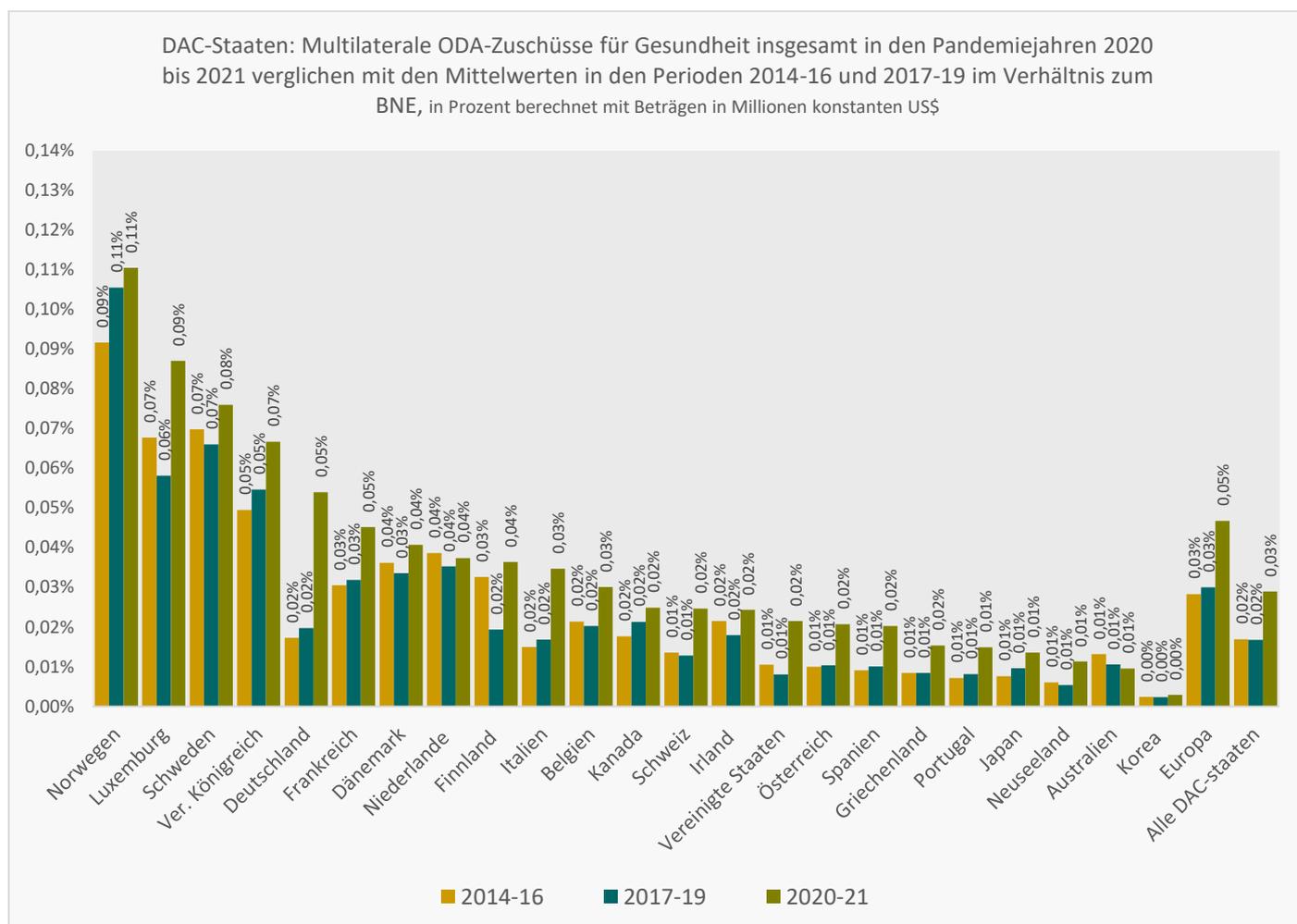


Abbildung 16 präsentiert die multilateralen ODA-Zuschüsse für Gesundheit der DAC-Staaten im Vergleich zu ihren Wirtschaftskapazitäten für die gleichen Zeiträume wie die vorigen Darstellungen.

Äquivalent zu der Grafik mit den bilateralen Auszahlungen wird hier ebenfalls deutlich, dass die Mehrzahl der Geberländer ihre finanziellen Zuwendungen in den ersten beiden Jahren des pandemischen Krankheitsausbruchs von SARS-CoV-2 relativ zu den vorhergehenden Jahren erhöhten. Die einzige Ausnahme bildet Australien, welches seine bereits sehr niedrigen Finanzierungsbeiträge für multilaterale Institutionen im Jahreszeitraum 2020-21 sogar kürzte.

Zudem fällt Deutschland auf, da es das Geberland mit dem höchsten Anstieg an multilateralen ODA-Zuschüssen für Gesundheit ist, indem der Wert von 0,02 % von vor der Pandemie auf 0,05 % anwuchs.

Hinsichtlich der multilateralen Beiträge aller DAC-Staaten ist ebenfalls eine Erhöhung zu erkennen, weil der Anteil dieser finanziellen Mittel in Relation zu der gemeinsamen Wirtschaftsleistung von 0,02 % auf 0,03 % zunimmt.

Abbildung 17

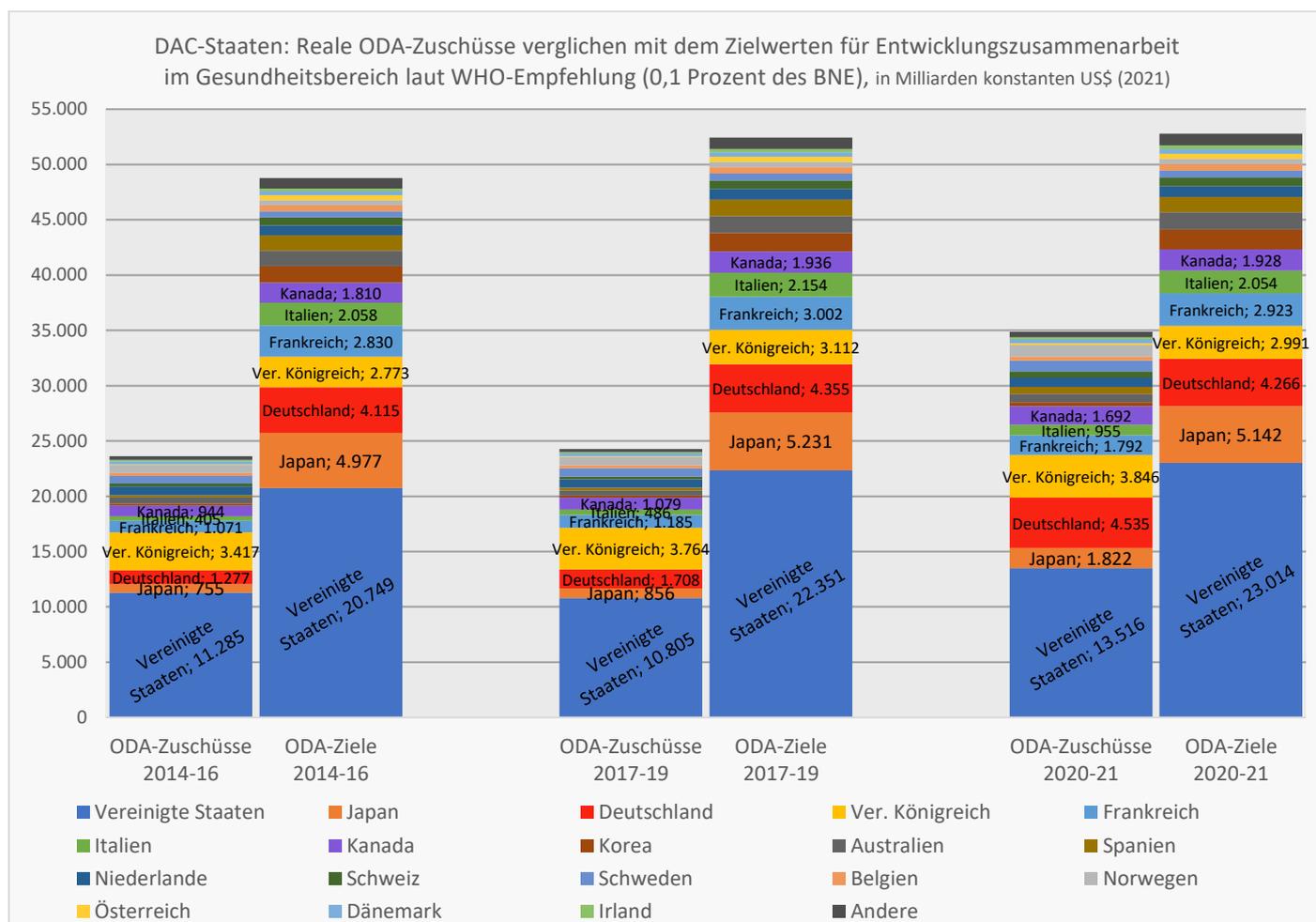
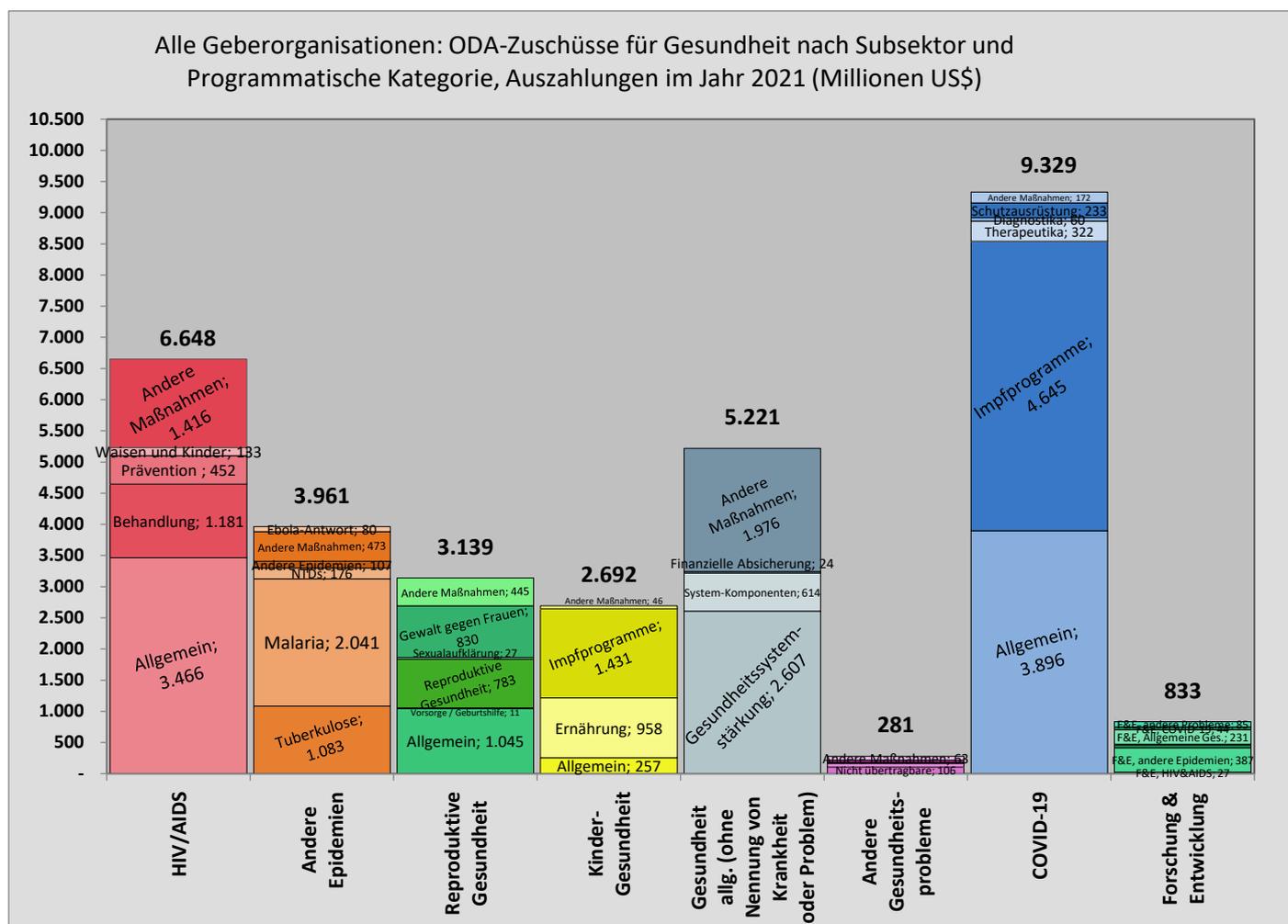


Abbildung 17 zieht einen Vergleich zwischen der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation, dass jedes Geberland mindestens 0,1 % seines Bruttonationaleinkommens für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit bereitstellen sollte, und den tatsächlich ausgezahlten Summen. Hierbei ist von Relevanz, dass die 18 angezeigten Geberstaaten im Jahreszeitraum 2020-2021 über 98 % des BNE aller Geberländer verfügten.

Im Durchschnitt der Jahre 2014-2016 erreichten dabei die real verausgabten ODA-Zuschüsse aller DAC-Staaten kaum die Hälfte des internationalen Zielniveaus. Für die darauffolgende Dreijahresperiode von 2017 bis 2019 verringerte sich dieser Anteil sogar noch etwas. Da die meisten Geberländer ihre Beiträge anhoben, erhöhte sich die Gesamtsumme der ODA-Zuschüsse für Gesundheit in den ersten beiden Pandemie Jahren von gut 24 Milliarden US-Dollar auf annähernd 35 Milliarden US-Dollar, was ca. zwei Drittel der 0,1%-Empfehlung entsprach.

Von besonderer Bedeutung für das Gesamtaufkommen sind die finanziellen Anstrengungen der Gebernationen mit der höchsten Wirtschaftskapazität in den dargestellten Zeiträumen. Im Fall der USA fiel der Zuschussbetrag in Relation zur Zielvorgabe von 54 % in der ersten Periode auf 48 % im zweiten Zeitabschnitt und steigerte sich in den Pandemie Jahren auf fast 59 %. Ausgehend von einem völlig ungenügenden Niveau erhöhten sich diese Kennwerte bei Japan von 15 % über 16 % auf gut 35 %. Deutschland übertraf zwar in den beiden Jahren der Krisenreaktion das Zielniveau um 6 %, blieb aber in den vorhergehenden Zeiträumen mit 31 bzw. 39 % weit unter dem Finanzierungziel.

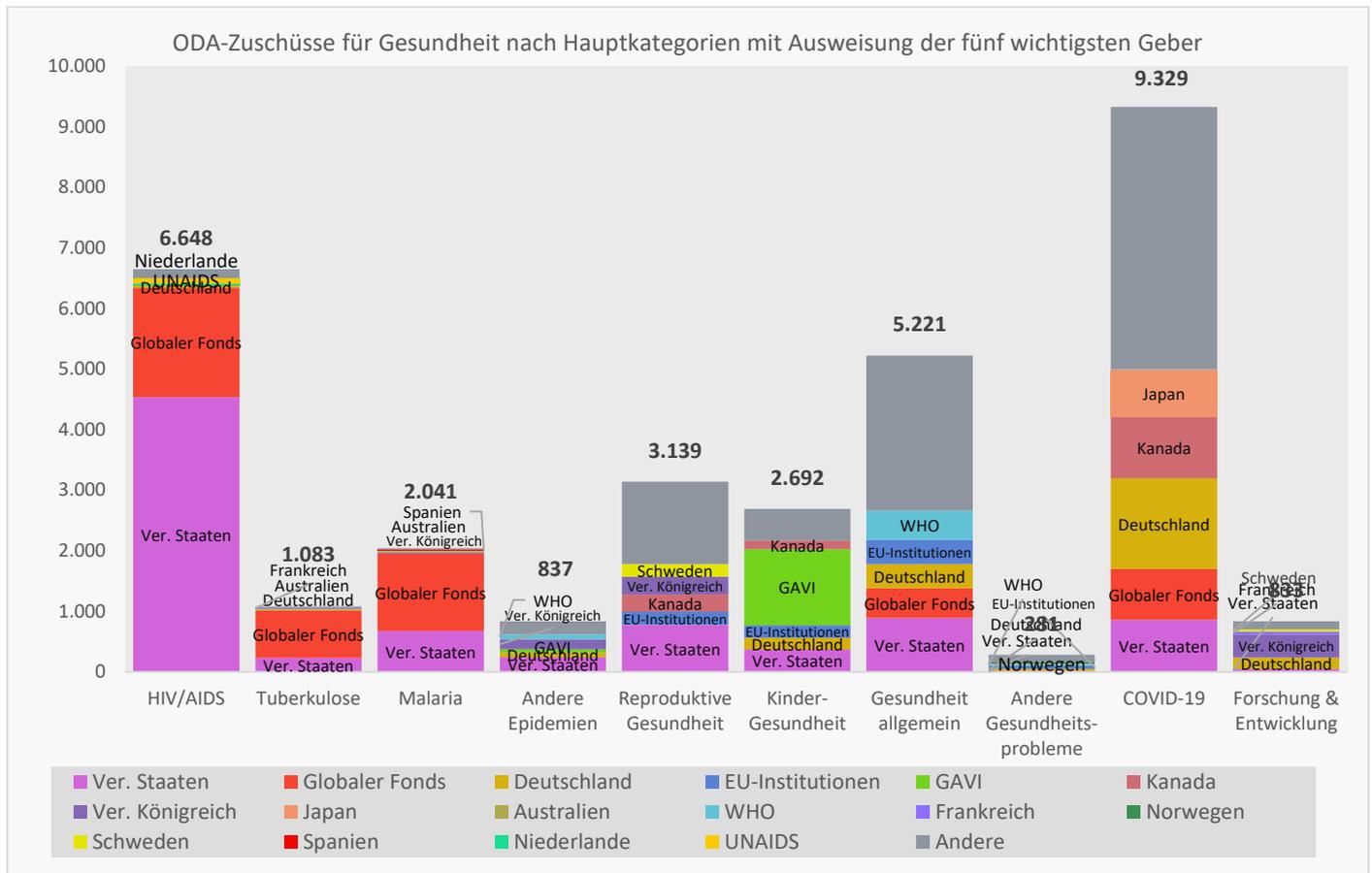
Abbildung 18



Diese Grafik zeigt die Verteilung der gesamten ODA-Zuschüsse für Gesundheit nach den wesentlichen Subsektoren, wobei die jeweiligen definierten Unterkategorien sichtbar gemacht werden. Im Unterschied zu den vorhergehenden Darstellungen, die auf die finanziellen Anstrengungen der Geberstaaten abheben und daher deren Beiträge für die zwischenstaatliche Kooperation und die relevanten multilateralen Organisationen beschreiben, beruht die Berechnung der hier gezeigten Ressourcenflüsse auf den berichteten Auszahlungen der für die Verwendung der Finanzmittel letztlich zuständigen Entwicklungsorganisationen. Für die bilaterale Kooperation macht das keinen Unterschied, für die internationalen Institutionen werden statt der erhaltenen Kernbeiträge jedoch die gemäß dem eigenen Mandat zugeteilten Fördermittel erfasst, die tatsächlich im Berichtsjahr an die mit der direkten Durchführung der Programme betrauten staatlichen und nichtstaatlichen Akteure in den Entwicklungsländern ausgezahlt werden. Es handelt sich daher um die finanziellen Ressourcen, die für die geplanten Maßnahmen im betreffenden Zeitraum eingesetzt werden können.

Für eine Bewertung des Umfangs der für die Bekämpfung der jeweiligen Ursachen zentraler Gesundheitsprobleme bereitgestellten Ressourcen sind grundsätzlich die sehr unterschiedlichen Kosten für die benötigten Medizinprodukte sowie die Komplexität der Maßnahmen zu beachten, sodass nur ein Vergleich mit den betreffenden Bedarfsschätzungen zu sinnvollen Schlussfolgerungen führt. Außerdem haben Programme für die Überwindung spezifischer Krankheiten positive Auswirkungen auf die Gesundheitssituation insgesamt, weil sie bei geeigneten Handlungsansätzen zu einer Verminderung der Krankheitslast und damit einer Entlastung der Systeme führen sowie die Infrastruktur stärken.

Abbildung 19a

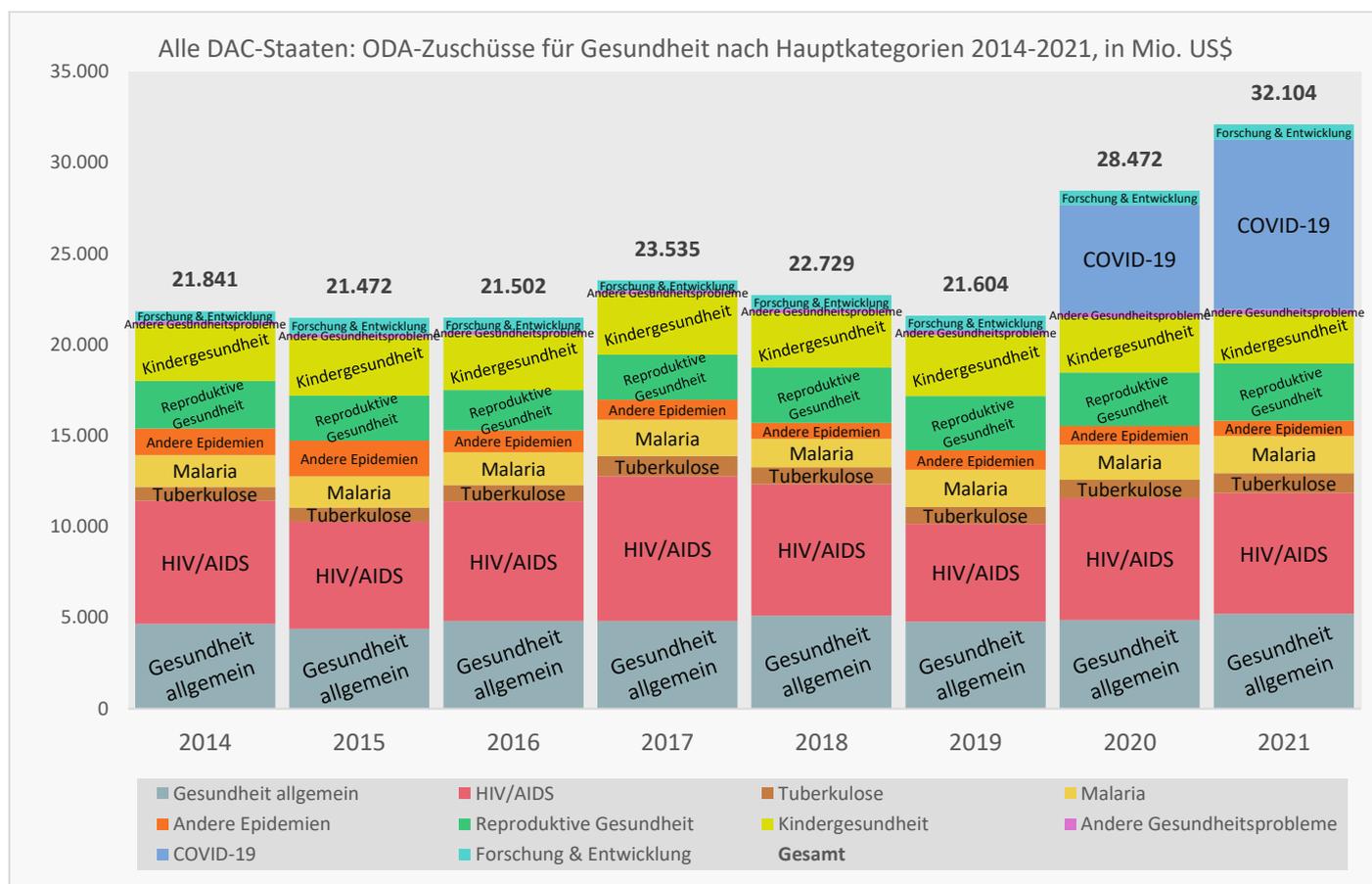


Diese Grafik basiert auf den gleichen Daten wie die vorhergehende Abbildung stellt jedoch die Ressourcen für die Bekämpfung der Malaria- und TB-Epidemien separat dar und zeigt die von den jeweils fünf wichtigsten unmittelbaren Geberorganisationen getätigten Auszahlungen für die Unterstützung der Bemühungen zur Erreichung der betreffenden Gesundheitsziele.

Es wird deutlich, dass die Bewältigung einiger der massivsten Bedrohungen der globalen Gesundheit von wenigen Entwicklungsorganisationen abhängt und somit als äußerst fragil einzustufen ist. So entfallen bei den großen Epidemien infolge von Aids, Tuberkulose und Malaria rund 95 % der bereitgestellten Mittel auf die bilaterale Kooperation der USA und den Globalen Fonds. Im Fall der Kindergesundheit werden mehr als 60 % der gesamten Ressourcen von der Impfallianz Gavi und den direkten Programmen der USA verwaltet. Die fünf bedeutendsten Geberorganisationen bei der Mobilisierung von Finanzmitteln für die dargestellten Herausforderungen machen bei der Bekämpfung von HIV, TB und Malaria rund 98 % der Zuwendungen aus. Bei der Forschung und Entwicklung, der Kindergesundheit und den anderen Epidemien wird mit 84, 81 und 74 % ebenfalls der weit überwiegende Teil der Ressourcen von der jeweiligen Spitzengruppe mobilisiert. Bei den generellen Gesundheitsprogrammen, den Maßnahmen für die reproduktive Gesundheit der Kontrolle von COVID-19 und der Kategorie Andere Gesundheitsprobleme, die u.a. nicht übertragbare Krankheiten, mentale Gesundheit, Drogenmissbrauch und Straßenverkehrssicherheit einschließt, entfällt mit Anteilen von 51 bis 57 % immer noch mehr als die Hälfte der insgesamt ausgezahlten Finanzmittel auf die fünf bilateralen oder multilateralen Organisationen mit dem höchsten Mitteleinsatz.

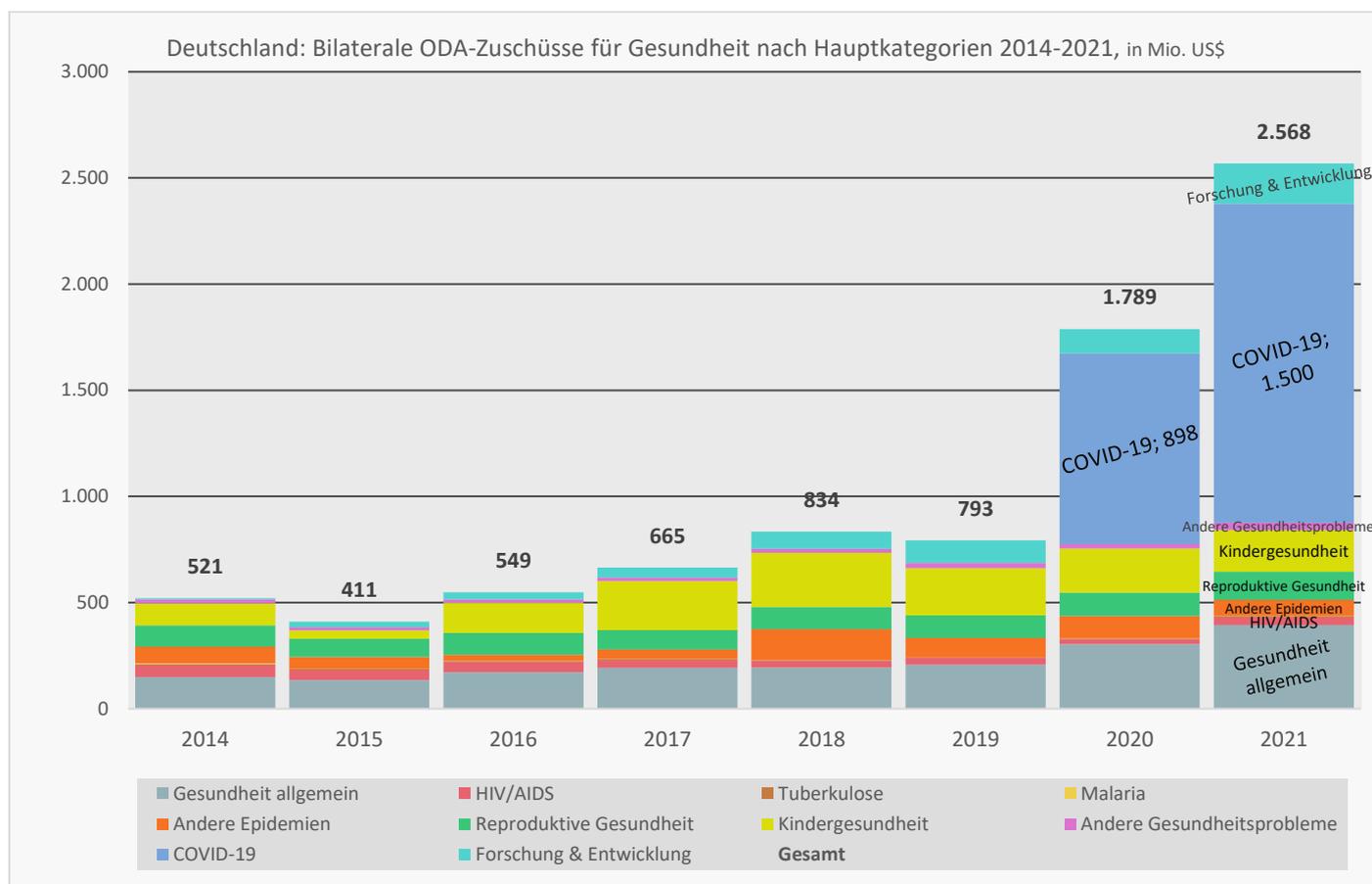
Eine Einschränkung im Hinblick auf die Vollständigkeit der Auszahlungsdaten entsteht dadurch, dass nicht alle der globalen Gesundheitsinitiativen detaillierte Projektangaben an die Informationssysteme der OECD berichten.

Abbildung 19b



Die Abbildung 19b stellt ODA-Auszahlungen der Gesamtheit aller analysierten Geber differenziert nach den gleichen Handlungsfeldern der globalen Gesundheit dar und erlaubt es, die Entwicklung im Zeitverlauf über die Untersuchungsperiode nachzuverfolgen. Ungeachtet einiger begrenzter Oszillationen blieben die Aufwendungen für die Bewältigung der definierten Gesundheitsprobleme bis zum Beginn der COVID-19-Pandemie weitgehend konstant. Das bedeutet, dass die Gebergemeinschaft als Ganzes keine entschlossenen Anstrengungen unternommen hat, um die Erreichung der Zielvorgaben des nachhaltigen Entwicklungsziels 3 in einem dem Bedarf entsprechenden Umfang zu unterstützen. Erst die Krisenreaktion im Angesicht der durch COVID-19 ausgelösten Gesundheitskatastrophe hat zu einer bedeutenden Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen geführt, die ganz überwiegend für die Pandemiebekämpfung eingesetzt wurden.

Abbildung 19c



Wie die vorige Grafik zeigt diese Darstellung die Auszahlungsbeträge für die Eindämmung bzw. Beendigung der zentralen Bedrohungen der globalen Gesundheit, fokussiert jedoch auf die Beiträge im Rahmen der bilateralen Entwicklungskooperation Deutschlands. Während die finanziellen Bemühungen trotz einer leichten Aufwärtstendenz bis 2019 eher bescheiden ausfielen, erfolgte eine sehr deutliche Reaktion auf die gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite im Kontext der COVID-19-Pandemie. Schon im ersten Jahr der Pandemie überstiegen allein die für bilaterale Maßnahmen der COVID-19-Bekämpfung bereitgestellten Mittel den zuvor verzeichneten maximalen Umfang der betreffenden ODA-Zuschüsse für den Gesundheitsbereich insgesamt. Die Eindämmung des Corona-Virus machte 2020 gut die Hälfte der bilateralen Gesundheitskooperation aus und dieser Anteil stieg im Jahr 2021 auf über 58 %.

Abbildung 20

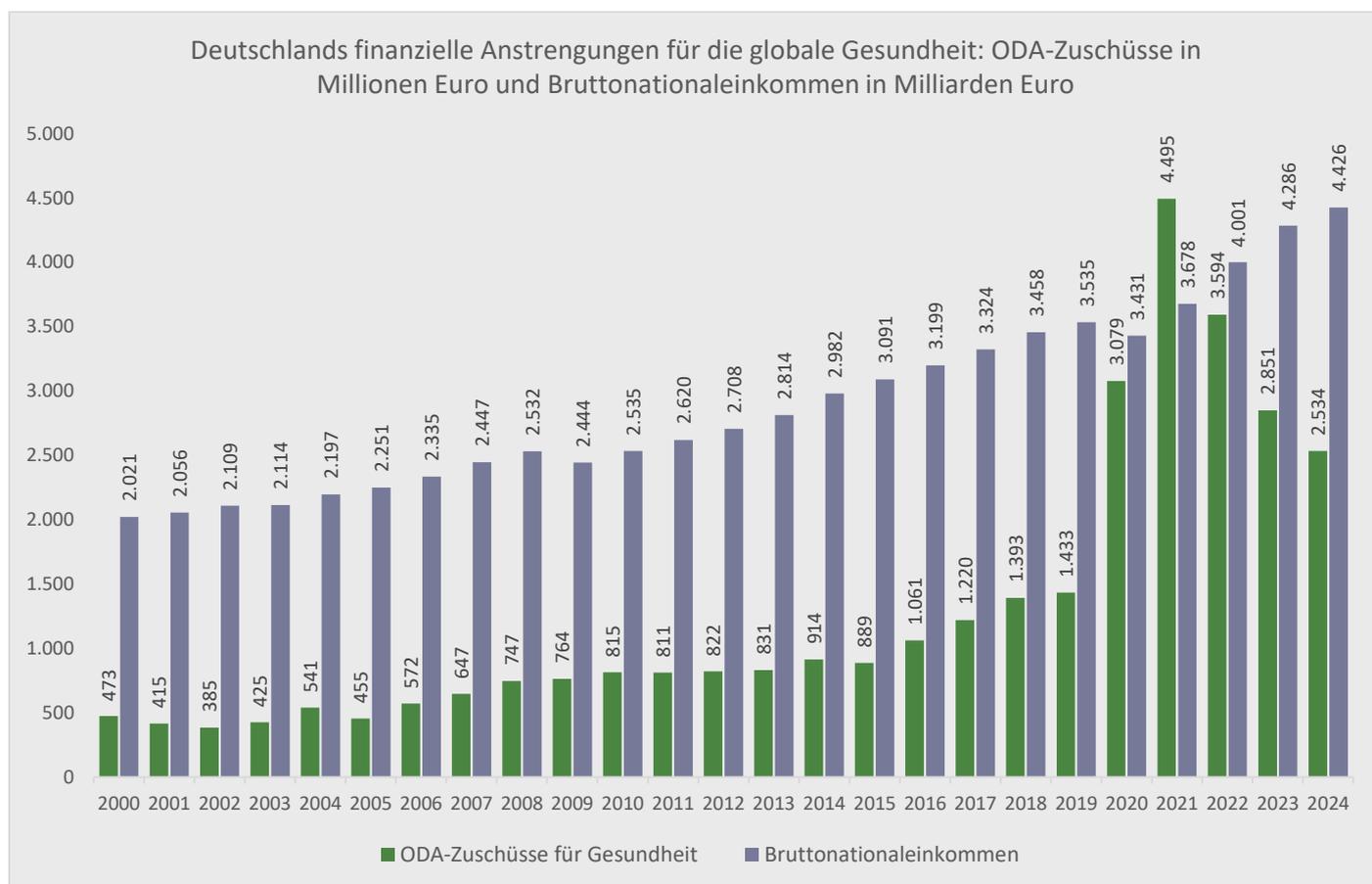
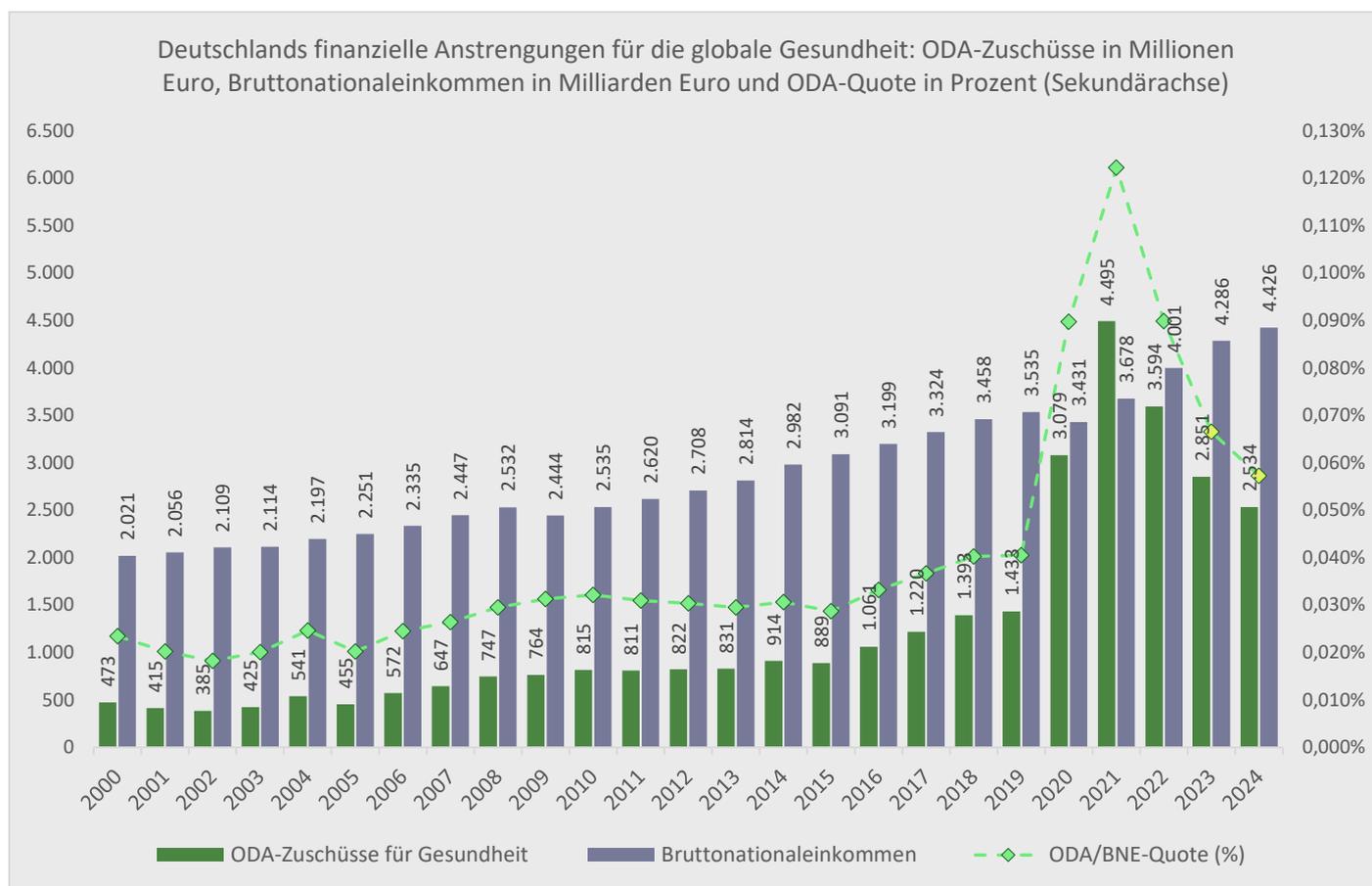


Abbildung 20 fokussiert sich auf die Darstellung der deutschen ODA für Gesundheit im Zeitraum 2000 bis 2024. Als Vergleichsgröße ist des Weiteren das Bruttonationaleinkommen Deutschlands in den jeweiligen Jahren angegeben, wobei zu beachten ist, dass dieser Wert in Milliarden Euro statt Millionen Euro präsentiert wird. Zudem ist darauf zu achten, dass es sich um die tatsächlichen Auszahlungsbeträge handelt, welche weder nach Preisen noch Wechselkursen bereinigt sind.

Die Angaben für die Jahre 2023 bis 2024 resultieren aus Projektionen auf Basis der Nachverfolgung der relevanten Titel der Bundeshaushaltspläne (152 Titel und 125 Untertitel von BMZ, BMG, AA, BMBF, BMF, BMU, BMEL und BMWK). Für die Schätzungen zu den Jahren 2000 bis 2013 wurden die Gesundheitsanteile der verschiedenen DAC-Förderbereichsschlüssel, die sich aus den projektbasierten Untersuchungen ergaben, mit den betreffenden Beträgen der Projektdatenbank multipliziert. Für den Zeitraum 2014 bis 2022 beruhen die Beträge auf der inhaltlichen Analyse aller relevanter Projekte gemäß der von uns entwickelten Methodik. Die Ergebnisse für 2022 sind als vorläufig zu betrachten, da die Analysen zu einigen multilateralen Organisationen mit begrenztem Einfluss auf das Ergebnis noch andauern.

In Bezug auf die Ausgaben Deutschlands im Bereich der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit für Gesundheit fand in den ersten beiden Dekaden dieses Jahrtausends zunächst eine moderate Steigerung der Zuschüsse statt, wobei ab 2016 eine größere Steigerungsrate zu beobachten ist. Auffällig ist jedoch vor allem der sprunghafte Anstieg ab dem Jahr 2020 mit einer Ausgabenspitze im darauffolgenden Jahr, in dem die gesundheitsbezogene ODA eine Summe von 4,495 Milliarden Euro erreichte, was maßgeblich durch die Krisenreaktion aufgrund der COVID-19-Pandemie bedingt war. Allerdings fallen die Zuschüsse in den Folgejahren kontinuierlich und spürbar nach unten ab, weshalb der Schätzwert für das Jahr 2024 nur noch bei rund 2,5 Milliarden Euro an gesundheitspezifischen ODA-Ausgaben liegt.

Abbildung 21



Bei Abbildung 21 liegt die gleiche Darstellung wie im vorangegangenen Diagramm vor, aber es wurde zusätzlich eine Kurve eingefügt, um die Quote der ODA-Leistungen Deutschlands für den Gesundheitsbereich in Bezug zum BNE abzubilden. Die ODA-Quote zeigt diesbezüglich an, wie viel ODA für Gesundheit im prozentualen Vergleich mit dem BNE von Deutschland in einem spezifischen Jahr aufgebracht wurde. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang weiterhin, dass seit 2001 eine von einer WHO-Kommission berechnete Zielmarke existiert, welche vorsieht, dass die ökonomisch privilegierten Staaten wie die Bundesrepublik Deutschland mindestens 0,1 % des BNE für gesundheitsbezogene ODA zur Verfügung stellen sollten.

Die ODA-Quote erhöhte sich zwischen 2000 und 2019 allerdings nur von 0,023 % auf 0,041 %. Gerechnet über den gesamten Zeitraum von zwei Jahrzehnten ergibt sich lediglich eine Quote von 0,03 % des BNE, Deutschland leistete also weniger als ein Drittel des angemessenen Beitrags. Seit dem weltweiten Ausbruch von SARS-CoV-2 erfolgten jedoch starke Erhöhungen der relevanten Zuschüsse, so dass im Jahr 2021 das Zielniveau mit einem Wert von 0,122 % sogar in signifikantem Maße übertroffen wurde. Indes fällt die Kurve ab dem Folgejahr direkt wieder und erreicht in den Jahren 2022, 2023 und 2024 nur noch 0,090 %, 0,067 % bzw. 0,057 %. Folglich konnte die Zielvorgabe in Höhe von 0,1 % nach 2021 nicht mehr erreicht werden, sondern nähert sich dem Niveau vor der COVID-19-Pandemie an.

Abbildung 22

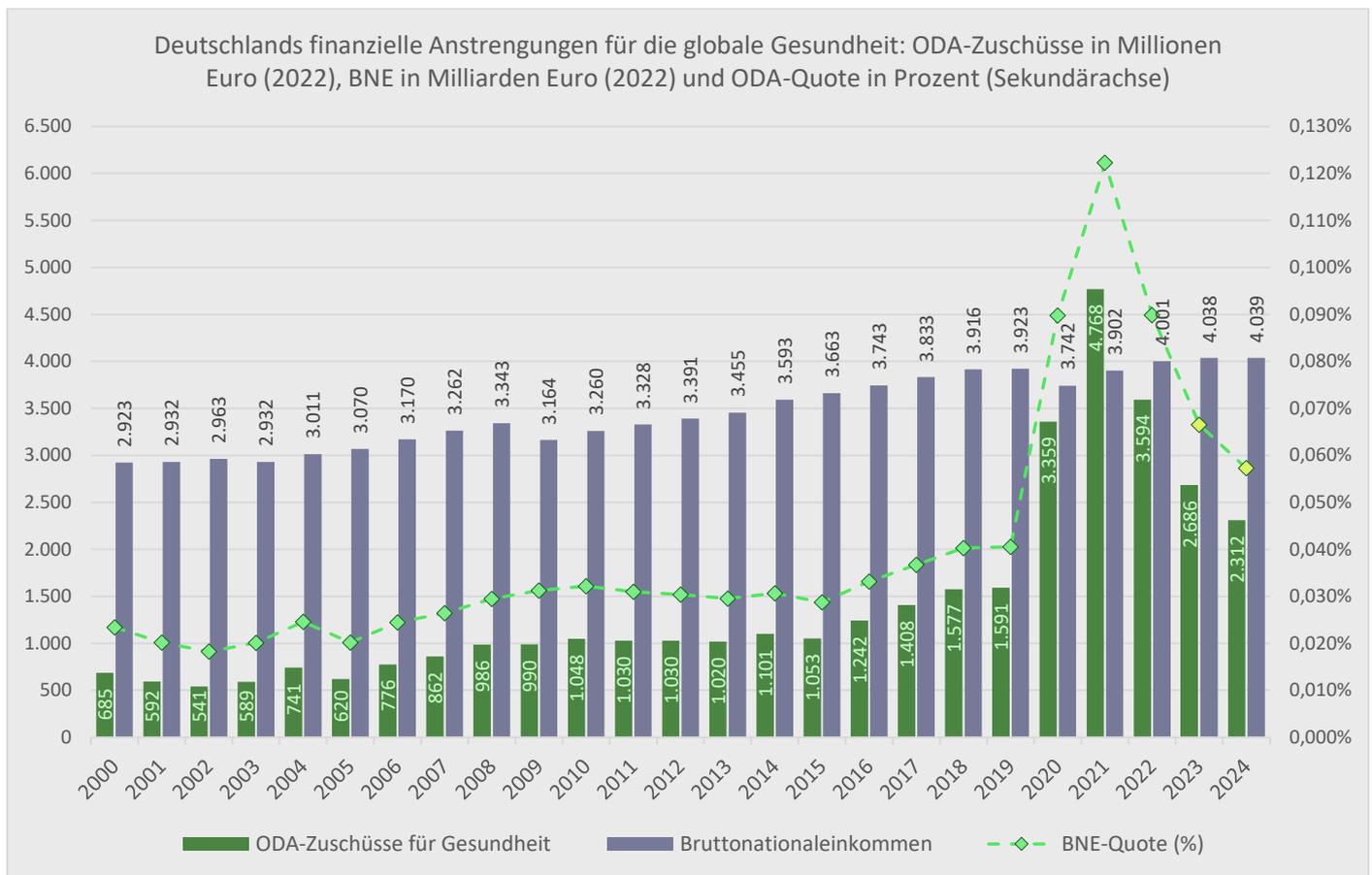
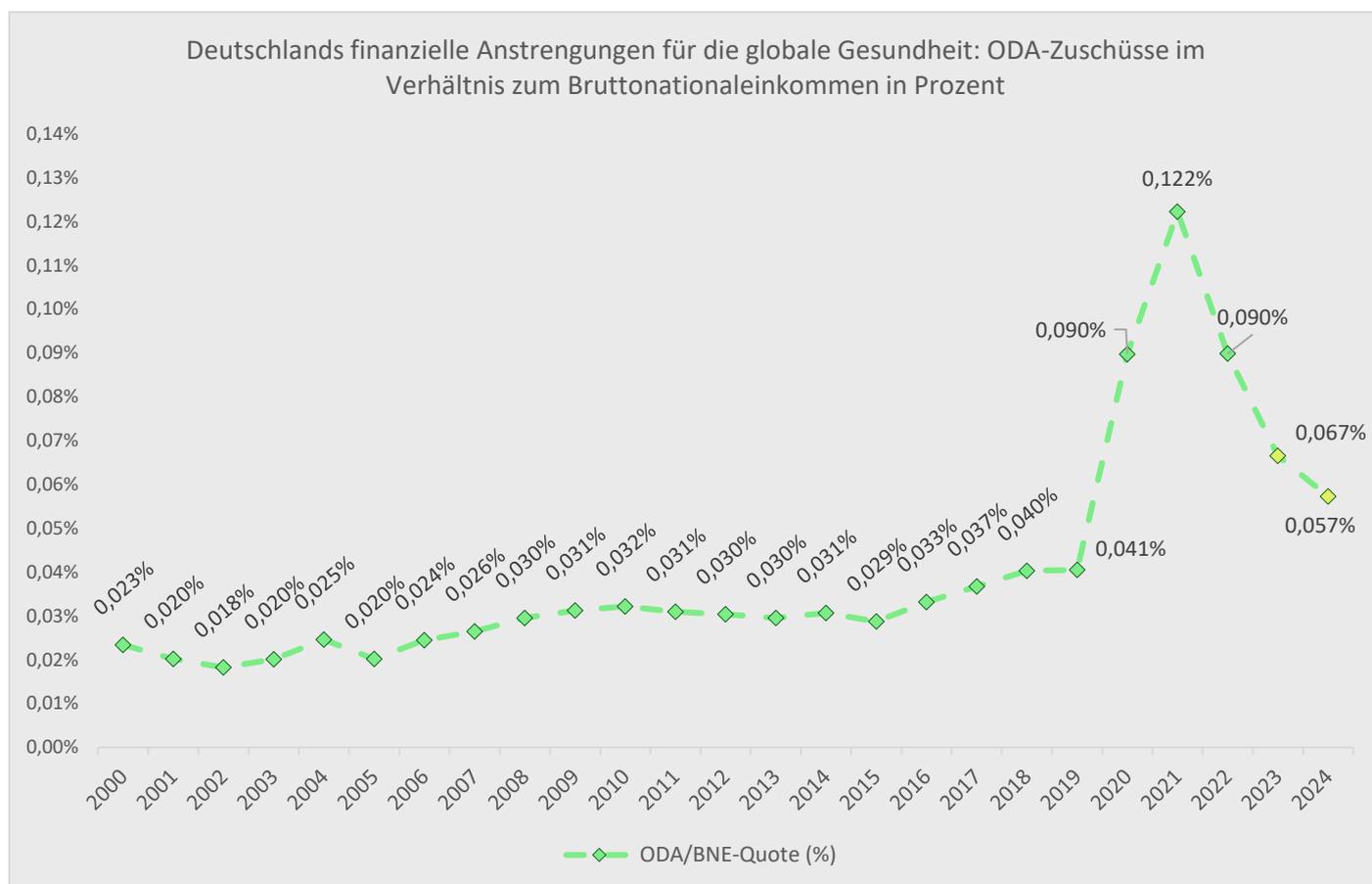


Abbildung 22 ist deckungsgleich mit der vorherigen Grafik mit dem Unterschied, dass die absoluten Beträge nun in konstanten Preisen und Wechselkursen wiedergegeben werden, damit eine bessere Vergleichbarkeit über die verschiedenen Jahre hinweg ermöglicht wird.

So wird ersichtlich, dass sich der jährliche Umfang der ODA-Zuschüsse Deutschlands für die Verbesserung der globalen Gesundheit im Spitzenjahr 2021 gegenüber 2019 real verdreifacht hat, aber im laufenden Jahr voraussichtlich auf weniger als die Hälfte dieses Höchstbetrages vermindern wird.

Abbildung 23



In Abbildung 23 wird die Quote der ODA-Beiträge Deutschlands für gesundheitspezifische Aktivitäten separat dargestellt, damit eine bessere Übersichtlichkeit entsteht und die Entwicklung der finanziellen Anstrengungen im Verhältnis zu den wirtschaftlichen Möglichkeiten deutlich wird.

Wenn wir die Pandemiejahre 2020 bis 2022 zusammen betrachten, dann erreichte Deutschland in diesem Zeitraum mit einer Quote von 0,101 % praktisch genau das von der WHO für die MDG-Periode empfohlene Finanzierungsziel. Allerdings liegt der Bedarf für die Verwirklichung der Gesundheitsziele der Agenda 2030 bereits beträchtlich über dieser Marke und die Bewältigung der durch das Corona-Virus verursachten Krise hat die Finanzierungslücke für die Gesundheitsversorgung in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern immens vergrößert.

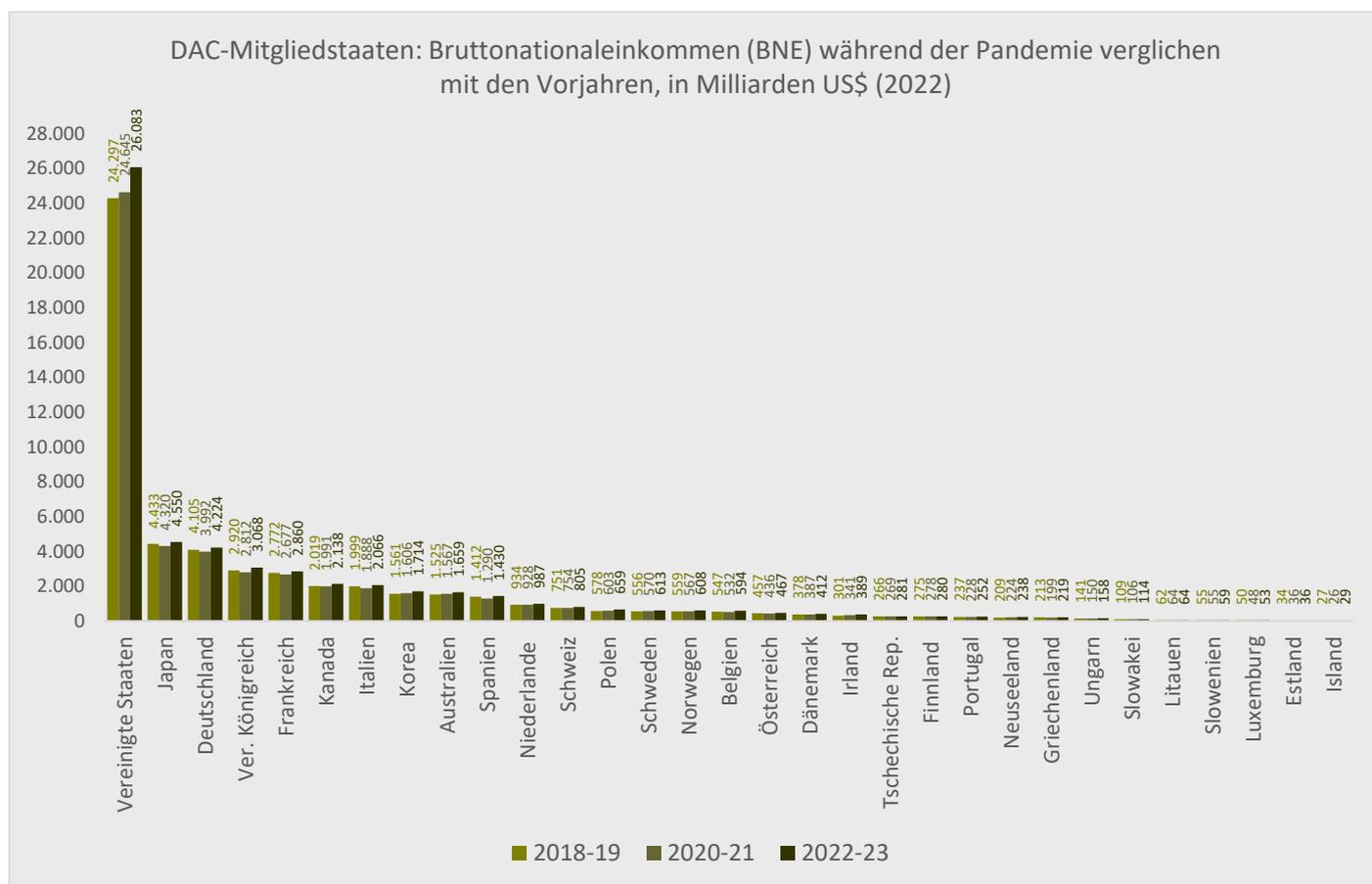
Abbildung 24


Abbildung 24 stellt die Mittelwerte der Bruttonationaleinkommen der Geberländer bezogen auf Zeiträume von zwei Jahren dar. Die Darstellung der Beträge in konstanten Preisen und Wechselkursen von 2022 ermöglicht eine vergleichende Betrachtung der Entwicklung im Zeitverlauf. Dabei fußen die Berechnungen für die Jahre 2014 bis 2022 auf den finalen Daten von DAC/OECD, während für 2023 auf die vorläufigen Daten von DAC/OECD zurückgegriffen wurde.

Bei dieser Darstellung fällt insbesondere das ökonomische Gewicht der USA im Geberspektrum auf. Der Anteil der USA an der aggregierten Wirtschaftskapazität der DAC-Staaten stieg sogar noch von 45,2 % im Biennium 2018 bis 2019 auf 45,7 % in den letzten beiden Pandemie Jahren 2022 bis 2023. Das BNE der USA ist rund sechs Mal höher als die Wirtschaftsleistung von Japan bzw. Deutschland, die auf den Plätzen zwei und drei folgen.

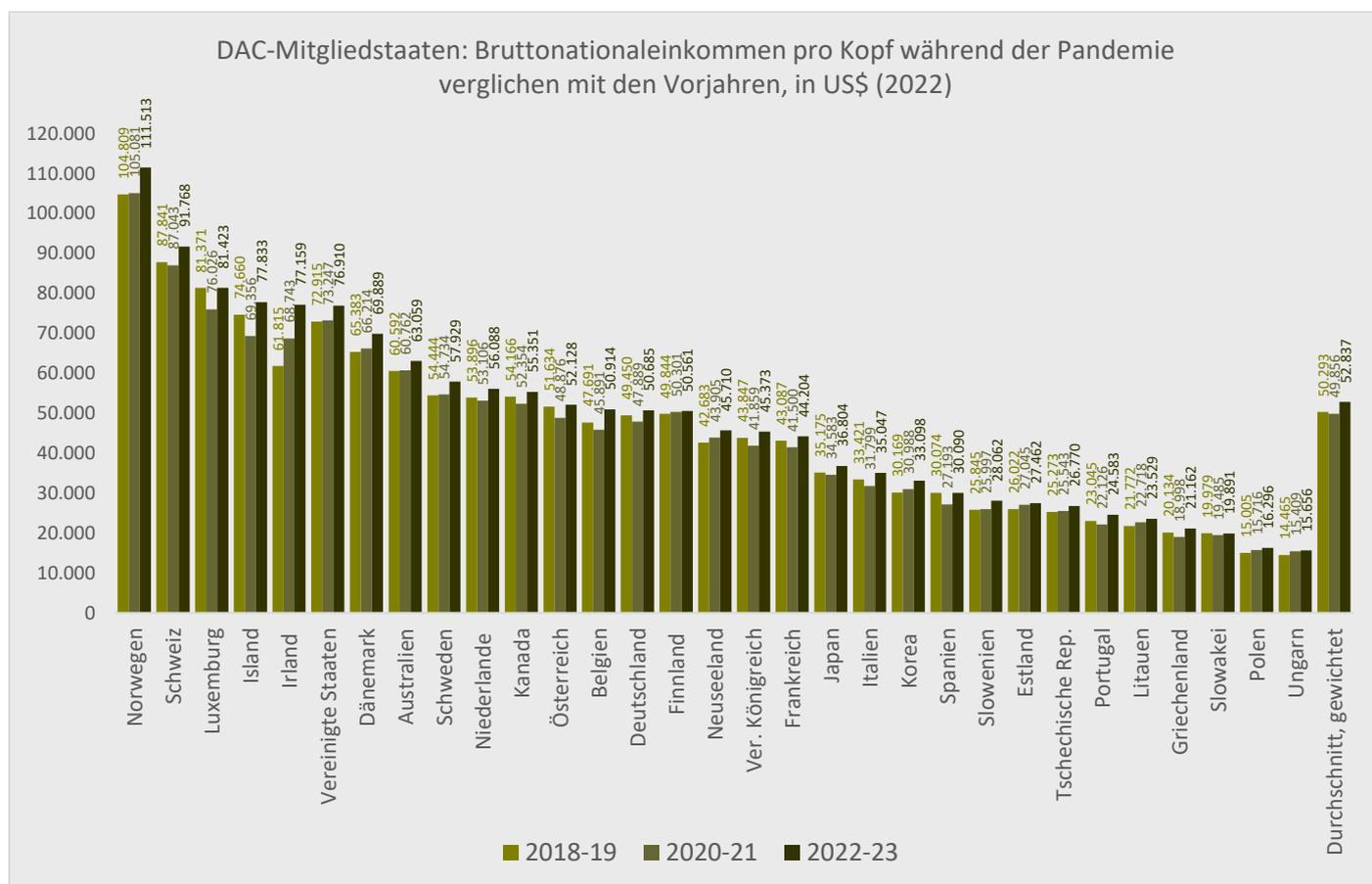
Abbildung 25


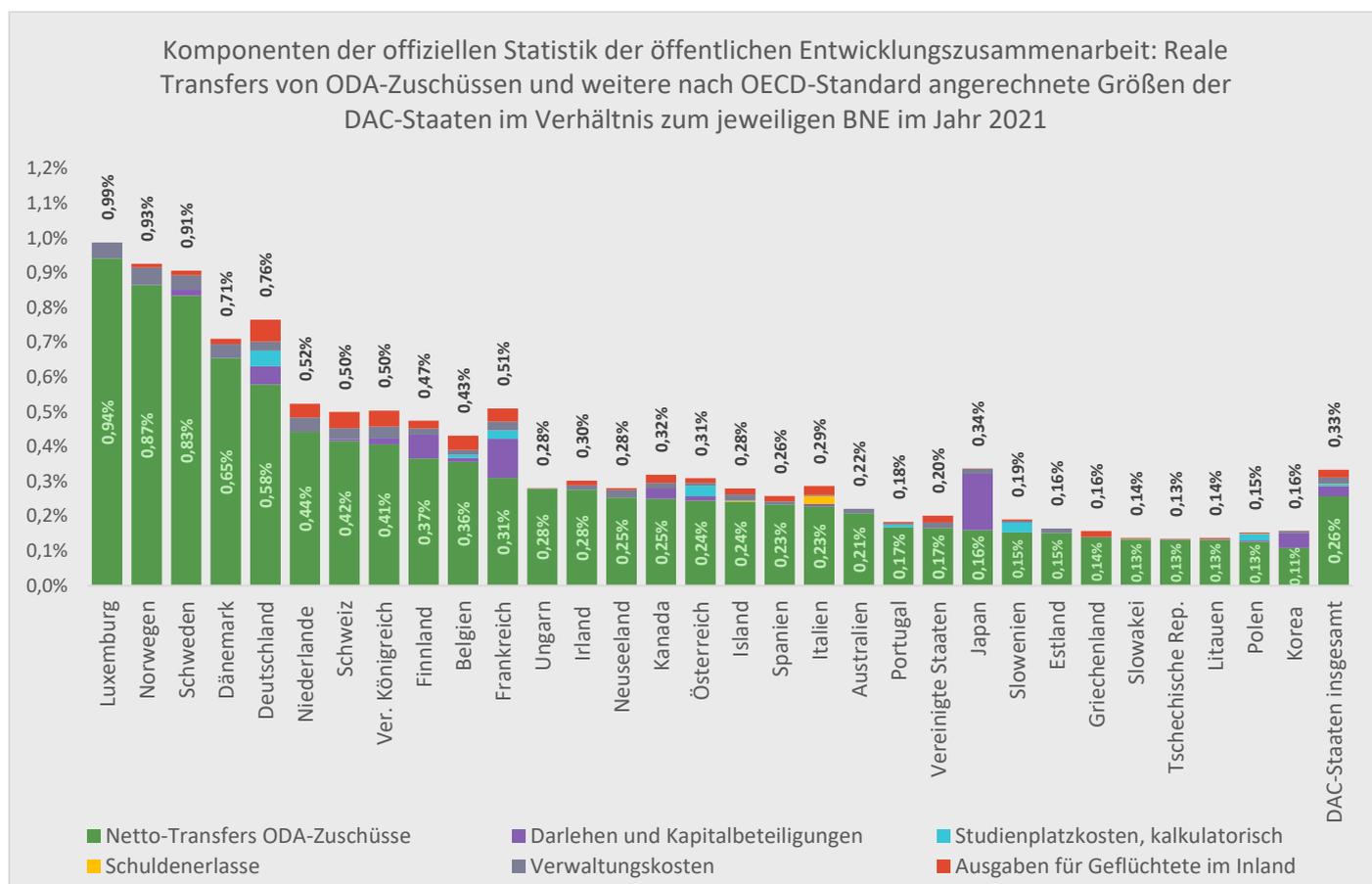
Abbildung 25 präsentiert ebenfalls das Bruttonationaleinkommen der unterschiedlichen Gebirgungen, setzt jedoch gleichzeitig dieses Maß der Wirtschaftskraft eines Landes in relativen Bezug mit den Bevölkerungsgrößen dieser Staaten, wodurch sich erst eine Vergleichbarkeit der Nationalstaaten untereinander in Bezug auf ihre wirtschaftlichen Spielräume für die Beteiligung an der internationalen Zusammenarbeit für die humane Entwicklung ergibt.

Die Grafik verdeutlicht die erhebliche Spreizung der Einkommensniveaus zwischen den derzeitigen DAC-Mitgliedstaaten, wenn wir uns vor Augen führen, dass das durchschnittliche BNE pro Kopf am oberen Ende (Norwegen) ungefähr sechs bis sieben Mal höher ist als am unteren Ende (Polen, Ungarn).

Bedingt durch das wirtschaftliche Gewicht und das überdurchschnittliche Prokopfeinkommen der USA fällt der gewichtete Mittelwert deutlich höher aus als der einfache Durchschnitt (52.837 US\$ gegenüber 48.289 US\$ in der letzten Periode). Das Einkommensniveau Deutschlands lag in der jüngsten Zeitspanne der Analyse um 5,0 % über dem DAC-Durchschnitt, wobei sich der Vorsprung tendenziell verringert vor allem bedingt durch Aufholprozesse verschiedener Länder in Osteuropa, aber in dem hier betrachteten Zeitabschnitt besonders bedingt durch überdurchschnittliche Wachstumsraten einiger Länder im oberen Einkommensspektrum wie Norwegen, Dänemark, Schweden und Irland.

Das BNE pro Kopf Deutschlands liegt jedoch auch im jüngsten Biennium 12 bis 45 % höher als das nach DAC-Daten bemessene Niveau in strukturell vergleichbaren Industriestaaten wie Großbritannien, Frankreich, Japan und Italien. Der Abstand zu diesen Ländern (außer Frankreich) hat sich zwar seit den beiden Jahren vor der Pandemie verkleinert, bei einer längerfristigen Betrachtung wie im Vergleich zum Stand 2008 vor der Finanzkrise zeigt sich jedoch das Gegenteil (außer Japan).

Abbildung 26

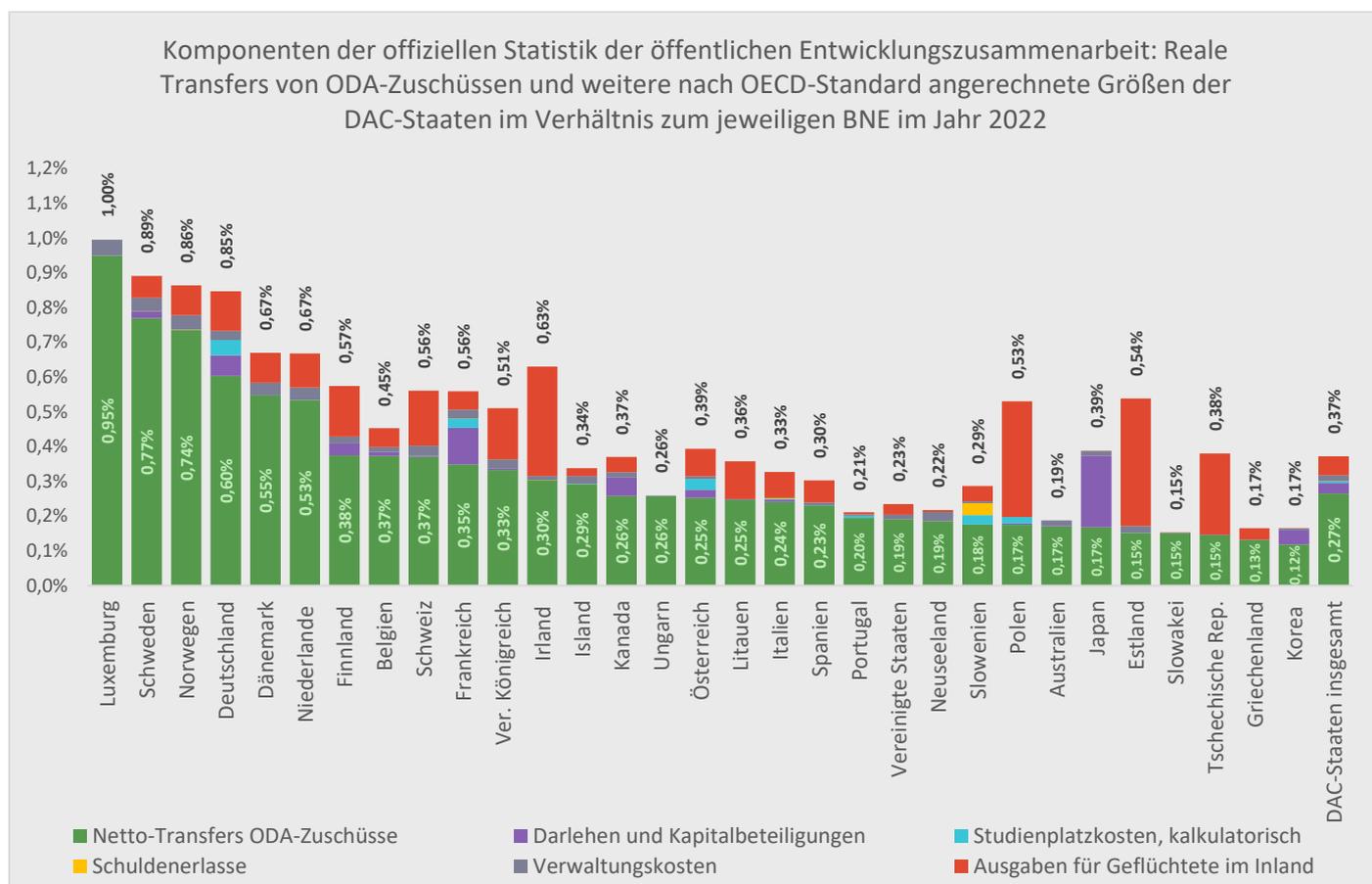


In Abbildung 26 werden die Beträge aller ODA-Zuschüsse, d.h. nicht nur der gesundheitsbezogenen Entwicklungszusammenarbeit, für das zweite Pandemiejahr 2021 in Relation zu den Bruttonationaleinkommen der Geberstaaten angegeben. Dabei wird für jedes Land der BNE-Anteil nach den offiziell anerkannten OECD-Kategorien dargestellt. Relevant ist hierbei außerdem das seit 1970 bestehende Ziel der Vereinten Nationen, dass jedes Geberland mindestens 0,7 % seines Bruttonationaleinkommens für Entwicklungskooperation aufwenden soll.

Für das Jahr 2021 zeigt sich jedoch, dass selbst nach offizieller Lesart (OECD-Standards) lediglich fünf Nationen dieses Zielniveau erreichen bzw. in drei Fällen (Schweden, Norwegen und Luxemburg) deutlich übertreffen. Die überwiegende Anzahl an Geberstaaten liegt weit unter der Zielmarke. Besonders weit hinten liegen die beiden Staaten mit den größten Volkswirtschaften, USA und Japan, was zu immensen Fehlbeträgen beim Gesamtaufkommen in absoluten Zahlen führt. Betrachtet man die genuine Entwicklungszusammenarbeit, also die grün dargestellten realen Transferleistungen in Form von Zuschüssen abzüglich der in der OECD-Statistik eingerechneten Posten, die im Inland eingesetzt werden oder zurückzuzahlen sind, (vergünstigte Kredite und Kapitalbeteiligungen sowie Inlandskosten für Geflüchtete, Verwaltungskosten, Studienplatzkosten und Schuldenerlasse) so fällt das Bild noch problematischer aus.

Bei dieser Berechnungsweise erfüllten nur noch drei Staaten die ODA-Quote von 0,7 % des BNE für Entwicklungszusammenarbeit, während Dänemark und Deutschland die Zielmarke nicht mehr erreichten. Auffällig ist zudem, dass einige Staaten mit großen Wirtschaftskapazitäten wie Deutschland, Frankreich und Japan in einem erheblichen Ausmaß ihre offiziellen Beiträge durch die Vergabe von Darlehen ausdehnten.

Abbildung 27

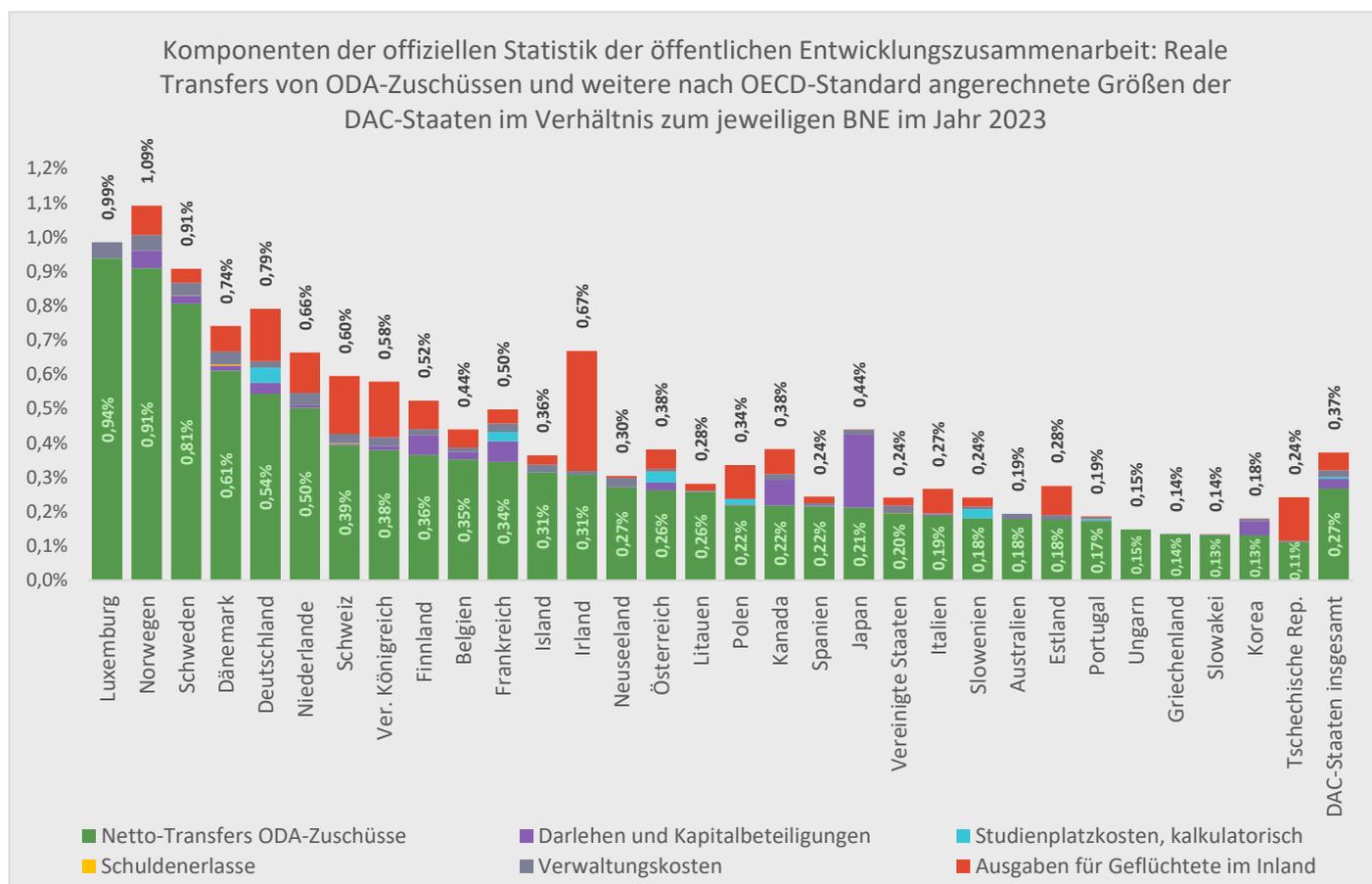


Die Abbildung 27 separiert wie die vorige Grafik die Komponenten der gesamten ODA, die Teil der offiziellen Statistik sind, aber kaum dazu beitragen, den Finanzierungsbedarf für die humane Entwicklung in den benachteiligten Ländern abzudecken, von den Netto-Zuschüssen, die prinzipiell diesem grundlegenden Ziel dienen können. Die Prozentzahl im Verhältnis zur Wirtschaftskapazität lässt die finanziellen Anstrengungen erkennen.

Wie im Vorjahr verfehlen die allermeisten Geberstaaten den UN-Richtwert von 0,7 % des BNE. Lediglich vier Staaten (Luxemburg, Schweden, Norwegen und Deutschland) liegen nach offizieller OECD-Lesart über dem Zielniveau, während sich alle anderen Geberländer darunter befinden. Der Anteil der Ausgaben für Geflüchtete im Inland ist außerdem in einigen Ländern geradezu explodiert und für die Gesamtheit der DAC-Staaten von 0,02 auf 0,05 % des BNE gestiegen, was fast ausschließlich durch den völkerrechtswidrigen Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine bedingt ist. In Estland und Polen lagen diese Ausgaben in Relation zum BNE mit 0,37 und 0,33 % weit höher.

Wenn man jedoch den Fokus auf die genuine Entwicklungszusammenarbeit, also die realen Transferleistungen in Form von Zuschüssen legt, ergibt sich ein anderes Bild. Denn die gesamten Netto-Zuschüsse sind im Gegensatz zu den Flüchtlingskosten im Inland nur minimal auf knapp 0,27 % gegenüber 0,26 % Vorjahr geklettert. Noch immer erfüllten nur drei Staaten die Quote von 0,7 % des BNE, wenn nur die Zuschüsse als Bewertungsmaßstab herangezogen werden. Deutschland erreichte 2022 mit gut 0,6 % des BNE seinen historischen Höchststand der realen Transferleistungen.

Abbildung 28



Wie die Diagramme zu den beiden Vorjahren weist Abbildung 28 die wesentlichen Bestandteile der gesamten Entwicklungszusammenarbeit nach DAC/OECD-Kriterien aus und setzt diese Ressourcenflüsse in Relation zum BNE als Maßstab der wirtschaftlichen Zahlungsfähigkeit. Die Berechnungen beruhen auf den bis dato veröffentlichten vorläufigen Angaben und können von den finalen Daten abweichen, als zunächst für Deutschland 486 Millionen US\$ zu viel angegeben wurden, während bei den USA 3,3 Millionen US\$ fehlten. Dass die Differenzen bei einigen Geberstaaten ungewöhnlich hoch ausfielen, dürfte den besonderen Belastungen während der Krisenreaktion geschuldet gewesen sein.

Die realen finanziellen Anstrengungen in Form von Zuschüssen, die in Relation zum BNE von allen DAC-Mitgliedstaaten zusammengenommen aufgebracht wurden, sind im Jahr 2023 gegenüber dem Vorjahr kaum merklich angestiegen. Dies gilt auch für die Berechnungsweisen nach den offiziellen OECD-Standards. Erneut erzielten lediglich drei Geberstaaten bei Fokussierung auf die realen Transferleistungen das 0,7%-Ziel, während es gemäß offizieller OECD-Statistik fünf Nationen waren. Deutschland erreichte die Zielmarke infolge des anteiligen Anstiegs der Flüchtlingskosten von 0,11 auf 0,15 % des BNE, während die genuinen ODA-Leistungen von 0,60 auf 0,54 % fielen. Die stärksten Erhöhungen sind bei den bereits zur Spitzengruppe gehörenden skandinavischen Ländern Norwegen, Schweden und Dänemark sowie beim Vereinigten Königreich und Neuseeland zu verzeichnen. Letztere rücken dadurch in der Rangfolge mehrere Plätze nach vorne.

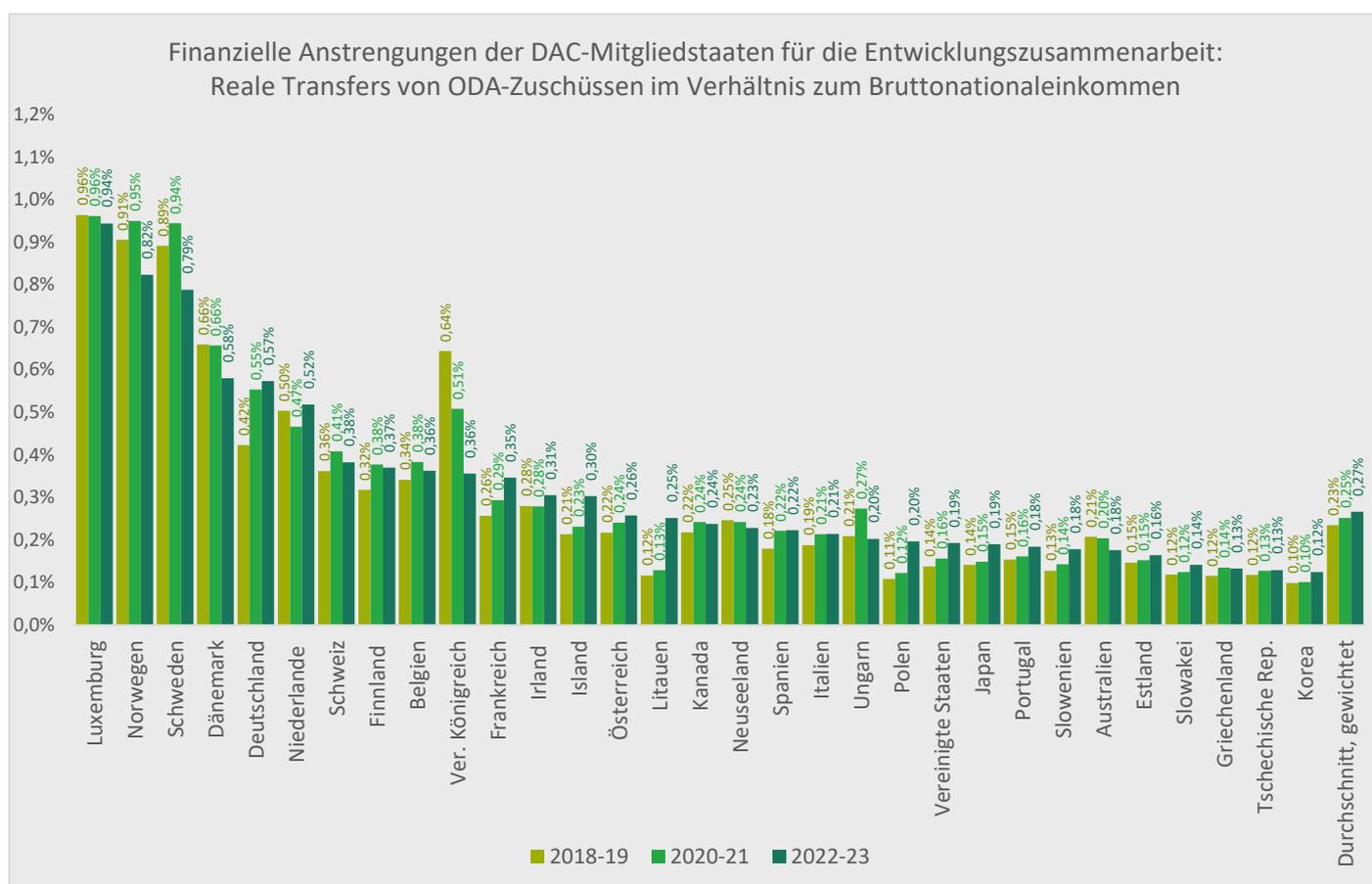
Abbildung 29


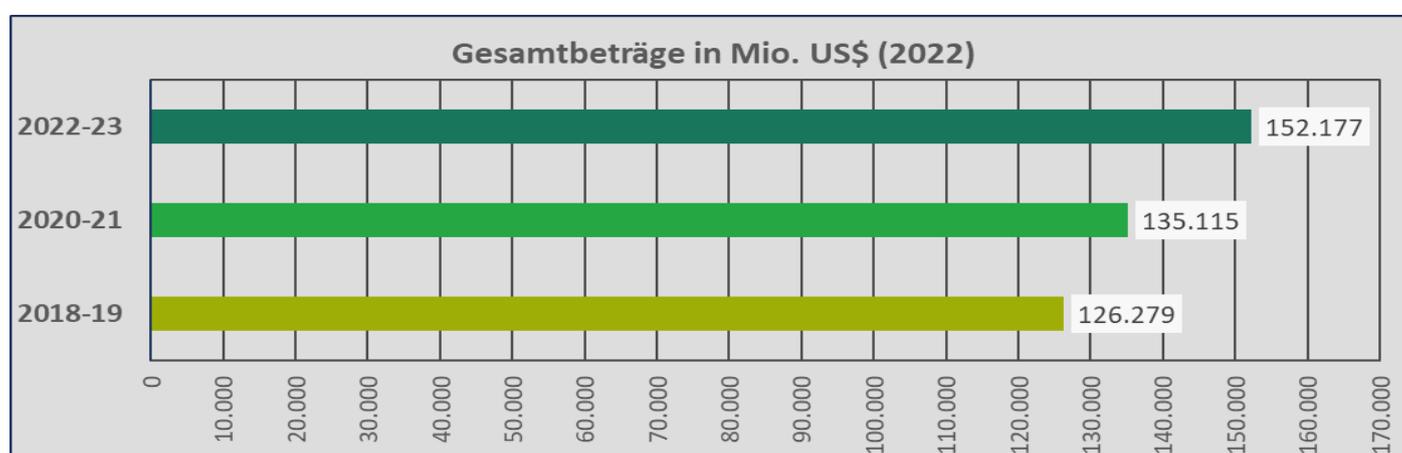
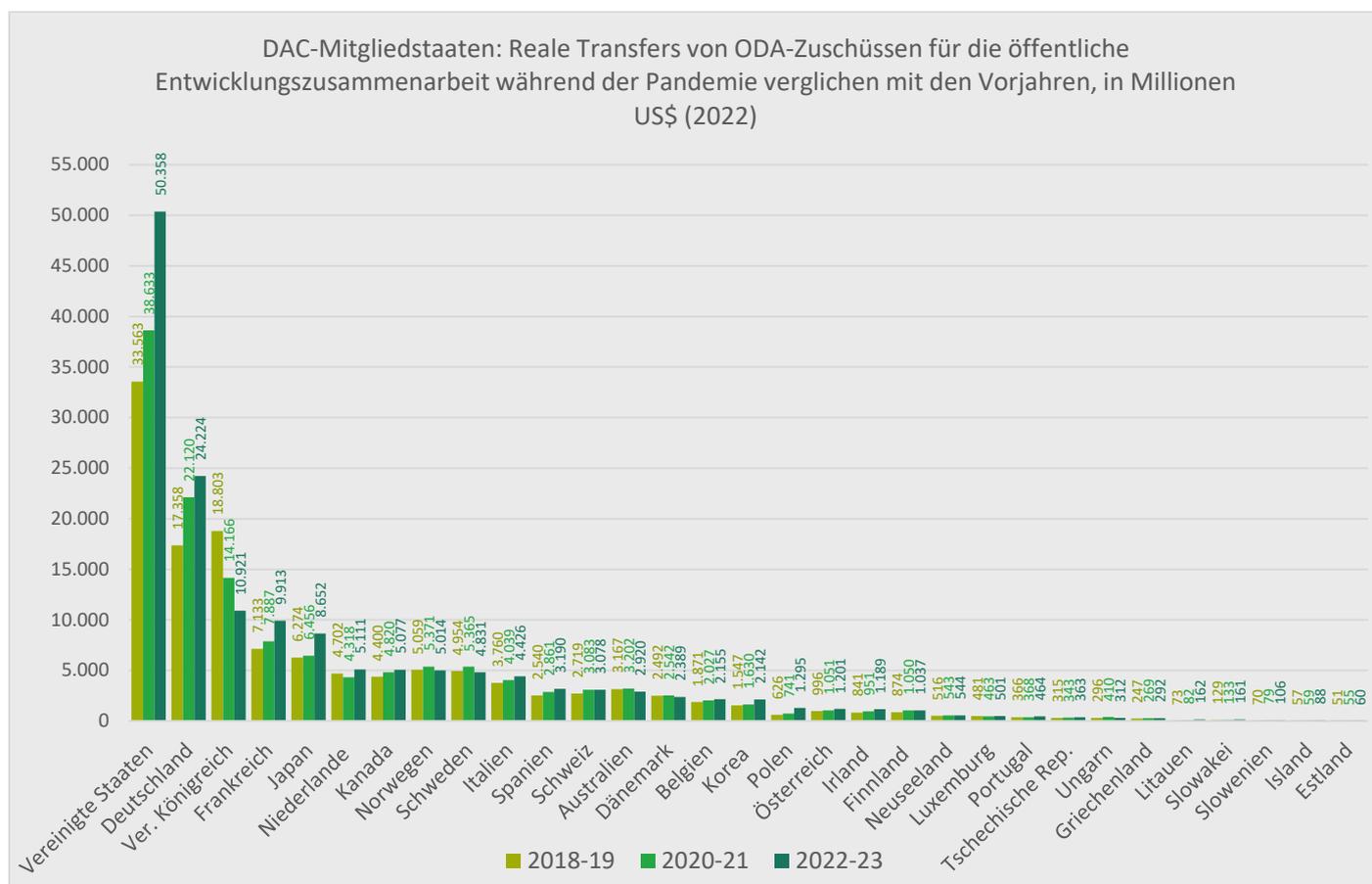
Abbildung 29 stellt nur noch die realen ODA-Leistungen in Form von Zuschüssen dar und bildet sie in Zweijahresperioden ab. Hierdurch werden Veränderungen im zeitlichen Verlauf sichtbar, was insbesondere unter dem Aspekt der Krisenreaktion auf den weltweiten Gesundheitsnotstand infolge der Ausbreitung des Corona-Virus von Bedeutung ist. In den ersten beiden Pandemie Jahren erhöhten 24 DAC-Mitgliedstaaten ihre finanziellen Anstrengungen für die generelle Entwicklungskooperation, während 7 Geberländer ihre realen Transferleistungen relativ zum BNE reduzierten. Im Zeitraum 2022 bis 2023 waren es nur noch 23 Staaten, die gegenüber dem Biennium vor der Krise Aufstockungen verzeichneten. Davon überstiegen die zusätzlichen Transferleistungen aber nur bei Deutschland und Litauen die Marke von 0,1 % des BNE, nämlich von 0,42 auf 0,57 % im ersten und von 0,12 auf 0,25 % im zweiten Fall. Bei weiteren 6 Geberstaaten belief sich die Erhöhung auf mindestens 0,05 % des BNE, darunter die Vereinigten Staaten, was zu einer beträchtlichen Steigerung der absoluten Gesamtbeiträge führte.

Auf der anderen Seite bildet das Vereinigte Königreich das bedeutendste Negativbeispiel, denn die genuine Entwicklungszusammenarbeit reduzierte sich von 0,64 % in den Jahren 2018 bis 2019 auf nur noch 0,36 % im Zeitraum 2022 bis 2023.

Wenn der gewichtete Durchschnitt aller DAC-Geberstaaten betrachtet wird, zeigt sich eine ziemlich moderate Steigerung der ODA-Zuschüsse von 0,23 % über 0,25 % bis auf 0,27 %. Im Hinblick auf den UN-Richtwert von 0,7 % des BNE und im Angesicht der außerordentlichen Notlage werden diese bescheidenen Zuwächse der internationalen Verantwortung bei weitem nicht gerecht.

Die Berechnungen für die Jahre 2014 bis 2022 erfolgten auf Basis der finalen Daten von DAC/OECD, während für 2023 nur die vorläufigen Daten von dieser autorisierten Organisation zur Verfügung standen.

Abbildung 30



Die Abbildung 30 präsentiert erneut die realen ODA-Leistungen in Form von Zuschüssen und bildet sie in Zweijahresperioden ab. Allerdings werden hier nicht die ODA-Quoten der Geberländer angegeben, sondern die absoluten Auszahlungsbeträge in konstanten US-Dollar mit dem Bezugsjahr 2022. In dieser Darstellung erkennt man folglich den Umfang der realen Beiträge, die von den Staaten für die genuine Entwicklungskooperation aufgebracht wurden.

Mit annähernd 6,9 Milliarden US\$ erreichte Deutschland die zweithöchste Aufstockung zwischen der jüngsten Periode und dem Zeitraum 2018-2019, während die USA mit einem Zuwachs von 16,8 Milliarden US\$ den größten zusätzlichen Beitrag bereitstellten. Danach folgen Frankreich und Japan mit 2,8 und 2,4 Milliarden US\$. Dagegen kürzte das Vereinigte Königreich seine effektiven ODA-Leistungen um 7,7 Milliarden US\$. Insgesamt erhöhten sich die genuinen ODA-Transferleistungen um circa 26 Milliarden US\$.

Abbildung 31

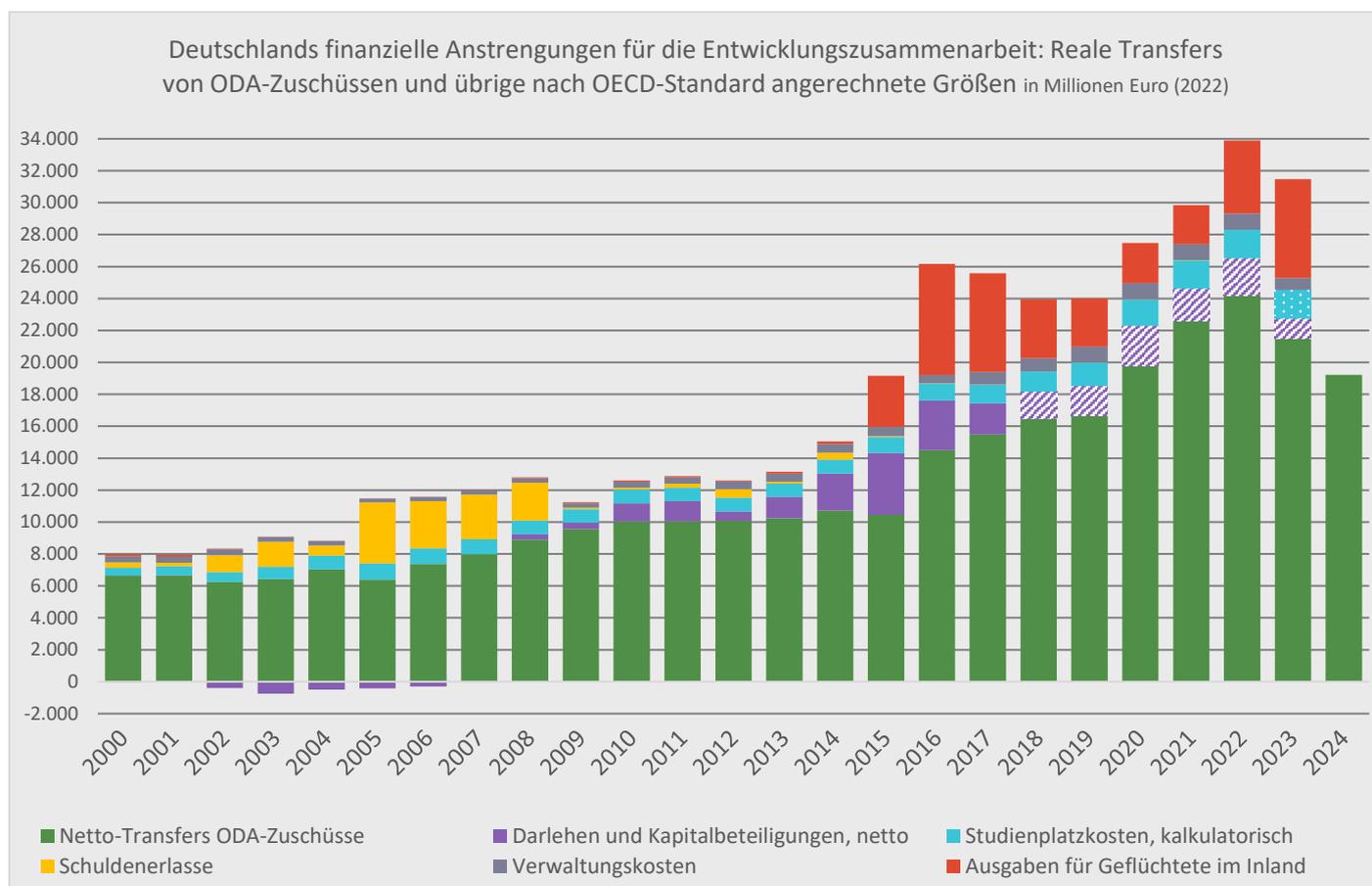


Abbildung 31 gibt die offizielle ODA Deutschlands von 2000 bis 2024 an und unterscheidet dabei nach den verschiedenen Beitragsarten wie Zuschüsse, Darlehen und Ausgaben für Geflüchtete im Inland. Die Preisbereinigung fand dabei auf Basis der Angaben des Statistisches Bundesamts (Destatis) statt. Da die vorläufigen Daten keine Angaben zu den angerechneten Studienplatzkosten enthalten wurden diese für 2023 auf der Basis der Trends der Vorjahre geschätzt. Die seit 2018 in die offizielle ODA-Berechnung eingehenden Zuschussäquivalente für Darlehen sind schraffiert dargestellt (wobei die Darstellung der Kapitalbeteiligungen noch der früher verwendeten Darstellungsweise der Nettoflüsse der Mittel folgt). Für das Jahr 2024 wird die auf Basis der Sollwerte der relevanten Titel des Bundeshaushaltsplans errechnete Schätzung dargestellt, da die offiziellen Daten der OECD noch nicht vorliegen.

Im Lauf der letzten zweieinhalb Jahrzehnte erkennt man drei Phasen, in denen merkliche Erhöhungen der realen Transferleistungen stattfanden. Von Mitte bis Ende des ersten Jahrzehnts erhöhte sich die genuine ODA um rund 3 Milliarden Euro, zwischen 2015 und 2018 summierten sich die Aufstockungen um das Doppelte auf 6 Milliarden Euro und im Zuge der Krisenreaktion stiegen die Zuschüsse von 2019 bis 2022 um 7,5 Milliarden Euro auf den historischen Höchststand von 24,1 Milliarden Euro. Laut unserer vorläufigen, auf der Nachverfolgung der ODA-relevanten Haushaltstitel beruhenden Schätzung, wird sich der reale Gesamtbeitrag im laufenden Jahr um 4,9 auf 19,2 Milliarden reduzieren.

Die Schwankungen der offiziellen Maßzahl wurden im Zeitverlauf durch unterschiedliche Ressourcenflüsse und Buchungsgrößen bestimmt, die kaum zur Deckung des Finanzierungsbedarfs der humanen Entwicklung beitragen. So bildeten Schuldenerlasse im Zeitraum von 2002 bis 2008 eine wichtige Komponente in der deutschen ODA-Statistik. Während Darlehen im ersten Jahrzehnt häufig einen negativen Saldo aufwiesen, trug ihre Ausdehnung ab 2010 erheblich dazu bei, die ODA-Zahlen zu schönen. In den letzten Jahren ist ihre Bedeutung hoch geblieben, auch wenn die Berechnungsweise seit 2018 auf Zuschussäquivalente statt der Netto-Geldflüsse umgestellt wurde. Ab 2015 bildeten die Kosten für Geflüchtete im Inland in den meisten Jahren den größten Posten außer den Zuschüssen.

Abbildung 32

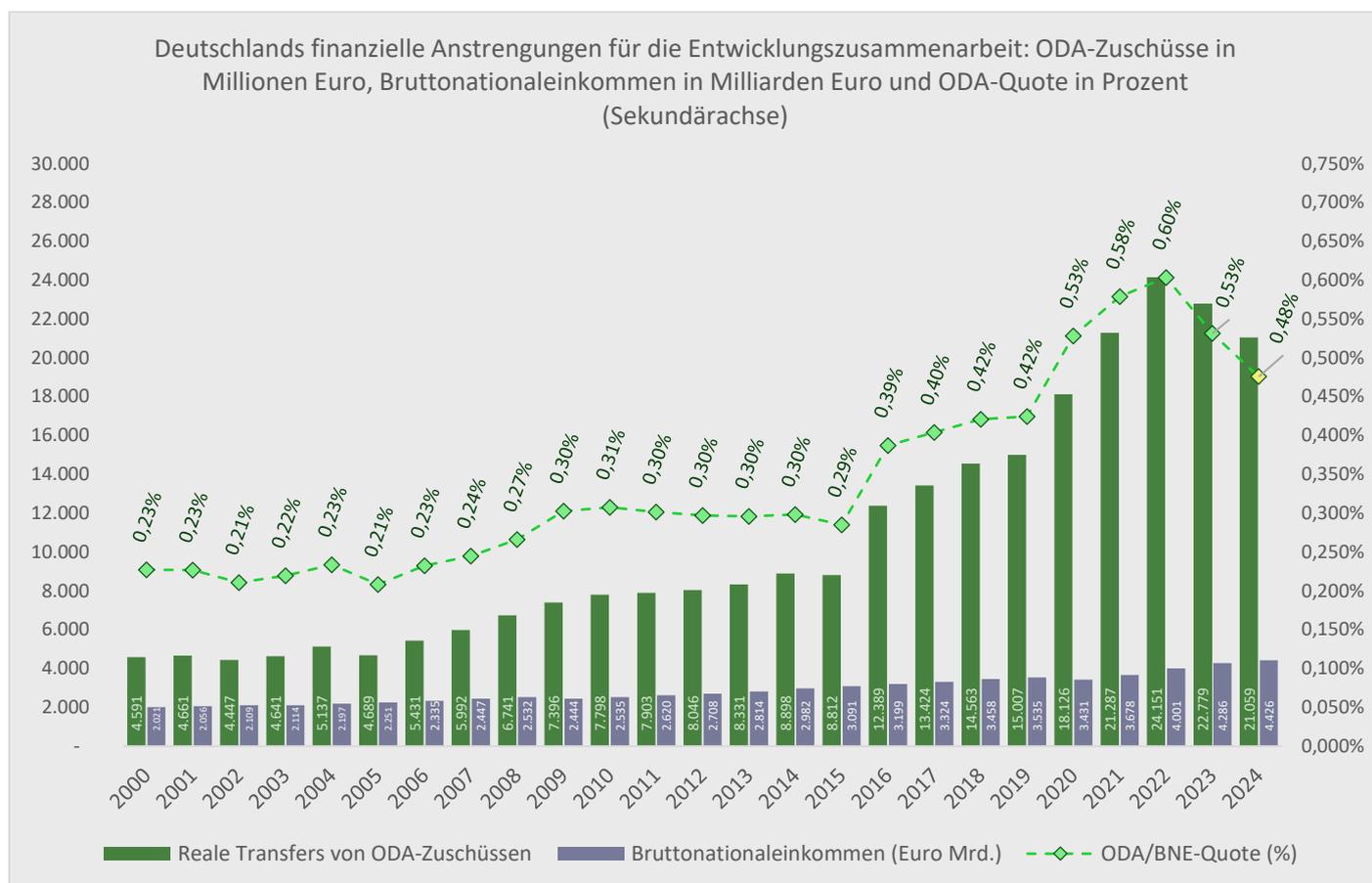


Abbildung 32 dient dazu, die genuine Entwicklungszusammenarbeit Deutschlands in Form von Zuschüssen im zeitlichen Verlauf und relativ zum BNE darzustellen. Deshalb wird die ODA-Quote als Kurve abgebildet und parallel zu den ODA-Ausgaben und der Wirtschaftskraft präsentiert. Die Projektion für das Jahr 2024 basiert auf der Analyse der Angaben der relevanten Titel der Bundeshaushaltspläne.

Es ist sehr gut zu erkennen, dass die deutschen Zuschüsse für Entwicklungszusammenarbeit in keinem Jahr die Zielmarke von 0,7% des BNE erfüllten, obwohl ein deutlicher Anstieg von 0,29 % im Jahr 2015 auf bis zu 0,60 % im Jahr 2022 erfolgte. Des Weiteren zeigt die Grafik, dass diese Entwicklung an einer signifikanten Steigerung der ODA-Zuschüsse lag und die krisenbedingte Reduktion der Wirtschaftskapazität nur 2020 einen geringen Einfluss hatte. Allerdings hat die ODA-Quote im Jahr 2023 merklich abgenommen, während für das laufende Jahr 2024 ein weiterer Rückgang der ODA-Leistungen zu erwarten ist. Nach unserer näherungsweise Schätzung ist mit einem Rückgang der Quote der genuine Beiträge für die Entwicklungszusammenarbeit auf 0,48 % zu rechnen.

Für die Projektion des nominalen Bruttonationaleinkommens wurden die entsprechenden Daten des World Economic Outlook vom Oktober 2024 herangezogen.

Abbildung 33

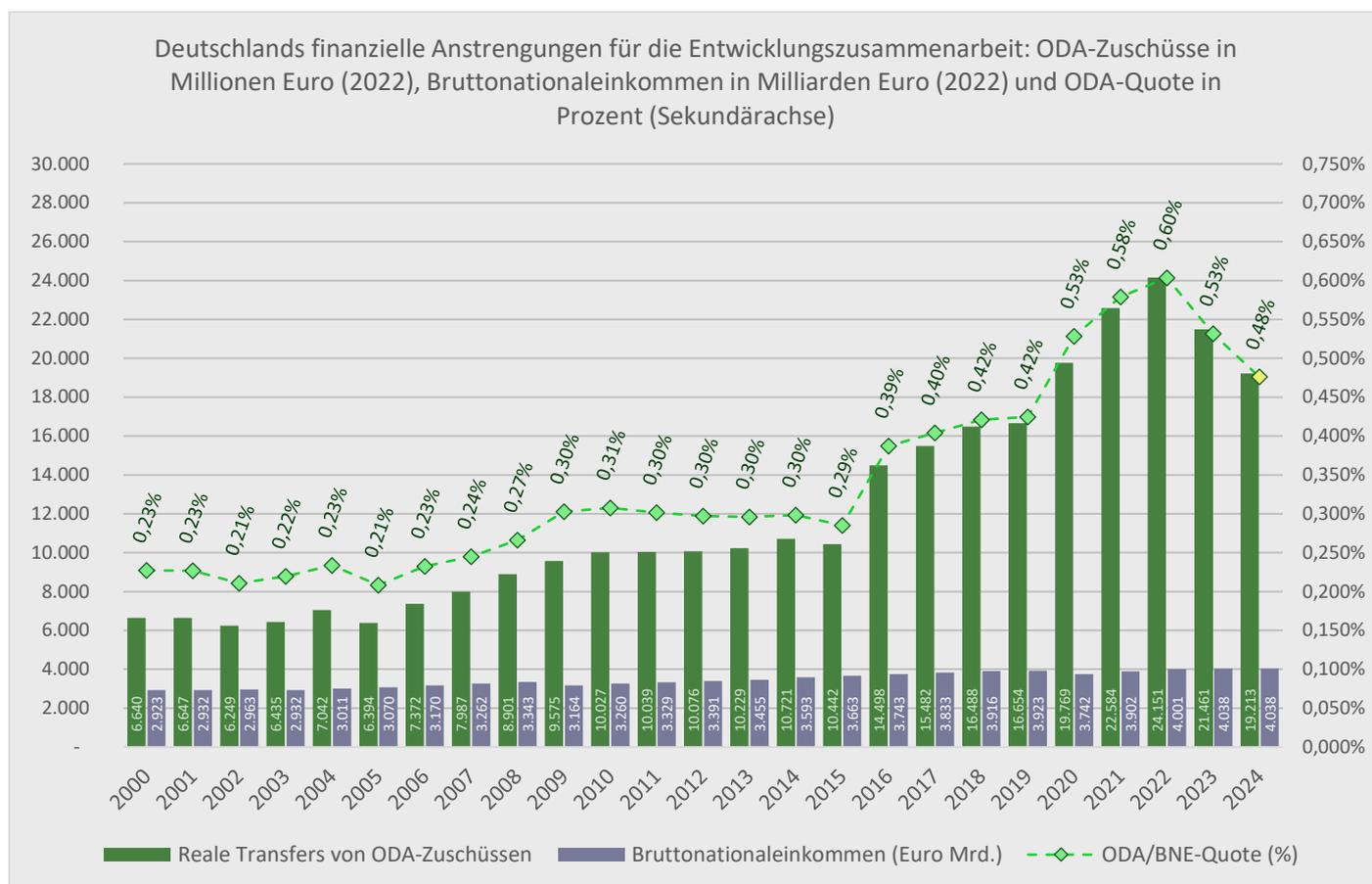


Abbildung 33 ist identisch zu dem vorherigen Diagramm mit der Ausnahme, dass die Beträge nach Preisen und Wechselkursen bereinigt wurden, um eine Vergleichbarkeit zwischen den Jahren zu gewährleisten. So zeigt sich, dass die Erhöhungen der ODA-Zuschüsse im Verlauf der beiden Jahrzehnte vor der Pandemie im Wesentlichen in zwei auf 3 bis 4 Jahre begrenzten Etappen stattfanden, und zwar 2007 bis 2010 sowie 2016 bis 2018. Die größten Aufstockungen der realen Transferleistungen waren jedoch der Krisenreaktion während des weltweiten Corona-Ausbruchs geschuldet.

Die Projektion der realen Entwicklung des Bruttonationaleinkommens im Jahr 2024 basiert erneut auf Daten des World Economic Outlook vom Oktober 2024. Für die preisbereinigte Darstellung wurden die im Rahmen der Revision 2024 neu berechneten Ergebnisse der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen von Destatis genutzt.

Abbildung 34

Mortalität von Kleinkindern unter fünf Jahren in subnationalen Gebieten Afrikas im Jahr 2022

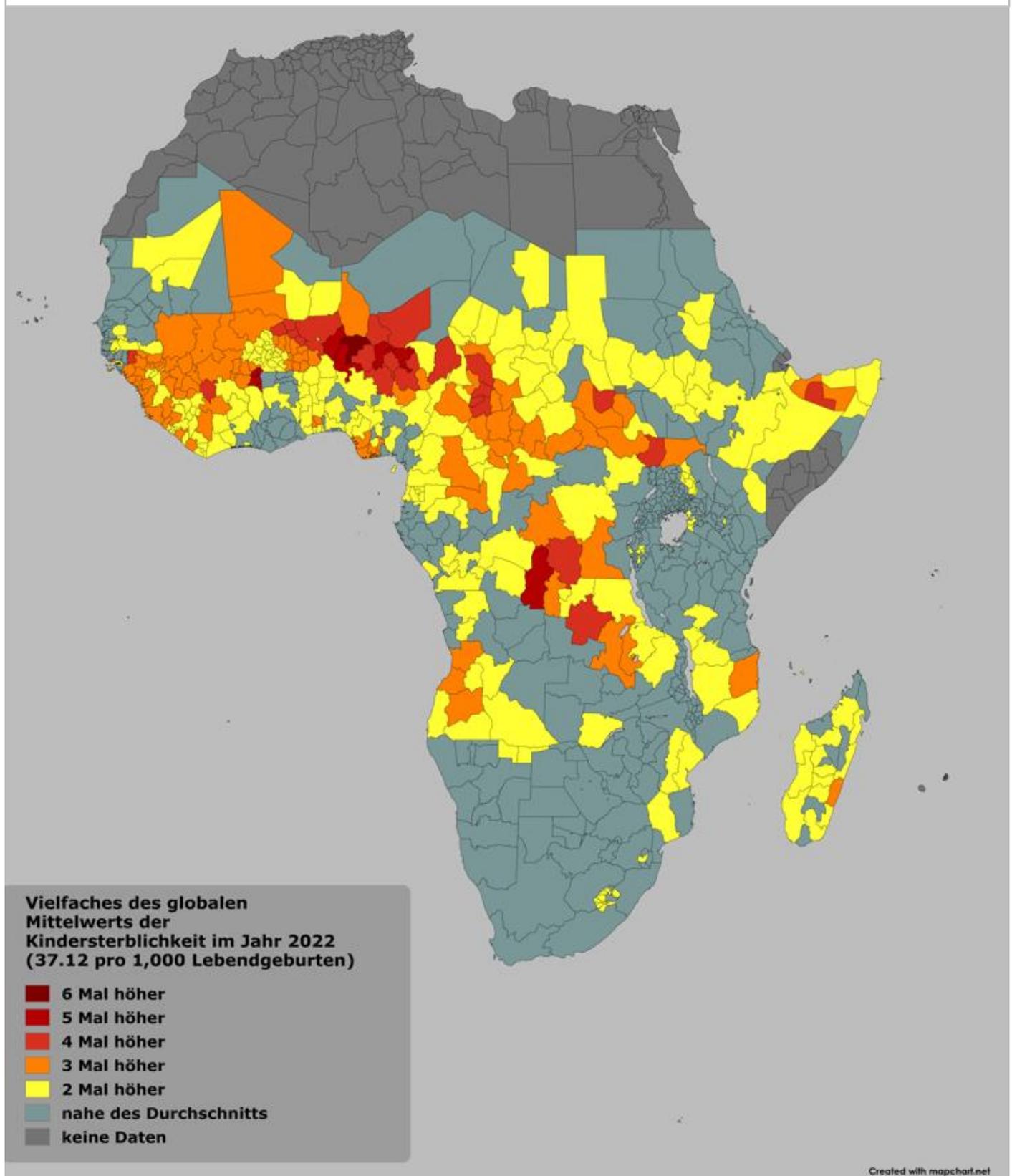


Abbildung 34 zeigt eine Afrikakarte, in welcher die Mortalität von Kleinkindern unter fünf Jahren nach subnationalen Gebieten grafisch beschrieben wird. Während die dunkelgrau-grünen Regionen bei der Kindersterblichkeit im globalen Durchschnitt liegen, existieren für die dunkelgrauen Areale keine Daten. Die farbliche Abstufung von gelb bis dunkelrot stellt die Abweichung der Mortalität von Unterfünfjährigen in den Provinzen vom weltweiten Mittelwert dar. Gelb eingefärbte Flächen sind dabei leicht über dem Durchschnitt, wohingegen dunkelrot markierte subnationale Gebiete die höchste Kindersterblichkeit aufweisen. Alle Daten aus den jeweiligen Erhebungsjahren wurden mit den von UNICEF geschätzten Trends der Kindersterblichkeit auf nationaler Ebene abgeglichen und bis 2022 extrapoliert. Allerdings muss hierbei bedacht werden, dass der letzte Erhebungszeitraum der Daten für viele Länder und subnationale Gebiete mehrere Jahre zurückliegt.

Dennoch können die Ergebnisse die wohl derzeit umfassendsten und genauesten Hinweise auf die subnationalen Gebiete in Afrika geben, die eventuell eine besondere Aufmerksamkeit bei der Planung von Gesundheitsmaßnahmen erfordern, da es sich hier um die besonders vulnerable und bedürftige Gruppe der Kleinkinder handelt. Als ein Teilergebnis kann beispielhaft festgehalten werden, dass die subnationalen Differenzen in Nigeria besonders stark ausgeprägt sind, weil im Süden des Landes mehrere Provinzen Kindersterblichkeitsraten besitzen, die im Vergleich zum afrikanischen Mittelwert unterdurchschnittlich sind, während einige Regionen im Norden die höchsten Kindermortalitätszahlen des gesamten Kontinents aufweisen.

Insgesamt betrachtet ist die Sterblichkeit bei Unterfünfjährigen insbesondere in der Sahelzone und im zentralen Afrika hoch. Im südlichen Teil des Kontinents befinden sich hingegen die meisten subnationalen Gebiete im weltweiten Mittelwert der Kindersterblichkeit von Unterfünfjährigen.

Abbildung 35

Schwere körperliche Bestrafung von Kindern in subnationalen Gebieten Afrikas im Jahr 2022

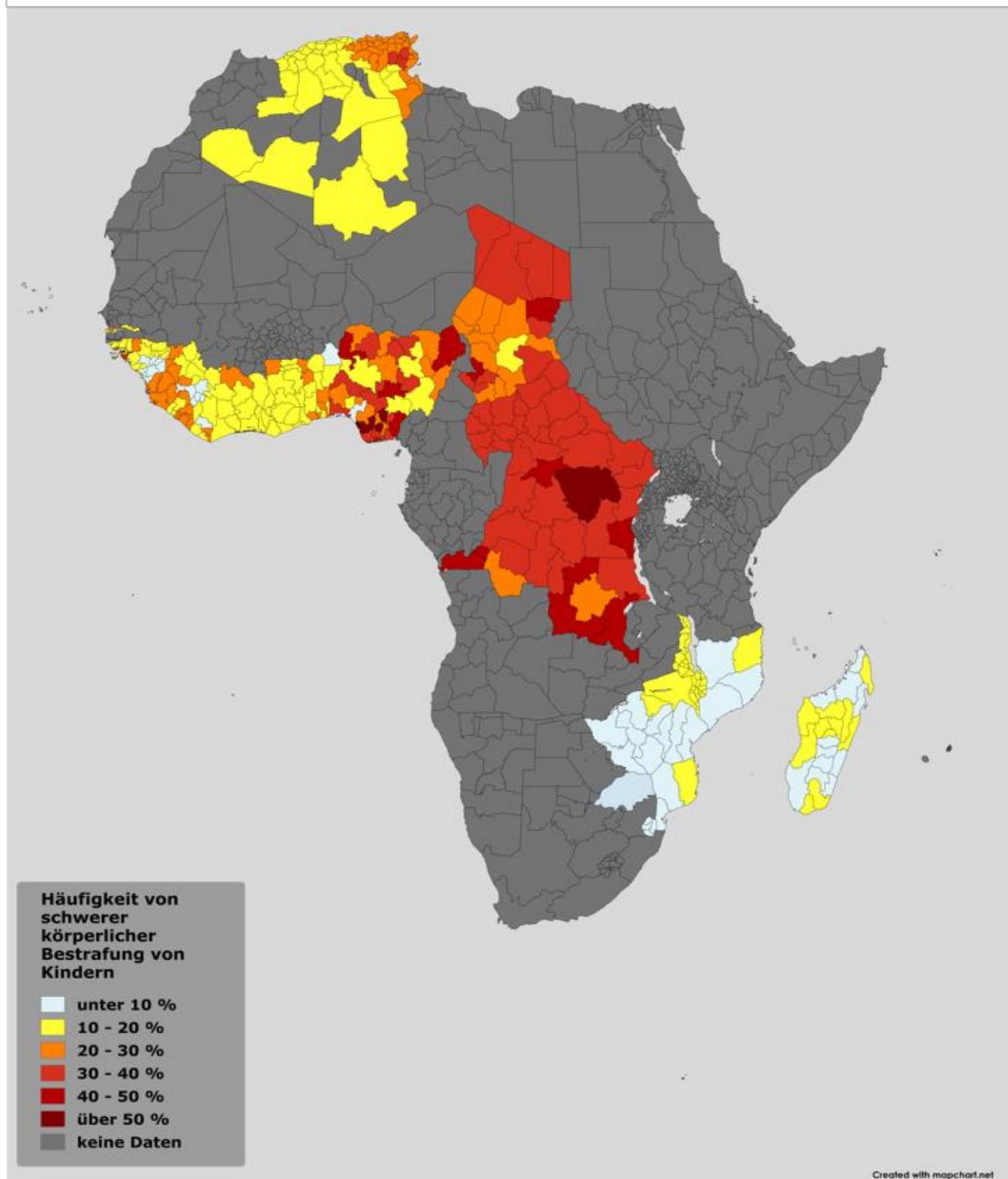


Abbildung 35 präsentiert wieder eine Afrikakarte mit den subnationalen Regionen der verschiedenen Nationalstaaten. Allerdings wird hier die Häufigkeit von schwerer körperlicher Bestrafung von Kindern durch ihre Erziehungsberechtigten abgebildet. Jedoch liegen für die meisten Länder und Provinzen keine Daten dazu vor und diese sind deshalb dunkelgrau gefärbt.

Die Farbpalette der Karte bewegt sich von hellgrau-blau über gelb und orange bis dunkelrot. Während die erste Farbe eine Häufigkeit von 10 % mit Blick auf schwere körperliche Bestrafung von Kindern signalisiert, steigt mit jeder Farbänderung der Anteil um jeweils weitere 10 %, sodass für die dunkelrot gefärbten subnationalen Gebiete mehr als die Hälfte der Kinder von schwerer körperlicher Bestrafung betroffen sind.

Die Häufigkeit schwerer physischer Bestrafung ist vor allem im zentralen Afrika besonders hoch. In den Ländern im südlichen Afrika, für die Daten vorliegen, fallen die Werte hingegen wesentlich niedriger aus. Zwischen diesen beiden Ausprägungen bewegen sich die Regionen in West- und Nordafrika. Nigeria stellt indes einen Sonderfall dar, da die subnationalen Gebiete sowohl geringe als auch sehr hohe Werte aufweisen, während für Ostafrika aufgrund der sehr schlechten Datenlage keine Aussagen getroffen werden können.

Jedoch muss auch in diesem Fall berücksichtigt werden, dass der letzte Erhebungszeitraum der Daten für viele Länder und subnationale Gebiete mehrere Jahre zurückliegt.

Impressum

Official Development Assistance (ODA) mit Fokus auf Gesundheit und Deutschland

(Unterstützt durch Misereor und Kindermissionswerk)

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

Autor: Tilman Rüppel, Joachim Rüppel

Redaktion: Tilman Rüppel, Joachim Rüppel

Grafik-Design: Tilman Rüppel, Joachim Rüppel

24. Januar 2025

medmissio (wirtschaftlicher Verein kraft staatlicher Verleihung nach §22 BGB)

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