

Folgen der US-Kürzungen und der Auflösung von USAID: Eine Analyse und Handlungsempfehlungen für Akteure in der Entwicklungszusammenarbeit

Mai 2025

Am 20. Januar 2025 erließ die US-Regierung unter Präsident Trump eine [Exekutivanordnung](#), mit der eine 90-tägige Überprüfung für alle Formen der Auslandshilfe verordnet wurde. Damit einhergehend wurde eine [komplette Pausierung](#) all dieser weltweiten Aktivitäten beschlossen. Dies war der Auftakt zu einer massiven Umstrukturierung und Schwächung der US-finanzierten Entwicklungszusammenarbeit. Denn während im Februar beim Außenministerium circa 40 % der Programme gestrichen wurden, wurden [86 % aller USAID-Programme eingestellt](#). [Mindestens 36 Millionen Menschen](#) verloren dadurch dringend benötigte humanitäre Hilfe. Allerdings fanden in [März und April weitere Streichungen bei USAID](#) statt und die [Überprüfung der Auslandshilfe wurde um weitere 30 Tage verlängert](#), weshalb es unklar bleibt, ob, wann und in welchem Umfang weitere Einschnitte im Bereich der US-Entwicklungszusammenarbeit beschlossen werden. Außerdem sollen [bis September 2025 fast alle USAID-Mitarbeiter:innen entlassen](#) und alle Auslandsvertretungen geschlossen werden. Da [USAID in über 100 Ländern aktiv](#) war und die USA im Jahr 2024 mit [63,3 Milliarden US-Dollar und 30 % Gesamtanteil](#) der größte Geber von finanziellen Mitteln für Entwicklungszusammenarbeit waren, entsteht eine globale Finanzierungskrise in diesem Bereich.

Arzt und Leiter einer Gesundheitseinrichtung in der südlichen Demokratischen Republik Kongo:

“Die Auswirkungen der Entscheidung der US-Regierung, die Auslandshilfe durch USAID für 90 Tage auszusetzen, sind für die Zukunft des Gesundheitswesens in unserem Wirkungsbereich und im Rest des Landes katastrophal. [...] Wir möchten nochmal erwähnen, dass die Unterstützung von USAID stets einen beträchtlichen Anteil an den über 40 % der externen Finanzierung, die unser Gesundheitssystem am Laufen hält, eingenommen hat. Mehreren Quellen zufolge profitierte die DR Kongo von umfangreichen Investitionen in entscheidenden Sektoren wie Gesundheit, Bildung, Landwirtschaft und Regierungsführung mit einer geschätzten jährlichen Unterstützung von 1 Milliarde US-Dollar durch USAID.“

Führungsperson einer nationalen indischen Organisation:

“Die Streichung von USAID-Mitteln für Indien hat erhebliche Auswirkungen auf verschiedene Sektoren, insbesondere auf Gesundheit, Bildung und Klimaresilienz. Gesundheitsprogramme, insbesondere solche, die sich mit Tuberkulose, HIV/AIDS und der Gesundheit von Müttern befassen, sind von Unterbrechungen und möglichen Rückschlägen bei der Bekämpfung von Krankheiten und der Verbesserung der Gesundheit von Müttern betroffen. Die von USAID unterstützten Initiativen konzentrierten sich auf die Bereitstellung von technischer Hilfe für die Regierung auf allen Ebenen, d. h. auf Bezirks-, Landes- und nationaler Ebene, um die Qualität und den Umfang der Gesundheitsdienste zu verbessern. Diese Maßnahmen der technischen Hilfe dienten dem Aufbau und der Stärkung der Kapazitäten des Gesundheitspersonals, der Erleichterung öffentlich-privater Partnerschaften, dem Einsatz von Technologie, der Unterstützung bei der Datenverwaltung, der Forschung und der Kommunikation zur Verbesserung der Qualität und der Reichweite der Gesundheitsdienste.“

Anfang Februar unterzeichnete US-Präsident Trump außerdem eine [Durchführungsverordnung](#), in der er eine 180-tägige Überprüfung internationaler Organisationen forderte, was zu [wesentlich schlechteren Finanzierungsaussichten für diese Organisationen](#) führt. Die Kürzungen bei diesen Programmen – oder ein Rückzug der USA aus multilateralen Entwicklungsorganisationen – wird erhebliche Folgen für die Fähigkeit dieser Organisationen haben, ihre Mandate zu erfüllen. Besonders bei UN-Organisationen, bei denen die [US-Beiträge einen erheblichen Anteil am Gesamtbudget](#) ausmachen, sind drastische Unterbrechungen auf der Länderebene zu erwarten.

Ein Arzt aus der Zentralafrikanischen Republik:

„Außerhalb des Gesundheitswesens arbeiten Freunde von mir bei NGOs (wie DRC, deren Verträge gekündigt wurden). Andere arbeiten beim UNHCR und der US-Botschaft und haben die Nachricht erhalten, dass ihr Personal um die Hälfte reduziert wird!“

Ärztin und Projektkoordinatorin im Tschad, arbeitet schwerpunktmäßig mit Menschen, die mit HIV leben:

„Zuerst wurde das Budget des vom CRS (Catholic Relief Service) finanzierten SILC (Savings and Internal Lending Communities)-Projekts gekürzt. Die von UNAIDS unterstützte Vereinigung von Jugendlichen und Heranwachsenden, die mit HIV leben, hat aufgrund fehlender finanzieller Mittel Schwierigkeiten, ihre Aktivitäten durchzuführen.“

Indonesischer Arzt in einer leitenden Position einer internationalen NGO, Indonesien:

“Wir arbeiten mit Geflüchteten in Indonesien. Bisher haben sich immer IOM und UNHCR um diese Menschen gekümmert. Und sie wurden von den USA (entweder der Regierung oder durch USAID) finanziert, so dass Aktivitäten in diesem Bereich abgebrochen wurden. Hier haben wir ausgeholfen. Obwohl das, was wir tun können, um die Lücke zu füllen, immer noch sehr begrenzt ist.“

Um auf diese Entwicklungen zu reagieren, werden im folgenden Text eine Analyse der Auswirkungen auf die gesundheitspezifische Entwicklungszusammenarbeit gegeben und darauf aufbauend Handlungsempfehlungen für Akteure erörtert. In diesem Kontext muss jedoch auch beachtet werden, dass die Kürzungen in der Entwicklungszusammenarbeit der USA neben dem Gesundheitsbereich zahlreiche weitere Sektoren wie beispielsweise Bildung, humanitäre Hilfe sowie Wasser- und Sanitätsversorgung betreffen, was wiederum negative Auswirkungen auf gesundheitspezifische Themengebiete hat.

Globale Gesundheitsfolgen der US-Kürzungen – Eine thematische Analyse

Es ist zu befürchten, dass die Zerschlagung von USAID durch die Trump-Administration eine Katastrophe für die globale Gesundheit darstellt, deren [Folgen über Generationen hinweg](#) zu spüren sein werden. Denn trotz eines Ausgabenniveaus für globale Gesundheitszusammenarbeit von [weniger als 0,1 % des US-amerikanischen Bundeshaushalts](#) im Jahr 2024 war ihre Wirkung weltweit spürbar. Insbesondere im Gesundheitsbereich war die Rolle der USA über Jahrzehnte führend: in Bezug auf genuine Zuschüsse für gesundheitsspezifische Entwicklungszusammenarbeit stellten die USA [fast 41 % der Finanzmittel aller DAC-Staaten](#) bereit. Schätzungen zufolge rettete die US-Entwicklungszusammenarbeit [jährlich etwa 3,3 Millionen Menschenleben](#).

Doch ohne USAID drohen im globalen Süden drastische Rückschritte im Bereich der öffentlichen Gesundheit, wodurch [viele dieser Fortschritte zunichte](#) gemacht werden könnten. Die WHO spricht von der [größten Störung der globalen Gesundheitsfinanzierung seit Menschengedenken](#) und berichtete bereits von [Unterbrechungen der Gesundheitsdienste in fast drei Viertel von über 100 befragten Ländern](#) und zahlreichen Entlassungen von Gesundheitspersonal. Aufgrund des Austritts der USA aus der Organisation befindet sich die WHO selbst in einer akuten Finanzierungskrise, sodass sie ihr [Budget um mindestens 25 % kürzen muss](#). Programme zur Epidemiebekämpfung, Labornetzwerke und Überwachungssysteme stehen vor dem Aus. Die globale Infrastruktur für Krankheitsfrüherkennung ist damit erheblich geschwächt. Laut Africa CDC könnten die massiven und von den USA angeführten Kürzungen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit [bis zu 4 Millionen zusätzliche vermeidbare Todesfälle pro Jahr auf dem afrikanischen Kontinent](#) verursachen, mehr als 39 Millionen Menschen bis 2030 in die Armut stürzen, zu einer erhöhten Pandemiegefahr führen und eine fundamentale Bedrohung für die Erreichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung darstellen.

Um ein genaueres Bild von den entstandenen Problemen zeichnen zu können, fokussieren wir uns im Folgenden auf zentrale Gesundheitsbereiche. Aus diesem Grund werden Themengebiete wie vernachlässigte Tropenkrankheiten und Pandemievorsorge nicht thematisiert, obwohl in diesen Sektoren auch starke Einschnitte wegen des Rückzugs der USA zu verzeichnen sind.

Arzt und Leiter einer Gesundheitseinrichtung in der südlichen Demokratischen Republik Kongo:

„Seit der Ankündigung der Einstellung der Hilfe wurden in der DR Kongo wie auch in unserer Region alle Mitarbeiter, die für die USAID-Agentur tätig waren, arbeitslos. Einige Aktivitäten auf dem provinziellen Niveau der Gesundheitsarbeit wie Supervisionen, die Beschaffung von Hilfsmittel, Datenerhebung, Schulungen usw. wurden ausgesetzt. [...] Von all der Unterstützung, die USAID [...] leistet, ist der Mangel an diagnostischen Tests, in der Patientenversorgung und in der Prävention sowie an Instrumenten zur Datenerfassung am schlimmsten.“

Auswirkungen der Kürzungen auf zentrale Gesundheitsbereiche

Rückschritte im Kampf gegen HIV/AIDS:

Alleine PEPFAR – das weltweit mit Abstand größte bilaterale HIV-Programm – hat Schätzungen zufolge seit 2003 mehr als 26 Millionen Leben gerettet, über 7,8 Millionen HIV-Übertragungen bei Neugeborenen verhindert und 20,6 Millionen Menschen mit antiretroviraler Therapie (ARV) versorgt. Rund 60 % der PEPFAR-Zuschüsse wurden über USAID abgewickelt. Deshalb hat die 90-tägige Aussetzung der US-Auslandshilfe und die Zerschlagung von USAID enorme Auswirkungen auf HIV-Programme weltweit und verursachen Vorhersagen zufolge eine Verdoppelung der HIV-Neuinfektionen. Hunderttausende Menschen, darunter über 7.000 Kinder täglich, verloren zeitweise den Zugang zu lebensnotwendiger HIV-Medikation. Mehr als 71 % der PEPFAR-Partner mussten mindestens eine Aktivitätskategorie ganz einstellen. Klinikschließungen, Lieferengpässe bei antiretroviralen Medikamenten, Massenentlassungen von Fachpersonal und unterbrochene Versorgungsketten prägen seither die Lage, weshalb bis Ende April 2025 bereits von circa 47.000 vermeidbaren Todesfällen – darunter mehr als 4.500 Kindern – aufgrund der Disruptionen beim PEPFAR-Programm ausgegangen wird.

Zwei Projektleiter in Kamerun:

“Wir mussten fast 20 Mitarbeiter entlassen, die in einem HIV-Projekt beschäftigt waren, welches durch die USA finanziert wurde!”

“Im Zusammenhang mit dem Rückzug von USAID führten wir Aktivitäten für HIV-infizierte und betroffene Personen durch, insbesondere für Kinder (Nahrungsmittelhilfe, Schulhilfe, einkommensschaffende Maßnahmen). Derzeit ist alles eingestellt, es gibt keine Aktivitäten und die Betroffenen sind sich selbst überlassen. [...] Die Behandlung von HIV-Infizierten scheint noch kostenlos zu sein, aber es gibt bereits Engpässe bei den Medikamenten.“

Das gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS) warnt, dass unterbrochene Test- und Versorgungsangebote zu 350.000 zusätzlichen Neuinfektionen bei Kindern in den nächsten vier Jahren führen könnten. Insgesamt drohen laut Schätzungen zwischen 4,4 und 10,75 Millionen zusätzliche HIV-Infektionen und bis zu 2,9 Millionen AIDS-bedingte Todesfälle bis 2030. Des Weiteren steigt die Gefahr von Medikamentenresistenzen rapide an. Jahrzehntelange Fortschritte im Kampf gegen HIV/Aids könnten verloren gehen – insbesondere in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara. Auch wie es mit wichtigen Forschungsvorhaben zur Entwicklung neuer Medikamente wie Lenacapavir oder HIV-Impfstoffen weitergeht bleibt völlig offen. Die Probleme werden außerdem durch massiven Stellenabbau im US-Gesundheitsministerium verschärft, weil davon auch Expertenteams betroffen sind, die weltweit verhindern sollten, dass Neugeborene von ihren Müttern mit HIV infiziert werden. UNAIDS schätzt, dass ein dauerhaftes Ende von PEPFAR bis 2029 zu 4,2 Millionen zusätzlichen AIDS-Toten und 6,6 Millionen Neuinfektionen führen könnte. Die globale Strategie zur Beendigung von Aids als Gesundheitsbedrohung bis 2030 wäre damit zum Scheitern verurteilt.

Erschwerend kommt hinzu, dass [USAID bisher direkt für etwa 40 % des Budgets von UNAIDS verantwortlich war](#) und der vollständige Verlust dieser Finanzmittel die gesamte Organisation destabilisieren könnte.

In den Ländern südlich der Sahara hat die Einstellung der US-Unterstützung zu erheblicher Unterfinanzierung der HIV/AIDS-Programme geführt. So ist beispielsweise Südafrika das Land mit der größten HIV-positiven Bevölkerung der Welt und gleichzeitig gehörte es zu den größten Empfängern von US-Hilfe im Rahmen von PEPFAR. Modellrechnungen zufolge könnte es [in den nächsten zehn Jahren zu mehr als 500.000 Todesfällen](#) allein in Südafrika kommen, weil die Versorgung von Waisenkindern, Schwangeren, Transgender-Personen und Sexarbeitern unterbrochen wird.

Ukrainerin, lebt mit HIV dank ihrer antiretroviralen Therapie:

“Jeden Tag schaue ich auf meine Dose mit Medikamenten und bin so dankbar, dass ich leben kann. Ich schaue auf mein Baby, welches es dank dieser Medikamente gibt und nur der Gedanke, dass die Medikamente morgen aufgebraucht sein könnten... Hier geht es um mich, die über ihren Tod nachdenkt; darüber, dass mein Kind zu einem Waisenkind wird. [...] Es geht um mein Leben, das Leben meiner Familie und viel mehr globale Entscheidungsträger müssen wissen, wie sie richtige Entscheidungen treffen. Ich bitte Deutschland, als globale Macht, tatsächlich bitte ich die europäischen Instanzen ihre Beiträge zu erhöhen, nur um meine Familie und mein Leben zu retten. 150 000 Ukrainer:innen, 40 Millionen Weltbürger ... wir wollen nur leben. “

In Uganda standen anfangs weiterhin AVR in zentralen Zentren zur Verfügung. Durch den Rückzug der Verteilung an lokalen Gesundheitseinrichtungen, wurden die Durchführungspartner beeinträchtigt. Darüber hinaus wurden die Dienste für die [wichtigsten Bevölkerungsgruppen](#), darunter Sexarbeiter:innen und Männer die Sex mit Männern haben, stark beeinträchtigt. Mittlerweile hat die Einstellung der US-Hilfe die Verteilung von ARV größtenteils unterbrochen, so dass viele Kliniken ihre Patient:innen nicht mehr mit Medikamenten versorgen können. Pharmazeut:innen in Uganda zerkleinern die letzten HIV-Medikamente für Erwachsene, da die [Vorräte für Kinder bereits aufgebraucht](#) sind. Viele Gemeinschafts- und NRO-geführte [Einrichtungen waren gezwungen, zu schließen](#), so dass vulnerable Bevölkerungsgruppen ohne wesentliche Dienstleistungen dastehen.

PEPFAR stellte Tansania jährlich 450 Millionen Dollar zur HIV-Bekämpfung bereit. Durch den plötzlichen Wegfall der Mittel haben fast [1,2 Millionen Menschen keinen Zugang](#) mehr zu kostenlosen ARVs. Kliniken sind ohne Medikamente, häusliche Pflege wurde eingestellt, und Patient*innen werden abgewiesen – die HIV-Behandlung im Land steht vor dem Kollaps.

In Mosambik wurden alle von den USA finanzierten Gesundheitsprojekte, auch zur HIV-Bekämpfung, eingestellt. Bei einer [HIV-Rate von 11,6 %](#) gefährdet der Wegfall der jährlichen 400-Millionen-Dollar-Hilfe die Versorgung unzähliger Betroffener.

In Lesotho, Eswatini und Tansania wurden Projekte der Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation beendet, die über [350.000 Menschen mit HIV](#) behandelten.

In Lateinamerika und der Karibik trugen die USA wesentlich zu HIV-Programmen für Schlüsselgruppen wie Migrierende, Sexarbeitende und LGBTQ+-Personen bei. Die jüngsten [Mittelkürzungen führten zur Aussetzung länderübergreifender Projekte](#) und gefährden die Versorgung. Zivilgesellschaftliche Organisationen kämpfen ums Fortbestehen der Dienste. In Haiti und Venezuela verschärft das Ausbleiben der Hilfe bestehende Krisen und erhöht das Risiko von Ausbeutung und HIV-Infektion bei besonders verletzlichen Gruppen. Die fehlende Unterstützung verschärft die strukturelle Verwundbarkeit von Migrierenden und anderen gefährdeten Bevölkerungsgruppen und erhöht ihr Risiko der Ausbeutung, des Menschenhandels und des Überlebenssexes, was wiederum die Anfälligkeit für HIV erhöht.

Mitarbeiterinnen einer kirchlichen Organisation, Guatemala:

[Zusammenfassung eines Gespräches] Die Diözesen, die im Bereich HIV oder im humanitären Sektor v.a. mit Migranten und Geflüchteten arbeiten, sind sehr stark betroffen. Die Bischöfe aus östlichen Regionen haben uns erzählt, dass sehr viele Mitarbeiter von einem Tag auf den anderen freigestellt werden mussten. Das hat tatsächlich auch zu einer signifikanten Zunahme von Arbeitslosigkeit in manchen Gegenden geführt.

Kürzungen gefährden Erfolge bei Tuberkulose:

[Über 79 Millionen Leben wurden durch USAID-finanzierte TB-Dienste seit dem Jahr 2000 gerettet.](#) Doch mit dem Einfrieren der US-Entwicklungszusammenarbeit und der anschließenden Streichung von tausenden USAID-Programmen [brachen vielerorts die Projekte zur TB-Diagnostik und -Behandlung vollständig zusammen. Personal wurde entlassen, Labore geschlossen, Arzneimittel nicht verteilt und Überwachungssysteme kollabierten.](#) Manchen Schätzungen zufolge würde die komplette Einstellung der USAID-Programme zur Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose [alle sieben Minuten zu einem zusätzlichen Todesfall](#) führen. Erschwerend kommt hinzu, dass nicht nur die Infektionszahlen zunehmen, sondern obendrein [die Gefahr multiresistenter TB-Formen rapide steigt](#) – sogar wenn nur kurze Unterbrechungen in der medikamentösen Behandlung auftreten, was zurzeit [weltweit sehr gehäuft wegen der abrupten Kürzungen passiert](#). Die WHO warnt, dass US-Mittelkürzungen [Tuberkuloseprogramme in Afrika massiv gefährden](#). In 18 Hochlastländern fielen 89 % der erwarteten US-Gelder weg – mit Folgen wie Medikamentenmangel, Entlassungen und dem Kollaps von Überwachungssystemen. Als größter bilateraler Geber haben die Kürzungen von 2025 die Versorgung in einkommensschwachen Ländern untergraben. Jede Unterbrechung könne laut WHO verheerende, teils tödliche Folgen haben und Fortschritte im Kampf gegen TB zunichtemachen.

Ein Arzt aus der Zentralafrikanischen Republik:

„In Bezug auf HIV und Tuberkulose sind die betreffenden Fachbereiche in Panik und versuchen, nach Alternativen zu suchen, um dem Medikamentenmangel zuvorzukommen.“

„Derzeit ist die Situation relativ gut unter Kontrolle, da die Patienten noch von den Hilfsmitteln profitieren, die von den Gesundheitszentren auf Lager gehalten werden. Obwohl es vereinzelt zu Engpässen bei den Hilfsmitteln für die Behandlung von Tuberkulosekranken gekommen ist, hat die Provinzkoordination des Programms USAID schriftlich aufgefordert, der regionalen Verteilungszentrale (CDR), die die Hilfsmittel lagert, zu erlauben, sie für die Patienten, die sie erhalten, freizugeben. [...] Andere Programme mit ähnlichen Problemen werden ermutigt, den Weg des Koordinationsprogramms zur Bekämpfung von Lepra und Tuberkulose zu gehen. Das Problem, das sich ergeben würde, falls die Inputs noch bei der CDR gelagert werden, wäre der Transport der Inputs von der CDR zu den Zentren.“

Kürzungen bremsen Malariabekämpfung:

In den letzten 20 Jahren waren die USA der größte bilaterale Geber für die Malariabekämpfung und trugen durch dieses Engagement dazu bei, dass [über 2,2 Milliarden Infektionen verhindert und 12,7 Millionen Leben gerettet](#) wurden. Aber die Mittel für die Malariaarbeit wurden im Zuge der Kürzungen stark dezimiert. Während Großaufträge für Moskitonetze und Medikamente zunächst gesichert blieben, brachen viele der Programme zusammen, die deren Verteilung in Hochlastländern sichern sollten. Einige [Organisationen erhielten seit Monaten keine Mittel](#) mehr und stellten ihren Betrieb ein – ohne sie erreichen lebensrettende Behandlungen weder Kliniken noch Kinder. Von 64 befragten Ländern mit endemischer Malaria meldeten [mehr als die Hälfte](#) mäßige oder schwerwiegende Unterbrechungen der Malariadienste an die WHO. Prognosen gehen von [15 Millionen zusätzlichen Malariafällen und über 100.000 Todesfällen](#) allein im Jahr 2025 aus. WHO-Generaldirektor Tedros warnte, dass dadurch [15 Jahre Fortschritt zunichtegemacht](#) werden könnten.

Eine WHO-Umfrage von 2025 zeigt, die Malariaversorgung zählt weltweit zu den am stärksten betroffenen Bereichen. [In über 70 % der Länder kam es zu erheblichen Störungen](#) bei der Versorgung. Besonders in der Sahelzone, etwa in Burkina Faso, Mali und dem Tschad. In einem Drittel der Länder verschlechterte sich die Medikamentenverfügbarkeit drastisch und [Frühwarnsysteme wurden teils zerstört](#). In Uganda fielen Sprühaktionen aus, was einen [Anstieg der Malariafälle zur Regenzeit](#) erwarten lässt.

Medizinischer Teamleiter einer internationalen NGO, Myanmar:

„Schlimm steht es auch um die Malariaprogramme. Alles ist betroffen: Medikamente, Tests und Personal.“

Arzt und Projektleitung, Aufruf zur Unterstützung, westliche Demokratische Republik Kongo:

„Die Unterstützung der technischen und finanziellen Partner bei der Bekämpfung dieser drei Krankheiten (AN: HIV, Tuberkulose, Malaria) betrifft die Versorgung mit Medikamenten, die Bereitstellung von Hilfsgütern, die technische Unterstützung von Hilfsmaßnahmen, die Ernährungshilfe für Patienten mit multiresistenter Tuberkulose, die Stärkung des Gemeinschaftssystems, die Verringerung der Stigmatisierung von Menschen mit HIV/AIDS und die ganzheitliche Betreuung von Überlebenden sexueller Gewalt.“

Mütter und Kinder zahlen den Preis - Mütter- und Kindergesundheit sowie reproduktive Gesundheit:

Die [Kürzungen betreffen zentrale UN-Institutionen](#) wie WHO, UNFPA, UNICEF und UNAIDS, die lebenswichtige Programme im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit (SRHR) koordinieren. Prognosen zufolge werden durch die Kürzungen lebensrettende Interventionen weniger verfügbar – mit [potenziell pandemieähnlichen Auswirkungen. Jährlich sterben bereits 8,5 Millionen Mütter, Neugeborene und Kinder an meist vermeidbaren Ursachen](#) und die Bereitstellung von lebensrettenden Diensten in vielen Ländern wird durch die Kürzungen stark beeinträchtigt, weshalb Morbidität und Mortalität häufiger werden. Auch die [Demographic and Health Surveys \(DHS\), einzige Datengrundlage in vielen Ländern für Mütter- und Kindergesundheit, wurden eingestellt](#). Mit dem sofortigen Stopp wurden Verträge und Unterverträge aufgelöst, was gravierende Folgen für globale Monitoring-Systeme hat. Diese drastischen Kürzungen bei USAID haben zu einem [massiven Finanzierungsloch von etwa 12 Milliarden US-Dollar](#) allein im afrikanischen Gesundheitssektor geführt, wo sie insbesondere auch Programme zur reproduktiven Gesundheit betreffen.

GIZ Mitarbeiterin, Nepal:

„Es gab Konsequenzen in Bereich der täglichen Arbeit – besonders in den Bereichen Ernährung, Geschlechtergerechtigkeit und Soziale Inklusion, Mutter-Kind-Gesundheit und Klimawandel, die USAID mit großen Summen unterstützt hat.“

Medizinischer Teamleiter einer internationalen NGO, Myanmar:

[Zusammenfassung]: Am stärksten sind die Bereiche HIV, Tuberkulose, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Bildungsprojekte betroffen, ganz besonders die Arbeit außerhalb der Gesundheitseinrichtungen in den Dörfern und Gemeinden.

Die Kürzungen der Hilfe betreffen auch Programme zum Schutz von Frauen und Mädchen vor Gewalt und zum Zugang zu reproduktiver Gesundheitsversorgung.

In Sambia besteht für Frauen ein [erhöhtes Risiko der Ausbeutung](#), einschließlich des Zwangs zum Transaktionssex, um zu überleben, wodurch sich ihr Risiko einer Ansteckung mit HIV und anderen Geschlechtskrankheiten erhöht. In der Demokratischen Republik Kongo behandelt Ärzte ohne Grenzen (MSF) täglich [bis zu 119 Fälle von sexueller Gewalt](#) in Vertriebenenlagern, eine Situation, die sich durch die Einstellung der US-Hilfe noch verschärft hat.

Globale Impfgerechtigkeit in Gefahr:

Infolge der finanziellen Einschnitte meldete [fast die Hälfte von 108 befragten Ländern](#) Unterbrechungen von Impfkampagnen, Routineimpfungen und dem Zugang zu Impfstoffen. Die drastischen [Budgetkürzungen beeinträchtigen vor allem Masernimpfungen, die WHO-eigene Überwachungs- und Labornetzwerke sowie die Reaktionsfähigkeit bei Ausbrüchen](#). Die WHO warnt vor einem [unmittelbar bevorstehenden Shutdown ihres globalen Masern-Röteln-Netzwerks](#), das bisher ausschließlich durch US-Mittel getragen wurde. WHO-Impfchefin Dr. Kate O'Brien bezeichnete die [Einschnitte als „lebensbedrohlich“](#) – die dramatischen Auswirkungen könnten jedoch erst Jahre später sichtbar werden.

Problematisch ist weiterhin der angekündigte komplette Finanzierungsstopp der USA für die globale Impfallianz Gavi. Denn Gavi, zu der die USA derzeit circa 12 % zum Budget beitragen, hat seit seiner Gründung vor 25 Jahren [über eine Milliarde Kinder geimpft](#) und somit seit seinem Bestehen das [Leben von 19 Millionen Kindern gerettet](#). Doch der Verlust von US-Zusagen in Höhe von 2,6 Milliarden US-Dollar bedeutet, dass in den kommenden Jahren bis zu [75 Millionen Kinder nicht geimpft werden und mehr als 1,2 Millionen Kinder an vermeidbaren Krankheiten sterben](#) könnten.

Ein Arzt aus der Zentralafrikanischen Republik:

„Die Gavi-Allianz hat seit der Ankündigung der Einstellung der US-Hilfe für Routineimpfungen zahlreiche Treffen mit dem Gesundheitsministerium abgehalten, da sie der Meinung ist, dass sie die Impfungen im Land nicht weiter unterstützen kann, was selbstmörderisch wäre.“

Arzt und Leiter einer Gesundheitseinrichtung in der südlichen Demokratischen Republik Kongo:

„Am stärksten betroffen sind Patienten mit HIV/AIDS, Tuberkulose und Kinder unter fünf Jahren aufgrund fehlender Impfstoffe.“

Laut WHO-Bestandsaufnahme von April 2025 meldeten über 50 % der Länderbüros erhebliche Unterbrechungen bei routinemäßigen und klinikbasierten Impfungen – besonders in einkommensschwachen Ländern, die stark auf internationale Hilfe angewiesen sind. Kampagnen gegen Masern, Polio und Diphtherie wurden in vielen Regionen Afrikas, Südostasiens und des östlichen Mittelmeerraums ausgesetzt. Die [WHO warnt vor einer neuen Welle impfpräventabler Ausbrüche](#). In über einem Drittel der Länder herrscht Impfstoffmangel, teils mit Ausfällen bei Kinderimpfstoffen und Kühlketten.

Kürzungen gefährden den Kampf gegen Mangelernährung:

Der Ausfall von US-Finanzierung für schwere akute Unterernährung verhindert lebenswichtige Behandlungen von über einer Million Kindern. Prognosen rechnen mit [mindestens 163.500 zusätzlichen Todesfällen pro Jahr](#). Aber Programme in Landwirtschaft, Schulspeisung, Wasser und Sanitärversorgung brechen ebenfalls weg. Dadurch könnten schon bald viele Millionen von Kindern zusätzlich auf der ganzen Welt an Auszehrung, Wachstumsstörungen und Mikronährstoffmangel leiden. Darüber hinaus könnte die [Einstellung von lebensrettender Nahrungsmittelforthilfe in 14 Ländern einem Todesurteil für Millionen von Menschen](#) gleichkommen. Zudem lähmt der Zusammenbruch von USAID zentrale Überwachungssysteme von Hungersnöten, was laut Analysten die [Früherkennung von Ernährungskrisen erschwert und internationale Hilfsreaktionen schwächt](#).

GIZ-Mitarbeiterin, Nepal:

„Zum Beispiel hatten wir dieses Riesenprojekt “integrated nutrition” [AN: von USAID massiv unterstützt] in 44 von 77 Distrikten in Nepal – das Projekt wurde abrupt beendet und es gab viel Unsicherheit und Chaos.“

Die Kürzungen in der US-Entwicklungszusammenarbeit haben darüber hinaus gravierende Auswirkungen auf das Welternährungsprogramm der Vereinten Nationen (WFP). Das Gesamtbudget von WFP beträgt 2025 nur noch die [Hälfte des Vorjahresniveaus](#), weshalb ein [Stellenabbau von 25-30 % des Personals](#) durchgeführt werden muss. Wegen dieser drastischen finanziellen Einschnitte kann das Welternährungsprogramm zahlreiche Aktivitäten nicht mehr umsetzen und warnt vor einem [„Todesurteil für Millionen“](#). Der [angekündigte Förderungsstopp der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen \(FAO\)](#) verschärft die Problematik zusätzlich.

In Ostafrika und der Sahelzone führten US-Kürzungen bei der Nahrungsmittelhilfe durch USAID und das WFP zu dramatischen Folgen – besonders für Kinder. In Ländern wie [Äthiopien](#), [Somalia](#) und [Afghanistan](#) wurden Millionen aus Notprogrammen gestrichen. Kliniken verzeichnen einen [Anstieg von Unterernährungsfällen](#), besonders bei Kindern, Schwangeren und stillenden Müttern. Die Folge: geschwächtes Immunsystem, höhere Krankheitsanfälligkeit und steigende Kinder- und Müttersterblichkeit.

Handlungsempfehlungen für Akteure in der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit

Angesichts dieser Zahlen und der zahllosen Auswirkungen und Schreckensszenarien kann man leicht verzweifeln und in fassungsloser Hilflosigkeit versinken. Was können wir als „kleine Akteure“ oder nationale Organisationen in dieser Situation schon ausrichten? Aber es stimmt nicht, dass wir nichts tun können. Wenn wir einen Schritt zurücktreten und versuchen die Lage nüchtern zu betrachten, haben wir es mit einer humanitären Katastrophe, mit einer weltweiten Notlage zu tun. Dieses Mal ist es keine Pandemie und kein Krieg, sondern eine andere Form eines menschengemachten Desasters. Aber wir müssen nicht bei null anfangen. Es gibt Erfahrungswerte und Handreichungen und Leitlinien und Instrumente, um auf solche Situationen zu reagieren.

**Medizinischer Teamleiter
einer internationalen
NGO, Myanmar:**

*„Wir wissen nicht recht,
in welchem Bereich wir
unterstützen sollen. Wir
warten auch auf die
Beschlüsse von den
anderen Akteuren.“*

Wir wissen, dass bei Katastrophen jeglicher Art zunächst die direkten Opfer betroffen sind. Übertragen auf den aktuellen Fall können das Menschen mit HIV sein, die Ihre Medikamente nicht mehr bekommen oder hungernde Menschen, die keinen Zugang mehr zu Nahrungsmitteln haben. Etwas später sehen wir die Folgen oder Komplikationen dieser „Traumata“: Vermehrt opportunistische Infektionen oder Resistenzen bei HIV und Tuberkulose, vermehrt Frühgeborene oder eine erhöhte Müttersterblichkeit, weil die Schwangerschaftsvorsorge nicht mehr entsprechend durchgeführt werden kann. Als letztes werden Probleme sichtbar, die weite Teile der Bevölkerung betreffen: Epidemien von Krankheiten, die durch Impfungen hätten vermieden werden können, eine ansteigende Inzidenz von Tuberkulose und HIV.

Wir wissen, dass [in den ersten Monaten vor allem direkte Soforthilfe](#) und Entlastung des Systems vor Ort notwendig sind, es geht darum, Menschen am Leben zu halten durch die Bereitstellung von Nahrung, Wasser, einem Dach über dem Kopf und Medikamenten. Dabei gilt es mit den Akteuren zusammenzuarbeiten, die schon vor Ort sind und die entsprechenden Lücken zu füllen. Manche Staaten und Gesundheitssysteme haben bessere Voraussetzungen auf solche „Schocks“ zu reagieren und brauchen weniger oder zumindest weniger lange entsprechende Unterstützung, andere mehr, weil die Situation bereits vor der Katastrophe instabil war. Als nächstes stellt sich eine Art Stabilisierung ein – es beginnt die frühe Phase der Erholung auf dem Weg zurück zu einem funktionierenden Gesundheitssystem. Die Basisbedürfnisse sind wieder sichergestellt, es geht nicht mehr nur um das Retten von Leben, sondern um den Weg zurück in ein funktionierendes Gesundheitssystem. Zuletzt kommt die Phase des Wiederaufbaus und damit die Möglichkeit, etwas Zerbrochenes nicht einfach nur zu kitten, sondern besser zu konstruieren, als es am Anfang war. In unserem Fall könnte das bedeuten, internationale Entwicklungshilfe nicht derart abhängig von einzelnen globalen Kräften zu machen oder vertikale Programme in die Basisgesundheitsversorgung zu integrieren. Auch dafür gibt es ein etabliertes Prinzip: [LRRD](#) – **linking relief to rehabilitation to development**.

Wie können wir nun aktiv werden? Viele Akteure führen mehrere verschiedenen Projekte durch oder behandeln verschiedenen Themen innerhalb eines Projekts. Daher ist ein systematisches Vorgehen besonders wichtig. Hier können wir uns an einem bewährten Prinzip festhalten: dem Aktionszyklus in vier Schritten.



Public Health Action Cycle (in Anlehnung an Rosenbrock 1995, S. 140)

1. **Problembestimmung:**

Der erste Schritt in der aktuellen Phase besteht darin, das Problem zusammen mit den Projektpartnern zu erfassen. In diesem Dokument haben Sie bereits viele Hintergrundinformationen erhalten, aber nun geht es darum die Auswirkungen und die Situation vor Ort bei ihren Partnern zu analysieren. In welcher Phase befinden sie sich? Geht es noch darum akut Leben zu retten oder sind wir schon in einer Phase des Wiederaufbaus?

Zuerst müssen wir Informationen sammeln – nicht perfekt, aber gut genug, um klug und rechtzeitig zu handeln. Es geht um die Balance zwischen gründlicher Analyse und pragmatischem Instinkt. Denn jede verlorene Stunde kann Leben kosten. Egal um welches gesundheitliche Problem wir uns kümmern wollen, folgende Informationen sind zentral:

- Wie groß ist die Population, die betroffen ist und wie setzt sie sich zusammen (Kinder, Frauen, Männer, Sexarbeiter:innen, LGBTQIA+, ...)?
- Gibt es besondere Risikofaktoren in diesem speziellen Kontext?
- Was sind die Konsequenzen der Finanzierungslücken in diesem Kontext?
- Was gibt es für Interventionen und Dienste, die noch funktionieren bzw. welche Probleme wurden schon gelöst?

Ein weiterer wichtiger Schritt an dieser Stelle ist es, die [anderen Akteure vor Ort](#) zu kennen, um sich gegenseitig zu ergänzen und ein Verschenden von Ressourcen – wenn sich beispielsweise Hilfsangebote doppeln – zu verhindern.

Wer macht Was, Wo und Wann?

Sollte man bei der Problemanalyse den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sehen, helfen Tools wie das Fischgräten oder [Ishikawa Diagramm](#) oder der Problembaum „[Problem tree](#)“ weiter. Dabei werden die Probleme nach Ursachen und Folgen sortiert, um den effektivsten Ansatzpunkt zu finden.

Sind größere Interventionen oder Investitionen möglich, können auch modifizierte Versionen von [HeRAMS](#) (Health Resources and Services Availability Monitoring System) oder [SARA](#) (Service Availability and Readiness Assessment) zum Einsatz kommen, die gewöhnlich dazu genutzt werden, ein Gesundheitssystem in einer Notsituation zu analysieren. Sinnvoll ist es auch, sich die Lieferketten und die Logistik genauer anzuschauen. Sind diese an einer Stelle unterbrochen und können sie wiederhergestellt werden?

2. Strategieformulierung

Als erstes müssen wir uns selbst einige Fragen stellen. Passen unsere Prioritäten zu den Prioritäten vor Ort? Liegt es innerhalb unserer Kompetenzen, diese Probleme zu adressieren oder können wir auf andere Kompetenzen bei der Umsetzung zurückgreifen? Was ist unser finanzieller Rahmen, können wir gegebenenfalls noch Mittel akquirieren? Selbst wenn weder finanzielle Mittel noch Expertise zur Verfügung stehen, können wir vielleicht ein Sprachrohr sein und die Anliegen der Partner publik machen oder an andere Akteure weitertragen. Bei diesen Überlegungen kann zum Beispiel eine [SWOT Analyse](#) helfen.

Wenn wir uns an die Entwicklung einer Strategie machen, sollten wir uns die folgenden Grundsätze zu Herzen nehmen:

- Es gibt keine allgemeine Blaupause, unser Ausgangspunkt ist der lokale Kontext und unsere Interventionen sollten auf die lokalen und lokal definierten Prioritäten ausgerichtet sein.
- Prävention sollte vorrangig behandelt werden.
- Von Anfang an sollte man sich auf eine pragmatische (Ko-)Koordination einigen.
- (Zusätzliche) Ausgrenzung und (zusätzlicher) Schaden müssen verhindert werden (Do-No-Harm-Ansatz)

Bei Fragen welche Medikamente in der „ersten Hilfe“ notwendig sind, um die Basisgesundheitsversorgung – auch einzelner Bereiche - sicher zu stellen, können wir uns an der Liste der essentiellen Medikamente der WHO ([WHO essential drugs](#)) orientieren oder an diversen Interagency health kits, die sogar Informationen zur Berechnung des notwendigen Materials als auch zum Lieferumfang mitbeinhalten ([Minimum Standards IEHK](#), [WHO Standard emergency health kits](#)). Es gibt dabei auch spezielle Kits, zum Beispiel für Reproduktive Gesundheit ([Emergency reproductive health kits](#)).

Die Strategieentwicklung ist ein zentrales Element und sollte sorgfältig durchgeführt werden. Allerdings gilt es auch hier nicht zu viel Zeit zu verlieren und sich die Umsetzung und das spätere Monitoring so einfach wie möglich zu machen. Strategische Planung kann auch in Deutschland unabhängig von der direkten Projektarbeit erfolgen. Mögliche Strategien können sein:

- **Solidaritätsfonds etablieren – gemeinsame Verantwortung wahrnehmen** Mit diesen Mitteln sollen besonders betroffene Partnerorganisationen in kritischen Bereichen wie HIV/Aids, Mutter-Kind-Gesundheit oder Impfstoffversorgung flexibel und schnell unterstützt werden. Auch hier sollte der Prozess möglichst einfach und zielgerichtet gestaltet werden, um den Partnern vor Ort zum einen zeitnahe Hilfe zukommen lassen zu können, zum anderen, um die wenigen personellen Ressourcen vor Ort nicht in bürokratischen Abläufen zu binden.
- **Lokale Strukturen stärken – Resilienz aufbauen** Es fehlen weltweit Investments in *nachhaltige lokale Versorgungssysteme*. Dazu gehört z. B. die Förderung lokaler Medikamentenherstellung, Weiterbildung von Fachpersonal, Stärkung gemeindebasierter Gesundheitsarbeit sowie technologische Innovationen wie Telemedizin.
- **Politische Advocacy verstärken – Stimme erheben für globale Gesundheitsgerechtigkeit** Es sollte eine koordinierte *Advocacy-Strategie auf nationaler und EU-Ebene* entwickelt werden, um politische Entscheidungsträger an ihre Verantwortung für globale Gesundheit zu erinnern. Dazu gehört auch, sich für verbindliche Finanzierungszusagen innerhalb der deutschen und europäischen Entwicklungspolitik stark zu machen.
- **Neue Allianzen eingehen – Zusammenarbeit diversifizieren** In Zeiten geopolitischer Verschiebungen sollten wir *neue Partnerschaften jenseits der klassischen westlichen Geberstrukturen* prüfen. Kooperationen mit zivilgesellschaftlichen Akteuren im Globalen Süden, mit Diaspora-Organisationen, Universitäten oder afrikanischen Gesundheitsinitiativen könnten neue Ressourcen und Perspektiven erschließen.

3. Umsetzen und Handeln

Wenn es an das Umsetzen der Strategie geht, gibt es Richtlinien wie die [Sphere Standards](#), die uns helfen sollen, die Qualität zu wahren und die [Core humanitarian standards](#), die zum einen ethische Aspekte beinhalten, in ihrer neuesten Fassung aber auch besonderen Wert auf die Einbeziehung der Bevölkerung und Gemeinden legen. Während der Umsetzung in Kontexten, in denen sich die Lage rasch ändern kann, ist es wichtig, informiert zu bleiben und Informationen zu teilen. In Krisengebieten bilden sich oft die sogenannten Health clusters ([Health cluster guide](#)): Regelmäßige Versammlungen, in denen sich Vertreter:innen der Akteur:innen im Bereich Gesundheit austauschen und beraten können. Weiterhin ist wichtig: Wer macht was und wo? Auch hier sollte nicht vergessen werden, dass ein Auftrag ist „Wirklichkeit sichtbar zu machen“ und „Zeugnis gegen das Vergessen abzulegen“. Nicht nur im Projekt vor Ort, auch als Vertreter:in von Organisationen und kirchlichen Hilfswerken in Deutschland können Sie als *Wächter der Gerechtigkeit* fungieren: Sie haben eine besondere Glaubwürdigkeit, um öffentlich auf die humanitären Konsequenzen der US-Kürzungen aufmerksam zu machen. Sie sollten systematisch Berichte und Stimmen aus betroffenen Ländern dokumentieren und diese auf nationalen und internationalen Plattformen – auch kirchlichen Netzwerken – sichtbar machen.

4. Auswerten und Bewerten

Monitoring und Evaluierung sollten zentrale Elemente in jedem Projekt sein. Dabei bezieht sich Monitoring darauf, konstant die eigenen Aktivitäten und deren Konsequenzen zu beobachten. Eine Evaluierung stellt eine besondere Bestandsaufnahme, zum Beispiel am Ende eines Projektes, dar, um den Erfolg zu messen und die gewollten und auch ungewollten Auswirkungen festzustellen. Ein gängiger Maßstab sind hier die [OECD Kriterien](#): Projekte werden an ihrer Relevanz, Kohärenz, Effektivität, Effizienz, den übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen (Impact) und Nachhaltigkeit gemessen. Die Evaluierung hat unter anderem zum Ziel, Schwachstellen aufzudecken und aus Fehlern zu lernen, um nun – da wir wieder am Anfang des Zirkels stehen – diese Erfahrungen in die neue Projektphase einbringen zu können. In einer instabilen Situation wie der aktuellen, muss immer wieder überprüft werden, ob sich die Situation als ganze verändert hat, ob die Probleme neu bewertet werden müssen und ob es neue, besonders bedürftige Personengruppen gibt.

In einer so herausfordernden und dynamischen Situation ist es wichtig, regelmäßig zu prüfen, ob sich Prioritäten verschoben haben oder neue besonders gefährdete Gruppen entstanden sind. Solche Entscheidungen sind nicht leicht – und niemand muss sie allein treffen. Wenn Sie Unterstützung brauchen, sei es bei der Einordnung, Priorisierung oder nächsten Schritten: Wir beraten Sie gern – kompetent, verständnisvoll und auf Augenhöhe.

Auswahl von bereits existierenden Ressourcen zu den einzelnen Schritten, die adaptiert werden können:

1. Problembestimmung

[Ishikawa Diagramm](#)

[Problem tree](#)

[HeRAMS](#)

[SARA](#)

[Who does What, Where and When](#)

2. Strategieentwicklung

[SWOT Analyse](#)

[LRRD](#)

[Minimum Standards IEHK](#)

[WHO Standard emergency health kits](#)

[Emergency reproductive health kits](#)

[WHO essential drugs](#)

3. Umsetzen und Handeln

[Sphere Standards](#)

[Core humanitarian standards](#)

[Health cluster guide](#)

4. Auswerten und Bewerten

[OECD Kriterien](#)

Arzt und Projektleitung, Aufruf zur Unterstützung, westliche Demokratische Republik Kongo:

„Wir stehen vor einer Notsituation, die umso alarmierender ist, als dieser brutale Rückzug der USA vor dem Hintergrund eines allgemeinen Rückgangs der öffentlichen Mittel für humanitäre Hilfe stattfindet. Aus diesem Grund sehen wir uns heute gezwungen, einen außergewöhnlichen Appell an die öffentliche Großzügigkeit zu richten:

In Situationen wie diesen geben Sie, die Spender, und unsere Partner uns die Mittel, um zu handeln und die Deckung des Lebensbedarfs der am meisten gefährdeten Bevölkerungsgruppen, wir nennen hier HIV-Positive und Tuberkulosekranke, zu gewährleisten. Jede Spende, jede Geste der Unterstützung zählt in diesem Wettlauf gegen die Zeit.“

Impressum

Folgen der US-Kürzungen und der Auflösung von USAID:
Eine Analyse und Handlungsempfehlungen für Akteure in der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit

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

Autorenschaft und Redaktion: Laura Liebau, Tilman Rüppel, Kristina Schottmayer

Grafik-Design: Laura Liebau, Tilman Rüppel, Kristina Schottmayer

09. Mai 2025

medmissio – Institut für Gesundheit weltweit

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