



Innovation und Ungleichheit

Goalkeepers-Bericht 2021

Goalkeepers engagiert sich für eine Beschleunigung des Fortschritts in Richtung Globale Ziele.

2015 einigten sich 193 führende Politiker aus aller Welt auf 17 ambitionierte Ziele, um bis 2030 die Armut zu beenden, gegen Ungleichheiten anzukämpfen und den Klimawandel zu stoppen. Goalkeepers setzt sich für eine Beschleunigung des Fortschritts in Richtung der Globalen Ziele ein und widmet sich insbesondere den Zielen 1-6.

COVID-19 hat nur noch deutlicher gemacht, dass mit Blick auf diese Ziele Fortschritt möglich ist, er aber nicht zwangsläufig geschieht. Das, was wir tun, ist, was zählt: Gerade im letzten Jahr haben wir beobachtet, welche Wirkung innovative Menschen erzielen, die zeitgemäße und krisenfeste Systeme langfristig aufbauen.



2	Einleitung
4	Daten erzählen uns Überraschendes
5	Millionen mehr in extremer Armut
7	Wachsende Bildungskluft
8	Mehr Kinder verpassen Impfungen
9	Menschen, die sich engagieren
10	Was uns das sogenannte Impfstoffwunder zeigt
12	Das Langzeitversprechen der Genomsequenzierung
14	Engagement für Systeme
17	Engagement für Gemeinschaften
20	Engagement für Frauen und Mädchen
24	Noch weiter, noch schneller
26	Neue Innovationsquellen
28	Der Aufruf zur Anpassung: Pioniere mit Wirkung
34	Daten im Blickpunkt
35	Ein malariafreies China, das die Initiative ergreift
36	Methodik
38	Indikatoren
56	Quellen und Anmerkungen

Inhalt

Einleitung



Im vergangenen Jahr befürchteten wir in Bezug auf die globalen Ziele für nachhaltige Entwicklung das Schlimmste. Doch sogar inmitten der verheerenden COVID-19-Pandemie haben wir gesehen, dass Hoffnung auch einem Korn entspringen kann, das Jahre zuvor gesät wurde. Folgendes haben wir beobachtet.

Von Bill Gates und Melinda French Gates
Co-Vorsitzende, Bill & Melinda Gates Stiftung

Besuchen Sie die Website
Mehr Inhalte und Details bekommen Sie in der Online-Version unseres Goalkeepers-Berichts 2021.

<https://gates.ly/GK2021>

Vorhergehende Seite
Los Angeles, Kalifornien

Vor einem Jahr machten wir uns daran, einen ungewöhnlichen Goalkeepers-Bericht zu verfassen. Nach Jahren des stetigen Fortschritts bei den UN-Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDGs) zerstörte die erste Welle der COVID-19-Pandemie Familien, Gesundheitssysteme und Volkswirtschaften. Wir befürchteten, dass dies einen radikalen Einbruch bei fast allen Gesundheits- und Wohlstandsindikatoren, die wir jährlich in diesem Bericht anschauen, zur Folge haben würde.

Denn es war tatsächlich ein Jahr ohnegleichen: Millionen Menschen weltweit starben an COVID-19. Viele weitere Millionen litten unter der krisengebeutelten Weltwirtschaft. Und immer noch wütet die Pandemie, greift mit ansteckenderen, gefährlicheren Varianten um sich.

In vielerlei Hinsicht hat die Pandemie unseren Optimismus auf die Probe gestellt. Aber zerstört hat sie ihn nicht.

Unter kaum vorstellbaren Bedingungen haben wir bahnbrechende Innovationen entstehen sehen.

Wir haben festgestellt, wie schnell wir – als Individuen und Gesellschaften – unser Verhalten ändern können, wenn die Umstände dies erfordern. Und wir können berichten, dass sich überall auf der Welt Menschen für die Wahrung jener Fortschritte eingesetzt haben, die über Jahrzehnte in der Entwicklungszusammenarbeit erkämpft wurden – zumindest in Bezug auf die SDGs hätten die Folgen der anhaltenden COVID-19-Pandemie noch viel schwerwiegender ausfallen können.

Es war ein Jahr, das uns in unserer Überzeugung bestärkt hat, dass Fortschritt möglich ist, aber nicht zwangsläufig geschieht. Es zählt vor allem, welche Anstrengung wir dafür an den Tag legen. Als ungeduldige Optimistinnen und Optimisten glauben wir darüber hinaus, dass wir nun beginnen können, aus den ersten Erfolgen und Misserfolgen der Pandemie zu lernen. Setzen wir bei den größten Erfolgen der letzten 18 Monate an, wird uns dies über die Pandemie hinweghelfen und den Fortschritt bei grundlegenden Herausforderungen wie Gesundheit, Hunger und Klimawandel voranbringen.

Daten erzählen uns Überraschendes



Sieht man sich an, wer im Laufe des vergangenen Jahres erkrankte und starb, aber auch wer zur Arbeit musste, wer von zu Hause aus arbeiten konnte und wer seinen Arbeitsplatz gänzlich verlor, werden starke Unterschiede deutlich. Gesundheitliche Ungleichheiten sind so alt wie die Gesundheitssysteme selbst, doch eine globale Pandemie war nötig, um der Welt ihre Folgen mit Nachdruck vor Augen zu führen.

Millionen mehr in extremer Armut

Vorhergehende Seite
Nairobi, Kenia

Viele leiden nach wie vor unter den schweren und andauernden wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie. Uns ist bewusst, dass wir in einer ungewöhnlichen Position sind, um über dieses Thema zu sprechen – wir sind zwei der wohlhabendsten Menschen weltweit. Die Pandemie hat das noch stärker offenbart, denn Menschen wie wir haben diese gut überstanden, wohingegen die Verletzlichsten unter uns am stärksten getroffen wurden und sich vermutlich am langsamsten erholen

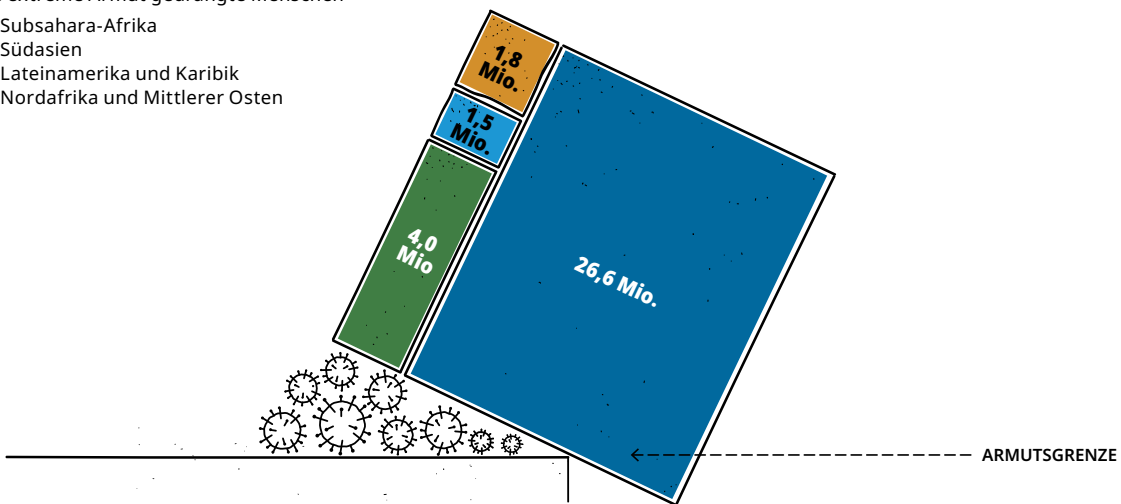
werden. Weltweit wurden aufgrund von COVID-19 weitere 31 Millionen Menschen in die extreme Armut gedrängt. Zwar unterliegen Männer einer 70% höheren Wahrscheinlichkeit, an COVID-19 zu sterben, doch sind Frauen unverhältnismäßig stark von den wirtschaftlichen und sozialen Folgen betroffen: Weltweit werden dieses Jahr etwa 13 Millionen weniger Frauen arbeiten als im Jahr 2019, wohingegen sich die Erwerbstätigkeit bei Männern voraussichtlich auf das Niveau vor der Pandemie erholen wird.

Auch wenn nun Varianten des Virus drohen, die erzielten Fortschritte zu untergraben, beginnen sich manche Volkswirtschaften zu erholen; Geschäfte öffnen wieder und Arbeitsplätze entstehen. Die Erholung fällt jedoch von Land zu Land – und sogar innerhalb mancher Länder – sehr unterschiedlich aus. Im kommenden Jahr sollen 90% der hochentwickelten Volkswirtschaften beim Pro-Kopf-Einkommen wieder ihr Vorkrisenniveau erreichen, allerdings nur ein Drittel der Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Die Bemühungen zur Armutsbekämpfung stagnieren, was wiederum bedeutet, dass nahezu 700 Millionen Menschen bis 2030 in extremer Armut gefangen bleiben dürften – die große Mehrheit davon in Ländern niedrigen und mittleren Einkommens.

Millionen Menschen wurden von der Pandemie in die extreme Armut gedrängt

In die extreme Armut gedrängte Menschen

- Subsahara-Afrika
- Südasien
- Lateinamerika und Karibik
- Nordafrika und Mittlerer Osten



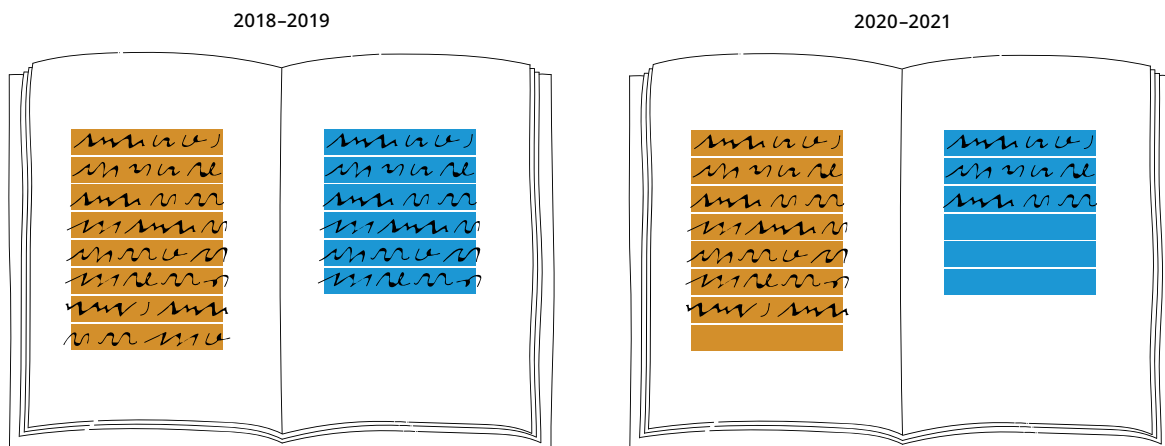
In dieser Grafik sind die Regionen nicht berücksichtigt, die eine Nettoerhöhung von insgesamt 2,6 Millionen Menschen in extremer Armut erreicht haben.

Wachsende Bildungskluft

Ähnliches können wir im Bildungsbereich beobachten. Bereits vor der Pandemie konnten 9 von 10 Kindern in einkommensschwachen Ländern nicht lesen oder einen einfachen Text verstehen, verglichen mit nur 1 von 10 Kindern in Ländern mit hohem Einkommen. Ersten Daten zufolge werden die Lernverluste in marginalisierten Gruppen am stärksten ausfallen. Doch auch in wohlhabenden Ländern vergrößert sich diese Kluft. In den dritten Klassen US-amerikanischer Grundschulen etwa fiel der Lernverlust unter Schwarzen Schülerinnen und Schülern und jenen mit lateinamerikanischem Hintergrund im Schnitt doppelt so hoch aus wie bei Weißen und Asian Americans. In Schulen mit einem hohen Anteil an Schülerinnen und Schülern aus ärmeren Haushalten war der Lernverlust in dieser Klassenstufe dreimal so hoch wie in Schulen mit niedrigem Armutsanteil.

Die Bildungsverluste unter amerikanischen Drittklässlern in Schulen mit hohem Armutsanteil waren dreimal so hoch wie in Schulen mit niedrigem Armutsanteil, was das bestehende Bildungsgefälle vergrößert hat

- Schulen mit niedrigem Armutsanteil
- Schulen mit hohem Armutsanteil

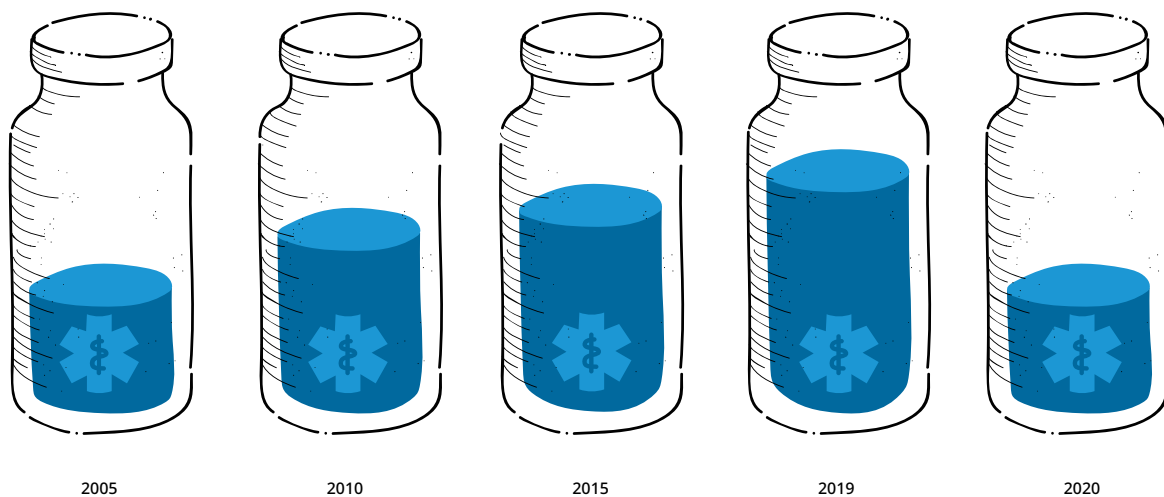


Mehr Kinder verpassen Impfungen

Unterdessen fielen bei den Kinderschutzimpfungen die weltweiten Quoten auf ein Niveau, das zuletzt 2005 erreicht wurde. Zwischen dem Ausbruch der Pandemie und der zweiten Jahreshälfte 2020, als sich die Gesundheitssysteme wieder zu erholen begannen, verpassten mehr als 30 Millionen Kinder weltweit ihre Impfungen – 10 Millionen Kinder mehr aufgrund der Pandemie. Es ist gut möglich, dass viele dieser Kinder die verpassten Dosen nie nachholen werden.

Hier aber haben uns die Daten eine Überraschung beschert: Vor einem Jahr zitierten wir die Schätzung des Institute for Health Metrics and Evaluation, derzufolge die Durchimpfungsrate im Jahr 2020 weltweit um 14 Prozentpunkte abfallen würde. 25 Jahre Fortschritt wären dahin gewesen. Doch aus neueren Daten geht hervor, dass der tatsächliche Rückgang der Durchimpfungsrate, so verheerend er auch war, nur halb so groß ausfiel.

Die weltweite Quote der Kinderschutzimpfungen 2020 fiel auf das Niveau von 2005



Menschen, die sich engagieren

Je mehr Daten wir uns ansahen, desto klarer wurde, dass dies kein Einzelfall war. Bei vielen zentralen Entwicklungsindikatoren gab es im vergangenen Jahr ein verstärktes Engagement, durch das einige Worst-Case-Szenarien abgewendet werden konnten.

Nehmen wir zum Beispiel Malaria, eine besonders ungleich verteilte Krankheit: 90% aller Fälle werden in Afrika diagnostiziert. Im letzten Jahr prognostizierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gravierende Ausfälle bei der Malaria-Prävention. Um zehn Jahre hätte der Fortschritt zurückgeworfen werden können und so zu 200.000 zusätzlichen Todesfällen an einer vermeidbaren Krankheit geführt, so die WHO. Die Prognose spornte viele Länder dazu an, Moskitonetze zu verteilen und dafür zu sorgen, dass Testmaterial und Malaria-Medikamente verfügbar blieben. Das Land Benin, wo Malaria die häufigste Todesursache ist, entwickelte sogar inmitten der Pandemie ein innovatives, digitalisiertes Verteilssystem für mit Insektiziden behandelte Moskitonetze, mit dem in nur 20 Tagen 7,6 Millionen Haushalte versorgt wurden.

Zweifelsohne wird es Jahre dauern, bis größere und bessere Datensätze zur Verfügung stehen, die uns ein umfassendes Verständnis davon vermitteln, wie die Pandemie die SDGs beeinflusst hat. Und diese Daten werden das reale Leid der Menschen, das die Pandemie überall verursacht hat, bei weitem nicht lindern. Es ist jedoch außergewöhnlich, dass es inmitten einer globalen Pandemie, wie sie nur einmal pro Generation vorkommt, positive Signale gibt. Allen Schwierigkeiten zum Trotz machten unzählige Menschen, Organisationen und Länder das Unmögliche möglich, schufen Innovationen, Anpassungsstrategien und widerstandsfähige Systeme. Dafür ist ihnen die Welt zu Dank verpflichtet.

Sie verdienen die Dankbarkeit der Weltgemeinschaft.



Oben
Cotonou, Benin

Was uns das sogenannte Impfstoffwunder zeigt



Die Entwicklung neuer Impfstoffe dauert in der Regel etwa 10 bis 15 Jahre. Somit ist die Entwicklung von mehreren qualitativ hochwertigen COVID-19-Impfstoffen in weniger als einem Jahr ein völliges Novum.

Vorhergehende Seite
Pekanbaru, Indonesien

Der Vergleich mit einem Wunder ist daher naheliegend. Fakt ist jedoch, dass die COVID-19-Impfstoffe das Ergebnis jahrzehntelanger gezielter Investitionen, politischer Entscheidungen und Partnerschaften sind, aus denen die Infrastruktur, das Talent und die geeigneten Rahmenbedingungen entstanden sind, die diese schnelle Reaktion möglich machten.

Wir schulden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern auf der ganzen Welt unseren Dank für deren jahrelange Grundlagenforschung. Eine Forscherin, Dr. Katalin Karikó aus Ungarn, widmete ihre gesamte Karriere der Erforschung von Boten-RNA, auch bekannt als mRNA. Jahrelang fanden ihre unkonventionellen Ideen weder breite Unterstützung noch Finanzierung. Viele glaubten nicht an die Idee, dass man basierend auf mRNA Impfstoffe und Therapeutika herstellen

könnte. Doch Dr. Karikó blieb beharrlich. Ihre Geschichte steht für all jene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, deren Entdeckungen – oft das Produkt jahrelanger Arbeit – die Entwicklung von zwei hocheffizienten mRNA-Impfstoffen in weniger als einem Jahr ermöglicht haben.

Es ist ein Geschenk, das auch weiterhin Fortschritt ermöglichen wird: Aktuell sind weitere auf mRNA basierende Impfstoff-Kandidaten in der Entwicklung, mit denen manche der weltweit tödlichsten Krankheiten wie Malaria oder Krebs endlich besiegt werden könnten.

mRNA-Impfstoffe sind bestimmt nicht die einzige Erfolgsgeschichte im Bereich Forschung und Entwicklung (F&E), die auf diesen Ansatz zurückgehen wird.

Das Langzeitversprechen der Genomsequenzierung

Inzwischen weiß die ganze Welt nur zu gut, dass SARS-CoV-2 – das Virus, das COVID-19 verursacht – mutiert ist und immer ansteckendere und tödlichere Varianten produziert, darunter die weltweit verbreitete Delta-Variante. Dank der Technik der Genomsequenzierung, mit der sich der einzigartige genetische Aufbau eines Virus bestimmen lässt, konnten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die neuen Varianten identifizieren und verfolgen.

Historisch gesehen wurde die Genomsequenzierung am häufigsten in den USA und Europa eingesetzt. Länder ohne Sequenzierungstechnologie schickten Virusproben zur genetischen Analyse etwa an Labore in New York und London, bekamen aber erst Monate später die Ergebnisse.

Doch in den vergangenen vier Jahren haben mehrere Organisationen den Aufbau eines Genomsequenzierungsnetzwerks zur Virusüberwachung in Afrika gefördert, damit man dort Viren wie Ebola und Gelbfieber sequenzieren kann. Die Seuchenschutzbehörde Africa CDC gründete die Africa Pathogen Genomics Initiative, und als die Pandemie ausbrach, fokussierte sich das neue Netzwerk auf SARS-CoV-2. Nur weil Südafrika stark in F&E investiert hatte – es wurden dort Kompetenzen im Bereich der Genomsequenzierung mit klinischen und immunologischen Studien gebündelt –, erfuhr die Welt von der ansteckenderen und tödlicheren Beta-Variante, die dort aufgetreten war. Die südafrikanische Wissenschaftlerin Dr. Penny Moore war eine der ersten, die entdeckte, dass eine in Südafrika identifizierte Coronavirus-Variante das Immunsystem überlisten konnte.

Diese Information ermöglichte es Gesundheitsbehörden weltweit, dementsprechend zu planen. Und Südafrika, das auch massiv in den Aufbau einer Infrastruktur für Tests und klinische Studien investiert hat, konnte seine Impfstoffstudien schnell anpassen. Man begann zu überprüfen, ob die COVID-19-Impfstoffe ausreichenden Schutz gegen die neue Variante bieten, die sich schon bald überall ausbreiten würde.

Es liegt auf der Hand, dass es in einer globalisierten Welt, in der Menschen und Güter sich ständig über Grenzen hinwegbewegen, nicht genügt, wenn nur wohlhabende Länder über die Ausrüstung und Ressourcen zur Sequenzierung von Viren verfügen. Eine Pandemie war jedoch nötig, um deutlich zu machen, dass man in Ländern niedrigen und mittleren Einkommens den Aufbau von Kapazitäten zur Sammlung und Analyse ihrer eigenen Daten fördern muss – denn dies kommt allen zugute.

Besonders spannend am afrikanischen Genomsequenzierungsnetzwerk zur Virusüberwachung ist, dass sich die Technologie auf jede Art von Erreger anwenden lässt. Wenn der Kontinent das Netzwerk weiter ausbauen kann, wird man die Nachverfolgung anderer hartnäckiger Krankheiten wie Grippe, Masern und Polio in Afrika bald eigenständig betreiben können.

Doch selbst in einer rekordverdächtigen Geschwindigkeit reichen wissenschaftliche Innovationen allein nicht aus. Die COVID-19-Impfstoffe sind eine wahrhaftige Meisterleistung der F&E, doch ihre Wirksamkeit ist dann am größten, wenn sie für alle zugänglich sind. Leichter gesagt als getan, wenn man an die Ungerechtigkeiten des vergangenen Jahres denkt.

Es liegt an den Menschen selbst – angefangen bei den politischen Leitungsebenen bis hin zu Graswurzelbewegungen und örtlichen Initiativen –, die Ungleichheiten zu beseitigen. Deren dynamischem Einsatz, der auf bereits getätigte Investitionen in Systeme, Gesellschaften und Menschen aufbauen konnte, ist es zu verdanken, dass in diesem Jahr einige der anfänglich prognostizierten Worst-Case-Szenarien vermieden werden konnten.

**Es genügt
nicht, wenn nur
wohlhabende
Länder über die
Ausrüstung und
Ressourcen zur
Sequenzierung
von Viren
verfügen.**

Engagement für Systeme

Während wir diesen Text schreiben, sind mehr als 80% aller COVID-19-Impfstoffe in Ländern mit hohem und gehobenem mittlerem Einkommen verabreicht worden.

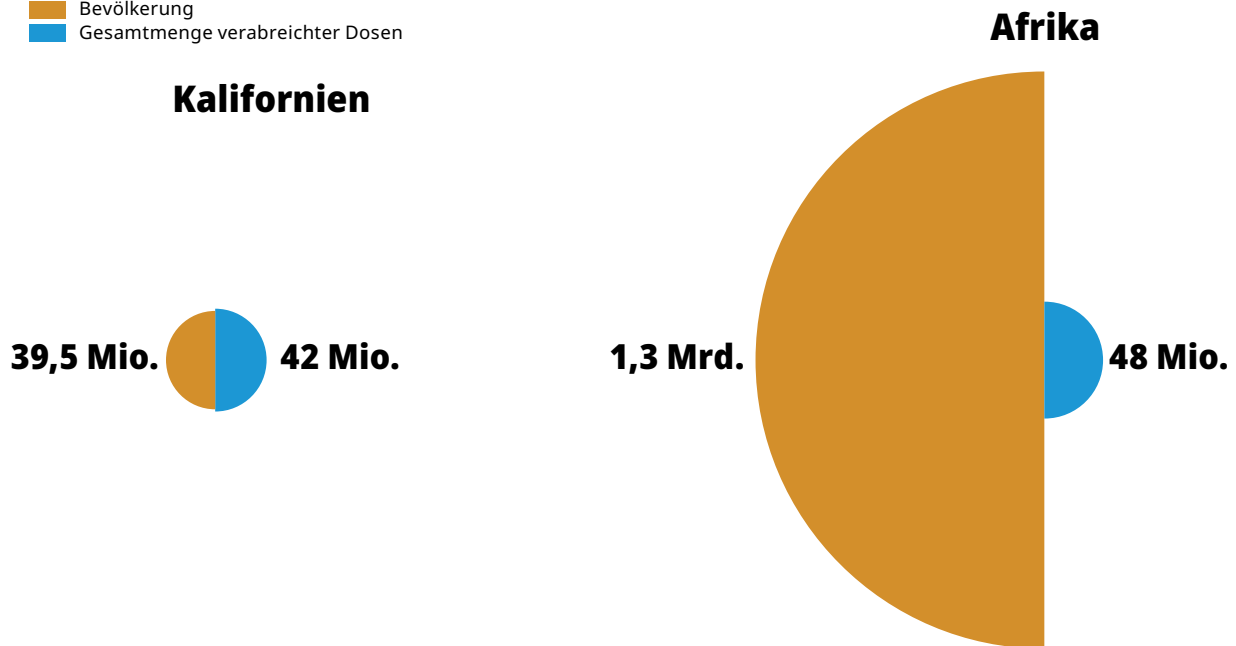
Manche Länder haben sich die zwei- oder dreifache Menge der Dosen gesichert, die sie an ihre Bevölkerung verteilen können für den Fall, dass gegen ansteckendere Varianten Booster-Impfungen gebraucht werden.

In Ländern mit niedrigem Einkommen wurden dagegen weniger als 1% der vorhandenen Dosen verabreicht. Eine solche Ungleichheit lässt sich moralisch nicht rechtfertigen – und könnte dazu führen, dass einkommensstarke Länder und Gesellschaften COVID-19 wie eine weitere Armutskrankheit behandeln: *Nicht unser Problem.*

So ungleich sind die COVID-19-Impfstoffe verteilt

Die Bevölkerungszahl des gesamten afrikanischen Kontinents ist über 30 Mal so groß wie die von Kalifornien. Doch wurde an diesen beiden Orten im ersten Halbjahr 2021 etwa dieselbe Anzahl Impfdosen verabreicht.

■ Bevölkerung
■ Gesamtmenge verabreichter Dosen



Die Infrastrukturen, mit denen schnell 15 Milliarden zusätzliche Impfstoffdosen produziert werden können, entstehen weder über Nacht noch in einem Jahr. Aber Indien ist ein Beispiel dafür, was eine langfristig aufgebaute Infrastruktur bewirken kann.

Seit seiner Unabhängigkeit vor mehreren Jahrzehnten investiert Indien in Infrastrukturen zur Herstellung von Gesundheitsgütern. Mit Investitionen in F&E sowie den Aufbau lokaler Strom-, Wasser- und Verkehrsinfrastrukturen half die indische Regierung der Stadt Pune (nahe Mumbai), sich zu einem wichtigen globalen Produktionszentrum zu entwickeln. Zusammen mit der WHO wurde ein Regulierungssystem für Impfstoffe entwickelt, das für die Einhaltung strengster internationaler Qualitäts-, Sicherheits- und Wirksamkeitsstandards sorgt. Es wurden zudem Partnerschaften mit Impfstoffherstellern in Pune, anderen Zentren wie Hyderabad und mit unserer Stiftung geschlossen, um Impfstoffe gegen tödliche Kinderkrankheiten wie Meningitis, Lungenentzündungen oder Durchfallerkrankungen zu entwickeln.

Die Verfügbarkeit von Produktionskapazitäten war natürlich nicht genug, um die COVID-19-Krise in Indien abzuwenden – sie ist nur ein Puzzleteil von vielen. Doch es ist eine beachtliche Leistung, dass heute mehr als 60% aller weltweit verkauften Impfstoffe in Indien produziert werden.

Wir haben außerdem festgestellt, dass Länder, in denen Regierungen verstärkt in Gesundheitsinfrastrukturen investieren, weitaus besser in der Lage sind, die Ausbreitung von COVID-19 proaktiv zu verfolgen und in vielen Fällen einzudämmen. Langfristige Investitionen in die Ausrottung des Polio-Wildvirus haben einkommensschwachen Ländern wie Nigeria und Pakistan dabei geholfen, eine der größten Belegschaften im modernen globalen Gesundheitswesen aufzubauen. Das finanzielle Engagement zur Ausrottung der Kinderlähmung ermöglichte außerdem eine Infrastruktur für die Reaktion auf Krankheitsausbrüche und die Verabreichung von Impfstoffen. Diese war während der Ebola- und COVID-19-Ausbrüche entscheidend.

Genau deshalb sind langfristige Investitionen in Gesundheitssysteme so ausschlaggebend: Sie sind die Grundlage für eine schnelle Krisenreaktion. Wir wussten zwar nicht, welcher spezifische Erreger diese beispiellose globale Pandemie auslösen würde, doch die notwendigen Instrumente zu ihrer Beendigung sind weitgehend dieselben wie bei Polio und Malaria oder anderen Infektionskrankheiten: flächendeckendes Testen und, wenn möglich, schnelle und wirksame Behandlung sowie lebensrettende Schutzimpfungen.

Engagement für Gemeinschaften

Zu einigen der wirksamsten Innovationen, die wir beobachtet haben, kam es auf der hyperlokalen Ebene, angestoßen von Führungspersönlichkeiten, die sich das Vertrauen ihrer Gemeinschaften lange und hart erarbeitet haben – etwas, das man nicht über Nacht oder inmitten einer Krise aufbauen kann.

Selbsthilfegruppen von Frauen sind in Indien und anderen Teilen Süd- und Südostasiens weit verbreitet. Seit Jahren fördern die indische Regierung und weltweite Partner diese kleinen Frauenverbände. Diese legen Gelder zusammen und

setzen sich für die Verbesserung von Gesundheit, Bildung und anderen Angeboten in ihren Dörfern ein.

Unten

Vaishali, Bihar, Indien

Als COVID-19 im indischen Bundesstaat Bihar auftrat, wo mehr als 100 Millionen Menschen leben, baute eine lokale Selbsthilfegruppe Vertrauen zu den umliegenden Anwohnerinnen und Anwohnern auf, indem sie Erkrankten Essen lieferte und sie zu Hause medizinisch versorgte. Als schließlich Impfstoffe bereitstanden, wurden die Frauen zu einer Informations- und Orientierungsquelle für die Anwohnerinnen und Anwohner, die hinsichtlich der Sicherheit der Impfstoffe Bedenken hatten. Die Regierung von Bihar ließ sich von dieser Initiative auf der hyperlokalen Ebene inspirieren und erklärte den 8. März – den Weltfrauentag – zum Tag der Impfung von Frauen im gesamten Bundesstaat. Nahezu 175.000 Frauen erhielten in derselben Woche ihre erste Impfdosis. Auf diesen Erfolg aufbauend repliziert die Regierung von Bihar nun das Programm und wird dabei von den Frauen der Selbsthilfegruppe unterstützt.



Im Senegal nimmt eine lokale Outreach-Initiative auch bei der Auslieferung anderer Impfstoffe eine maßgebliche Rolle ein.

Das Land steht für eine der Erfolgsgeschichten bei routinemäßigen Schutzimpfungen: Vor der Pandemie wurden dort ähnlich viele Kinder gegen DTP3 (Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten) geimpft wie in den USA und anderen einkommensstarken Ländern. Doch als COVID-19 ausbrach, ließen die Angst vor einer Ansteckung und Falschinformationen die Nachfrage nach diesen Impfstoffen drastisch einbrechen.

Social Distancing und Schulschließungen zwangen die Gesundheitskräfte in Senegal dazu, ihre Outreach-Strategien zu ändern. Sie wurden für die sichere Wiederaufnahme der Impfungen geschult, während örtliche Beamte ihre Outreach-Strategien auf die lokalen Bedürfnisse anpassen konnten. Das Gesundheitspersonal verwendet nun Impfdokumente, um festzustellen, welchen Kindern Impfungen fehlen, und verschickt Erinnerungs-SMS an ihre Familien. Diese werden auch besser eingebunden: Lokale Gesundheitskräfte gehen von Haus zu Haus, um zu impfen, und die wiedereröffneten Krankenhäuser bieten mehr örtliche und zeitliche Flexibilität bei der Planung von Nachholimpfungen.

In beiden Fällen entstanden die Lösungen für eine lokale Community in dieser selbst. Mit der Entwicklung von innovativen, speziell auf die örtliche Lage angepassten Strategien wurden diese Initiativen zu Vorreitern bei der Verlangsamung der Ausbreitung von COVID-19 und erhielten dafür Unterstützung von Stiftungen und Regierungspartnern. Community-Building auf diese Weise zu fördern, wird sich noch viele Jahre nach der Pandemie lohnen.

Engagement für Frauen und Mädchen



Wir stellen auch eine Veränderung in der Art und Weise fest, wie Regierungen Krisen bewältigen. Bei grundlegenden politischen Entscheidungen braucht es oft Jahre, sogar Jahrzehnte, bis sie greifen und Wirkung entfalten. Sobald sie jedoch beschlossen und umgesetzt sind, können sie weitreichende und langanhaltende Auswirkungen haben. In vielerlei Hinsicht ist eine effektive Politikgestaltung die Langzeitinvestition schlechthin.

Vorhergehende Seite
Kapstadt, Südafrika

Nehmen wir das wirtschaftliche Geschlechtergefälle während der Pandemie: Zwar sind die Verhältnisse von Land zu Land unterschiedlich, doch wurden sowohl in einkommensstarken als auch einkommensschwachen Ländern Frauen von der pandemiebedingten globalen Rezession stärker getroffen als Männer. Die Daten verweisen aber auch klar darauf, dass die Negativfolgen für Frauen in jenen Ländern geringer ausfallen, in denen bereits vor der Pandemie Maßnahmen der Geschlechterpolitik ergriffen wurden.

Daher finden wir es so ermutigend, dass Regierungen auf der ganzen Welt bei ihrer Planung und Entscheidungsfindung zur wirtschaftlichen Erholung die Frauen in den Mittelpunkt stellen.

Unten

Neu-Delhi, Indien

Pakistan weitete sein Programm Ehsaas Emergency Cash aus, um ärmere Haushalte mit Bargeld zu versorgen. Zwei Drittel der beabsichtigten Empfänger sind Frauen. Ehsaas stellte während der Pandemie fast 15 Millionen einkommensschwachen Haushalten (42% der Gesamtbevölkerung) finanzielle Nothilfe zur Verfügung. Die Langzeitwirkung ist beeindruckend: Mehr als 10 Millionen Frauen wurden so erstmals Teil des formalen Finanzsystems.

Argentinien brachte kürzlich zum ersten Mal eine Gender-Perspektive in seinen Haushaltsplan ein und lässt mehr als 15% der öffentlichen Ausgaben in Programme zur Geschlechtergleichstellung fließen. Unter der Leitung einer neu ernannten Direktorin für Wirtschaft, Gleichberechtigung und Gender im Wirtschaftsministerium wurden Maßnahmen zur Unterstützung von Frauen und Familien beschlossen, wie etwa die Einrichtung von 300 neuen öffentlichen Kinderbetreuungszentren in den ärmsten Gegenden des Landes.



Und in den USA richtet die Regierung des Bundesstaats Hawaii ihre Maßnahmen zur wirtschaftlichen Erholung an Frauen und Kindern, aber auch an der indigenen Bevölkerung, Einwanderern, non-binären Menschen, Transgender-Personen und in Armut lebenden Menschen aus. Dieses erste an Gender ausgerichtete Konjunkturprogramm in den USA beinhaltet bewährte Maßnahmen zur langfristigen wirtschaftlichen Stärkung von Frauen, etwa bezahlte Krankheitstage oder Urlaub aus familiären Gründen, Kinderbetreuungsmöglichkeiten für alle und eine Anhebung des Mindestlohns für alleinerziehende Mütter.

Mit Spannung erwarten wir die langfristigen Resultate dieser innovativen Ansätze zur wirtschaftlichen Stärkung von Frauen. Doch sogar in dieser frühen Phase handelt es sich um ermutigende neue Beispiele politischer Entscheidungsfindung. Ihre Wirkung ist nicht nur kurzfristig, sondern sie werden auch bei künftigen Krisen für mehr wirtschaftliche Stabilität sorgen.

Noch weiter, noch schneller



Wenn wir aus dem vergangenen Jahr eines gelernt haben, ist es Folgendes: Einer Krise nur zu begegnen, wenn sie akut ist, bedeutet, immer hinterherzuhinken. Um künftige „Wunder“ zu ermöglichen, müssen wir in Generationen, nicht in schnelllebigen Nachrichtenzyklen denken.

Vorhergehende Seite

Peking, China

Selten sind langfristige Investitionen aufregend, einfach umzusetzen oder politisch beliebt. Da, wo sie getätigt wurden, verhalfen sie inmitten einer Krise von historischem Ausmaß jedoch zu beachtlichen Erfolgen. Viele der bahnbrechenden Innovationen des vergangenen Jahres haben eines gemeinsam: Sie entspringen einem Korn, das Jahre – oder sogar Jahrzehnte – zuvor gesät wurde.

Noch nie war so klar, dass mehr Regierungen, multilaterale Organisationen und Stiftungen wie die unsere zukunftsgerichtet und in dem Bewusstsein investieren müssen, dass die Ergebnisse erst Jahre später sichtbar werden. Wir müssen stärker zusammenarbeiten, um talentierte Forschende zu unterstützen, die

weltweit auf der Suche nach neuen Instrumenten und Technologien sind, die uns als Lösungsbausteine für viele Herausforderungen dienen könnten. Und wir müssen die länder- und branchenübergreifende Zusammenarbeit für gemeinsame Ziele stärken.

Es genügt jedoch nicht, dass einkommensstarke Länder einfach weiterhin Geld und Ressourcen im eigenen Land investieren und darauf hoffen, dass ihre bahnbrechenden Innovationen es in den Rest der Welt schaffen. Wir müssen auch in F&E, Infrastrukturen und alle Arten von Innovationen investieren, die in der Nähe der Menschen sind, die davon am stärksten profitieren.

Neue Innovationsquellen

Wir haben festgestellt, dass der Zugang zu COVID-19-Impfstoffen und die Orte, an denen entsprechende F&E- und Produktionskapazitäten vorhanden sind, in einem engen Zusammenhang stehen. Lateinamerika, Asien und Afrika leiden aktuell besonders stark unter der Delta-Variante, da ein Großteil der Bevölkerung immer noch nicht geimpft ist. Insbesondere Afrika schafft es kaum, an die nötige Anzahl Impfdosen zu kommen. 17% der Weltbevölkerung leben dort, doch der Kontinent besitzt nur 1% der weltweiten Impfstoff-Produktionskapazitäten. Wenn die afrikanischen Staats- und Regierungschefs, unterstützt von anderen Geldgebern, in ein regionales Ökosystem zur Entwicklung und Herstellung von Impfstoffen investieren und dieses langfristig aufbauen, könnte dies die Wahrscheinlichkeit, dass Afrika bei einer nächsten Pandemie hintenansteht, um ein Vielfaches reduzieren.

Daher unterstützen wir die Vision der afrikanischen Seuchenschutzbehörde Africa CDC und der Afrikanischen Union, genau das bis 2040 zu erreichen. Nicht nur Afrika würde von einer besseren Gesundheitssicherheit und Pandemievorsorge profitieren. Der ganzen Welt würden neue Quellen für F&E und wissenschaftliche Innovation zugutekommen.

Afrika will mRNA-Produktionskapazitäten auf dem Kontinent aufbauen, und einige mRNA-Unternehmen sind bereits dabei, dieses Ziel in die Tat umzusetzen. Auf diese Weise wird Afrika nicht nur Schutzimpfungen gegen COVID-19 herstellen können, sondern möglicherweise auch gegen Malaria, Tuberkulose und HIV – Krankheiten, die unverhältnismäßig stark Menschen in prekären Lebenssituationen treffen.

Unten
Gurmia, Bihar, Indien



Unser Aufruf, lokale Systeme stärker zu fördern, ist Ausdruck unseres Glaubens in die Fähigkeit der Menschen weltweit, Innovationen hervorzubringen und knifflige Probleme zu lösen. Die nächste außergewöhnliche Idee oder lebensrettende Erfindung könnte jederzeit überall auf der Welt entstehen. Es liegt an uns, dafür zu sorgen, dass sie der ganzen Welt zugutekommt.

Wir könnten ebenso gut in einer Welt leben, in der Dr. Karikós revolutionäre Ideen über mRNA niemals die nötige finanzielle Förderung bekamen. Oder in einer Welt, in der Afrika nicht über eigene Genomsequenzierungskapazitäten verfügt – die Beta-Variante wäre in diesem Fall nicht schnell genug sequenziert worden.

Die Pandemie hat uns etwas sehr Wichtiges gelehrt: Die Reaktion auf eine Krise muss bereits Jahre vor ihrem Ausbruch beginnen. Und wenn wir uns einen besseren, schnelleren und gerechteren Ansatz zum Erreichen der globalen Ziele für nachhaltige Entwicklung bis 2030 wünschen, müssen wir beginnen, die Grundlage dafür zu schaffen. Jetzt.

**Die Reaktion auf eine Krise
muss bereits Jahre vor ihrem
Ausbruch beginnen.**

Der Aufruf zur Anpassung: Pioniere mit Wirkung

Nicht nur Länder, Gemeinschaften und Organisationen haben im Zuge von COVID-19 Innovationen geschaffen. Millionen Menschen weltweit haben bewiesen, dass wir allesamt etwas bewirken können.

Wir stellen Ihnen hier drei solcher Denkerinnen und Gestalter vor, die dazu beitragen, dass Ideen, Erfindungen und Babys das Leben geschenkt wird. Angespornt durch Leidenschaft, Wissen und den unaufhaltsamen Willen, Probleme zu lösen, sind sie Macherinnen und Macher, die sich von schwierigen Zeiten nicht entmutigen lassen. COVID-19 erschütterte die Welt, sie jedoch gewannen umso

mehr an Stärke. Mit neuer Kraft und Entschlossenheit änderten sie ganz einfach ihre Methoden und Tätigkeiten, verstanden die Pandemie als Aufruf, sich anzupassen und es besser zu machen. Diese Menschen hier vorzustellen, ist nur der erste Schritt. Denn auch in Zukunft werden wir immer wieder die Geschichten jener Menschen erzählen, die uns den Weg in eine bessere Welt bereiten.

Innovationsgeist für Impfstoffe – Strive Masiyiwa

Im Mai 2020, als persönliche Schutzausrüstung, Testmöglichkeiten und Beatmungsgeräte überall Mangelware waren, ließ sich Strive Masiyiwa, ein erfolgreicher Mobilfunk-Unternehmer aus Simbabwe, auf eine gigantische Herausforderung ein. In seiner neuen Funktion als einer der Sonderbeauftragten der Afrikanischen Union für die COVID-Bekämpfung setzte er sich dafür ein, so schnell wie möglich

dringend nötige medizinische Güter für die 1,3 Milliarden Einwohner des Kontinents zu beschaffen.

„Die weltweite Versorgungslage war knapp und es entstand ein regelrechter Kampf, bei dem Afrika ausgebootet wurde“, erklärte er damals. Er war regelmäßig mit sieben afrikanischen Staatsoberhäuptern in Kontakt, die zusammen mit der afrikanischen Seuchenschutzbehörde (CDC) die

gemeinsame COVID-19 Task Force des Kontinents bildeten. Die Aufgabe war für ihn eindeutig: „Es ist meine Aufgabe, ein zentrales Problem zu lösen: Wie bringe ich die dringend benötigten Hilfsgüter zu uns?“, erklärt er.

Mit der Lösung von Problemen hatte Strive Karriere gemacht. Im Jahr 1991 wurde der junge Unternehmer von einem multinationalen Konzern damit beauftragt, bei der Einführung

Rechts

Strive Masiyiwa, New York City,
New York



von Satellitentelefonen in Afrika mitzuhelfen. Sollte er es schaffen, 40 Millionen US-Dollar aufzutreiben, würde er eine 5-prozentige Unternehmensbeteiligung und einen Anteil an jedem auf dem Kontinent verkauften Telefon erhalten. Doch obwohl er sich zwei Jahre lang bemühte, gelang es ihm nicht. Entmutigt wandte sich Strive wieder seinem Bauunternehmen zu, bis sich die Gegebenheiten plötzlich änderten. Die Nutzung eines Mobilfunkstandards, des Global System for Mobile Communications (auch bekannt als GSM und 3G), war DIE Gelegenheit, um das Handy in Afrika zum Erfolg zu machen. „Plötzlich war alles, was ich gelernt hatte, eine wahre Goldmine – für mich als Unternehmer war das ein Sprung um 25 Jahre nach vorne!“, so Strive.

Wir spulen nun zu COVID-19 vor. Nur 28 Tage nach seiner Ernennung versammelte Strive ein technisches Team, das die African Medical Supplies Platform (AMSP) entwickelte

und startete. Auf diesem nutzerfreundlichen Online-Marktplatz bekommen Afrikas 55 Regierungen Zugang zu medizinischer Ausrüstung, können ihre Logistik vereinfachen und Kaufkraft konsolidieren, beispielsweise für LumiraDx-Testkits oder Medikamente wie Dexamethason. Strive und sein Team siedelten eine Produktion von Hightech-Beatmungsgeräten in Südafrika an und senkten so die Kosten um das Zehnfache. Später, als sich die Lieferungen der COVAX-Impfstoffe verzögerten, sorgte Strive über das African Vaccine Acquisition Task Team (AVATT) nicht nur eigenständig für den Abschluss von Lieferverträgen, sondern trug auch zur Einrichtung einer Impfstoffproduktion in Afrika bei. Die Weltbank und die Afrikanische Union schätzten, dass die afrikanischen Hersteller bis Januar 2022 an der Produktion von bis zu 400 Millionen Dosen für die lokale Verteilung beteiligt sein werden.

Als scharfer Kritiker von Staaten mit umfassenden Ressourcen, „die sich nach

vorne drängeln, um die Produktionsmittel für sich zu sichern“, lehnt Strive Impfnationalismus ab – eine Haltung, die auf vielerlei Weise seine Arbeit kennzeichnet. „Wir haben niemanden gebeten, uns etwas umsonst zu geben“, betont er. „Ein gerechter Zugang bedeutete, die Impfstoffe zu kaufen, als sie verfügbar wurden.“

Seinen Beruf stellte er während der Pandemie hinten an. Im vergangenen Jahr setzte sich Strive in erster Linie dafür ein, die ungerechte Impfstoffverteilung zwischen wohlhabenden und afrikanischen Staaten zu bekämpfen. Er wurde zu einem wichtigen Vordenker, Motor und Vertreter der afrikanischen COVID-19-Krisenabwehr. „Redet man über Philanthropie, geht es oft um Geld. Aber diese Krise ist außerordentlich und ihr Ausmaß enorm, ob man es in menschlichen oder wirtschaftlichen Kosten, oder mit Menschenleben beziffert. Da muss man einfach alles stehen und liegen lassen und handeln,“ erklärte er.

Innovationsgeist im Bereich Geburten – Efe Osaren

Efe war gerade im Krankenhaus eingetroffen, als plötzlich alles anders wurde. Nur ein paar Minuten zuvor, als New York City den Lockdown verkündete, war sie noch in der U-Bahn den Fall einer Patientin durchgegangen: eine ältere Frau, Bettruhe, wahrscheinlich ein frühzeitiger Kaiserschnitt, ein Baby, das vermutlich gleich auf die Neugeborenen-Intensivstation muss. Für Frauen, die zum ersten Mal und insbesondere nach einer Risikoschwangerschaft Mutter werden, kann die Geburt eine traumatische Erfahrung sein. Als

Geburtsbegleiterin ist es Efes Aufgabe, Frauen auf dieser Reise ins Ungewisse zu begleiten, und dafür zu sorgen, dass der Stress weder Mutter noch Kind schadet. Aber an diesem langersehnten Tag im März, an dem vieles nach Plan verlaufen sollte, versperrte ihr ein unsichtbarer Virus die Tür zum Kreißsaal.

Efe Osaren war 15, als sie voller Begeisterung mitverfolgte, wie ihre neugeborene Nichte gedehnt und mit Palmöl und warmen Tüchern massiert wurde. Es war ein traditionelles Yoruba-Baderitual, und ihre

Unten

Efe Osaren, El Paso, Texas



Mutter erklärte Efe, dass auch sie so gebadet worden war, um mit starken Knochen aufzuwachsen. Das Bade-ritual machte Efe nicht unbesiegbar, prägte sie jedoch. Die in Texas lebende nigerianisch-amerikanische Studentin wollte diese Tradition und dieses Wissen nutzen, um dafür zu sorgen, dass Babys gesund auf die Welt kommen – ganz besonders Babys von Women of Color.

In den USA ist die Sterblichkeit bei jungen Schwarzen Müttern höher als bei Weißen – unabhängig von Alter, Bildungsgrad, sozioökonomischem Status und davon, ob sie in der Stadt oder auf dem Land leben. Schwarze Mütter haben ein dreimal so hohes Risiko, bei der Geburt zu sterben wie Weiße. „Ich werde so wütend, wenn ich an meine Patientinnen denke“, so Efe. Daher ist sie auch Aktivistin für Geburtsgerechtigkeit. „In der Schwangerschaft muss man sich sicher fühlen. Wenn man sich nicht sicher und wohl fühlt, führt das zu Angst... und diese wiederum zu medizinischen Notfällen.“

Zurück ins New Yorker Krankenhaus: Dort wurde sie mit ihrer größten Angst konfrontiert – der Angst, nicht für ihre Patientin da sein zu können. Das es keine Zeit zu verlieren galt, gab sie deren Partner in der Eingangshalle einen Crash-Kurs. Sie erklärte, wie man der Mutter beim Atmen hilft, wie man sie mit Augenkontakt beruhigt, wie man auf Hüften und Rücken drückt, wie man ihr Zuversicht gibt, wie man dafür sorgt, dass, wenn sie in den OP gerollt wird, alles gut läuft.

Dieser Crash-Kurs wurde für Efe während der COVID-19-Pandemie zur Blaupause ihrer Tätigkeit. Sie gab virtuelle Geburtshilfekurse, verlieh ihren Patientinnen Stärke durch Wissen, und half ihnen sogar beim Auftreiben von Stativen und Bluetooth-Lautsprechern für ihre Telefone, damit sie während der Geburt per Video kommunizieren konnten.

Ihre gesamte berufliche Laufbahn hat Efe sich für Women of Color eingesetzt. Nun zeigt sie diesen, wie sie eine Geburt bewältigen können. Keine einfache Aufgabe, für die sie Bodyguard, Hausmeisterin, Therapeutin und Mediatorin zugleich sein musste. Aber sie weiß, dass ihre Arbeit wichtig ist.

Anmerkung: Den Forschungsergebnissen zufolge können bestimmte Techniken die Geburtserfahrung für Mütter de facto verbessern, aber weitere Forschungsarbeiten und finanzielle Förderung sind notwendig, um zu bestimmen, wie man die Ungleichheit zwischen Weißen Frauen und Women of Color in Bezug auf ihre Geburts- und Mutterschaftserfahrungen verringern kann. Programme zur besseren Geburtshilfe, die auf den aktuell bewährten Techniken basieren, sollten ausgeweitet und standardisiert werden.

Innovationsgeist für persönliche Schutzausrüstung – Kuldeep Aryal

Am 25. April 2015 war Kuldeep Aryal in seinem Zimmer und lernte gerade für sein Bauingenieursexamen, als ein gewaltiges Erdbeben Nepal erschütterte. Nachdem er endlos erscheinende Minuten unter den tragenden Balken seines Hauses gewartet und mit Gebeten um sein Leben gefleht hatte, ging er nach draußen und sah, dass das Haus seines Nachbarn völlig zerstört war. Es war eines der 700.000 Häuser, die bei dem Erdbeben eingestürzt waren.

Als er begann, unter den Ziegeln und Fliesen zu graben, spürte er plötzlich eine Frage in sich: „Wie sehr möchte ich, dass mein Handeln in der Welt etwas bewirkt?“ – Der humanitäre Helfer war geboren. „Ich habe nie mehr zurückgeblickt.“ Damals war ihm noch nicht bewusst, wie sehr die Mithilfe am nepalesischen Krisen- und Wiederaufbauprogramm sein weiteres Handeln prägen würde.

Unten

Kuldeep Aryal, Cox's Bazar, Bangladesch



Als COVID-19 in Südasien ausbrach, lebte Kuldeep in Dhaka. Wie alle anderen Länder weltweit kämpfte auch Bangladesch mit der Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung, der Einrichtung einer funktionierenden Kontaktnachverfolgung und damit, was es bedeutet, auf unbestimmte Zeit zu Hause festzusitzen. Hoffnung, so stellte sich heraus, war jedoch zur Genüge vorhanden. „Für mich war die Krise ein Schlüsselmoment. Ich nahm an Chat-Gruppen teil, wo wir uns über die Verfügbarkeit von medizinischen Gütern austauschten. Und wir fingen an, darüber nachzudenken, wie wir Dinge selbst produzieren könnten“, so Kuldeep. Er wandte sich an Universitäten, die über 3D-Drucker verfügten. Er mobilisierte Ressourcen. Und in nur ein paar Wochen begann er, Gesichtsvisiere für seine Community herzustellen.

„Zuerst verlief alles schleppend. Nur 40 bis 50 Stück konnten wir pro Tag produzieren. Die Universität erlaubte

nicht, dass wir im Labor einfach so ein und ausgingen. Deshalb schliefen manche von uns dort und andere versuchten, das Rohmaterial zu beschaffen“, erzählte er, und fügte hinzu, dass sie unaufhörlich arbeiteten. Während die Drucker langsam die Gesichtsvisiere produzierten, stellten er und seine Mitstreiter Handdesinfektionsmittel mit allen möglichen verfügbaren Chemikalien her. „Wir nahmen, was wir kriegen konnten, denn aufgrund der Krise waren alle Ressourcen knapp“, erklärte er. „Wir versuchten, mit dem, was wir hatten, so schnell wie möglich das Bestmögliche zu produzieren.“

Monatelang stellte Kuldeep Schutzbrillen, Stationen zum Händewaschen und Sauerstoffkonzentratoren her – komplexe Geräte, die heute in Krankenhäusern Leben retten. Seine Devise ist simpel: Open Source-Material für die Entwicklung, lokales Vorgehen für den eigenen Markt, und dann die Produktion

ausweiten. „Am schwierigsten war nicht, etwas zu erfinden, sondern die Produktion und Lieferkette aufzubauen,“ erklärte er sachlich und ohne Umschweife. Zuerst kommt die Erfindung. Dann die Anpassung an die lokalen Märkte. Und die Einführung bzw. Umsetzung im großen Stil ist das Non-Plus-Ultra. „Diese innovativen Initialzündungen wollen wir entwickeln und ausbauen, damit unsere Innovationen zum Standard werden“, erklärte er. „Damit alle davon profitieren.“

Kuldeep lehnt den Gedanken ab, dass Katastrophen uns alle unweigerlich zum Opfer machen. Stattdessen betont er, dass die weltweit am stärksten geforderten Menschen meist jene mit der größten Resilienz sind. „Menschen, die die Ungerechtigkeit am eigenen Leib erfahren, müssen großes Leid tragen. Aber gelitten haben wir immer schon, das ist nichts Neues. COVID ist nur eine weitere Herausforderung,“ versichert er, und geht seinen Weg entschlossen weiter.

Daten im Blickpunkt

Jedes Jahr veröffentlichen wir im Goalkeepers-Bericht die aktuellsten Daten zu den 18 globalen Indikatoren, die am engsten mit der Arbeit unserer Stiftung verbunden sind.

Die Daten interaktiv erkunden

Besuchen Sie unsere Website, um eine interaktive Version dieser Grafik anzusehen und einen Blick auf die Rohdaten zu werfen – beides auf Englisch.

<https://gates.ly/GK21Data>

Diese Indikatoren liefern eine Art Fahrplan zur Messung der Fortschritte im Hinblick auf die Globalen Ziele. Im Zuge der Pandemie gab es einige deutliche Rückschläge, jedoch auch einige

beeindruckende Lichtblicke. Um auf Kurs zu bleiben, müssen wir immerzu daran denken, dass Fortschritt möglich ist, aber nicht zwangsläufig geschieht.

Ein malariafreies China, das die Initiative ergreift

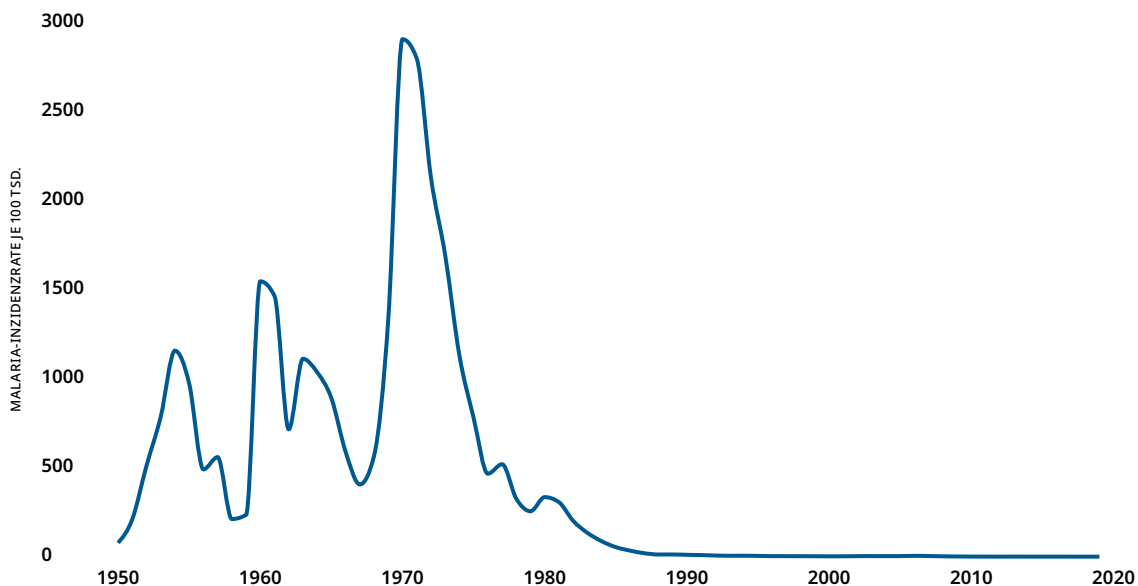
Im Juni dieses Jahres feierte China einen beachtlichen Erfolg: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erklärte die Volksrepublik China für malariafrei. In nur sieben Jahrzehnten schaffte es China von 30 Millionen Fällen pro Jahr auf null. Diese Zertifizierung der Malariaausrottung in einem Land, in dem mehr als eine Milliarde Menschen leben, ist ein Verdienst von Innovationskraft, Beharrlichkeit und Zusammenarbeit.

Um diesen Meilenstein zu erreichen, investierte China langfristig in Forschung und Entwicklung, darunter in eine mutige und entschlossene Forschergruppe unter der Leitung von Professor Tu Youyou. Die Nobelpreisträgerin entdeckte 1972 mit ihrem Team einen Wirkstoff zur Behandlung von Malaria namens Artemisinin. Der Wirkstoff wurde aus dem Extrakt einer in der traditionellen chinesischen Medizin gebräuchlichen Heilpflanze entwickelt. Die bahnbrechende Innovation von Professor Tu löste eine Welle wissenschaftlicher



Oben
Tu Youyou in Peking, China

Von 30 Millionen auf Null: Chinas 70 Jahre lange Reise zur Ausrottung von Malaria



Entdeckungen zur Behandlung und Heilung von Malaria aus – nicht nur in China, sondern auf der ganzen Welt. Heute sind Artemisinin-basierte Kombinationstherapien (ACTs) gemäß der Empfehlung der WHO die weltweite Standardbehandlung von Malaria.

ACTs sind jedoch nur ein Aspekt dieser beachtlichen Erfolge Chinas. Viele weitere Faktoren kommen hinzu, darunter etwa der Fokus auf maßgeschneiderte Ansätze auf lokaler Ebene, ein verbessertes System zur Seuchenüberwachung und Krisenreaktion, sowie regionale und internationale Kooperationen. Darüber hinaus ist China durch sein globales Engagement noch einen Schritt weiter gegangen: Zwar ist Afrika mit mehr als 90% der weltweiten Fälle und Todesfälle am stärksten von Malaria betroffen, doch hat China es sich zur Mission gemacht, bei der Ausrottung zu helfen. Um diese auch in anderen Ländern zu erreichen, arbeiten chinesische Forscherinnen und Forscher und Gesundheitskräfte zusammen mit vielen internationalen Partnern an mehreren Faktoren, die für den Erfolg ausschlaggebend sein werden. Dazu gehören der Austausch und die Verbesserung von bewährten Erfahrungen, die Bereitstellung von Malariamedikamenten und -produkten, die Unterstützung der Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC) beim Aufbau stabiler öffentlicher Gesundheitssysteme auf dem Kontinent sowie die Mobilisierung von Geldern zur Beschaffung von Rohmaterial und technischer Unterstützung.

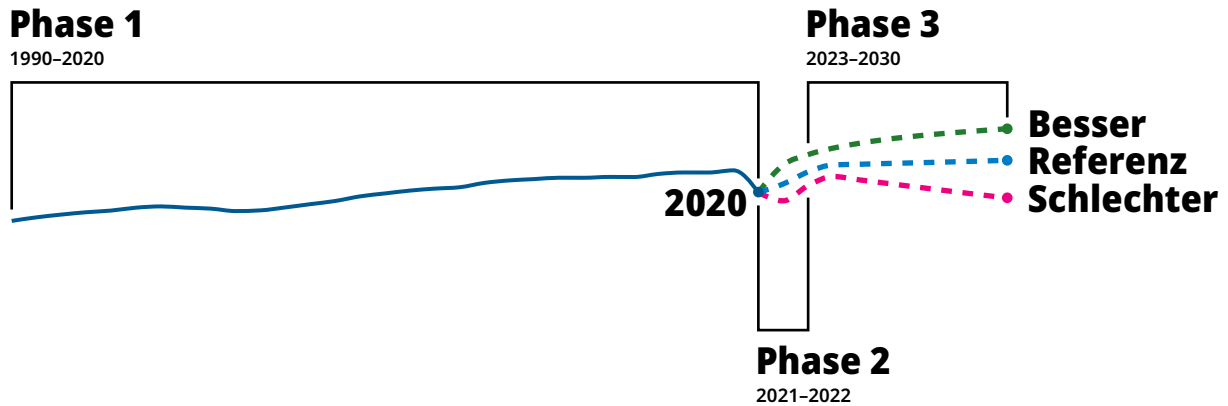
Methodik

Methodik

Eine vollständige Beschreibung der Vorgehensweise des IHME finden Sie in englischer Sprache auf unserer Data Sources Website. <https://gates.ly/GK21DataSources>

Unser wichtigster Partner für Daten, das Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), hat mit vielen Partnern an neuen Methoden gearbeitet, um aktuelle Schätzungen zu den Auswirkungen der Pandemie auf die weltweiten Fortschritte bei den SDGs zu erstellen.

Diese Grafik gibt einen Überblick über das dreiteilige Verfahren des IHME und die dabei verwendeten Daten und Methoden.



Phase 1, 1990-2020

Hierbei handelt es sich um historische Daten aus tausenden von Quellen auf der ganzen Welt, die durch veröffentlichte und von internationalen Forscherinnen und Forschern im Bereich der Globalen Gesundheit überprüfte Daten gestützt werden.

Phase 2, 2021-2022

Das ist die Phase, in der die Pandemie hereinbrach und die aufgrund der Unsicherheit und Unmittelbarkeit der Datenlage am schwierigsten zu bewerten ist. Wir nutzen hier aktuelle Daten aus Umfragen, Mobilitätsdaten von Bevölkerungen, Verwaltungsdaten von Regierungen und der WHO, und COVID-19-Falldaten, um zu ermitteln, wie sich die pandemiebedingten Unterbrechungen auf die Fortschritte bei den Globalen Zielen von 2020 bis 2022 auswirken.

Phase 3, 2023-2030

Das ist unser Versuch, die Zukunft vorherzusagen, indem wir vergangene Entwicklungen als Orientierung verwenden. Wir haben untersucht, wie sich Wirtschaftswachstum und der wirtschaftliche Fortschritt in der Vergangenheit auf diese Indikatoren ausgewirkt haben, um dann Prognosen zu künftigen Trends zu erstellen. Erzielen alle Länder so schnell Fortschritte wie die Top-Performer der Vergangenheit (beste 15%), bleiben die Indikatoren im grünen Bereich. Bewegen sich die Wirtschaftstrends aber im Bereich der leistungsschwächeren Länder, landen die Indikatoren im roten Bereich.

Armut



SDG-Ziel 1.1

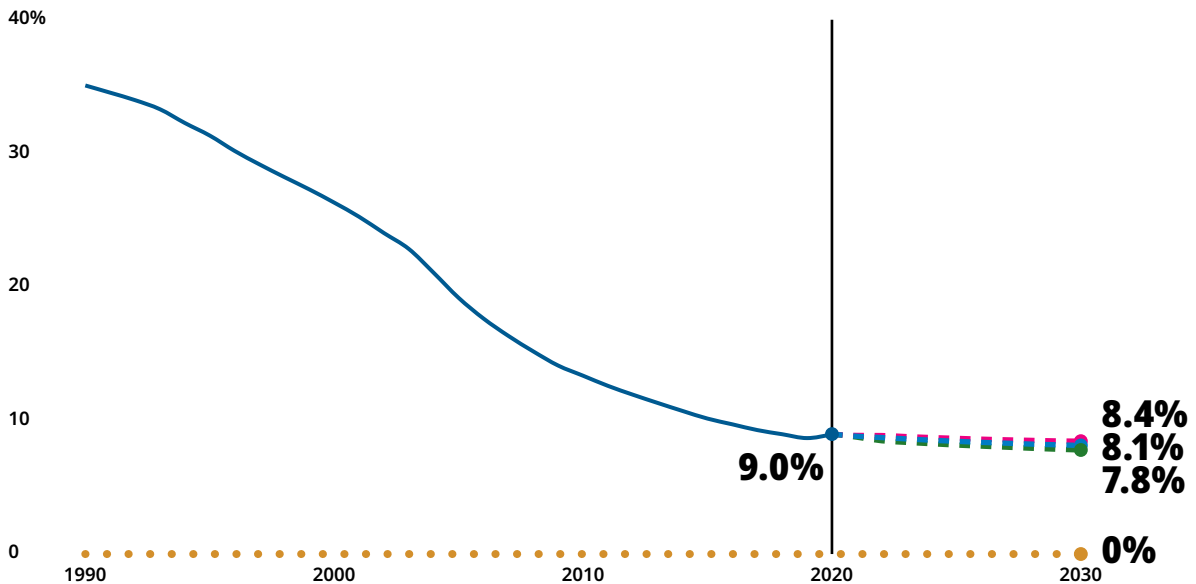
Extreme Armut für alle Menschen überall auf der Welt beseitigen.

Die Pandemie und die daraus resultierende Wirtschaftskrise haben die Fortschritte im Bereich Armutsbekämpfung um vier Jahre zurückgeworfen. An Orten, die nach wie vor von extremer Armut, Epidemien,

wirtschaftlichen Schwierigkeiten und demographischen Herausforderungen betroffen sind, erwarten wir, dass die Armutsbekämpfung in den kommenden Jahren in etwa auf dem aktuellen Niveau stagnieren wird.

Prozentanteil der Bevölkerung, der unterhalb der internationalen Armutsgrenze lebt (1,90 US-Dollar/Tag)

- Ziel für 2030
- Weltweiter Durchschnitt
- Besseres Szenario
- Referenz-Szenario
- Schlechteres Szenario



Wachstumshemmung



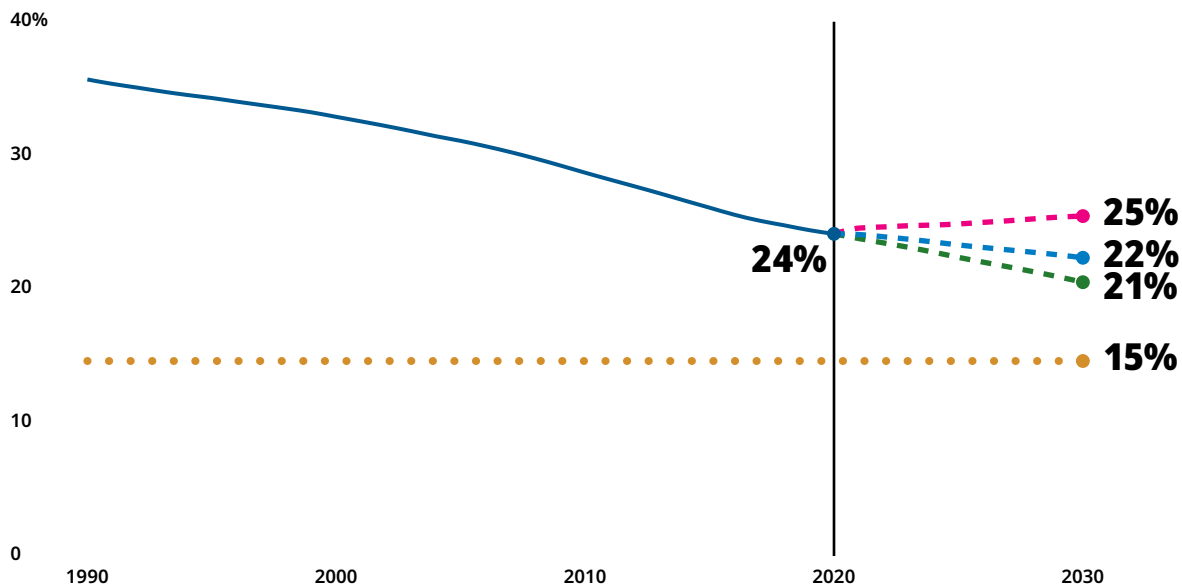
SDG-Ziel 2.2

Alle Formen der Fehlernährung beenden, einschließlich durch Erreichung der international vereinbarten Zielvorgaben in Bezug auf Wachstumshemmung und Auszehrung bei Kindern unter 5 Jahren bis 2025. Das im Diagramm gezeigte Ziel ist vorläufig und wurde aus dem bestehenden Ziel für 2025 abgeleitet.

Den weltweiten Daten zufolge litten im Jahr 2020 24% der Kinder unter 5 Jahren an Wachstumshemmung. Laut Prognosen wird sich diese Rate im Jahr 2030 auf 22% belaufen.

Prävalenz von Wachstumshemmung bei Kindern unter 5 Jahren

- Ziel für 2030
- Weltweiter Durchschnitt
- - - Besseres Szenario
- - - Referenz-Szenario
- - - Schlechteres Szenario



Landwirtschaft



SDG-Ziel 2.3

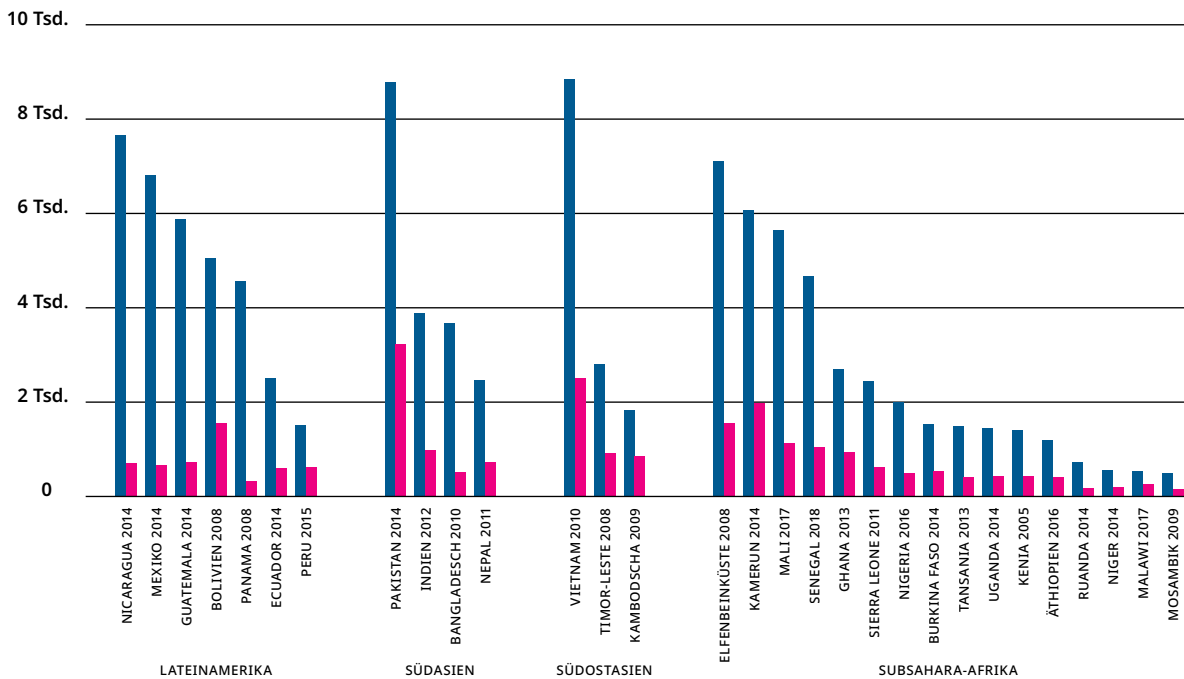
Die landwirtschaftliche Produktivität und die Einkommen von Kleinerzeugern verdoppeln, insbesondere jene von Frauen, Angehörigen indigener Völker, landwirtschaftlichen Familienbetrieben, Weidetierhalterinnen und -haltern sowie Fischerinnen und Fischern.

Die Anzahl der Menschen, die Hunger leiden, ist dieses Jahr aufgrund von Konflikten, Extremwetterereignissen und des pandemiebedingten Konjunkturabschwungs gestiegen. Kleinbauern werden bei der Saatgutbeschaffung und aufgrund stark gefallener Einkommen vor große

Herausforderungen gestellt. Die Pandemie hat deutlich gemacht, dass Märkte und Entscheidungsträgerinnen und -träger unbedingt Informationen brauchen, um Hunger und Armut effektiv bekämpfen und Maßnahmen gegen die Folgen des Klimawandels ergreifen zu können.

Durchschnittliches Jahreseinkommen aus der Landwirtschaft, KKP (in konstanten internationalen \$ 2011)

■ Nicht-Kleinerzeuger
■ Kleinerzeuger



Müttersterblichkeit



SDG-Ziel 3.1

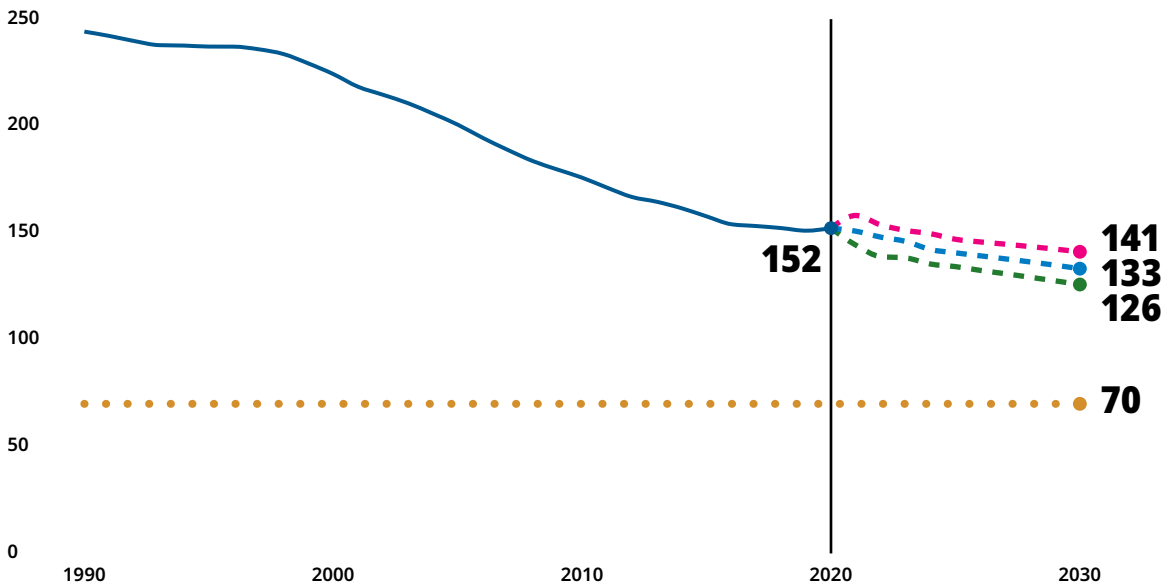
Die weltweite Müttersterblichkeit auf unter 70 je 100.000 Lebendgeburten senken.

COVID-19 und dessen Folgen belasten die Gesundheit von Frauen und Neugeborenen, da es bei der pränatalen Versorgung der Mütter sowie bei der Geburtshilfe nach wie vor zu Störungen kommt. 2020 belief sich die weltweite Müttersterblichkeit auf 152 Todesfälle je 100.000

Lebendgeburten, im Jahr 2019 waren es 151. Prognosen gehen für 2030 von 133 Todesfällen je 100.000 Lebendgeburten aus – fast doppelt so viele wie im SDG-Ziel festgeschrieben.

Müttersterblichkeit je 100.000 Lebendgeburten

- Ziel für 2030
- Weltweiter Durchschnitt
- - - Besseres Szenario
- - - Referenz-Szenario
- - - Schlechteres Szenario



Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren



SDG-Ziel 3.2

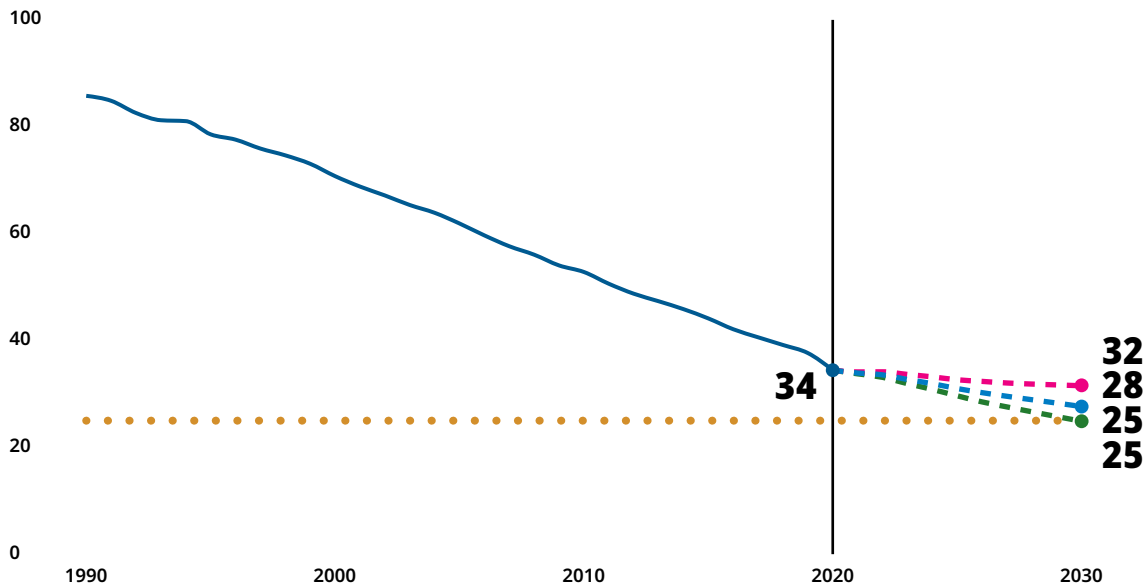
Vermeidbaren Todesfällen bei Neugeborenen und Kindern unter 5 Jahren ein Ende setzen, mit dem von allen Ländern zu verfolgenden Ziel, die Sterblichkeit bei Kindern unter 5 Jahren mindestens auf 25 je 1.000 Lebendgeburten zu senken.

Die Sterblichkeit bei Kindern unter 5 Jahren ist so niedrig wie nie zuvor, doch die COVID-19-Pandemie hat zu Störungen der Gesundheitsversorgung geführt, die jahrzehntelang hart erkämpfte Fortschritte zu zerstören drohen. Wollen wir vermeidbaren Todesfällen bei Kindern

ein Ende setzen, müssen wir den Zugang zu Kinderimpfungen, postnataler Betreuung, einer angemessenen Ernährung und anderen grundlegenden lebensrettenden Maßnahmen verbessern.

Todesfälle bei Kindern unter 5 Jahren je 1.000 Lebendgeburten

- Ziel für 2030
- Weltweiter Durchschnitt
- - - Besseres Szenario
- - - Referenz-Szenario
- - - Schlechteres Szenario



Sterblichkeit von Neugeborenen



SDG-Ziel 3.2

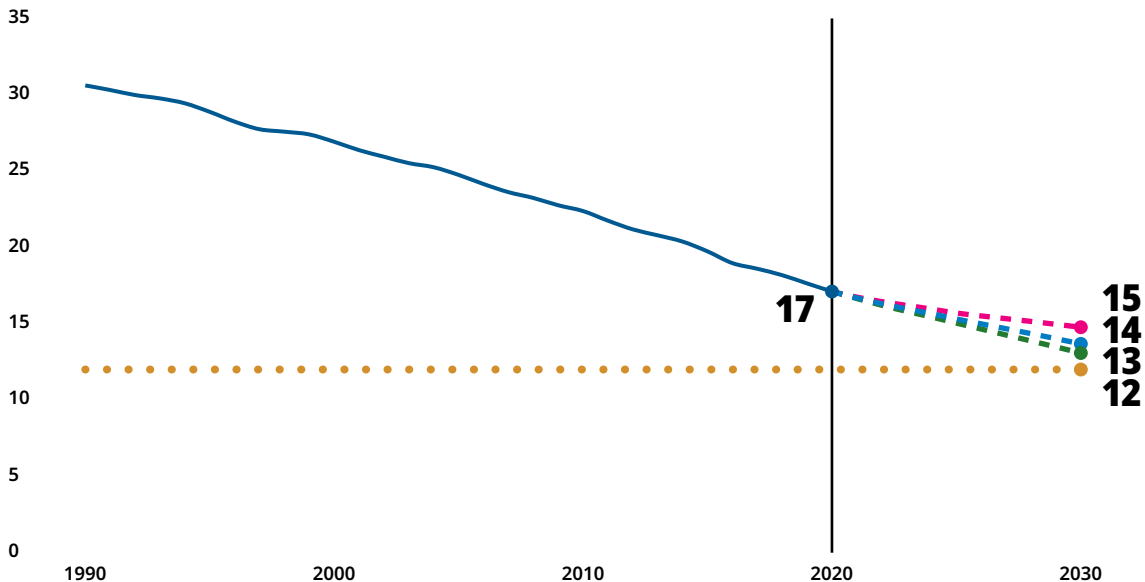
Vermeidbaren Todesfällen bei Neugeborenen und Kindern unter 5 Jahren ein Ende setzen, mit dem von allen Ländern zu verfolgenden Ziel, die Sterblichkeit bei Neugeborenen mindestens auf 12 je 1.000 Lebendgeburten zu senken.

Insbesondere Neugeborene sind betroffen, wenn Gesundheitssysteme von Krisen gebeutelt werden und es dabei zu Ausfällen bei der prä- und postnatalen Versorgung kommt. Den weltweiten Daten zufolge lag die Sterblichkeit von Neugeborenen im vergangenen Jahr

bei 17,1 Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten und damit etwa im Bereich der Schätzung für 2019 (17,6 Todesfälle je 1.000 Lebendgeburten). Setzt sich diese Entwicklung fort, wäre das SDG-Ziel 2030 mit 13,7 Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten verfehlt.

Sterblichkeit bei Neugeborenen je 1.000 Lebendgeburten

- Ziel für 2030
- Weltweiter Durchschnitt
- Besseres Szenario
- Referenz-Szenario
- Schlechteres Szenario



HIV



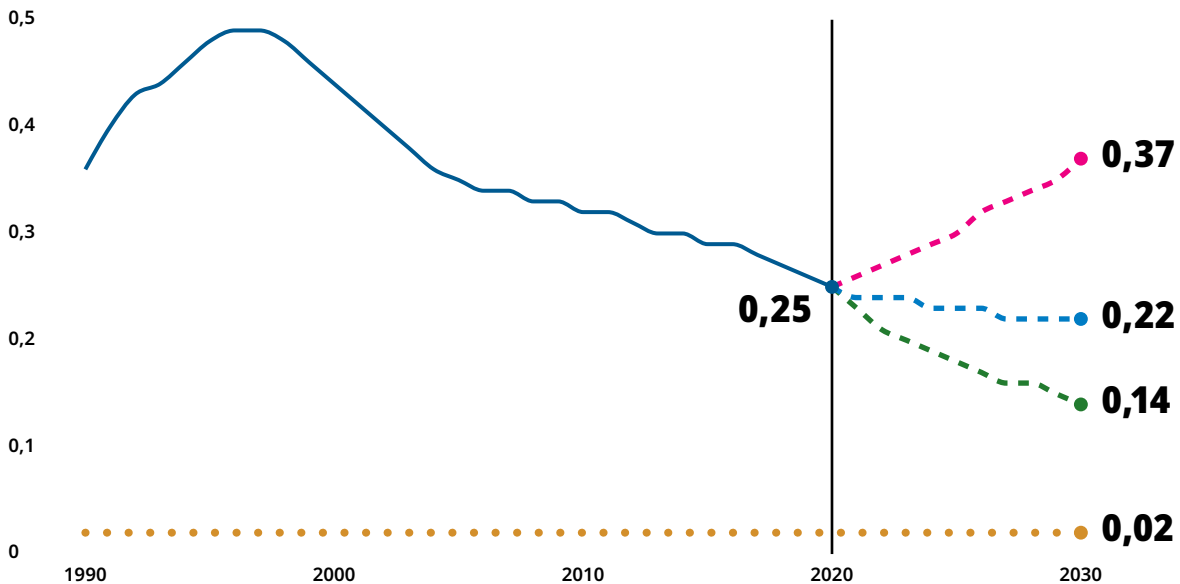
SDG-Ziel 3.3

Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und die vernachlässigten Tropenkrankheiten beseitigen.

Wollen wir nachhaltige Fortschritte im Kampf gegen HIV/AIDS erzielen, müssen wir auch weiterhin den Zugang zu wirksamen Behandlungen sichern und lebensrettende Präventivmaßnahmen ausweiten.

Neue HIV-Fälle je 1.000 Personen

- Ziel für 2030
- Weltweiter Durchschnitt
- - - Besseres Szenario
- - - Referenz-Szenario
- - - Schlechteres Szenario



Tuberkulose



SDG-Ziel 3.3

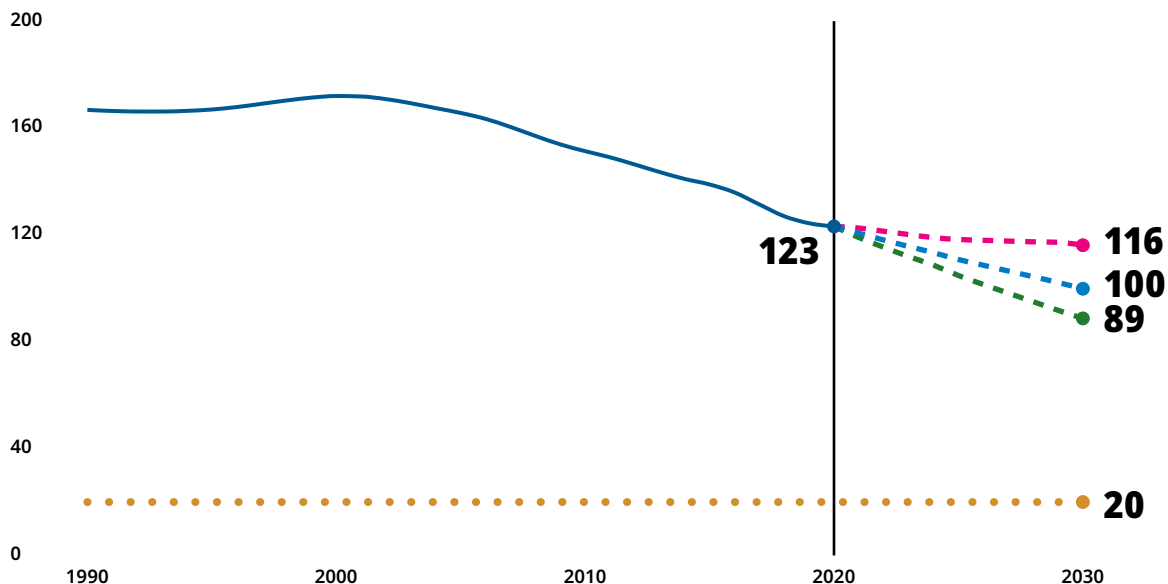
Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und die vernachlässigten Tropenkrankheiten beseitigen.

Aktuellen Daten zufolge sind wir nicht auf Kurs, die Tuberkulose bis 2030 auszurotten. Um signifikante Fortschritte zu erzielen, brauchen mehr Menschen Zugang zu wirksamen Behandlungsmöglichkeiten.

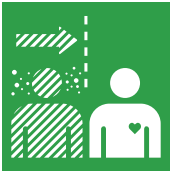
Außerdem müssen Neuinfektionen, die während der Pandemie womöglich übersehen wurden, diagnostiziert werden.

Neue Tuberkulose-Fälle je 100.000 Personen

- Ziel für 2030
- Weltweiter Durchschnitt
- - - Besseres Szenario
- - - Referenz-Szenario
- - - Schlechteres Szenario



Malaria



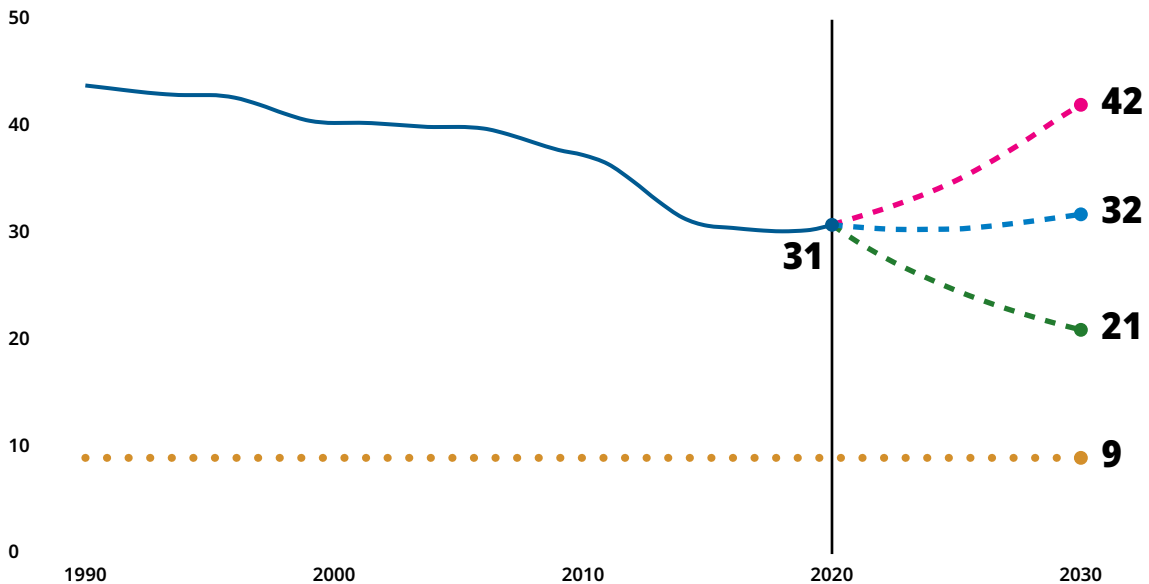
SDG-Ziel 3.3

Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und die vernachlässigten Tropenkrankheiten beseitigen.

Den weltweiten Daten für 2020 zufolge gab es auf 1.000 Personen 31 neue Malariafälle, für 2030 könnten es den Prognosen nach 32 neue Fälle pro 1.000 Personen werden.

Neue Malaria-Fälle je 1.000 Personen

- Ziel für 2030
- Weltweiter Durchschnitt
- - - Besseres Szenario
- - - Referenz-Szenario
- - - Schlechteres Szenario



Vernachlässigte Tropenkrankheiten



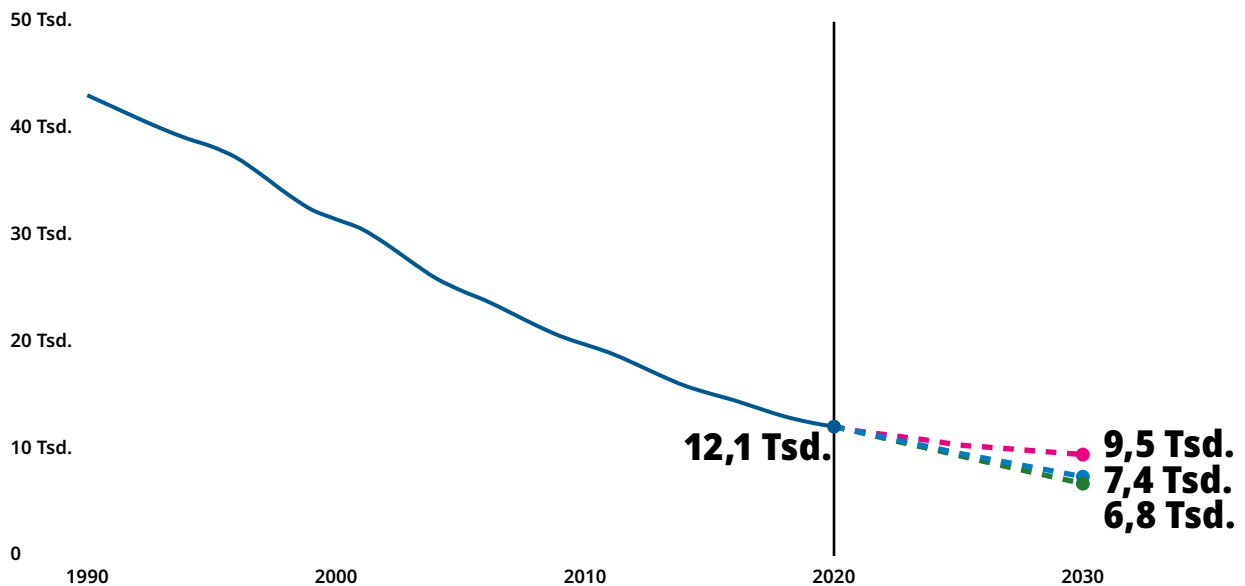
SDG-Ziel 3.3

Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und die vernachlässigten Tropenkrankheiten beseitigen.

Den weltweiten Daten zufolge gab es 2020 12.114 Fälle von 15 vernachlässigten Tropenkrankheiten (NTDs) je 100.000 Personen – die Projektion für 2030 geht noch von 7.417 Fällen je 100.000 Personen aus.

Prävalenz von 15 NTDs je 100.000 Personen

- Weltweiter Durchschnitt
- Besseres Szenario
- - Referenz-Szenario
- - Schlechteres Szenario



Familienplanung



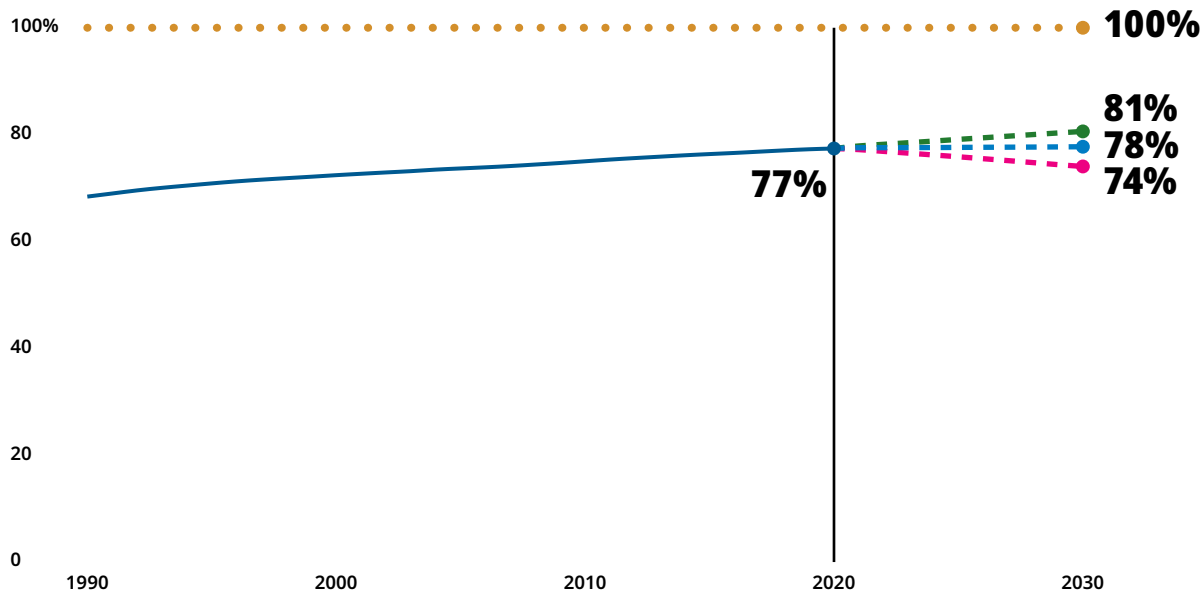
SDG-Ziel 3.7

Den allgemeinen Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung gewährleisten, einschließlich der Möglichkeiten der Familienplanung.

Den weltweiten Daten zufolge konnten 77% der Frauen zwischen 15 und 49 im Jahr 2020 mit modernen Methoden Familienplanung betreiben. Für 2030 wird ein Anteil von 78% prognostiziert.

Prozentanteil der Frauen im gebärfähigen Alter (15-49), die mit modernen Methoden Familienplanung betreiben

- Ziel für 2030
- Weltweiter Durchschnitt
- - - Besseres Szenario
- - - Referenz-Szenario
- - - Schlechteres Szenario



Allgemeine Gesundheitsversorgung



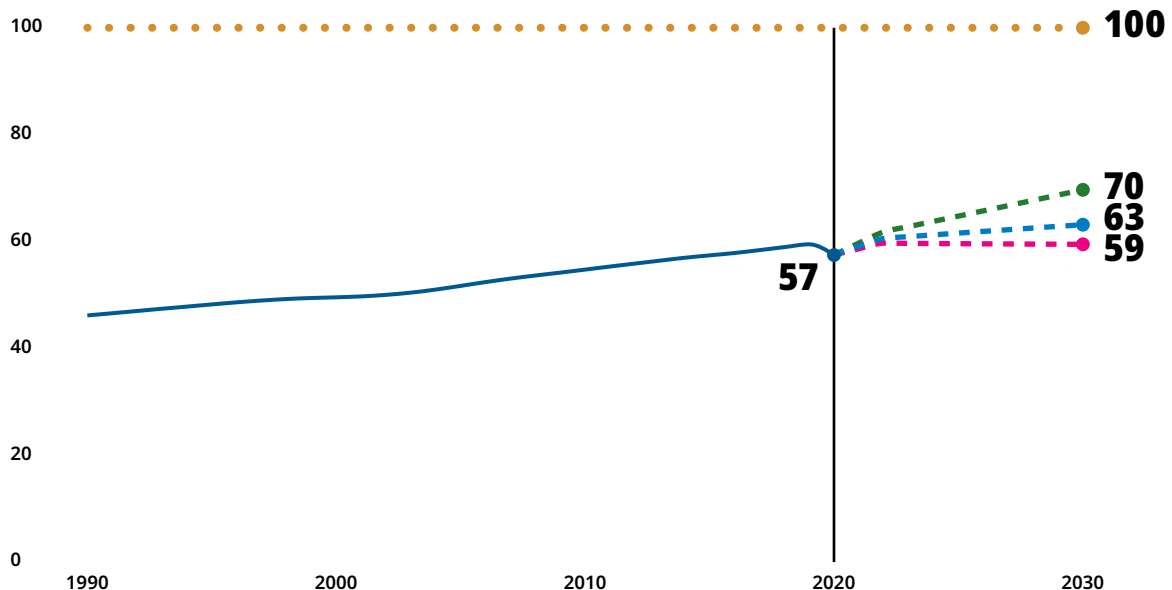
SDG-Ziel 3.8

Die allgemeine Gesundheitsversorgung für alle sicherstellen.

Den weltweiten Daten zufolge liegt der Indikator für die Abdeckung mit grundlegenden Gesundheitsleistungen bei 57 – für 2030 wird ein Wert von 63 prognostiziert.

Leistungsbewertung des Index der tatsächlichen Abdeckung mit allgemeiner Gesundheitsversorgung

- Ziel für 2030
- Weltweiter Durchschnitt
- - - Besseres Szenario
- - - Referenz-Szenario
- - - Schlechteres Szenario



Rauchen



SDG-Ziel 3.A

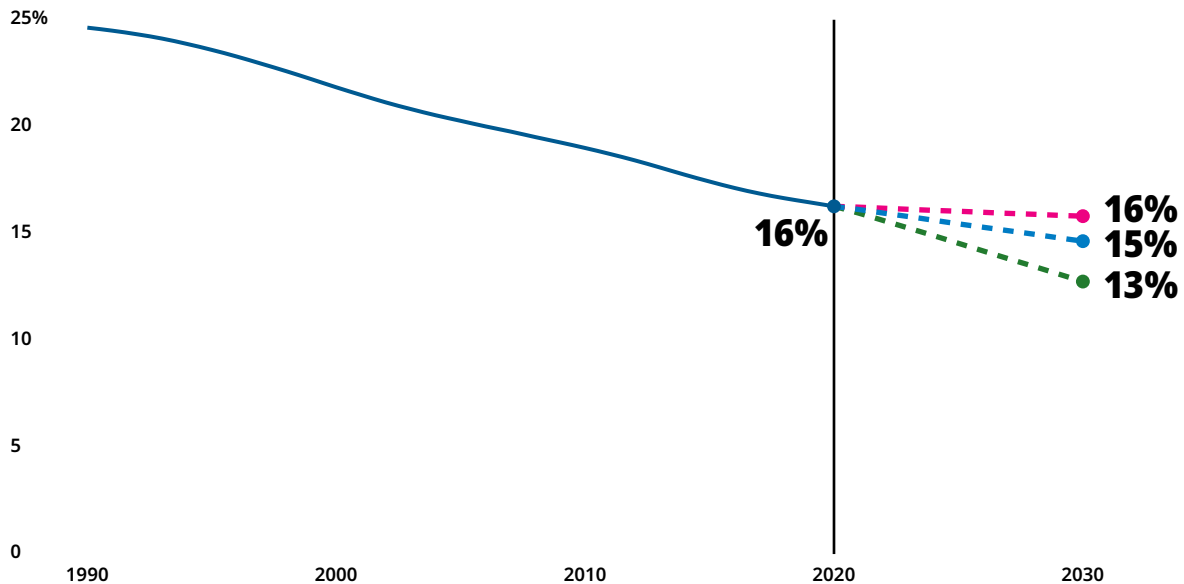
Die Durchführung des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in allen Ländern stärken.

Prognosen zufolge soll die Prävalenz von Tabakkonsum von 16% im Jahr 2020 auf 13% im Jahr 2030 abfallen. In der Summe gäbe es 112 Millionen weniger Raucherinnen und Raucher, wenn sich die aktuellen Fortschritte fortsetzen. Staaten können diese Fortschritte beschleunigen,

wenn sie entschlossen politische Maßnahmen ergreifen und umsetzen, die im Einklang mit dem Rahmenübereinkommen der WHO stehen.

Alterstandardisierte Raucherprävalenz unter Personen ab 15 Jahren

- Weltweiter Durchschnitt
- - Besseres Szenario
- - Referenz-Szenario
- - Schlechteres Szenario



Impfstoffe



SDG-Ziel 3.B

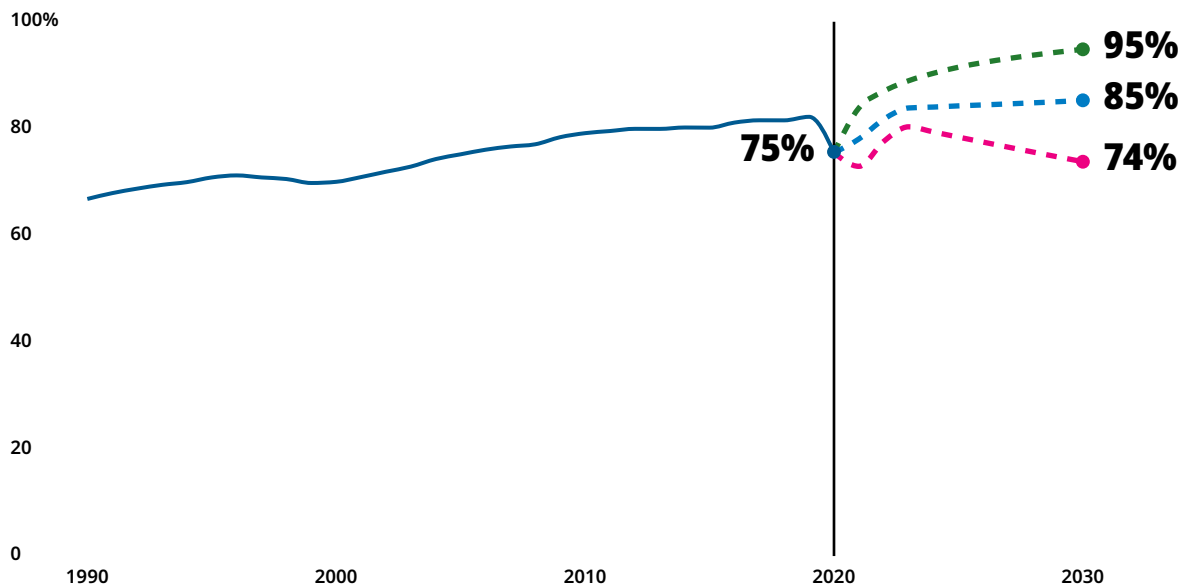
Forschung und Entwicklung zu Impfstoffen und Medikamenten für übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten, von denen hauptsächlich Entwicklungsländer betroffen sind, unterstützen; den bezahlbaren Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen gewährleisten.

COVID-19 hat zu gravierenden Störungen in der Versorgung mit Impfstoffen und anderen lebensrettenden Gesundheitsleistungen geführt. Viele Immunisierungsprogramme stehen nun vor der doppelten Herausforderung, verpasste Kinderimpfungen nachzuholen und die

COVID-19-Impfungen bereitzustellen. Die Pandemie hat uns vor Augen geführt, dass alle einen gerechten Zugang zu Impfstoffen brauchen. Denn davon hängen Gesundheit und Wohlbefinden von Millionen Menschen auf der ganzen Welt ab.

DTP-Durchimpfung (dritte Dosis)

- Weltweiter Durchschnitt
- Besseres Szenario
- - Referenz-Szenario
- - Schlechteres Szenario



Bildung



SDG-Ziel 4.1

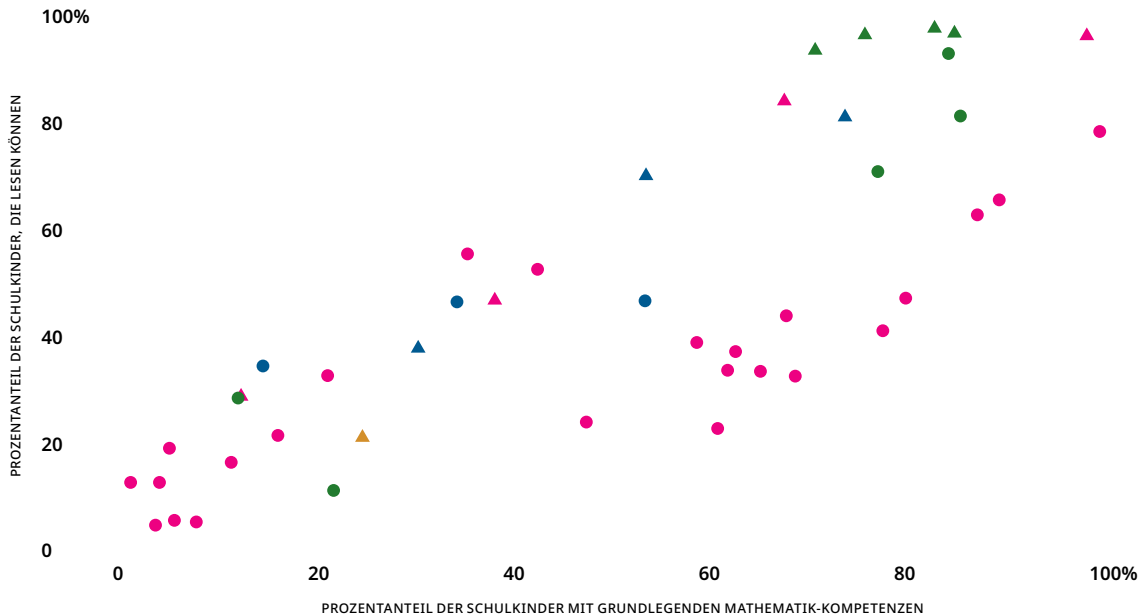
Bis 2030 sicherstellen, dass alle Mädchen und Jungen gleichberechtigt eine kostenlose und hochwertige Grund- und Sekundarschulbildung abschließen, die zu brauchbaren und effektiven Lernergebnissen führt.

In Ländern, in denen Daten erhoben wurden, war der Anteil von Mädchen und Jungen mit grundlegenden Kenntnissen in Rechnen und Lesen nicht hoch genug, um die Globalen Ziele für 2030 zu erreichen. Insbesondere in

Ländern niedrigen und mittleren Einkommens stehen für die Ermittlung der Lesekompetenz kaum Messungen zur Verfügung, und oft sind diese unzuverlässig.

Prozentanteil der Schulkinder der 2. oder 3. Grundschulklasse, welche die Grundanforderungen in Mathematik oder Lesen erfüllen (beide Geschlechter)

- ▲ Mitteleuropa, Osteuropa, und Zentralasien
- ▲ einkommensstark
- ▲ Lateinamerika und Karibik
- ▲ Nordafrika und Mittlerer Osten
- Südasien
- Südostasien, Ostasien, und Ozeanien
- Subsahara-Afrika



Geschlechtergleichheit



SDG-Ziel 5.4

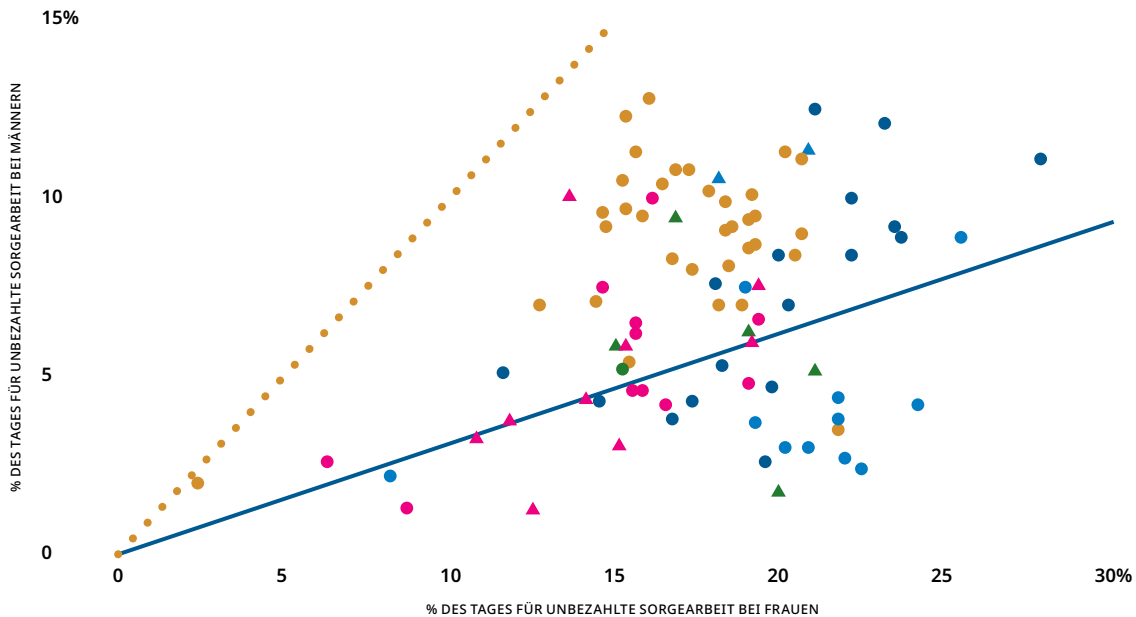
Unbezahlte Pflege- und Hausarbeit durch die Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen und Infrastrukturen, Sozialschutzmaßnahmen und die Förderung geteilter Verantwortung innerhalb des Haushalts und der Familie entsprechend den nationalen Gegebenheiten anerkennen und wertschätzen.

In Ländern, in denen Daten erhoben wurden, verbringen Frauen 3,1 Mal so viel Zeit mit Pflege- und Hausarbeit wie Männer. Die größte Geschlechterkluft tut sich in der

Gruppe der Länder Nordafrikas und Zentralasiens auf, wenngleich in jeder Region eine Kluft besteht.

Unbezahlte häusliche Sorgearbeit nach Geschlecht und Region

- Gleiche Menge Arbeit
- Weltweiter Durchschnitt
- ▲ Australien und Neuseeland
- ▲ Zentral- und Südasiens
- ▲ Ost- und Südostasien
- Europa und Nordamerika
- Lateinamerika und Karibik
- Nordafrika und Westasien
- Ozeanien (ohne Australien und Neuseeland)
- Subsahara-Afrika



Sanitärversorgung



SDG-Ziel 6.2

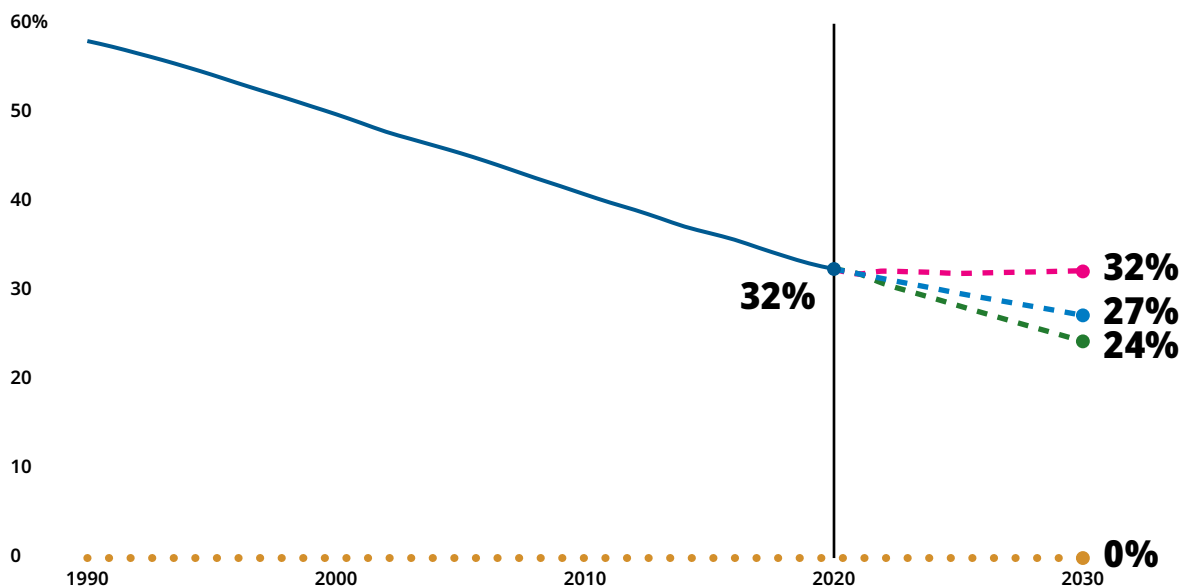
Den Zugang zu einer angemessenen und gerechten Sanitärversorgung und Hygiene für alle erreichen und der Notdurftverrichtung im Freien ein Ende setzen, unter besonderer Beachtung der Bedürfnisse von Frauen und Mädchen und von Menschen in prekären Situationen.

Zurecht wurde ein neuer SDG-Indikator der „sicher verwalteten“ Abwasserentsorgung eingerichtet, jedoch fehlen Daten, um die Fortschritte zu überprüfen. Die hier vorgestellten Daten veranschaulichen den Zugang zu Toiletten mit Kanalisationsanschluss, jedoch existieren

auch andere erschwingliche Technologien für den sicheren Umgang mit Abwasser. Die Datenmenge wächst von Jahr zu Jahr und die Vereinten Nationen schätzten kürzlich, dass 3,6 Milliarden Menschen im Jahr 2020 keinen Zugang zu einer sicheren Sanitärversorgung hatten.

Prävalenz von Bevölkerungsgruppen, die unsichere oder unverbesserte Sanitäreinrichtungen nutzen

- Ziel für 2030
- Weltweiter Durchschnitt
- Besseres Szenario
- Referenz-Szenario
- Schlechteres Szenario



Finanzdienstleistungen für die Armen



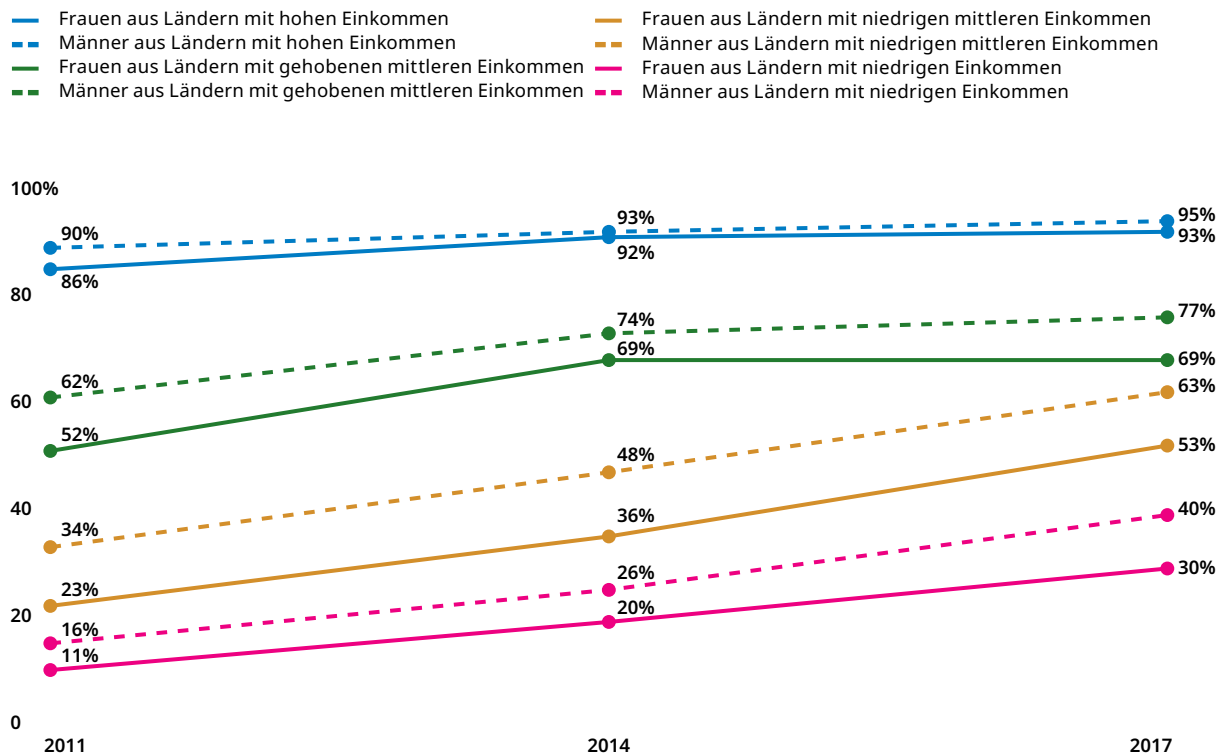
SDG-Ziel 8.10

Die Kapazitäten der nationalen Finanzinstitutionen stärken, um den Zugang zu Bank-, Versicherungs- und Finanzdienstleistungen für alle zu begünstigen und zu erweitern.

Vieles weist darauf hin, dass die Pandemie den Umstieg auf digitale Technologien beschleunigt hat. Finanzdienstleister verzeichneten während der Pandemie einen Anstieg an digitalen Zahlungen. Seit Beginn der Pandemie

haben fast 60 Länder niedrigen und mittleren Einkommens finanzielle Nothilfe digital ausbezahlt, wobei mehr als die Hälfte der Zahlungen auf vollwertigen Bankkonten einging.

Prozentanteil der Erwachsenen (ab 15 Jahre) mit einem Konto bei einer Bank oder anderen Finanzeinrichtung oder bei einem Anbieter mobiler Geldgeschäfte



Quellen und Anmerkungen

Die Datenquellen der im Goalkeepers-Bericht 2021 aufgeführten Fakten und Zahlen sind hier nach Abschnitten aufgelistet. Kurze Hinweise zur Methodik wurden für nicht veröffentlichte Analysen beigefügt. Vollständige Zitate, Links zu Quellen und zusätzliche Verweise sind auf der Goalkeepers-Website <https://gates.ly/GK21DataSources> zu finden.

Einleitung

Die im vergangenen Jahr erstellten ersten Prognosen zu den Auswirkungen der Pandemie auf die UN-Ziele für nachhaltige Entwicklung finden Sie im Goalkeepers-Bericht 2020, *COVID-19: Eine globale Perspektive*.

Daten erzählen uns Überraschendes

Millionen mehr in extremer Armut

Weltbank. *Global Economic Prospects*. Juni 2021. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35647/9781464816659.pdf>

Internationaler Währungsfonds. World Economic Outlook Database, April 2021. Abgerufen im August 2021. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2021/April>

Verhältnis der COVID-19-Todesfälle nach Geschlecht aus der IHME-Analyse 2021. Unter Einbeziehung der Altersverteilung der Weltbevölkerung beträgt das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Todesfällen 1,72. Die aktuellen COVID-19-Prognosen des IHME können auf <https://covid19.healthdata.org> abgerufen werden, ähnliche Publikationen auf <https://healthdata.org/covid/publications>.

Internationale Arbeitsorganisation. Building

Forward Fairer: Women's rights to work and at work at the core of the COVID-19 recovery. Juli 2021. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_814499.pdf

Siehe Abschnitt „Daten im Blickpunkt“ für mehr Informationen zu den Armutsschätzungen des Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Wachsende Bildungslücke

Lernarmut bedeutet per Definition, im Alter von 10 Jahren keinen einfachen Text lesen und verstehen zu können.

Weltbank. *Ending Learning Poverty: What Will It Take?* Washington, DC: World Bank Group, 2019. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/32553>

Weltbank. *Realizing the Future of Learning; From Learning Poverty to Learning for Everyone, Everywhere*. Dezember 2020. Weltbank, Washington, DC. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/250981606928190510/pdf/Realizing-the-Future-of-Learning-From-Learning-Poverty-to-Learning-for-Everyone-Everywhere.pdf>

Lewis, Karyn, Megan Kuhfeld, Erik Ruzek, und Andrew McEachin. *Learning during COVID-19: Reading and math achievement in the 2020-21 school year*. NWEA research brief. Center for School and Student Progress. Juli 2021. [https://www.nwea.org/content](https://www.nwea.org/content/uploads/2021/07/Learning-during-COVID-19-Reading-and-math-achievement-in-the-2020-2021-school-year-research-brief-1.pdf)

[uploads/2021/07/Learning-during-COVID-19-Reading-and-math-achievement-in-the-2020-2021-school-year-research-brief-1.pdf](https://www.nwea.org/content/uploads/2021/07/Learning-during-COVID-19-Reading-and-math-achievement-in-the-2020-2021-school-year-research-brief-1.pdf)

Mehr Kinder verpassen Impfungen

Siehe Abschnitt „Daten im Blickpunkt“ für mehr Informationen zu den vom Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) vorgenommenen Schätzungen der Durchimpfungsrate.

Menschen, die sich engagieren

Weltgesundheitsorganisation. *World Malaria Report 2020: 20 years of global progress and challenges*. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2020. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1321872/retrieve>

Weltgesundheitsorganisation. *The potential impact of health service disruptions on the burden of malaria. A modelling analysis for countries in sub-Saharan Africa*. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 23. April 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004641>

Sherrard-Smith, et al. “The potential public health consequences of COVID-19 on malaria in Africa,” *Nature Medicine* 26 (September 2020): 1411-1416. <https://www.nature.com/articles/s41591-020-1025-y.pdf>

Engagement für Systeme

Our World in Data sammelt und veröffentlicht aktuelle Informationen zu den verabreichten Impfdosen nach Land: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (Abgerufen im August 2021).

Das COVID-19 Vaccine Market Dashboard gibt Aufschluss über den globalen COVID-19-Impfstoffmarkt, einschließlich Impfstoffverträgen, gesicherten Dosen und Lieferungen je Land. Abgerufen im August 2021. <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

Engagement für Gemeinschaften

Sarr, Moussa. “How Did Senegal Mitigate the Impact of COVID-19 on Routine Childhood Immunizations?” *Exemplars in Global Health – Perspectives* (blog). Abgerufen im August 2021. <https://www.exemplars.health/emerging-topics/epidemic-preparedness-and-response/covid-19/appendix/perspectives/thread?forumId=9&threadId=43>

Dixit, Sameer M. et al. “Addressing disruptions in childhood routine immunization services during the COVID-19 pandemic: perspectives and lessons learned from Liberia, Nepal and Senegal,” *medRxiv* 18. März 2021. Vordruck. <https://doi.org/10.1101/2021.03.18.21252686>

Engagement für Frauen und Mädchen

Das Programm Ehsaas Emergency Cash Program in Pakistan veranschaulicht in einem öffentlich einsehbaren Dashboard alle erreichten Empfängerinnen und Empfänger sowie die Gesamtsumme der ausgezahlten Gelder. Abgerufen im August 2021. https://www.pass.gov.pk/ecs/uct_all.html

Weiterführende Gender-Analysen wurden von Elizabeth Katz, Safa Abdalla, und Judy Rein mit der wissenschaftlichen Unterstützung von Katelyn Roett und Lauren Lamson vom Global Center for Gender Equality der Universität Stanford erstellt.

Noch weiter, noch schneller

Neue Innovationsquellen

Africa Vaccine Manufacturing Initiative. *Vaccine Manufacturing and Procurement in Africa*. Studie. 2017. <https://www.avmi-africa.org/wp-content/uploads/2017/09/VMPA-Study-e-book.pdf>

Africa Centres for Disease Control and Prevention. *Africa's Vaccine Manufacturing for Health Security*. Diskussionspapier. Vorgestellt auf der Konferenz zur Ausweitung der afrikanischen Impfstoffproduktionskapazitäten, April 2021.

Daten im Blickpunkt

Ein malariefreies China, das die Initiative ergreift

Ding, Cheng, Chenyang Huang, Yuqing Zhou, Xiaofang Fu, Xiaoxiao Liu, Jie Wu, Min Deng, Lanjuan Li, Shigui Yang. "Malaria in China: a longitudinal population-based surveillance study." *Epidemiology and Infection* 148, E37 (2020): 1–8. <https://doi.org/10.1017/S0950268820000333>

Weltgesundheitsorganisation. Schätzungen der Malaria-Inzidenz für 2017–2020 aus dem "Global Health Observatory data repository." WHO (Website). Abgerufen im August 2021. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MALARIAINCIDENCE?lang=en>

INDIKATOREN NACH ABSCHÄTZUNG DES IHME

Eine allgemeine Beschreibung der IHME-Methodik für die Folgenabschätzung der COVID-19-Pandemie auf die 14 SDG-Indikatoren sowie die dazugehörigen Prognosen bis 2030 finden sich in einem eigenen Abschnitt in diesem Bericht. Eine detailliertere Beschreibung steht auf der Website zur Verfügung. Im Folgenden finden sich methodologische Anmerkungen für jeden Indikator.

Bei den Gesundheits- und Armutsindikatoren erstellt das IHME drei Zukunftsszenarien. Das „Referenz“-Szenario ist das durchschnittliche Szenario. Im „besseren“ Szenario wird das 85. Perzentil des Sozio-demografischen Index (SDI), der Einkommen, Fruchtbarkeit und Bildung miteinbezieht, und das 85. Perzentil der beobachteten annualisierten Veränderungsrate (AROC) des Indikators oder seiner Treiber über Länder-Jahre für den Zeitraum 1990-2020 angewandt. Im „schlechteren“ Szenario kommt das 15. Perzentil des SDI kombiniert mit dem 15. Perzentil der AROC des Indikators zur Anwendung.

Armut

Die Quote der extremen Armut misst den Anteil der Bevölkerung eines Landes, der schätzungsweise mit weniger als 1,90 US-Dollar pro Tag auskommen muss, gemessen in Dollar-bereinigter Kaufkraftparität (KKP) 2011. Zur Messung einer umfassenden Zeitreihe der extremen Armut in allen Ländern wurden zuerst auf alle bei der Weltbank verfügbaren Daten extrahiert und mit Daten des World Institute for Development Economics Research der Vereinten Nationen und aus

länderspezifischen Umfragen ergänzt. In einem zweiten Schritt modellierte das IHME diese Daten mithilfe eines Ansatzes, der verfügbare Daten nutzt und durch die Einbeziehung der Faktoren Zeit und Geographie sowie von prädiktiven Kovariaten (BIP pro Kopf, Bildung von Frauen, Kilokalorienverbrauch, Rohstoffexporte und Regierungsausgaben) an Aussagekraft gewinnt.

Das IHME modelliert die durchschnittliche Konsumquote je Land und Jahr sowie die Konsumverteilung (die Lorenzkurve) je Land, um so für jedes Perzentil der Bevölkerung jedes Landes und für jedes Jahr bis 2020 die Konsumausgaben zu schätzen. Da für die Zeit nach 2019 keine Umfragedaten verfügbar waren, erstellte das IHME Schätzungen der Armutsquoten für 2020 basierend auf diesem Modell, da es wirtschaftliche Schocks, wie sie aktuell in den meisten Ländern auftreten, besser berücksichtigt. Das IHME prognostizierte die Quoten für extreme Armut (1,90 US-Dollar) für die Jahre 2021 bis 2030, indem es die jährliche Veränderung der Armutsquote anhand eines Gesamtmodells abschätzte. Das Modell basiert auf Prognosen zum BIP pro Kopf, zur Fruchtbarkeit, zu den Staatsausgaben und zum Bildungswesen. Andere Folgen der weltweiten wirtschaftlichen Rezession werden nur indirekt erfasst.

Die aktualisierten Schätzungen enthalten neue Umfragedaten für Nigeria, Pakistan und Simbabwe, verbesserte KKP-Wechselkurse und bessere Methoden zur Schätzung der Konsumverteilung.

Wachstumshemmung

Das IHME misst die Prävalenz von Wachstumshemmung als Körpergröße im Verhältnis zum Alter, die mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Referenzmedian auf der Wachstumskurve für Körpergröße und Alter liegt, basierend auf den WHO-Wachstumsstandards von 2006

für Kinder zwischen 0 und 59 Monaten. Basierend auf einem Gesamtansatz wurden bis 2030 Prognosen zum Wachstumshemmungsrisiko erstellt. Als zentrale Größe wurde der SDI herangezogen, um die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Pro-Kopf-Einkommen zu veranschaulichen. Das Risiko der Wachstumshemmung wurde dann in den Indikator übersetzt (Prävalenz von Wachstumshemmung), unter Nutzung eines abfallenden Spline-Modells.

Die hier vorgelegten Ergebnisse spiegeln einige Verbesserungen wider, die in die Global Burden of Disease (GBD)-Studie 2020 miteinbezogen wurden. So gelangte man zu verbesserten Schätzungen in zahlreichen Ländern, etwa in Südafrika, der Demokratischen Republik Kongo (DRK), Indien und Pakistan.

Murray, Christopher J.L., Alexandr Aravkin, Peng Zheng, Cristiana Abbafati, Kaja M. Abbas, Mohsen Abbasi-Kangevari, Foad Abd-Allah, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 396, Nr. 10258: 1223–49 (17. Oktober 2020). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

Müttersterblichkeit

Die Müttersterblichkeitsrate (MMR) ist definiert als die Anzahl der in einem bestimmten Zeitraum verstorbenen Mütter zwischen 15 und 49 Jahren je 100.000 Lebendgeburten im selben Zeitraum. Sie veranschaulicht das Müttersterblichkeitsrisiko im Verhältnis zur Anzahl der Lebendgeburten und erfasst damit das Risiko eines Todesfalls bei einer einzelnen Schwangerschaft oder Lebendgeburt. Die Prognosen für 2030 stützen sich auf den SDI als Hauptfaktor, da der Index das Pro-Kopf-Einkommen und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie berücksichtigt.

Die IHME-Analyse der direkten und indirekten Müttersterblichkeit in ausgewählten Ländern ergab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der direkten Sterblichkeit und Indikatoren der COVID-19-Pandemie (z.B. COVID-19-Todesfälle, Mobilität). Die COVID-19-Pandemie hatte jedoch eine signifikante Auswirkung auf die indirekte Müttersterblichkeit, die das IHME berücksichtigt hat.

Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren

Das IHME definiert die Sterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren (U5MR) als die Wahrscheinlichkeit, zwischen der Geburt und dem Alter von 5 Jahren zu sterben. Ausgedrückt wird sie als Anzahl der Todesfälle je 1.000 Lebendgeburt. Die Prognosen basieren auf mehreren Schlüsselfaktoren, wie etwa den Risikofaktoren der Krankheitslast (Global Burden of Disease, GBD), ausgewählten gesundheitlichen Maßnahmen (z.B. Impfungen) und dem SDI. Zusätzliche kurzfristige Störungen (2020-2021) bedingt durch die COVID-19-Pandemie berücksichtigten den Rückgang der Todesfälle bei Kindern aufgrund von Infektionskrankheiten (Grippe, respiratorisches Syncytial-Virus, Masern, Keuchhusten) während der Pandemie, der in erster Linie auf Social Distancing-Maßnahmen und die Nutzung von Masken zurückgeführt werden kann. Die meisten Veränderungen der USMR-Schätzungen im Goalkeepers-Bericht 2021 ergeben sich aus neuen und zusätzlichen Sterblichkeitsdaten, die vom IHME seit dem Global Burden of Disease-Bericht im Jahr 2019 berücksichtigt wurden. Dies wirkt sich vor allem auf die USMR im jüngsten Zeitraum aus.

Sterblichkeit von Neugeborenen

Das IHME definiert die Sterblichkeit bei Neugeborenen als die Wahrscheinlichkeit, in den ersten 28 vollendeten Lebenstagen zu sterben. Ausgedrückt wird sie als die Anzahl von Todesfällen je 1.000 Lebendgeburt. Die Prognosen basieren auf mehreren Schlüsselfaktoren, wie etwa den GBD-Risikofaktoren, ausgewählten gesundheitlichen Maßnahmen (z.B. Impfungen) und dem SDI. In den kurzfristigen Effekten (2020-2021) wurde der Rückgang der Todesfälle bei Kindern aufgrund von Infektionskrankheiten (Grippe, respiratorisches Syncytial-Virus, Masern, Keuchhusten) während der Pandemie berücksichtigt, der in erster Linie auf Social Distancing-Maßnahmen und die Nutzung von Masken zurückgeführt werden kann. Die meisten Veränderungen der geschätzten Sterblichkeit bei Neugeborenen im diesjährigen Goalkeepers-Bericht sind auf eine neue Datenlage zurückzuführen.

HIV

Das IHME bestimmt die HIV-Rate über die Anzahl neuer HIV-Infektionen je 1.000 Einwohner. Die Prognosen für die HIV-Inzidenz basieren auf der prognostizierten antiretroviralen Therapie (ART), der verhinderten Mutter-Kind-Übertragung (PMTCT) und der aktuellen Infektionsinzidenz, die in eine abgeänderte Version der Spectrum-Software von Avenir Health eingespeist wurden. Die ART für Erwachsene wird basierend auf den erwarteten Ausgaben für HIV-Heilbehandlung prognostiziert – und diese wiederum auf dem Pro-Kopf-Einkommen, in dem auch die Pandemie-Folgen berücksichtigt sind, und den ART-Preisen.

Verändert haben sich die Abschätzungen aufgrund zusätzlicher Daten zu 115 Ländern, die UNAIDS zur Verfügung gestellt hat und die neue Daten zu ART-

und PMTCT-Abdeckung und Inzidenz-Schätzungen umfassen. Außerdem aktualisierte das IHME die Daten zur ART-Abdeckung in Südafrika, basierend auf der geschätzten ART-Abdeckung von Thembisa. Weitere an den Modellen vorgenommene Verbesserungen werden im GBD-Bericht 2020 beschrieben.

Tuberkulose

Das IHME schätzt die in einem bestimmten Kalenderjahr diagnostizierten Neu- und Rückfallerkrankungen mit Tuberkulose basierend auf Daten aus Prävalenzstudien, Fallmeldungen, und ursachenspezifischen Einschätzungen der Sterblichkeit. Diese werden in ein statistisches Modell eingespeist, das für eine verbesserte Übereinstimmung zwischen den Schätzungen sorgt.

Die Veränderungen in den GBD-Schätzungen der Tuberkulose-Inzidenz im Jahr 2020 sind allen voran auf die Einbeziehung neuer Datenquellen zurückzuführen.

Neben historischen Trends ist der SDI der Hauptfaktor für die Prognosen bis 2030. Dieser berücksichtigt die Prognosen des Pro-Kopf-Einkommens und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie.

Malaria

Das IHME erfasst die Malaria-Quote als Anzahl neuer Fälle je 1.000 Einwohner. Die Prognosen bis 2030 beruhen auf einem Zwei-Phasen-Modell. Zuerst wurde die Versorgung mit den zwei zentralen Malariabekämpfungsmaßnahmen – Artemisinin-basierte Kombinationstherapien (ACTs) und mit Insektiziden behandelte Moskitonetze (ITNs) – als eine Funktion des SDI prognostiziert. Anschließend nutzte das IHME die Ergebnisse aus Phase eins, um ein länderspezifisches Modell basierend auf dem Kalenderjahr zu erstellen. Bei Ländern außerhalb Subsahara-

Afrikas, für die keine Daten über den Versorgungsgrad vorliegen, wurde in der ersten Phase auf den SDI und in der zweiten Phase auf das Kalenderjahr zurückgegriffen. Die Daten des Jahres 2020 zur ITN-Verteilung ließen nur auf minimale pandemie-bedingte Ausfälle schließen. Die Berichte zur ITN-Verteilung wurden im Modell berücksichtigt, aber es wurden keine zusätzlichen Langzeitwirkungen der Pandemie auf die Malaria-Inzidenz miteinbezogen.

Vernachlässigte Tropenkrankheiten

Das IHME misst die Gesamtprävalenz von 15 NTDs je 100.000 Einwohner, die aktuell in der jährlichen Global Burden of Disease-Studie gemessen werden: Afrikanische Trypanosomiasis, Chagas-Krankheit, zystische Echinokokkose, Zystizerkose, Denguefieber, lebensmittelbedingte Trematodiasen, Guineawurm-Krankheit, durch den Boden übertragene Helminthen, auch „STH“ genannt (Hakenwurm, Trichuriasis und Ascariasis), Leishmaniose, Lepra, lymphatische Filariose, Onchozerkose, Tollwut, Schistosomiasis und Trachom. Veränderungen der historischen Trends dieses Indikators, die seit dem Goalkeepers-Bericht 2020 aufgetreten sind, spiegeln wider, dass für die GBD-Studie 2020 Aktualisierungen der geschätzten Prävalenz jeder NTD vorgenommen wurden. Insbesondere spiegelt die Veränderung des NTD-Gesamtprävalenzindikators zwischen dem Goalkeepers-Bericht 2020 und diesen Schätzungen stark wider, dass neue Daten in die STH-Modelle einbezogen wurden, vor allem in Lateinamerika und Südostasien.

Modellstudien, die sich mit unterschiedlichen Krisenszenarien befassen, legen nahe, dass die Auswirkung der COVID-19-Pandemie auf NTD-Prävalenz und -Kontrolle wahrscheinlich je nach Krankheit und Umfeld sehr unterschiedlich

ausfällt. Angesichts nur beschränkt verfügbarer Daten von Überwachungs- und Kontrollprogrammen in den Jahren 2020 und 2021 – und der Ungewissheit bezüglich der Folgen von potenziellen Störungen – hat das IHME für diesen Bericht keine Anpassungen vorgenommen, die kurzfristige Effekte der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020-2021 berücksichtigen. Sobald zusätzliche Daten verfügbar sind, müssen weitere Untersuchungen vorgenommen werden, um besser zu verstehen, ob und wie sich die Pandemie auf die NTD-Kontrollprogramme und die NTD-Prävalenz ausgewirkt hat. Bei den Prognosen bis 2030 wurde jedoch der SDI als Hauptfaktor verwendet, da er Prognosen des Pro-Kopf-Einkommens und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie berücksichtigt.

Hollingsworth, T. Déirdre, Pauline Mwinzi, Andrea Vasconcelos, and Sake J. de Vlas. "Evaluating the potential impact of interruptions to neglected tropical disease programmes due to COVID-19." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene* 115, Nr. 3 (6. März 2021): 201–204. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trab023>

Familienplanung

Das IHME erstellt eine Schätzung des Anteils der Frauen in gebärfähigem Alter (15-49 Jahre), die ihre Familienplanung mit modernen Verhütungsmethoden decken. Moderne Kontrazeptiva umfassen die Durchführung einer Sterilisation bei Männern oder Frauen, Kondome für Männer oder Frauen, Diaphragmen, zervikale Kappen, Schwämme, Spermizide, orale Hormontabletten, Pflaster, Ringe, Implantate, Injektionen, intrauterine Kontrazeptiva und Notfall-Kontrazeption. Der SDI, welcher Prognosen des Pro-Kopf-Einkommens und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie berücksichtigt, dient

für die Prognosen bis 2030 als Hauptfaktor.

Die IHME-Analyse von PMA-Studien und den Smartphone-basierten Folge-Umfragen, die in der umfassenden Methodik des IHME auf der Seite zu den Datenquellen des Berichts 2021 aufgeführt werden, lässt nicht auf einen nachhaltigen, signifikanten Rückgang der Nutzung von Verhütungsmitteln aufgrund der Pandemie schließen. Daher hat das IHME keinen Kurzeffekt in den Familienplanungsindikator miteinbezogen. Veränderungen der historischen Schätzungen kann man auf die Einbeziehung von 66 neuen Datenquellen in die GBD-Studie 2020 zurückführen. Die neuen Datenquellen sind vor allem Quellen ab dem Jahr 2000 und stammen aus Subsahara-Afrika, Südostasien, Ostasien und Ozeanien.

Allgemeine Gesundheitsversorgung

Der Index der tatsächlichen UHC-Abdeckung (UHC = Universal Health Coverage, allgemeine Gesundheitsversorgung) besteht aus 23 aussagekräftigen Indikatoren, die Bevölkerungsgruppen und Altersklassen über ihre gesamte Lebensdauer verfolgen (Mütter und Neugeborene, Kinder unter 5 Jahren, Jugendliche zwischen 5 und 19 Jahren, Erwachsene zwischen 20 und 64 Jahren, und Erwachsene ab 65 Jahren). Die Indikatoren fallen in mehrere Bereiche der Gesundheitsversorgung: Förderung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Palliativmedizin..

Zu den Indikatoren der **Förderung** des Gesundheitssystems gehört die Deckung des Bedarfs an Familienplanung durch moderne Verhütungsmethoden.

Zu den Indikatoren der **Prävention** im Gesundheitssystem gehören der Anteil der Kinder, die die dritte Dosis der Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Impfung

bekommen haben und Kinder, die die erste Dosis der Masernimpfung erhalten haben. Pränatale Betreuung für Mütter und Neugeborene gelten als Indikatoren der Prävention im Gesundheitssystem und Indikatoren der Behandlung von Krankheiten, die die Gesundheit von Müttern und Kindern beeinträchtigen.

Zu den Indikatoren für die **Behandlung** übertragbarer Krankheiten zählen das Verhältnis von Sterblichkeit zu Inzidenz bei Infektionen der unteren Atemwege, Durchfallerkrankungen und Tuberkulose sowie die Verfügbarkeit von antiretroviralen Therapien bei Menschen mit HIV/AIDS. Zu den Indikatoren für die **Behandlung** nicht übertragbarer Krankheiten gehören das Verhältnis von Sterblichkeit zu Inzidenz bei akuter lymphoide Leukämie, Blinddarmentzündung, paralytischem Ileus und Darmverschluss, Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Gebärmutterkrebs und Darmkrebs. Ebenfalls Indikatoren der Behandlung nicht übertragbarer Krankheiten sind die Sterblichkeit-Prävalenz-Verhältnisse bei Schlaganfall, chronischer Nierenerkrankung, Epilepsie, Asthma, chronischer obstruktiver Lungenerkrankung, Diabetes und die risikostandardisierte Sterblichkeit bei koronarer Herzkrankheit.

Um Prognosen für den UHC-Index von 2021 bis 2030 zu erstellen, wurde ein Modell für die UHC entwickelt, das die prognostizierten Gesundheitsausgaben pro Kopf als unabhängige Variable einsetzt. Anschließend wurden aus dem Modell länder- und jahresspezifische Ineffizienzen extrahiert und bis 2030 prognostiziert. Diese prognostizierten Ineffizienzen wurden zusammen mit den prognostizierten Gesundheitsausgaben pro Kopf dann für alle Länder in das zuvor erstellte Modell für den Zeitraum von 2021 bis 2030 eingefügt.

Kurzfristige, auf die Pandemie zurückzuführende Auswirkungen wurden, mit wenigen Ausnahmen, in den Endergebnissen des Goalkeepers-Bericht 2021 berücksichtigt. Die Nachfrage von Müttern nach Familienplanung wurde nicht verändert, ebenso wenig wie die Verfügbarkeit von antiretroviraler Therapie (ART), wie auf der Seite zu den Datenquellen des Berichts 2021 in den relevanten Abschnitten beschrieben. Die Anpassungen für die Verabreichung von Impfungen werden im Unterabschnitt zu den Impfstoffen beschrieben. Bei anderen Indikatoren (insgesamt 19 von 23) ging das IHME angesichts fehlender Daten zu einem Zusammenhang zwischen einer geringeren Nutzung und einer geringeren Verfügbarkeit von einer Reduktion in Höhe von 25% bei den monatlich verpassten Arztbesuchen (ausgenommen Routine-Leistungen) aus.

Rauchen

Das IHME misst die altersstandardisierte Prävalenz des täglichen Tabakkonsums bei Personen ab 15 Jahren. Es erhob dazu Informationen aus allen verfügbaren Umfragen, die Fragen zum täglichen Tabakkonsum – entweder aktuell oder in den letzten 30 Tagen – und Informationen zur Art des benutzten Tabakproduktes (darunter Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Wasserpfeifen sowie lokale Produkte) beinhalten. Anschließend konvertierte es alle Daten in seine Standarddefinition, um aussagekräftige Vergleiche zwischen mehreren Orten und im Zeitverlauf ziehen zu können. Der SDI, welcher das prognostizierte Pro-Kopf-Einkommen und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie miteinbezieht, dient für die Prognosen bis 2030 als Hauptfaktor.

Impfungen

Das IHME untersuchte die einzelnen Durchimpfungsraten bei folgenden Impfungen: Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten in drei Dosen (DTP3), zweite Dosis Masern (MCV2) und Pneumokokken-Kombinationsimpfung in drei Dosen (PCV3). Das IHME ermittelte die kurzfristigen Auswirkungen (2020-2022) anhand von administrativen Daten zu Impfstoffdosen. Im Rahmen seiner Zusammenarbeit mit der WHO konnte das IHME Daten zur Anzahl der 2019 und 2020 in 94 Ländern monatlich verabreichten Impfdosen sammeln. Um für jedes Land die Veränderung der Impfstoffabdeckung seit Beginn der Pandemie abzuschätzen, wurde die Anzahl der monatlich verabreichten Dosen 2020 mit den monatlichen Dosen 2019 verglichen, wobei für die jährlichen Veränderungen der Monate Januar und Februar 2020 eine Anpassung vorgenommen wurde, da die Vergleichsmonate 2019 noch vor der Pandemie lagen. Die administrativen Daten wurden trianguliert mit qualitativen Informationen der WHO zum Ausmaß der Störung des Impfsystems, darunter zwei aktuelle WHO-Pulsumfragen, Umfragen der WHO zu wesentlichen Gesundheitsdienstleistungen sowie Umfragen und Berichten aus den Regionalbüros der WHO. Ausgeschlossen wurden Datenquellen, die angesichts des tatsächlich bekannten Ausmaßes der Ausfälle nicht plausibel waren. Der SDI, welcher das prognostizierte Pro-Kopf-Einkommen und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie miteinbezieht, dient für die Prognosen bis 2030 als Hauptfaktor.

Die Datenlage im zweiten Halbjahr 2020 lässt in vielen Ländern und Regionen auf eine Wiederaufnahme von Routineimpfungen und/oder Nachholimpfungen schließen. Zur Zeit des Goalkeepers-Berichts 2020 deutete die Datenlage auf sehr hohe Ausfälle hin, die vom

IHME für das restliche Jahr prognostiziert wurden. Allein von der Mobilität ausgehend verweisen neue Daten seit diesem Bericht darauf, dass vielerorts die Wiederaufnahme der Leistungen und Nachholimpfungen schneller verlaufen ist als ursprünglich prognostiziert. Damit diese Beobachtung im Modell besser berücksichtigt werden kann, wurde dem ersten, für den Goalkeepers-Bericht 2020 entwickelten Modell ein zweiter Schritt beigefügt. Dieser zweite Schritt modelliert Veränderungen in der verbleibenden Abweichung des Zusammenhangs zwischen Impfstoffverabreichung und Mobilität im Laufe der Zeit, so dass Nachholimpfungen und die Wiederaufnahme der Impfstoffabgabe in einem anderen Tempo erfolgen können, als dies auf der Grundlage der Mobilitätstrends allein angenommen wurde. Aufgrund dieser neuen Daten und der Anpassungen im Modellierungsrahmen fällt in diesem Bericht die geschätzte jährliche Störungsrate bei Impfungen geringer aus als im Goalkeepers-Bericht 2020.

Casey, Kate, Nancy Fullman, Reed J. D. Sorensen, Natalie C. Galles, Peng Zheng, und Alexandr Aravkin. "Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modelling study." *Lancet* 398, Nr. 10299: P522-534 (7. August 2021). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01337-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01337-4)

Sanitärversorgung

Das IHME untersuchte Haushalte, die über eine Sanitärversorgung mit Abwasserrohren verfügen (mit einem Kanalanschluss oder einer Klärgrube), Haushalte mit einer verbesserten Sanitärversorgung, aber ohne Kanalanschluss (Latrine, belüftete verbesserte Latrine, Latrine mit Platte, Komposttoilette) und Haushalte ohne verbesserte Sanitärversorgung (Toilette mit Wasserspülung, aber ohne Kanalisationsanschluss

oder Klärgrube, Latrine ohne Platte oder offene Latrine, Eimer, hängende Toilette oder Latrine, keine Sanitäranlagen) – gemäß der Definition des Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. Die Prognosen bis 2030 wurden basierend auf einem Gesamtansatz erstellt, wobei der SDI als zentraler Faktor herangezogen wurde, um die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und die Prognosen des Pro-Kopf-Einkommens zu erfassen. Vergangene Veränderungen sind vor allem auf neue Daten und Veränderungen bei der Datenverarbeitung zurückzuführen..

Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF). Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2020: five years into the SDGs. Genf: WHO and UNICEF, 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://washdata.org/sites/default/files/2021-07/jmp-2021-wash-households.pdf>

INDIKATOREN, DIE ANHAND ANDERER QUELLEN GESCHÄTZT WURDEN

Landwirtschaft

RuLIS - Rural Livelihoods Information System "Data by Indicator." RuLIS (Website), Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO). Bei den ausgewählten Ländern wurde das aktuellste Jahr herangezogen, von 2005 bis 2017. Abgerufen im August 2021. www.fao.org/in-action/rural-livelihoods-dataset-rulis/data/by-indicator/en/

Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO). Use of *AGRI*Survey data for computing SDG's and national indicators Experience in three countries. Country brief. Rome: FAO, 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. www.fao.org/3/cb4762en/cb4762en.pdf

Weitere Informationen zur Methodik finden Sie hier:

Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO). *Rural Livelihoods Information System (RuLIS): Technical Notes on Concepts and Definitions Used for the Indicators Derived from Household Surveys*. Report. Rome: FAO, 2018. www.fao.org/3/ca2813en/CA2813EN.pdf

Bildung

UNESCO Institute for Statistics. "Sustainable Development Goal 4." UIS (website). Daten abgerufen im August 2021. <http://data.uis.unesco.org/>

Daten, die im letzten Jahr für mehrere (größtenteils einkommensstarke) Länder enthalten waren, wurden aus diesem Datensatz für Stufe 2/3 entfernt. Die TIMSS- und PIRLS-Bewertungen, auf denen die Daten basieren wurden als besser für den Bewertungszeitpunkt am Ende der Grundschulzeit geeignet erachtet.

Geschlechtergleichheit

Der Grafik liegen Daten der Globalen SDG-Datenbank der Vereinten Nationen sowie der Datenbank zu den Weltentwicklungsindikatoren der Weltbank zugrunde.

Die Daten sind die aktuellsten, die für 90 Länder und Gebiete zur Verfügung stehen (2001-2019). Sofern verfügbar, wurde die Altersgruppe 15 Jahre oder älter herangezogen (18 Jahre oder älter in Ghana). In bestimmten Fällen sind es Daten für 10 Jahre oder älter bzw. 12 Jahre oder älter. Im Falle von Thailand (2015) handelt es sich um 6 Jahre oder älter und im Falle der Vereinigten Republik Tansania (2014) um 5 Jahre oder älter. Daten für Bulgarien, Dänemark, Lettland, die Niederlande, Slowenien und Spanien entsprechen ausschließlich der Zeit, die 20- bis 74-jährige mit unbezahlter Betreuung verbringen. Die Unterschiede zwischen den Ländern sollten vorsichtig interpretiert werden, da die Untersuchungen und Länder

jeweils sehr unterschiedliche Definitionen, Methoden und Stichprobengrößen verwenden. Oft berücksichtigen Zeittagebuch-Daten keine Aufsichtspflichten, was zu einer Unterschätzung des zeitlichen Ausmaßes von Sorgearbeit führt.

Bei den regionalen Durchschnittsquoten handelt es sich um Mittelwerte der Quoten der einzelnen Länder und bei der globalen Durchschnittsquote um den Durchschnitt der Quoten aller erfassten Länder. Die globale Durchschnittsquote weicht von jener ab, die im Abschnitt zu den SDGs im Bericht der Statistikabteilung der Vereinten Nationen erwähnt wird, da für letztere das Verhältnis des durchschnittlichen Zeitaufwands, den Frauen gegenüber Männern mit unbezahlter Sorgearbeit verbringen, herangezogen wird.

Weitere Informationen zu den länderspezifischen Daten finden Sie hier:

UN Statistics Division. "SDG Indicators: United Nations Global SDG Database." UNSD (Website). Aktualisiert im Juli 2021. <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>

Weltbank. "World Development Indicators: World Bank Database." Aktualisiert im Juli 2021. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

Finanzdienstleistungen für die Armen

Demirgüç, Asli, Leora Klapper, Dorothe Singer, Saniya Ansar, and Jake Hess. *The Global Findex Database 2017: Measuring Financial Inclusion and the Fintech Revolution*. Washington, DC: Weltbank, 2018. <https://globalfindex.worldbank.org/>

Der Vergleich „Reichste/Ärmste“ bezieht sich auf das, was die Weltbank als Kontoinhaberschaft der jeweils reichsten 60% und ärmsten 40% der Haushalte berechnet.

Apedo-Amah, Marie Christine, Besart Avdiu, Xavier Cirera, Marcio Cruz, Elwyn Davies, Arti Grover, Leonardo Iacovone, Umut Kilinc, Denis Medvedev, Franklin Okechukwu Maduko, Stavros Poupakis, Jesica Torres, Trang Thu Tran. *Unmasking the Impact of COVID-19 on Businesses: Firm Level Evidence from Across the World*. Policy Research Working Paper; Nr. 9434. Washington, DC: Weltbank, 2020. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO. <http://hdl.handle.net/10986/34626>

Gentilini, Ugo, et al. *Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures*. "Living Paper version 15. Washington, DC: Weltbank, 14. Mai 2021. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO. <http://hdl.handle.net/10986/33635>

Bildnachweise

Bilder des Gates-Archivs, mit folgenden Ergänzungen:

Einleitung

Foto mit freundlicher Genehmigung von J. Brown/AFP via Getty Images

Daten erzählen uns Überraschendes

Foto mit freundlicher Genehmigung von Alissa Everett via Getty Images

Menschen, die sich engagieren

Foto mit freundlicher Genehmigung von Yanick Folly/AFP via Getty Images

Was uns das sogenannte Impfstoffwunder zeigt

Foto mit freundlicher Genehmigung von Dedy Sutisna/Anadolu Agency via Getty Images

Noch weiter, noch schneller

Foto mit freundlicher Genehmigung von Nicolas Asfour/AFP via Getty Images

Der Aufruf zur Anpassung: Pioniere mit Wirkung

Innovationsgeist für Impfstoffe – Strive Masiyiwa

Foto mit freundlicher Genehmigung von Jemal Countess via Getty Images

Daten im Blickpunkt

Ein malariafreies China, das die Initiative ergreift

Foto mit freundlicher Genehmigung von Yang Wumin via Getty Images