

GOALKEEPERS-BERICHT 2025

FAST IST NICHT GENUG

Goalkeepers widmet sich dem schnelleren Erreichen der Ziele für nachhaltige Entwicklung.



INHALT

5 EINE GENERATION FORTSCHRITT – ES LIEGT AN UNS

8 EIN FAHRPLAN FÜR DEN FORTSCHRITT

9 **Fortschritt durch Partnerschaften**
Von Muhammad Inuwa Yahaya
Gouverneur des Bundesstaats Gombe, Nigeria

11 **Ich bin immer noch da**
Von Josephine Barasa
Gemeindegesundheitsfachkraft, Kenia

14 INNOVATIONEN, DIE MEHR AUS JEDEM DOLLAR MACHEN

16 **Die Kraft lebensrettender Impfungen**
Von Dr. Naveen Thacker, Indien
Facharzt für Kinderheilkunde, Deep Children's Hospital, Gandhidham, Gujarat
Geschäftsführer, International Pediatric Association

18 KRANKHEITEN AUS DER WELT SCHAFFEN

20 **Eine Zukunft ohne Malaria**
Von Krystal Mwesiga Birungi, Uganda
Mitarbeiterin für Forschung und Öffentlichkeitsarbeit, Target Malaria Uganda

25 HANDLUNGSAUFRUF

26 DATEN IM BLICKPUNKT

46 QUELLEN

ZENTRALE ERKENNTNISSE

**2025 wird die Kindersterblichkeit
in diesem Jahrhundert erstmals
wieder steigen.**

**Doch wir können diese Entwicklung
umkehren, bevor sie zum Trend wird –
selbst in Zeiten knapper Budgets.**

**Mit bewährten Lösungen, die mit
weniger mehr erreichen, können wir
Millionen Kinderleben retten, hart
erkämpfte Fortschritte bewahren
und Krankheiten besiegen, die
die Menschheit seit Generationen
bedrohen.**



© Gates Foundation/Light Oriye, Nigeria

Von Bill Gates

Vorsitzender, Gates Foundation

Eine Generation Fortschritt – es liegt an uns

Der Tod eines Kindes ist immer eine Tragödie.

Besonders erschütternd ist es aber, wenn ein Kind an einer Krankheit stirbt, vor der wir es schützen können.

Seit Jahrzehnten hat die Welt stetige Fortschritte bei der Rettung von Kinderleben erzielt. Doch nun droht angesichts wachsender Herausforderungen ein Rückschlag.

Im Jahr 2024 starben 4,6 Millionen Kinder vor ihrem fünften Geburtstag.

Schätzungen zufolge wird diese Zahl 2025 erstmals in diesem Jahrhundert wieder steigen – um knapp über 200.000 auf 4,8 Millionen Kinder.

Das sind mehr als 5.000 leere Klassenzimmer, denn diese Kinder sterben, bevor sie überhaupt gelernt haben, ihren Namen zu schreiben oder ihre Schuhe zu binden.

Das muss aber nicht sein.

Meines Erachtens gibt es zwei mögliche Szenarien dafür, wie es weitergehen kann.

Wir könnten die Generation mit dem Zugang zu den fortschrittlichsten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Innovationen der Menschheitsgeschichte sein – die aber nicht genug Mittel zusammenbringen konnte, um Menschenleben zu retten.

In den letzten Monaten hat unsere Stiftung gemeinsam mit dem Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) an der University of Washington beziffert, was dabei auf dem Spiel steht.

Die Zahlen sind ernüchternd.

Sollten die Entwicklungshilfen für Gesundheit um 20 Prozent sinken – ein Szenario, das derzeit von mehreren großen Geberländern erwogen wird –,

KÖNNTEN BIS 2045 12 MILLIONEN ZUSÄTZLICHE KINDERLEBEN VERLOREN GEHEN.

Bei Kürzungen um 30 Prozent:

WÄREN ES SOGAR 16 MILLIONEN.

Wenn wir diesen Weg einschlagen, sind wir die Generation, die der vermeidbaren Kindersterblichkeit *fast* ein Ende gesetzt hat. Polio *fast* ausgerottet hat. Malaria *fast* besiegt hat. Bei HIV *fast* Geschichte geschrieben hat.

DOCH FAST IST NICHT GENUG.

Wir wissen, dass Kinder sterben. Wir wissen auch, warum. Und wir wissen, wie wir diese Todesfälle verhindern können.

Zum Wohle der Menschheit,

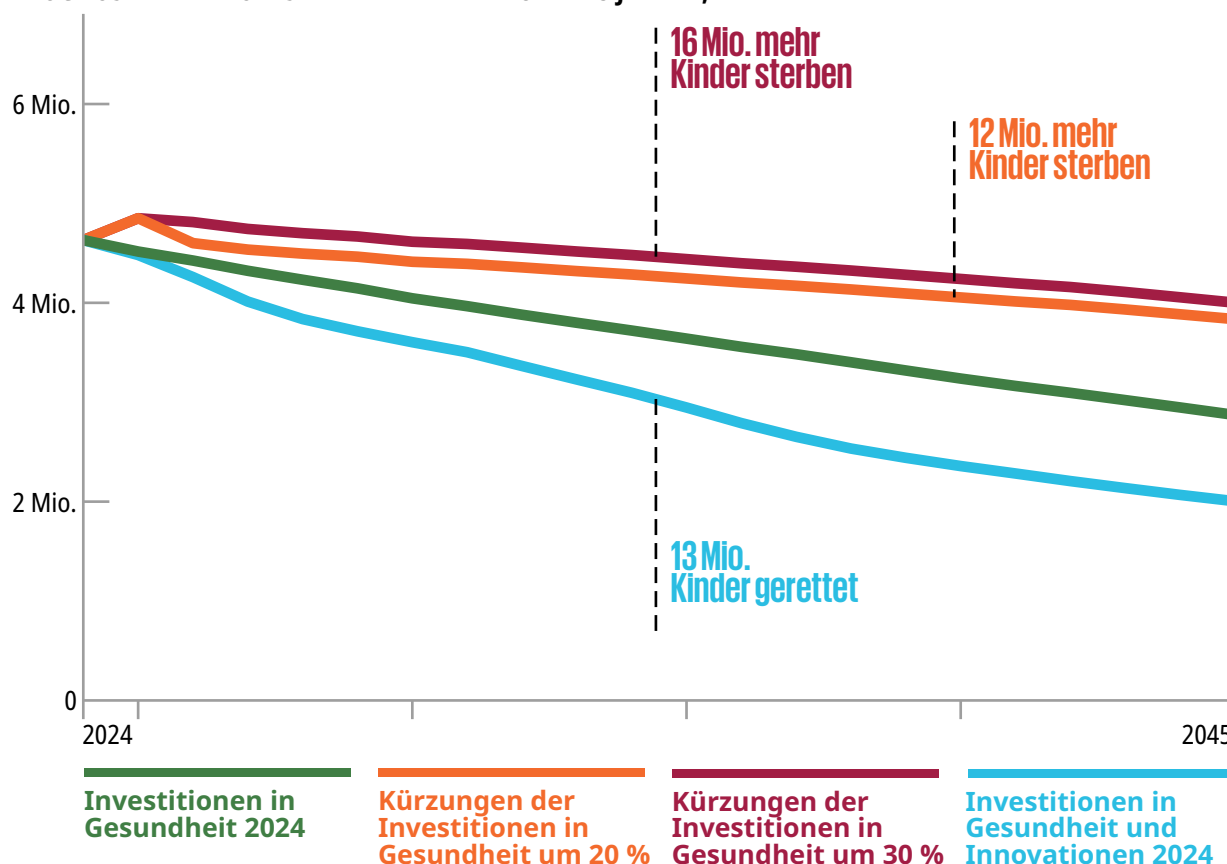
MÜSSEN WIR UNS FÜR DEN ANDEREN WEG ENTSCHEIDEN:

einen Weg, auf dem wir alles, was wir gelernt haben, nutzen und dafür sorgen, dass Innovationen die Kinder erreichen, die sie brauchen. So können wir Millionen junger Leben retten.

DIE MENSCHHEIT AM SCHEIDEWEG

Millionen Kinderleben stehen auf dem Spiel

PROGNOSTIZIERTE TODESFÄLLE BEI KINDERN UNTER 5 JAHREN, WELTWEIT



Investitionen in Gesundheit beziehen sich auf Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit (DAH) – Hilfe von Ländern mit hohem Einkommen und Geldgebern zur Verbesserung der Gesundheit in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Die Abbildung stellt die prognostizierten Auswirkungen von Kürzungen der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit (DAH) um 20 % bzw. 30 % dar. Für weitere Einzelheiten siehe Methodik.

Ich werde mich weiterhin – wo und wie ich nur kann – mit aller Kraft für mehr Mittel zur Förderung der Gesundheit von Kindern weltweit einsetzen – und für Effizienzsteigerungen, die unser aktuelles System verbessern. Doch es stehen Millionen Menschenleben auf dem Spiel. Wir können es uns also nicht leisten, einfach abzuwarten. Wir müssen mit weniger mehr tun, und zwar **jetzt**.

Für Gesundheitsministerinnen und -minister weltweit ist das nichts Neues. Sie müssen schon seit Langem mit begrenzten Budgets auskommen. Heute geben viele Länder mehr für Schulden als für Gesundheit und Bildung aus. Deswegen muss jeder Dollar noch mehr arbeiten.

Glücklicherweise gibt es Strategien und Innovationen, die genau dabei helfen können.

Dieser Bericht ist als Fahrplan für den Fortschritt gedacht – er soll intelligente Ausgaben mit Innovationen im großen Maßstab verbinden.

Ich wünschte, wir wären in der Lage, mit *mehr* zu erreichen, denn das verdienen die Kinder dieser Welt. Doch selbst in Zeiten knapper Budgets können wir viel bewirken. In den vergangenen 25 Jahren haben wir so viel darüber gelernt, wie wir selbst mit knappen Ressourcen Menschenleben retten können.

Aber hier geht es nicht nur um Geld. Es geht um Prioritäten, Engagement und Entscheidungen.

Zuerst müssen wir uns **auf die wirksamsten Maßnahmen konzentrieren**: eine starke Grundversorgung im Gesundheitswesen und lebensrettende Impfstoffe.

Dann müssen wir **Prioritäten setzen: auf Innovationen, die jeden einzelnen Dollar optimal nutzen**. Beispiele sind Lösungen wie Impfstoffe, die weniger Dosen erfordern, um den gleichen – oder sogar einen besseren – Schutz zu bieten als ältere Impfstoffe, oder intelligente neue Anwendungen von Daten. Solche Anwendungen können beispielsweise dazu beitragen, dass die wirksamsten Maßnahmen gegen Krankheiten wie Malaria genau dort eingesetzt werden, wo sie am dringendsten benötigt werden.

Schließlich müssen wir weiterhin **die Entwicklung von Innovationen der nächsten Generation unterstützen**, die so wirksam sind, dass sie **die tödlichsten Bedrohungen für Kinder ein für alle Mal aus der Welt schaffen** könnten.

Diese Maßnahmen retten nicht nur Kinderleben; sie werden die Welt, die wir ihnen überlassen, grundlegend verändern.

Das mag ambitioniert klingen – und das ist es auch. Aber es ist auch in greifbarer Nähe.



© Gates Foundation/Brian Otieno, Kenia

Ich hoffe, Sie sind nach dem Lesen dieses Berichts nicht nur optimistisch, dass wir dieses Ziel erreichen können, sondern auch motiviert, es zu verwirklichen.

So geht es mir jedenfalls.



UNSER FAHRPLAN FÜR DEN FORTSCHRITT

Die intelligenteste Investition in Gesundheit, die wir jetzt tätigen können, ist in die medizinische Grundversorgung.

Die medizinische Grundversorgung ist das stille Arbeitstier jedes Gesundheitssystems: Sie macht keine großen Schlagzeilen, ist aber die **Grundvoraussetzung für alles andere**. Sie hilft Müttern, ihre Babys gesund zur Welt zu bringen. Sie ermöglicht es, eine Lungenentzündung zu diagnostizieren, bevor sie tödlich endet. Sie sorgt dafür, dass Kinder geimpft werden, bevor Epidemien ausbrechen. Sie erkennt neue Bedrohungen, bevor sie sich zu Notfällen auswachsen.

Außerdem ist sie bemerkenswert kosteneffizient. Für **weniger als 100 US-Dollar** pro Person pro Jahr kann eine robuste medizinische Grundversorgung **bis zu 90 Prozent der Todesfälle bei Kindern** verhindern.

Kurz gesagt: Investitionen in die medizinische Grundversorgung sind unsere beste Chance, mit begrenzten Ressourcen möglichst viele Leben zu retten.

Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Beispiele aus der Praxis:

Muhammad Inuwa Yahaya, der Gouverneur des Bundesstaats Gombe in Nigeria, wartete angesichts eines hohen Haushaltsdefizits nicht auf Perfektion, sondern konzentrierte sich auf das Wesentliche.

Gesundheitsfachkräfte wie Josephine Barasa in Kenia geben trotz echter Rückschläge nicht auf. Sie tun alles, was in ihrer Macht steht, um Tag für Tag Leben zu retten – auch wenn ihnen weniger Ressourcen und Unterstützung zur Verfügung stehen.

Fortschritt durch Partnerschaften

Von Muhammad Inuwa Yahaya

Gouverneur des Bundesstaats Gombe, Nigeria



Mit freundlicher Genehmigung vom Büro des Gouverneurs

Im Jahr 2019 wurde ich Gouverneur des Bundesstaats Gombe im Norden von Nigeria. Damals bestand dort ein historisches Haushaltsdefizit. Wir hatten kaputte Systeme, überlastete Kliniken, baufällige Schulen – und sehr wenig Geld, um sie zu reparieren. Unser Gesundheitssystem erhielt nur 3,5 Prozent des Gesamtbudgets von Gombe. Die Infrastruktur war marode, es gab nur wenige ausgebildete Mitarbeitende, die oft abwesend waren, und Leistungen waren für die ärmere Bevölkerung unerschwinglich. Es wäre einfach gewesen, mit der Lösung der Probleme erst einmal zu warten und kein Geld auszugeben. Doch die Menschen konnten nicht warten – und wir deshalb auch nicht.

Viele glauben, dass Haushaltskürzungen Geld sparen. **Was jedoch wirklich Geld spart und Leben rettet, ist eine visionäre, disziplinierte und zielgerichtete Verwendung der Mittel.**

Wir entschieden uns dafür, unsere Ressourcen zu bündeln und den Wiederaufbau voranzutreiben. Für uns hatte das Wesentliche Vorrang: medizinische Grundversorgung, Bildung und Vertrauen. Heute verfügt der Bundesstaat Gombe in jedem Bezirk über ein renoviertes oder neu erbautes Gesundheitszentrum. Insgesamt gibt es davon 114, die rund um die Uhr Dienstleistungen anbieten. Mehr als 300.000 Menschen sind in unserer staatlichen Krankenversicherung registriert. Außerdem haben wir drei allgemeine Krankenhäuser errichtet und unser Fachkrankenhaus wieder aufgebaut. All dies wurde nicht mit Spendengeldern, sondern mit den bereits vorhandenen Haushaltsmitteln finanziert.

Es war nicht gerade leicht. Eine der schwierigsten Maßnahmen, die ich umsetzen musste, war die Einführung einer biometrischen Anwesenheitskontrolle für Gesundheitsfachkräfte. Auf dem Papier waren unsere Krankenhäuser und Gesundheitszentren voll besetzt. Bei Besuchen fand ich dort jedoch häufig Krankenpflegekräfte allein vor, die mit der Hälfte des Teams doppelt so viele Patienten behandelten. Wir fanden 500 „Geisterarbeitskräfte“. Durch die Lösung dieser Probleme konnten wir 2,8 Milliarden Naira (1,8 Millionen US-Dollar) einsparen. Diesen Betrag investierten wir vollständig in Aus- und Weiterbildung, Neueinstellungen und den Ausbau der Versorgung.

Denselben Ansatz wenden wir jetzt auch wieder an, da sich die Finanzierung der Gesundheitsversorgung verändert. Unser Ziel ist es, die Effizienz durch Technologie zu verbessern – indem wir nicht nur die Anwesenheit, sondern auch die Erbringung von Dienstleistungen verfolgen. **Wenn man weiß, wo Lücken bestehen, weiß man auch, wo man ansetzen muss.** Wir haben die Koordination der externen Finanzierung verbessert und zu diesem Zweck einen Sonderberater ernannt, der mir direkt untersteht. Auf diese Weise stellen wir sicher, dass unsere Ressourcen optimal genutzt werden.

Ich habe Folgendes gelernt: **Es müssen keine perfekten Bedingungen vorliegen, um Fortschritte zu machen. Was man braucht, ist Klarheit und Mut zum Durchhalten.**

In Gombe haben wir auch nicht auf perfekte Bedingungen gewartet. Wir haben uns nicht auf Rettung von außen verlassen, aber auch nicht versucht, alles alleine zu machen. Vielmehr haben wir uns auf das gestützt, was schon da war. Wir haben gebaut, was wir brauchten. Danach haben wir uns Partner gesucht, die den Weg gemeinsam mit uns gehen – nicht, weil wir am lautesten nach Unterstützung gerufen haben, sondern weil wir eine überzeugende Vision hatten.

Führung bedeutet nicht, Anerkennung hinterherzujagen. Vielmehr geht es darum, dafür zu sorgen, dass Menschen nicht mehr mit der Angst aufwachen, dass sie das gleiche Leid wie gestern erleben müssen.

Führungspersonen sind in der Regel mit Widerstand und Zweifeln konfrontiert. Doch wenn sie fest in ihrer Gemeinschaft verwurzelt bleiben, sich zunächst auf Daten stützen, konsequent handeln und mit klarer Zielsetzung führen, wird die Unterstützung folgen – und Veränderungen werden sich einstellen.

Wir sind bei dieser Arbeit nicht allein. Den Weg in die Zukunft gehen wir gemeinsam: Gemeinschaften, Regierungen und Partner in der ganzen Welt – Seite an Seite. So bewirken wir echte dauerhafte Veränderungen.



© Gates Foundation/Andrew Esiebo, Nigeria

Ich bin immer noch da

Von Josephine Barasa

Gemeindegesundheitsfachkraft, Kenia



© Gates Foundation/Natalia Jidovanu, Kenia

Sie nannten mich „Mütter-Mentorin“.

Das war meine Berufsbezeichnung. Ich bin eine Gesundheitsfachkraft und kämpfe gegen geschlechtsspezifische Gewalt.

Frauen – eigentlich noch Mädchen – kamen zu mir, um Hilfe zu suchen. Die meisten hatten kaum Zeit, Kinder zu sein, bevor sie Mutter wurden. Einige von ihnen hatten keine Wahl. Viele hatten Gewalt erlebt.

Ich weiß, was es heißt, den Schmerz einer Wunde zu tragen, die man sich nicht ausgesucht hat. Als junge Frau habe auch ich Gewalt erlebt. Beim Anblick dieser Mädchen sah ich mehr als nur Schmerz. Ich sah mich selbst.

Ich begleitete sie durch ihre Schwangerschaft und die erste Zeit als Mutter. Ich war für sie da – inmitten ihrer Angstgefühle, ihrer Unsicherheit und der Fragen, die sonst niemand beantworten wollte. Und ich zeigte ihnen, was sie tun mussten, damit ihre Babys gesund blieben: Impfungen, Ernährung, Stillen, Sauberkeit und regelmäßige Besuche in der Klinik.

Dann, an einem Nachmittag im Januar, war plötzlich alles vorbei.

Die E-Mail kam kurz nach 14 Uhr. Sie war kurz:

„Es tut uns leid. Wir benötigen Ihre Dienste nicht mehr.“

Ich erstarrte – und verstummte. Vier Tage lang sprach ich kein Wort. Ich verließ mein Bett nicht mehr. Ich konnte einfach nicht. Als jemand, dessen Leben darauf ausgerichtet war, zu sprechen, anzuleiten und zu helfen, hatte ich das Gefühl, meine Stimme verloren zu haben.

Fünf Tage nach Eingang der E-Mail wurden ich und mein Team zu einer Nachbesprechung gebeten. Als wir uns danach unterhielten, fand ich endlich langsam meine Sprache wieder. Mir wurde klar: **Sie konnten uns das Geld nehmen, aber sie konnten mich nicht meinen Frauen wegnehmen.**

Im Februar ging ich zurück – inoffiziell, unbezahlt und auf eigene Faust. Ich bin immer noch da – Tag für Tag. Ich untersuche immer noch Frauen auf geschlechtsspezifische Gewalt. Ich biete immer noch Gesundheitsaufklärung und Grundversorgung für ihre Kinder an. Ich höre ihnen immer noch zu. **Die Unterstützungssysteme mögen verschwunden sein – der Bedarf jedoch nicht. Und ich auch nicht.**

Wir haben versucht, die Lücken so gut wie möglich zu schließen. So haben wir Kirchen, Moscheen und Gemeinschaftszentren besucht und erklärt, was wir tun. Wir haben um kleine Spenden gebeten, um einen Ort, an dem wir uns treffen können – um alles, was uns helfen kann, unsere Arbeit fortzusetzen, uns weiter um die Kinder zu kümmern und ihre Mütter zu unterstützen. Manchmal erhalten wir ein wenig Unterstützung. Manchmal wird uns einfach gesagt, wir sollten später wiederkommen. Doch wir geben nicht auf.

Die kenianische Regierung ist eingesprungen und unterstützt uns, wo sie kann. Sie hat begonnen, klarer zu kommunizieren und auf einige der unmittelbaren Lücken in der Gesundheitsversorgung für Mütter zu reagieren. Das ist schon mal ein Anfang.

Unterdessen habe ich die Hoffnung nie aufgegeben. Ich habe gesehen, was geschieht, wenn eine Frau unterstützt wird – wie sie nicht nur ihr eigenes Leben verändert, sondern auch das ihrer Kinder und das ihrer Gemeinschaft. Wenn wir Frauen nicht handeln, werden unsere Gemeinschaften stillstehen – ohne Wachstum und ohne Wandel.

Aber ich glaube, dass sie handeln können – und es tun werden.
Mit jedem Tag, an dem ich da bin, entscheide ich mich für diese Zukunft – für mich selbst, für meine Kinder und die Mädchen, die noch lernen, wie man Mutter wird.



© Gates Foundation/Natalia Jidovanu, Kenia

Routineimpfungen sind nach wie vor die beste Investition in die globale Gesundheit.

Seit dem Jahr 2000 konnte die Zahl der Todesfälle bei Kindern halbiert werden. Der Hauptgrund dafür? Impfstoffe, die den Kindern verabreicht wurden, die sie am dringendsten brauchen.

Jeder für Impfungen ausgegebene US-Dollar brachte den entsprechenden Ländern einen Ertrag von 54 US-Dollar ein.

Doch eigentlich ist die Wirkung je Dollar sogar noch größer: Denn jede Investition in die Gesundheit rettet nicht nur Leben, sondern verändert sie auch. Ein gesundes Kind kann zur Schule gehen und lernen. Gesunde Eltern können arbeiten und ihre Familien versorgen. Gesunde Gesellschaften wiederum sind wirtschaftlich stärker und können mehr in ihre Bevölkerung investieren.

In wohlhabenden Ländern fällt es vielen Menschen schwer, sich vorzustellen, wie das Leben aussah, bevor Impfungen selbstverständlich wurden.

Dr. Awa Marie Coll Seck, die zweimal als Gesundheitsministerin im Senegal amtierte, erinnert sich hingegen nur zu gut daran.

Sie erzählt, dass es in ihrer Kultur früher hieß: Ein Kind hat man erst wirklich, wenn es das fünfte Lebensjahr und die Masern überlebt hat.

Im Senegal gab es einst ganze Krankenstationen voller Kinder, die an Masern litten. Einige wurden mit Hirnschäden entlassen. Andere kehrten gar nicht nach Hause zurück.

Mithilfe der Impfallianz Gavi konnte der Senegal jedoch Prioritäten setzen und sein System von Routineimpfungen stärken. Da immer mehr Kinder erreicht wurden, sank die Zahl der Fälle drastisch – von einem Höchststand bei 24.000 im Jahr 2000 auf nur noch einige Hundert oder weniger in den letzten Jahren. Heute sind viele der einst überfüllten Masernstationen geschlossen.

Dieser Fortschritt ist beeindruckend. Er ist jedoch auch fragil – denn jedes Mal, wenn Routineimpfungen ausbleiben, können tödliche Krankheiten zurückkehren. Und wieder aufzuholen, kostet mehr als auf Kurs zu bleiben.

Deshalb ist die Impfung von Kindern heute nicht nur eine Investition in *ihre* Zukunft, sondern in die Zukunft ganzer Nationen.



© Gates Archive/Mansi Midha, Indonesien



INNOVATIONEN, DIE MEHR AUS JEDEM DOLLAR MACHEN

Zur Bekämpfung von Malaria setzen Länder die wirksamsten Ressourcen in den Gebieten ein, in denen der Bedarf am größten ist.

Mit jeder Regenzeit kehrt in Subsahara-Afrika die gleiche Angst ein – die Angst vor dem tödlichsten Tier der Welt, der *Anopheles*-Mücke, und der Krankheit, die sie überträgt: **Malaria**.

Die Krankheit ist so weit verbreitet, dass die meisten Menschen dort irgendwann in ihrem Leben damit infiziert werden. Sie ist so tödlich, dass fast jeder jemanden kennt, der an Malaria gestorben ist – ein Baby, ein Elternteil, ein Mitglied der Familie oder des Freundeskreises.

Ein großes Problem besteht darin, dass Malaria sich nicht überall in einem Land gleich verhält. Ein einheitlicher Ansatz ist deshalb nicht die wirksamste Strategie, um Leben zu retten.

Hier kommt die maßgeschneiderte Anpassung der Strategie auf subnationaler Ebene ins Spiel: Die Länder entscheiden, welche Maßnahmen wo, wann und in welcher Intensität im Kampf gegen Malaria eingesetzt werden sollen.

Das Ergebnis? Weniger Kampagnen zur Bekämpfung von Malaria und nur an den wichtigsten Orten.



© Gates Foundation/Brian Otieno, Kenia

Durch eine gezieltere Ausrichtung der Kampagnen wird Geld gespart. Dadurch können es sich die Länder leisten, mehrere Maßnahmen zu kombinieren, und so Kindern (und ihren Familien) noch mehr Schutz bieten.

Durch eine maßgeschneiderte Reaktion, die eine maximale Wirkung anstrebt, können die Länder die **Zahl der geretteten Menschenleben pro Dollar maximieren.**

In Sambia konnten durch die Einführung einer digitalen Smart Map, die Sprühteams gezielt in Hochrisikogebiete führte, die Kosten pro verhindertem Malariafall um mehr als 20 Prozent gesenkt werden.

Weniger Malariafälle bedeuten auch mehr Kapazitäten für die Behandlung anderer Krankheiten: Schließlich ist es viel einfacher, ein Gesundheitszentrum mit Material und Personal zu versorgen, wenn es nicht jedes Jahr vier Monate lang mit an Malaria erkrankten Menschen überlastet ist.

Dank Impfstoffen, die mit weniger Dosen denselben Schutz bieten, bleibt mehr Geld übrig, das Länder wieder in ihre Gesundheitssysteme investieren können.

Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe (PCV) schützen Kinder vor einer Lungenentzündung, der häufigsten tödlichen Infektionserkrankung bei Kindern unter fünf Jahren.

Im März dieses Jahres hat die Weltgesundheitsorganisation WHO ihre Leitlinien zu PCV aktualisiert. Für Länder mit einem etablierten PCV-Programm sehen sie nun ein reduziertes Impfprogramm vor. Traditionell erhielten Kinder drei Dosen (zwei Erstdosen plus eine Auffrischungsimpfung). Ab sofort können sie eine Erstdosis und eine Auffrischungsimpfung erhalten – und sind dennoch in hohem Maße geschützt.

Eine Dosis weniger – das scheint nicht sehr viel zu sein. Aber dadurch verändert sich alles. Damit können nicht nur die Kosten gesenkt und die Logistik vereinfacht, sondern auch die Gesundheitssysteme entlastet und gleichzeitig Kinder vor einer Erkrankung geschützt werden.

Wenn die in Frage kommenden Länder auf zwei Dosen umstellen, könnten bis 2050 rund 2 Milliarden US-Dollar eingespart werden. Das eingesparte Geld können die Länder nutzen, um die Impfversorgung auszuweiten – oder Impfstoffe gegen Krankheiten einzuführen, an denen besonders viele Kinder sterben.

Lebensrettende Impfungen

Von Dr. Naveen Thacker, Indien

Facharzt für Kinderheilkunde, Deep Children's Hospital, Gandhidham, Gujarat
Geschäftsführer, International Pediatric Association



© Gates Foundation/Mansi Midha, Indien

Einige bahnbrechende Neuerungen brauchen Generationen, um Spuren zu hinterlassen. Bei Impfungen ist das anders. Ich bin jetzt schon seit 40 Jahren als Kinderarzt tätig. So konnte ich in Echtzeit miterleben, wie Impfungen ihre Wirkung entfalten und Kinderleben innerhalb einer Generation grundlegend verändert haben.

Ich bin in Satna aufgewachsen, einer Stadt in Indien. Damals war es nicht ungewöhnlich, jemanden sagen zu hören: „Wir waren sieben, jetzt sind wir fünf.“ Familien bekamen viele Kinder – nicht nur, weil sie es wollten, sondern weil sie wussten, dass nicht jedes Kind überleben würde. Die meisten Menschen meiner Generation hatten ein Geschwisterkind, das früh an Fieber, Lungenentzündung oder einer plötzlich auftretenden, unbekannten Krankheit starb.

Heute können sich Eltern dafür entscheiden, nur ein oder zwei Kinder zu bekommen, weil sie darauf vertrauen können, dass sie überleben werden.

Als ich meine Facharztausbildung begann, war die Station des Krankenhauses voller Kinder, die an Neugeborenen-Tetanus, Diphtherie, Lungenentzündung und Rotavirus litten. Später sah ich 55 Fälle von Polio in einem einzigen Monat. Ich galt als Experte für Hirnhautentzündung – einfach, weil ich so viele Kinder behandelt hatte, die daran erkrankt waren. Jeden Tag sah ich erschütterndes Leiden. Viele Kinder überlebten nicht – oder wenn, dann nur mit lebenslangen gesundheitlichen Problemen.

Heute sind diese Krankheiten aus meinem Klinikalltag weitgehend verschwunden.

Warum? **Weil inzwischen Impfstoffe verfügbar sind.**

In Indien hat die Einführung des Fünffachimpfstoffs – gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis B und *Haemophilus influenzae* Typ b – sowie von Rotavirus-Impfstoffen dazu beigetragen, die Zahl der Todesfälle durch Lungenentzündung und Durchfall um mehr als die Hälfte zu senken. Früher waren das zwei der häufigsten Todesursachen bei Kindern. 2024 erhielten 94 Prozent der in Frage kommenden Kinder den Fünffachimpfstoff. Das ist eine der höchsten Durchimpfungsraten in der Region.

Mission Indradhanush, das 2014 ins Leben gerufene Regierungsprogramm zur Verbesserung der Impfquoten bei Kindern, soll gewährleisten, dass jedes Kind unter zwei Jahren und jede schwangere Frau vollständig gegen alle durch Impfungen vermeidbaren Krankheiten geimpft ist. Der Schwerpunkt des Programms liegt auf Gebieten mit geringer Durchimpfung. Die Kampagne hat inzwischen über 50 Millionen Kinder und 12 Millionen Schwangere erreicht. Sie baut auf den Erfahrungen bei der Bekämpfung von Polio auf, um Lücken zu schließen – durch Mikroplanung, Öffentlichkeitsarbeit und den Dialog mit der Bevölkerung. Heute sind im bevölkerungsreichsten Land der Welt mehr als 90 Prozent der Menschen vollständig geimpft.

Die konsequenten Investitionen der indischen Regierung in die Stärkung ihrer Lieferkette und des medizinischen Personals an vorderster Front – unter Einsatz digitaler Tools – waren für diesen Erfolg von entscheidender Bedeutung. Gestützt auf die Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie hat Indien sein gesamtes nationales Impfsystem digitalisiert. So sind im Land über 79 Millionen registrierte Empfängerinnen und Empfänger sowie 292 Millionen Impfdosen erfasst. Indien verfügt damit über eines der weltweit größten elektronischen Impfregister. Die Auswirkungen sind nicht nur in den Statistiken sichtbar, sondern auch in den Gesichtern der Kinder, die nun gesund aufwachsen.

In einer Zeit, in der die Gesundheitsbudgets überall unter Druck stehen, sind Routineimpfungen eine der sinnvollsten Investitionen, die wir tätigen können. Impfstoffe retten nicht nur Leben – sie verhindern auch den Ausbruch von Krankheiten, die Krankenhäuser belasten, den Bildungsbetrieb stören und Ressourcen von anderen Prioritäten abziehen. Jeder Dollar, der für Impfungen ausgegeben wird, zahlt sich mehrfach aus: Auch vermiedene Behandlungskosten und erhaltene Produktivität sind eine Form des Ertrags. Anders ausgedrückt: Impfungen verursachen keine Mehrkosten, sondern sparen Kosten.

Wenn wir mehr gesunde Kinder sehen wollen, müssen Impfstoffe bezahlbar sein. In Indien war der Kostenfaktor erfolgsentscheidend. Auch weltweit hat er maßgeblich zu den Fortschritten im Bereich der Kindergesundheit beigetragen. 60 Prozent der Impfstoffe auf der Welt werden in Indien hergestellt. Dadurch sind Impfungen erschwinglich und weltweit zugänglich. Sie retten nicht nur in Indien, sondern



© Gates Foundation/Mansi Midha, Indien

auch in Afrika und Südostasien Millionen von Menschenleben. Hierzu nur zwei Beispiele: Der vom Serum Institute of India (SII) entwickelte Pneumokokken-Konjugatimpfstoff wurde zu einem Preis von nur 2 US-Dollar pro Dosis eingeführt; ein in Indien entwickelter Rotavirus-Impfstoff senkte den Preis auf etwa 1 US-Dollar pro Dosis, was eine großflächige Einführung in Afrika und Asien ermöglichte.

Als ich meine ärztliche Tätigkeit aufnahm, sah ich unzählige Kinder, die um ihr Leben kämpften. Sie litten an Krankheiten, die heute dank der Impfstoffe keine Chance mehr haben.

In einem Menschenleben kann sich so viel ändern –
dank der Wirkung lebensrettender Impfungen.



KRANKHEITEN AUS DER WELT SCHAFFEN

Bis zum Jahr 2040 könnte Malaria dank neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ausgerottet sein, eine durch Mücken übertragene Krankheit, an der jedes Jahr mehr als 400.000 Kinder unter fünf Jahren sterben.

Durch die Kombination mehrerer Innovationen wird ein dreifacher Schutzschild zur Bekämpfung dieser tödlichen Krankheit geschaffen:

Vor dem Stich. Die Erforschung einer neuen Generation von Impfstoffen hat das Potenzial, kritische Lücken zu schließen. Sie schützen ältere Kinder und Menschen, die bereits mit der Krankheit in Berührung gekommen sind – insbesondere in Hochrisikogebieten wie Subsahara-Afrika, wo 94 Prozent aller Malariafälle auftreten.

Während der Exposition. Vor etwa 20 Jahren führte die flächendeckende Einführung von mit Insektiziden behandelten Moskitonetzen in Subsahara-Afrika zum schnellsten Rückgang der malariabedingten Todesfälle in der Geschichte.

Doch die Mücken passten sich an.

In nur 18 Monaten kann eine einzelne Mückenpopulation 20 Generationen durchlaufen. So haben Mücken reichlich Gelegenheit, Resistenzen gegen das Insektizid auf den Moskitonetzen zu entwickeln.

Daraufhin entwickelten Forschende Moskitonetze mit einer Kombination von *zwei* Insektiziden als Strategie gegen Resistenzen. Bei ersten Einsätzen in 17 Ländern Afrikas haben diese Moskitonetze bereits dazu beigetragen, über 13 Millionen Malariafälle zu verhindern.

Inzwischen hat sich jedoch die Einführung der neuen Netze durch Kürzungen von Finanzierungsmitteln verlangsamt. Eigentlich ist die Rechnung aber einfach: **Für etwas mehr als 1 US-Dollar pro Person können jährlich Zehntausende Menschenleben gerettet werden.**

Doch das ist noch nicht alles. Ein führender Hersteller von Insektenabwehrmitteln hat ein kleines, Plakat ähnliches Raumschutzmittel entwickelt – ein Quadrat, das sich an der Wand befestigen lässt und die Stechmücken rund um die Uhr fernhält. Es sieht aus wie etwas, das man an der Wand eines Kinderzimmers findet – vielleicht neben einem Superheldenposter. Nur dass es sich bei diesem Quadrat *wirklich* um einen Superhelden handelt, denn es rettet Menschenleben.

Nach der Infektion. Die Behandlung wird deutlich einfacher. Bestimmte Arten von Malaria lassen sich mit einer einzigen Dosis heilen. Das heißt, mehrtägige Behandlungen können durch eine einzelne Tablette ersetzt werden.

Mit solchen Innovationen der nächsten Generation, starkem Vertrauen und engen Partnerschaften mit Regierungen und Experten vor Ort können wir verhindern, dass Malaria eine weit verbreitete Krankheit bleibt, die in manchen Fällen sogar tödlich verläuft.

Wir sind auf dem besten Weg, Malaria innerhalb unserer Lebenszeit vollständig aus der Welt zu schaffen.

Es ist eine ambitionierte Idee, die unter der Führung afrikanischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler umgesetzt wird.

Bis 2045

können mit Malariamitteln der nächsten Generation

5,7 MILLIONEN
Kinderleben gerettet werden

Eine Zukunft ohne Malaria

Von Krystal Mwesiga Birungi, Uganda

Mitarbeiterin für Forschung und Öffentlichkeitsarbeit, Target Malaria Uganda



© Gates Foundation/Zahara Abdul, Uganda

Es ist eine meiner frühesten Erinnerungen: Mein kleiner Bruder windet sich im Fieberkrampf und meine Mutter versucht verzweifelt, seinen Körper zu kühlen. Er hatte Malaria. Wir wussten, dass es eine Behandlung gab, aber wir konnten sie uns nicht leisten. Also konnten wir nur beten.

Er erkrankte nicht nur einmal daran, sondern immer wieder. Als ich ihn so sah, empfand ich nur Angst und Hilflosigkeit. Dann erkrankte ich selbst an Malaria. Die Schmerzen waren so unerträglich, dass ich mir manchmal wünschte ... es wäre einfach zu Ende. **Das ist die Realität von Malaria. Niemand kann vermeiden, dass die Krankheit zuschlägt. Hat sie einen Menschen erst einmal im Griff, ist sein Überleben nicht garantiert.**

Damals waren für meine Familie sogar Moskitonetze unerschwinglich. Meine Mutter sagte einmal: „Moskitonetze sind etwas für reiche Leute.“ Sie stand immer vor einer unmöglichen Wahl: Wenn sie zu Hause blieb, um ihr krankes Kind zu pflegen, musste die Familie hungern. Ging sie zur Arbeit, riskierte sie, ihr Kind zu verlieren. Noch heute müssen viele Eltern in Uganda solche Entscheidungen treffen.

Als ich 14 Jahre alt war, kam der Global Fund zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria in mein Land – und das änderte alles. Plötzlich wurden kostenlose Moskitonetze und Medikamente verteilt. Gemeindegesundheitsfachkräfte konnten Malaria in unserem unmittelbaren Umfeld diagnostizieren und behandeln. Zum ersten Mal war Malaria kein Todesurteil mehr für ärmere Menschen. In den Ländern, in die der Global Fund investiert, darunter auch in meinem

Heimatland, sind die Todesfälle durch Malaria in weniger als 20 Jahren um 29 Prozent zurückgegangen. Tuberkulose und Malaria in mein Land – und das änderte alles. Plötzlich wurden kostenlose Moskitonetze und Medikamente verteilt. Gemeindegesundheitsfachkräfte konnten Malaria in unserem unmittelbaren Umfeld diagnostizieren und behandeln. Zum ersten Mal war Malaria kein Todesurteil mehr für ärmere Menschen. In den Ländern, in die der Global Fund investiert, darunter auch in meinem Heimatland, sind die Todesfälle durch Malaria in weniger als 20 Jahren um 29 Prozent zurückgegangen. **Ohne diese Programme hätten sich die Todesfälle durch Malaria im gleichen Zeitraum verdoppelt.**

Diese Maßnahmen gaben mir eine Zukunft – und meinem Leben einen Sinn. Heute bin ich Entomologin und arbeite bei Target Malaria am Uganda Virus Research Institute an der Entwicklung neuer genetischer Technologien, um die Zahl der Stechmücken zu reduzieren, die Malaria übertragen. Als ich als Teenager zum ersten Mal von Genetik hörte, wurde mir klar, welche Wirkung damit erzielt werden könnte. Viele hielten meinen Traum, Malaria mithilfe von Genetik zu bekämpfen, für unmöglich. Meine Mutter war anderer Meinung. Sie hatte Recht.

Seit meiner Kindheit hat sich die Wissenschaft weiterentwickelt. Heute stehen uns mehr Mittel zur Bekämpfung von Malaria zur Verfügung als je zuvor. Neuere, stärkere Moskitonetze, Sprühmittel für Innenräume, Medikamente und Impfstoffe haben Millionen Menschenleben gerettet. Doch sie alle stoßen irgendwann an ihre Grenzen. Die Stechmücken entwickeln Resistenzen gegen Insektizide. Die Parasiten entwickeln Resistenzen gegenüber Medikamenten.

Die Impfstoffe retten Leben, sind allein aber noch nicht stark genug, um die Übertragung zu stoppen. Nichts davon reicht aus, um Malaria ganz aus der Welt zu schaffen. Deshalb brauchen wir neue Innovationen, die die Übertragung vollständig unterbinden können.

Wir erforschen, wie die Gene-Drive-Technologie – mit der sich ein bestimmtes genetisches Merkmal viel schneller als normal in einer Population verbreiten lässt – zur Bekämpfung von Malaria beitragen könnte. Nur bestimmte Arten von Stechmücken übertragen den Malariaparasiten. Afrikanische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler – darunter auch bei Target Malaria, wo ich arbeite – untersuchen, ob eine Veränderung der Gene der Mücken, die Malaria übertragen, deren Fortpflanzungsfähigkeit verringern oder sie daran hindern könnte, den Parasiten an den Menschen weiterzugeben. In der Regel werden solche genetischen Veränderungen nur in etwa der Hälfte der Fälle vererbt, aber mit der Gene-Drive-Technologie können die Merkmale an fast alle Nachkommen weitergegeben werden. So kann die Übertragung von Malaria in einer Region reduziert oder sogar ganz verhindert werden.

Natürlich geht es in der Forschung nicht nur um Wissenschaft, sondern auch um Vertrauensbildung. Deshalb arbeiten wir gemeinsam mit unseren Partnern Hand in Hand mit den Gemeinschaften vor Ort – wir hören zu, erklären und stellen sicher, dass ihre Beiträge in unsere Arbeit einfließen.

Meine Motivation ist ganz einfach: Auch heute noch sterben Kinder an der Krankheit, die meine Kindheit geprägt hat. Ich habe überlebt, weil jemand in mich investiert hat. Jetzt bin ich an der Reihe, anderen Gleiches zu ermöglichen.



© Gates Foundation/Zahara Abdul, Uganda

Vor einem Jahr wurde mein Sohn fünf Jahre alt. Für viele Eltern bedeutet dieser Meilenstein, dass ihre Kinder bereit für die Schule sind. Ich hingegen verbinde damit den Gedanken ans Überleben. In Uganda stirbt eines von 25 Kindern vor seinem fünften Geburtstag – in den meisten Fällen an Malaria. Als mein Sohn die Kerzen auf seinem Geburtstagskuchen ausblies, dachte ich nur: *Er lebt. Er hat es geschafft.*

Jedes Kind verdient diese Chance. **Malaria zu besiegen ist nicht nur möglich, sondern dringend notwendig.** Afrikanische Forschende wissen das – und wir gehen mit gutem Beispiel voran. Wir verfügen über die Innovationen. Wir verfügen über das Wissen. Und wir treiben das wissenschaftliche Verständnis voran – bis wir unser Ziel erreichen.

Bis Ende der 2040er-Jahre könnten neue Innovationen Todesfälle durch HIV/AIDS, einst die tödlichste Pandemie der Welt, praktisch beseitigen.

Stellen Sie sich Folgendes vor: Wir schreiben das Jahr 2044. Ein Mädchen im Teenageralter in Botswana weiß zwar, was HIV/AIDS ist, aber weder sie noch jemand in ihrem Alter kennt jemanden, der daran gestorben ist.

Als ihre Großeltern Kinder waren, sah die Situation ganz anders aus. Es gab keine bezahlbaren oder wirksamen Behandlungsmethoden für HIV/AIDS. Eine Diagnose war fast immer ein Todesurteil, die Weitergabe der Krankheit war fast sicher.

Als ihre Eltern junge Erwachsene waren, gab es bereits Behandlungsmethoden. Mit einer täglichen antiretroviralen Therapie, einer Kombination von HIV-Medikamenten (eine Tablette pro Tag), konnten an HIV/AIDS erkrankte Menschen trotzdem ein langes, gesundes Leben führen. PrEP-Tabletten (Präexpositionsprophylaxe) schützten nun gefährdete Menschen vor einer Infektion. Diese Mittel waren früher zu teuer oder zu schwer zu beschaffen. Dank Initiativen wie PEPFAR, dem Notfallplan des US-Präsidenten zur Aidsbekämpfung, und dem Globalen Fonds wurden sie

in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen für einen breiteren Kreis von Patientinnen und Patienten verfügbar.

Dennoch war es nicht immer einfach, diese Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Die Behandlungszentren waren häufig zu weit entfernt. Eine mögliche Stigmatisierung hielt Betroffene davon ab, sich in Behandlung zu begeben. Einige Menschen, darunter Kinder, konnten die Ansteckung nicht vermeiden. Mütter gaben das Virus an ihre Kinder weiter. Viele dieser Babys überlebten nicht.

Aber das kann sich unser Teenager schon gar nicht mehr vorstellen. Sie entsperrt ihr Handy und tippt auf ihre Gesundheits-App. Es handelt sich um einen KI-Assistenten, der ihr bei allen Fragen hilft – von der psychischen Gesundheit bis zur Empfängnisverhütung.

Heute gibt er ihr Informationen über HIV-Prävention.

Sie erfährt mehr über die Risiken, denen sie ausgesetzt ist, und mehrere Optionen für zuverlässige, erschwingliche und lange wirksame Mittel gegen HIV – eine monatliche Pille, eine jährliche Injektion und sogar einen wirksamen Impfstoff.

Sie wählt eine Option aus.

Diese steht ihr innerhalb weniger Stunden zur Verfügung.

Es handelt sich um eine einzige Spritze – ein Mittel namens Lenacapavir. Eine Dosis pro Jahr. Das war's schon.

Diese Zukunftsvision scheint noch in weiter Ferne zu liegen. Aber das ist sie gar nicht.

Lenacapavir gibt es schon – und wenn in einigen Jahren ein Generikum auf den Markt kommt, wird es noch kostengünstiger sein. Es wird noch ein wenig dauern, bis eine Spritze pro Jahr reicht – aber auch das könnte schon 2028 der Fall sein. Im Moment sind es noch zwei Injektionen pro Jahr, aber das sind immer noch 363 Dosen weniger als die tägliche Tablette, die heute verfügbar ist. Selbst diese Tablette wird jedoch weiterentwickelt: Eine monatliche Version der oralen PrEP befindet sich aktuell in der letzten Testphase.

In Zeiten knapper Ressourcen ist diese Art von Innovation wichtiger denn je. Wenn die Lösung mit zwei Injektionen pro Jahr nur in 4 Prozent der Gebiete mit hoher Infektionsrate eingesetzt würde, könnten bis zu 20 Prozent der Neuinfektionen verhindert werden.

Das würde das Leben aller Menschen verändern, insbesondere aber das von Kindern. **Weniger infizierte Frauen bedeuten weniger Babys, die mit dem Virus geboren werden.**

Bis 2045

können durch die großflächige
Einführung von Impfstoffen gegen
RSV und Lungenentzündungen

3,4 MILLIONEN
Kinderleben gerettet werden

Neue Impfstoffe für Mütter, die Babys schon vor der Geburt schützen, sind unsere Chance, dafür zu sorgen, dass die ersten Lebensmonate eines Säuglings nicht auch seine letzten sind.

Alle diese Innovationen werden dazu beitragen, Millionen Kinderleben zu retten.

Für eine Tragödie haben wir jedoch noch keine Lösung gefunden. **Fast die Hälfte aller Todesfälle bei Kindern ereignet sich im ersten Lebensmonat.**

Innovationen wie der Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV) haben dazu beigetragen, bakterielle Lungenentzündungen einzudämmen. Doch einige Viren und Bakterien schlagen innerhalb von Tagen oder Wochen nach der Geburt zu – so rasch, dass wir die Säuglinge nicht schnell genug immunisieren können.

Das Humane Respiratorische Syncytial-Virus (RSV) ist eine dieser Bedrohungen. In einkommensstarken wie einkommensschwachen Ländern ist es die häufigste Ursache für Lungenentzündungen bei Säuglingen und ein Hauptgrund dafür, dass Neugeborene mit Atemnot ins Krankenhaus eingeliefert werden.

Darüber hinaus leiden Säuglinge, die in den ersten sechs Lebensmonaten mit RSV ins Krankenhaus eingeliefert werden, später in ihrer Kindheit dreimal häufiger an wiederkehrenden Infektionen der unteren Atemwege.

Dann sind da noch *Streptokokken* der Gruppe B (GBS), eine schleichendere, aber ebenso tödliche Krankheit. Viele Schwangere tragen diese Bakterien ohne Symptome in sich. Werden sie jedoch auf ein Neugeborenes übertragen, können sie innerhalb weniger Stunden nach der Geburt zu Blutinfektionen, Hirnschäden oder zum Tod führen. Aktuell gibt es noch keinen Impfstoff, der dies verhindern könnte.

Ende der 2000er-Jahre begannen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, eine andere Strategie zu erforschen: ***Wenn Säuglinge nicht schnell genug geschützt werden können, wäre es stattdessen möglich, ihre Mütter zu immunisieren?***

Die Idee ist einfach, aber wirkungsvoll. Wird eine Schwangere geimpft, gibt sie die Antikörper über die Plazenta an ihr Baby weiter und schützt es so noch vor der Geburt. Das ist so, als würde man einem Neugeborenen eine Ritterrüstung anlegen.

Impfungen von Müttern werden bereits zum Schutz vor Tetanus und Keuchhusten eingesetzt. Neue Impfstoffe gegen RSV und GBS könnten zeigen, welches Potenzial die Immunisierung der Mütter wirklich hat.

Sicherheit steht natürlich bei allen Impfstoffen an erster Stelle – insbesondere bei solchen für werdende Mütter. Darum hat es Jahre geduldiger, sorgfältiger Arbeit gebraucht, um diesen Ansatz zu entwickeln.

Wer vor Kurzem in den USA, in Großbritannien oder Kanada entbunden hat, profitiert vielleicht sogar schon vom RSV-Impfstoff.

Mütter und Säuglinge *überall auf der Welt* verdienen den bestmöglichen Schutz. Der RSV-Impfstoff wurde vor zwei Jahren in reicheren Industrieländern eingeführt. Ab sofort wird er auch in den von Gavi unterstützten Ländern verfügbar sein, um Säuglinge in einkommensschwachen Ländern zu schützen, wo die meisten Todesfälle auftreten.

Was GBS betrifft, so befindet sich ein Impfstoff in der Entwicklung, der die Situation grundlegend verändern könnte. Verläuft die Entwicklung erfolgreich, wäre es der erste Impfstoff überhaupt, der GBS-Infektionen bei Neugeborenen verhindert.

Die Bereitstellung dieser Impfstoffe wird speziell auf die Bedürfnisse von Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zugeschnitten. Aktuell unterstützt die Gates Foundation die Entwicklung von Mehrfachampullen – Behältern, die genug Impfstoff für 2 bis 20 Personen enthalten. Mit diesen Ampullen lassen sich die Kosten senken und die Verteilung effizienter gestalten, insbesondere in Regionen mit knappen Ressourcen und hoher Nachfrage.

Innovationen dieser Art haben mehrere Vorteile: Sie retten Leben, sparen Geld und setzen Ressourcen frei, die für andere wichtige Prioritäten eingesetzt werden können.

Für die Säuglinge, deren Leben sie schützen, kann sich durch die Impfstoffe alles verändern – nicht nur in den ersten kostbaren Monaten, sondern im Rest ihres Lebens.



© Gates Archive/Mansi Midha, Indien

HANDLUNGS- AUFRUF

Ich bin dieses Jahr 70 geworden – ein Alter, in dem viele Menschen in Rente sind. Ich werde aber noch lange nicht kürzertreten, denn ich weiß, dass wir in den nächsten 20 Jahren noch viel mehr für die Kinder dieser Welt erreichen können.

Dazu können wir alle einen Beitrag leisten.

Wenn Sie in der Politik aktiv sind:

- Sorgen Sie dafür, dass Mittel in wirksame Lösungen investiert werden – bewährte Programme zur Förderung der Gesundheit wie Gavi und den Global Fund.
- Schützen Sie Investitionen in die medizinische Grundversorgung und Routineimpfungen – und bauen Sie sie weiter aus.
- Unterstützen Sie die Entwicklung und Einführung von Innovationen im Gesundheitswesen, um ihre Wirkung zu beschleunigen.

Wenn Sie sich als Bürgerin oder Bürger engagieren:

- Nutzen Sie Ihre Stimme, um den politischen Verantwortlichen ins Gedächtnis zu rufen, was wir alle gemeinsam haben: die Überzeugung, dass Kinder überleben und sich entfalten können sollten – unabhängig davon, wo sie geboren wurden.

Die letzte Generation hat bewiesen, dass wir mit Innovation und Engagement Millionen Kinderleben retten können.

Wir können das erneut schaffen – diesmal schneller, intelligenter und kostengünstiger.

Eltern verdienen die Chance, herauszufinden, was aus ihren Kindern wird, wenn sie groß sind. Sie sollten keine Angst haben müssen, ihre Kinder zu verlieren.

Wir können ihnen diese Chance geben.

Wenn wir jetzt mit weniger mehr erreichen und zu einer Welt zurückfinden, in der mehr Ressourcen für die Gesundheit von Kindern zur Verfügung stehen, dann können wir in 20 Jahren eine andere Geschichte erzählen: wie wir mehr Kindern geholfen haben, ihre Geburt und ihre Kindheit zu überleben.

Mehr erste Worte, erste Schritte, erste Schultage.

Mehr Kerzen zum Geburtstag.

Mehr Leben, die ihr volles Potenzial entfalten – nicht durch Glück, sondern durch gezielte Maßnahmen.

Jedes Leben, das wir schützen, ist eine Zukunft, die wir gestalten. Und dafür lohnt es sich zu kämpfen.

DATEN IM BLICKPUNKT

2015 einigten sich 193 Staats- und Regierungschefs auf 17 ehrgeizige Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs), um bis 2030 Armut zu beenden, Ungleichheiten zu bekämpfen und die gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Goalkeepers trägt dazu bei, die Umsetzung dieser Ziele schneller voranzubringen, insbesondere im Hinblick auf die Ziele 1 bis 6.

Im Goalkeepers-Bericht werden jedes Jahr 18 Schlüsselindikatoren – von Armut bis Bildung – erfasst und die neuesten Schätzungen dazu vorgelegt, wo Innovation und Investitionen Fortschritte ermöglichen und wo der Fortschritt ins Stocken gerät. Diese Daten machen deutlich, dass Fortschritte möglich, aber keineswegs garantiert sind.

Bis 2030 sind es nur noch fünf Jahre, doch die Welt ist nicht mehr auf Kurs. In diesem Jahr haben Kürzungen bei der Gesundheitsfinanzierung die Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung noch weiter in die Ferne rücken lassen.

Die 13 Gesundheitsindikatoren, die wir gemeinsam mit unserem Partner, dem Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), verfolgen, berücksichtigen die prognostizierten Auswirkungen potenzieller Kürzungen der Gesundheitsfinanzierung. Aktuell wird davon ausgegangen, dass die Entwicklungshilfe für Gesundheit im Jahr 2026 im Vergleich zum Finanzierungsniveau von 2024 um 20 Prozent sinken wird.

Eines ist klar: Es braucht jetzt entschlossenes Handeln, um die Ziele für nachhaltige Entwicklung zu erreichen und bis 2030 eine gerechtere und sicherere Zukunft für alle zu ermöglichen.

Interaktive Daten für Sie

Besuchen Sie unsere Website, um auf eine interaktive Version dieser Grafiken zuzugreifen und die Rohdaten einzusehen.

<https://gates.ly/ExploretheData>



Armut



Wachstumshemmung, Landwirtschaft



Müttersterblichkeit, Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren, Sterblichkeit von Neugeborenen, HIV, Tuberkulose, Malaria, vernachlässigte Tropenkrankheiten, Familienplanung, allgemeine Gesundheitsversorgung, Tabakkonsum, Impfstoffe



Bildung



Gleichstellung der Geschlechter



Sanitärversorgung



Inklusive Finanzsysteme

Armut



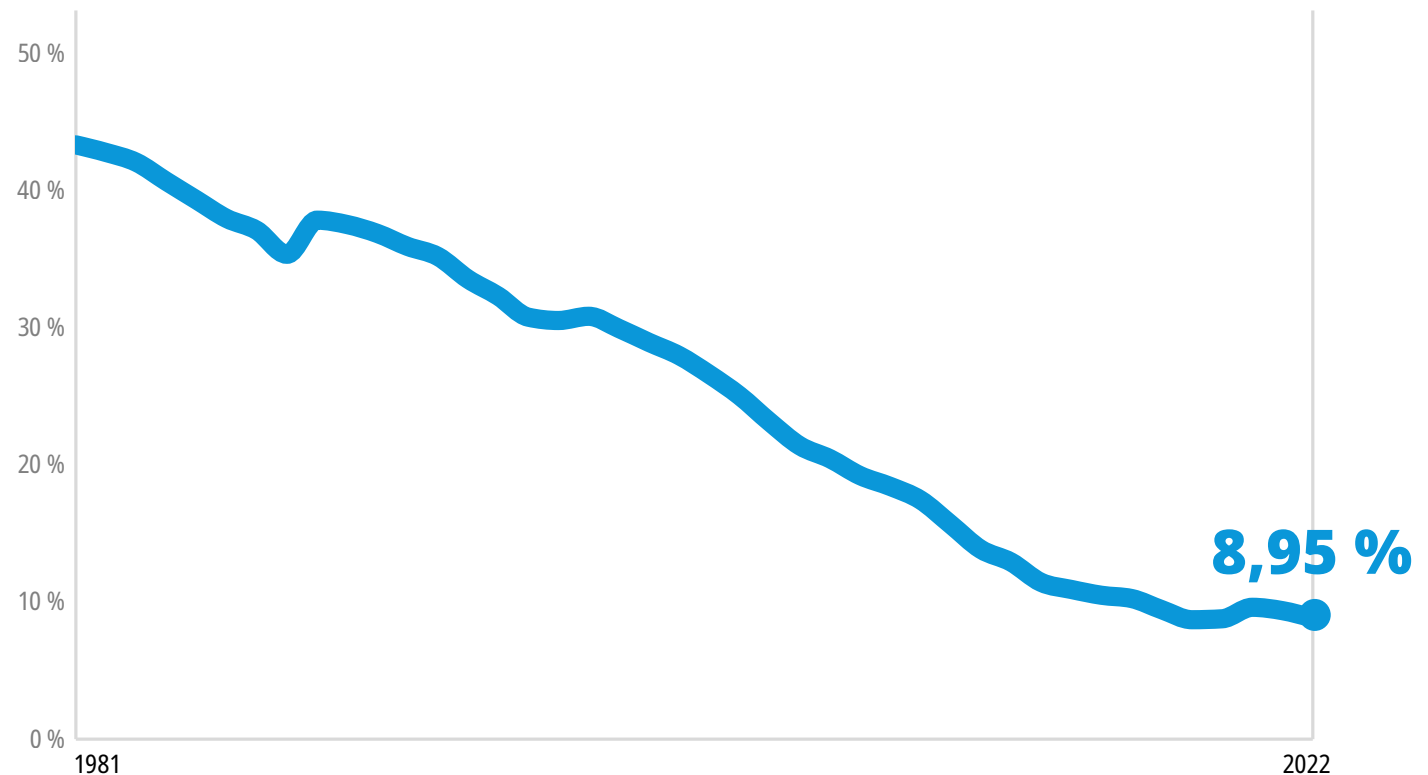
SDG-Ziel 1.1

Extreme Armut für alle Menschen überall auf der Welt beseitigen.

Neun Prozent der Weltbevölkerung und damit 712 Millionen Menschen mussten im Jahr 2022 von weniger als 2,15 US-Dollar pro Tag leben. Bei derzeitigem Trend werden fast 7 % der Weltbevölkerung in extremer Armut bleiben – bis 2030 wären das 574 Millionen Menschen.

(In der nächsten Ausgabe dieses Berichts wird die neue globale Armutsgrenze der Weltbank verwendet.)

Prozentualer Anteil der Bevölkerung, der unterhalb der internationalen Armutsgrenze lebt (2,15 US-Dollar/Tag)



Legende

Historischer Mittelwert

Wachstumshemmung

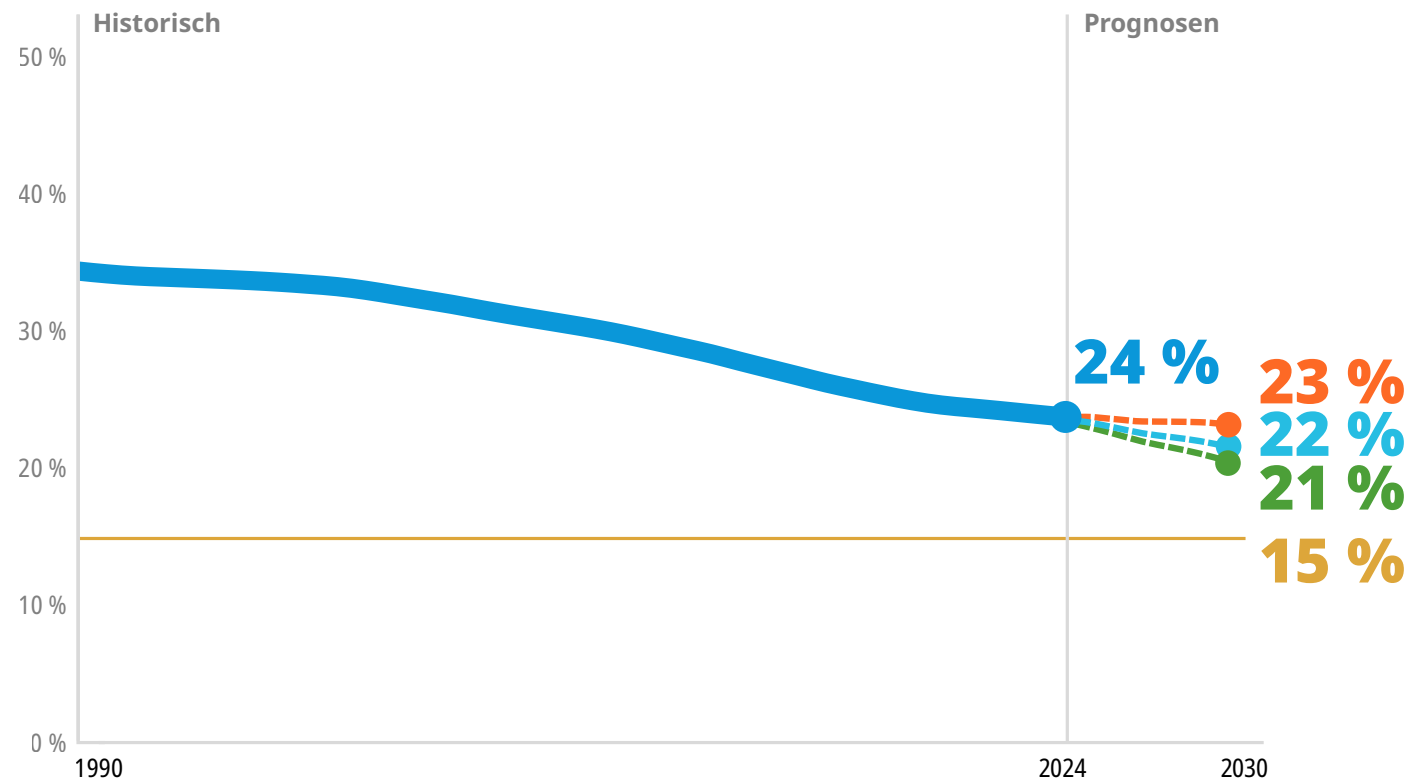
2 KEIN
HUNGER

SDG-Ziel 1.2

Alle Formen der Mangelernährung beenden, einschließlich durch Erreichung der international vereinbarten Zielvorgaben in Bezug auf Wachstumshemmung und Auszehrung bei Kindern unter 5 Jahren bis 2025.

Im Jahr 2024 stagnierte die Rate der Wachstumshemmung bei 24 %. Prognosen zufolge werden 2030 23 % der Kinder unter 5 Jahren betroffen sein, womit das für 2025 angestrebte Ziel von 15 % verfehlt würde.

Wachstumshemmung bei Kindern unter 5 Jahren



Legende

Ziel für 2030

Historischer Mittelwert

Besseres Szenario

Referenzszenario

Schlechteres Szenario

Landwirtschaft

2

KEIN
HUNGER

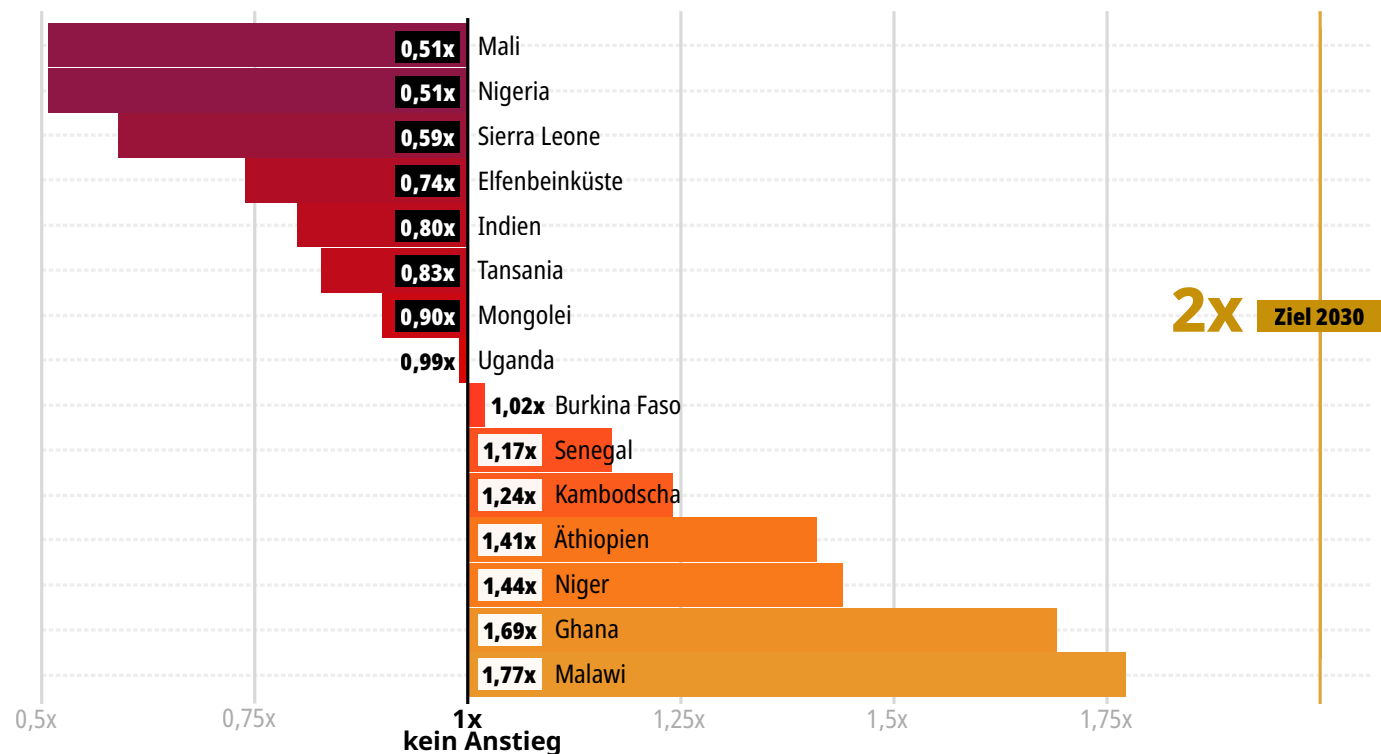
SDG-Ziel 2.3

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

Kleinerzeugerinnen und -erzeuger bleiben hinter Großbetrieben zurück und stehen vor einer Einkommens- und Produktivitätskrise. In einem Umfeld, in dem Extremwetterereignisse, Konflikte und wirtschaftliche Schwankungen ihre Ernährungssicherheit ernsthaft gefährden, sind Innovationen erforderlich, die es Kleinbäuerinnen und -bauern ermöglichen, mit ihren begrenzten Ressourcen mehr zu erreichen. Maßnahmen zur Ausweitung der landwirtschaftlichen Datenerhebung sind im Gange, um das Wissen weiter zu vertiefen.

Anmerkung: Länderspezifische Wachstumsraten können nicht verglichen werden, da sie für unterschiedliche Zeiträume berechnet wurden. Alle Zeitspannen sind in den Datenquellen aufgeführt.

Durchschnittliches jährliches Einkommenswachstum in der Landwirtschaft für Kleinerzeugerinnen und -erzeuger



Müttersterblichkeit

3

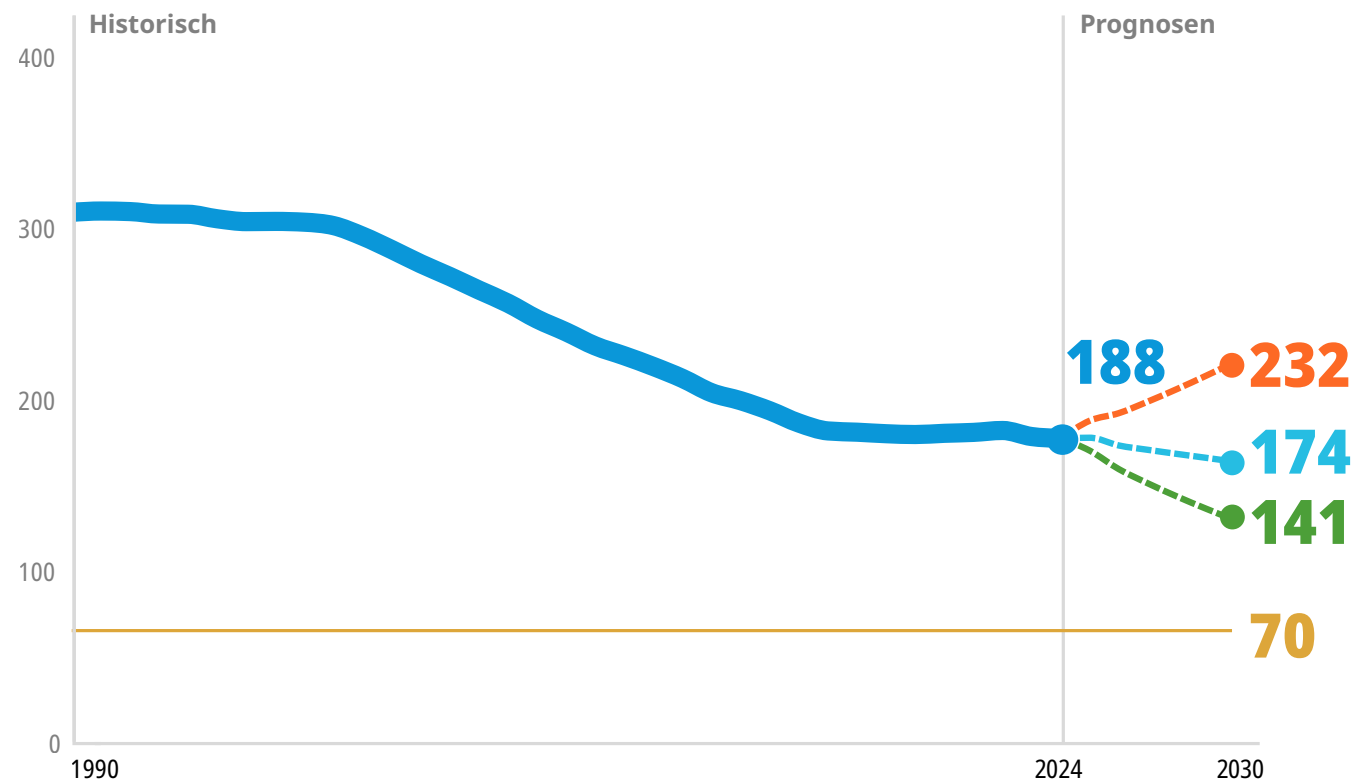
GESUNDHEIT UND
WOHLERGEHEN

SDG-Ziel 3.1

Die weltweite Müttersterblichkeit
auf unter 70 je 100.000
Lebendgeburten senken.

Seit 2016 stagnieren die Fortschritte im Bereich der weltweiten Müttersterblichkeit, die sich 2024 auf 188 je 100.000 Lebendgeburten belief. Die Prognose für 2030 geht von 174 Todesfällen pro 100.000 Lebendgeburten aus. Um das Ziel bis 2030 zu erreichen, ist eine jährliche Reduktion von 15 % erforderlich. Diese Rate ist deutlich höher als die historischen Trends.

Sterbefälle bei Müttern je 100.000 Lebendgeburten



Legende

Ziel für 2030

Historischer Mittelwert

Besseres Szenario

Referenzszenario

Schlechteres Szenario

Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren

3

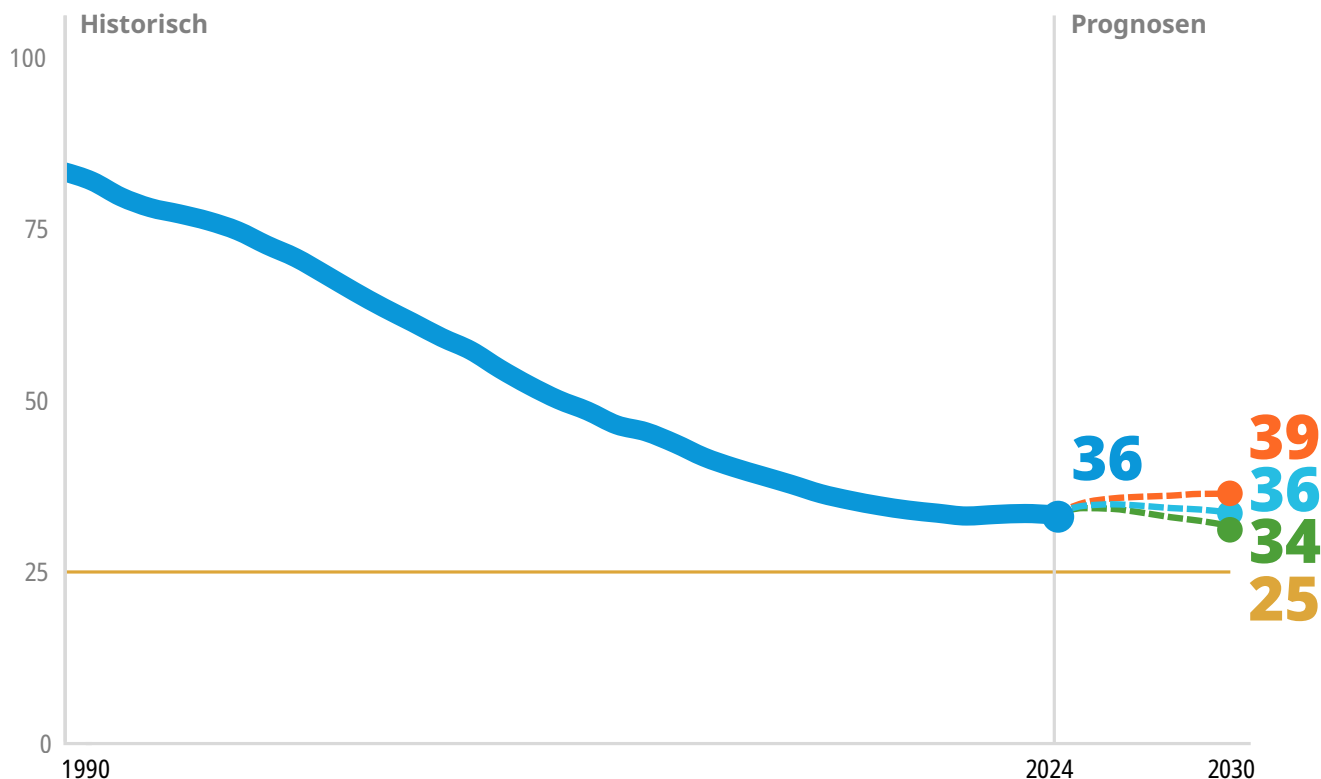
GESUNDHEIT UND
WOHLERGEHEN

SDG-Ziel 3.2

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

Seit 2021 stagniert die weltweite Kindersterblichkeit bei 36 Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten. 2030 soll die Kindersterblichkeit Prognosen zufolge nach wie vor bei 36 je 1.000 Lebendgeburten bleiben. Damit wird das Ziel von höchstens 25 Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten verfehlt.

Todesfälle von Kindern unter 5 Jahren je 1.000 Lebendgeburten



Legende

Ziel für 2030

Historischer Mittelwert

Besseres Szenario

Referenzszenario

Schlechteres Szenario

Sterblichkeit von Neugeborenen

3

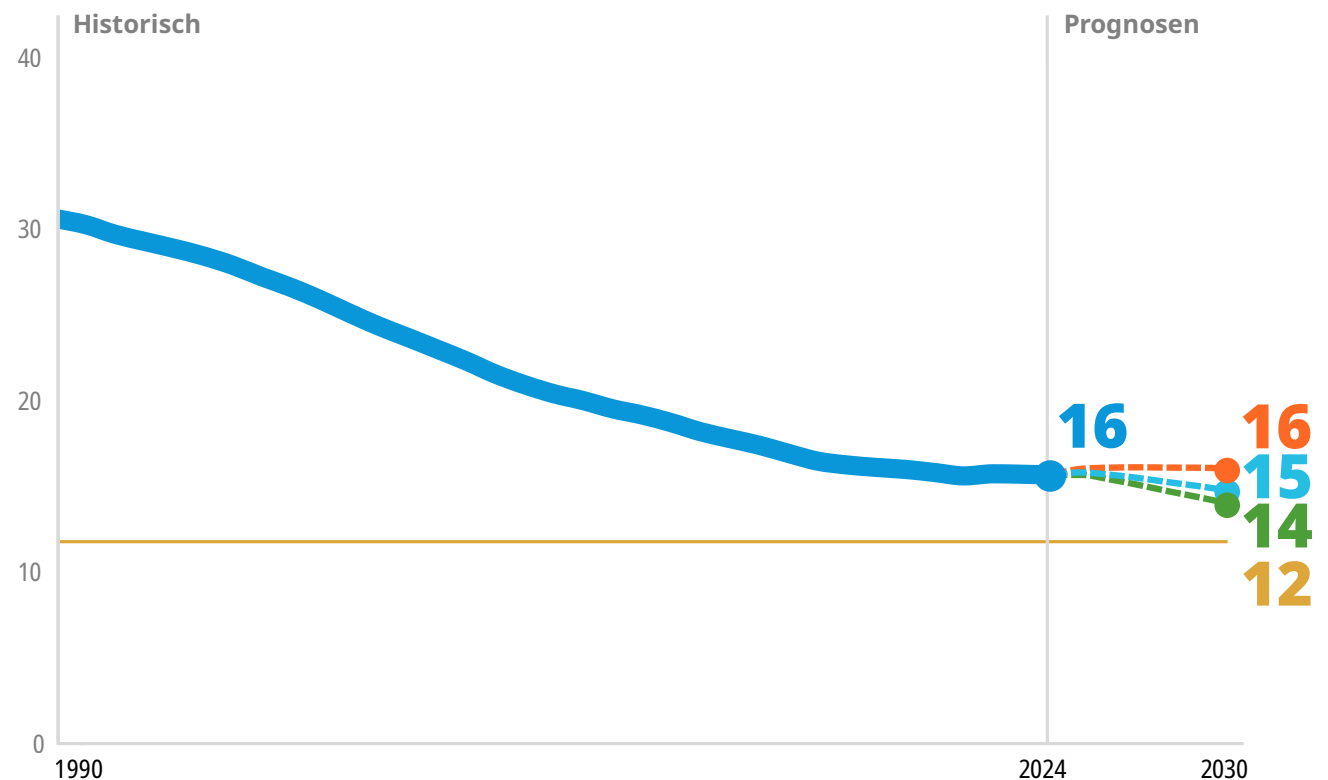
GESUNDHEIT UND
WOHLERGEHEN

SDG-Ziel 3.2

Vermeidbaren Todesfällen bei Neugeborenen ein Ende setzen, mit dem von allen Ländern zu verfolgenden Ziel, die Sterblichkeit von Neugeborenen auf höchstens 12 je 1.000 Lebendgeburten zu senken.

Seit 2021 stagniert die weltweite Sterblichkeit von Neugeborenen bei 16 Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten. Die Prognosen gehen für 2030 von einer Rate von 15 aus, womit das Ziel von 12 Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten verfehlt würde.

Todesfälle bei Neugeborenen je 1.000 Lebendgeburten



Legende

Ziel für 2030

Historischer Mittelwert

Besseres Szenario

Referenzszenario

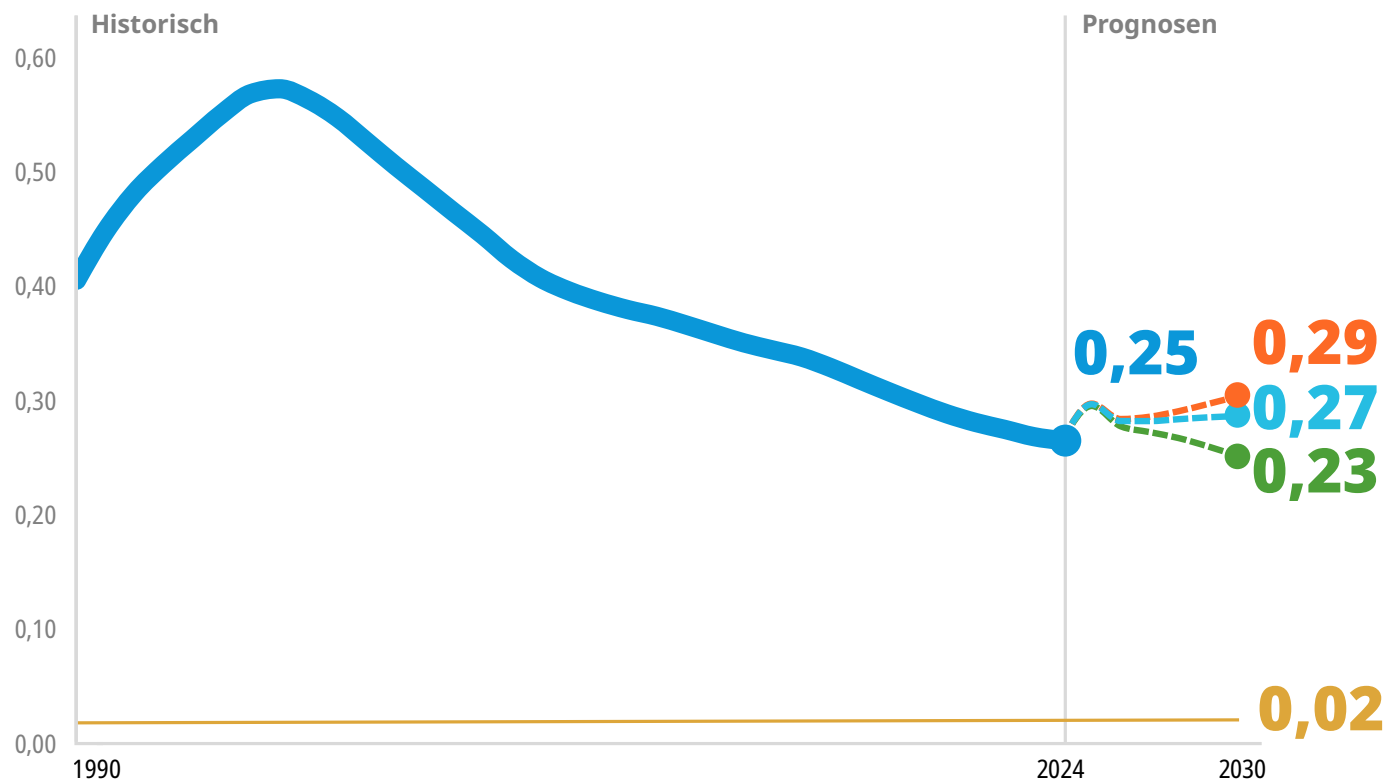
Schlechteres Szenario

HIV

3 GESUNDHEIT UND
WOHLERGEHEN**SDG-Ziel 3.3**

Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und vernachlässigte Tropenkrankheiten beseitigen und Hepatitis, durch Wasser übertragene Krankheiten und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen.

Weltweit ist die Zahl der neuen HIV-Infektionen seit ihrem Höhepunkt stetig zurückgegangen und erreichte 2024 einen Tiefstand von 0,25. Die jüngsten Kürzungen bei den Mitteln und Programmen zur Bekämpfung von HIV haben diesen Trend jedoch umgekehrt. So wird die Zahl der neuen HIV-Infektionen bis 2030 wieder auf 0,27 je 1.000 Menschen steigen.

Neue HIV-Fälle je 1.000 Menschen**Legende****Ziel für 2030****Historischer Mittelwert****Besseres Szenario****Referenzszenario****Schlechteres Szenario**

Tuberkulose

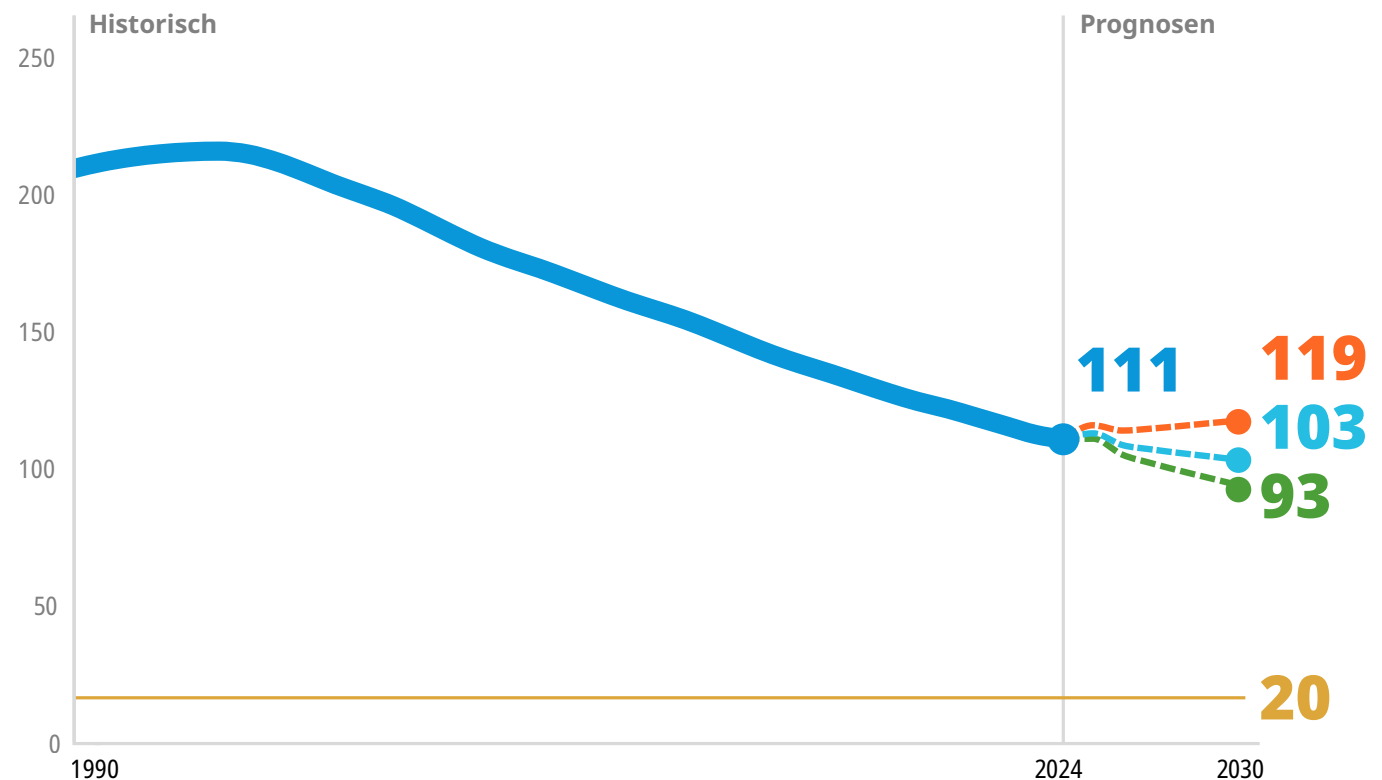
3 GESUNDHEIT UND
WOHLERGEHEN

SDG-Ziel 3.3

Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und vernachlässigte Tropenkrankheiten beseitigen und Hepatitis, durch Wasser übertragene Krankheiten und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen.

Weltweit gab es 2024 111 neue Tuberkulose-Fälle je 100.000 Menschen. Die Schätzung deutet darauf hin, dass der Fortschritt ab 2025 stagnieren könnte. So ist es möglich, dass die Zahl der neuen Tuberkulose-Fälle im Jahr 2030 103 je 100.000 Menschen erreicht – das ist mehr als das Fünffache des Ziels von 20 neuen Fällen pro 100.000 Menschen.

Neue Tuberkulose-Fälle je 100.000 Menschen



Legende

Ziel für 2030

Historischer Mittelwert

Besseres Szenario

Referenzszenario

Schlechteres Szenario

Malaria

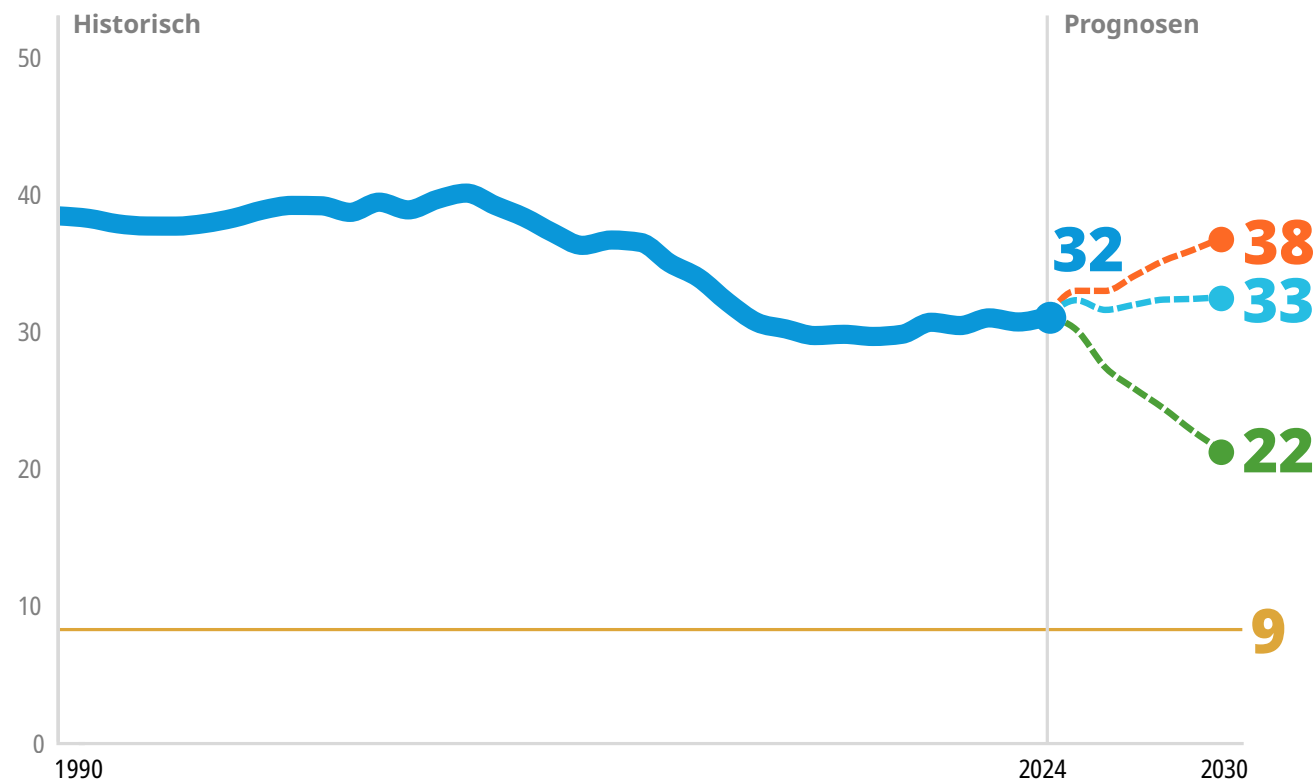
3 GESUNDHEIT UND
WOHLERGEHEN


SDG-Ziel 3.3

Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und vernachlässigte Tropenkrankheiten beseitigen und Hepatitis, durch Wasser übertragene Krankheiten und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen.

Die Fortschritte bei der Verringerung der Zahl neuer Malariafälle sind ins Stocken geraten. 2024 wurden 32 Fälle je 1.000 Menschen erfasst. Die Prognose für 2030 geht von einer Umkehrung der Fortschritte aus, wobei die Zahl der neuen Fälle bis 2030 auf 33 Fälle je 1.000 Menschen ansteigen könnte.

Neue Malariafälle je 1.000 Menschen



Legende

Ziel für 2030

Historischer Mittelwert

Besseres Szenario

Referenzszenario

Schlechteres Szenario

Vernachlässigte Tropenkrankheiten

3

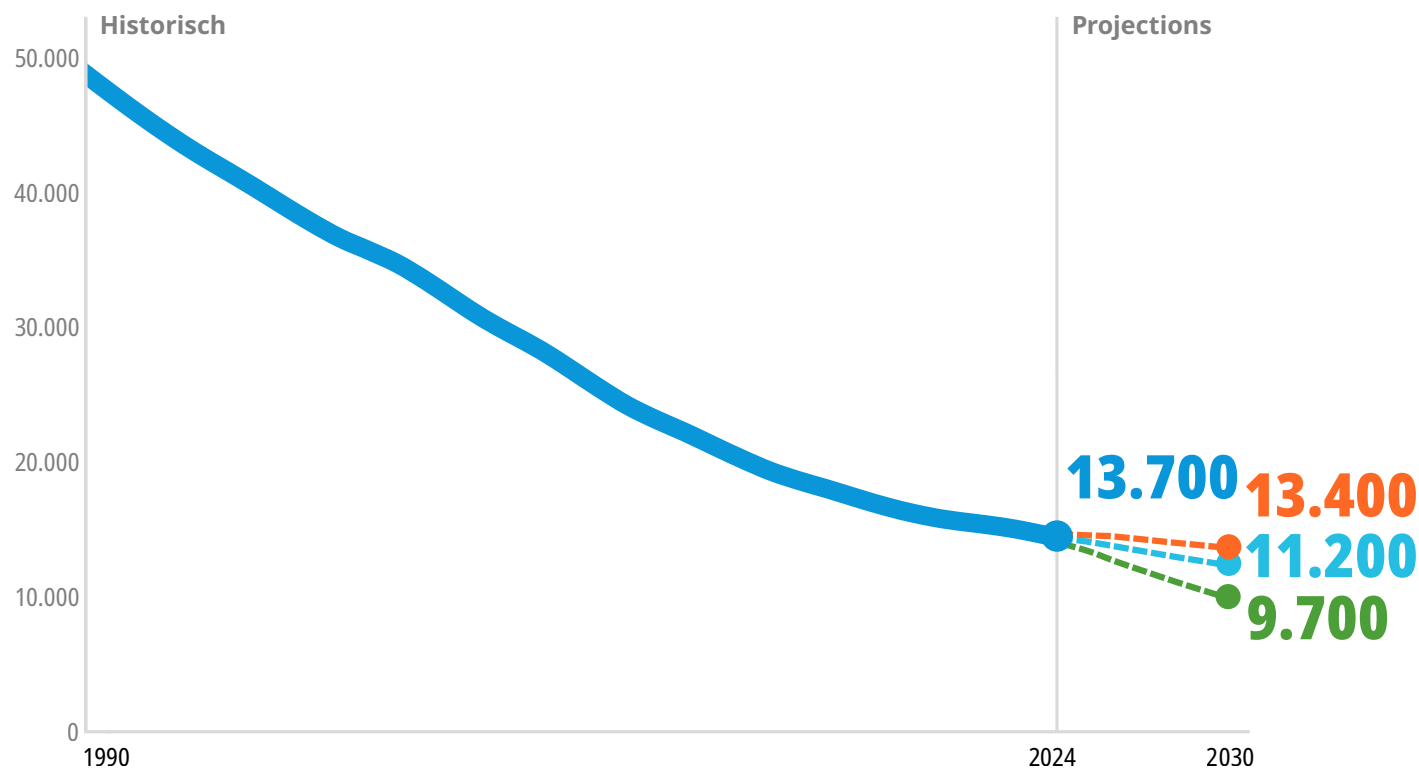
GESUNDHEIT UND
WOHLERGEHEN

SDG-Ziel 3.3

Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und vernachlässigte Tropenkrankheiten beseitigen und Hepatitis, durch Wasser übertragene Krankheiten und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen.

Für 15 NTDs wird geschätzt, dass die weltweite Gesamtzahl der Fälle von 14.171 je 100.000 Menschen im Jahr 2023 auf 13.697 je 100.000 Menschen im Jahr 2024 gesunken ist. Prognosen zufolge wird sich die Zahl der Fälle bei diesen 15 NTDs bis 2030 weiter auf 11.165 je 100.000 Menschen verringern.

Prävalenz von 15 NTDs pro 100.000 Menschen



Legende

Historischer Mittelwert

Besseres Szenario

Referenzszenario

Schlechteres Szenario

Familienplanung

3

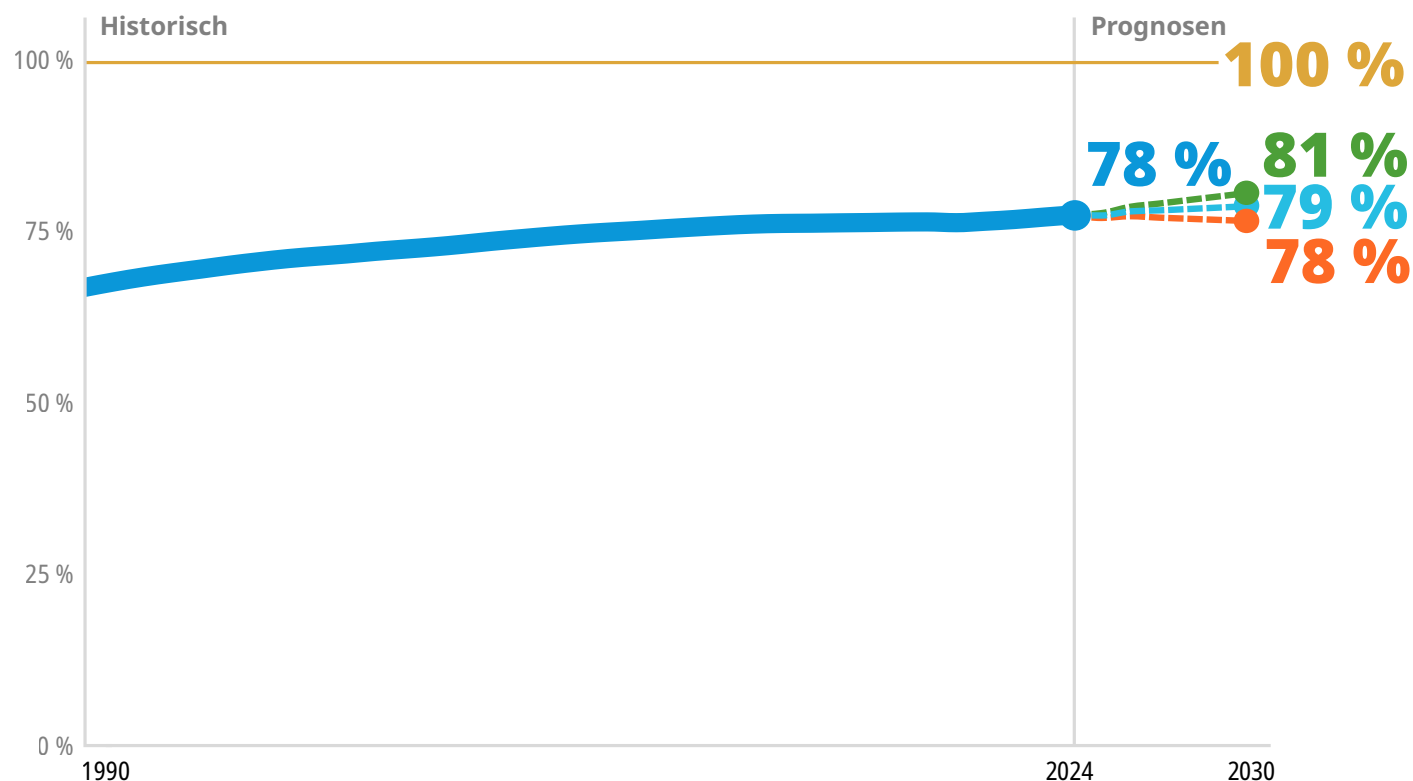
GESUNDHEIT UND
WOHLERGEHEN

SDG-Ziel 3.7

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

Schätzungen zufolge benutzen weltweit acht von zehn Frauen mit einem Bedarf an Empfängnisverhütung eine moderne Methode zur Familienplanung. Den Prognosen zufolge werden die Fortschritte bis 2030 stagnieren und somit das Ziel eines universellen Zugangs verfehlt.

Prozentualer Anteil von Frauen im gebärfähigen Alter (15–49), die mit modernen Methoden Familienplanung betreiben



Legende

Ziel für 2030

Historischer Mittelwert

Besseres Szenario

Referenzszenario

Schlechteres Szenario

Allgemeine Gesundheitsversorgung

3

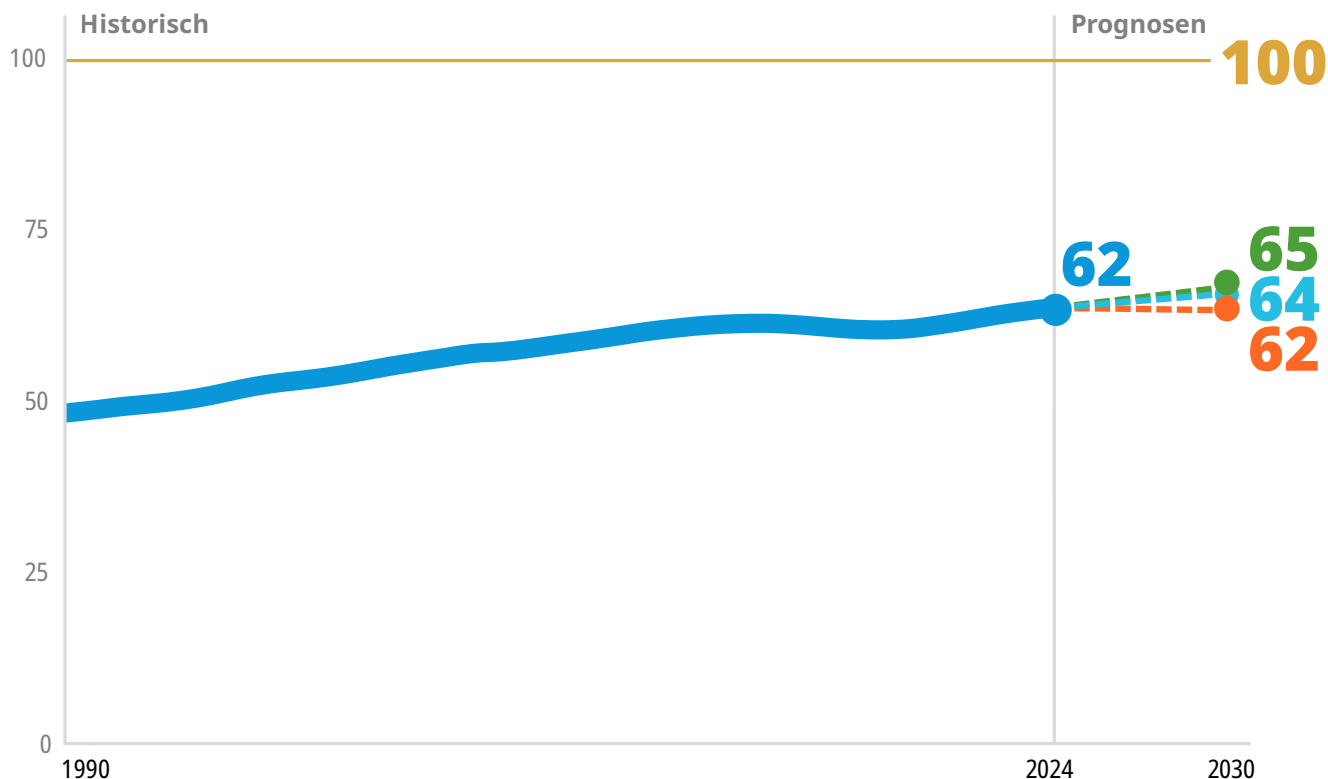
GESUNDHEIT UND
WOHLERGEHEN

SDG-Ziel 3.8

Die allgemeine
Gesundheitsversorgung
für alle sicherstellen.

Die Versorgung mit grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen erholt sich noch immer von den Rückschlägen durch die COVID-19-Pandemie und stieg von einem Indexwert von 60 im Jahr 2020 auf 62 im Jahr 2024. Der Wert wird bis 2030 voraussichtlich leicht auf 64 ansteigen, was darauf hindeutet, dass noch mehr Anstrengungen erforderlich sind, um eine allgemeine Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten.

Bewertung des UHC Effective Coverage Index



Legende

Ziel für 2030

Historischer Mittelwert

Besseres Szenario

Referenzszenario

Schlechteres Szenario

Tabakkonsum

3 GESUNDHEIT UND
WOHLERGEHEN

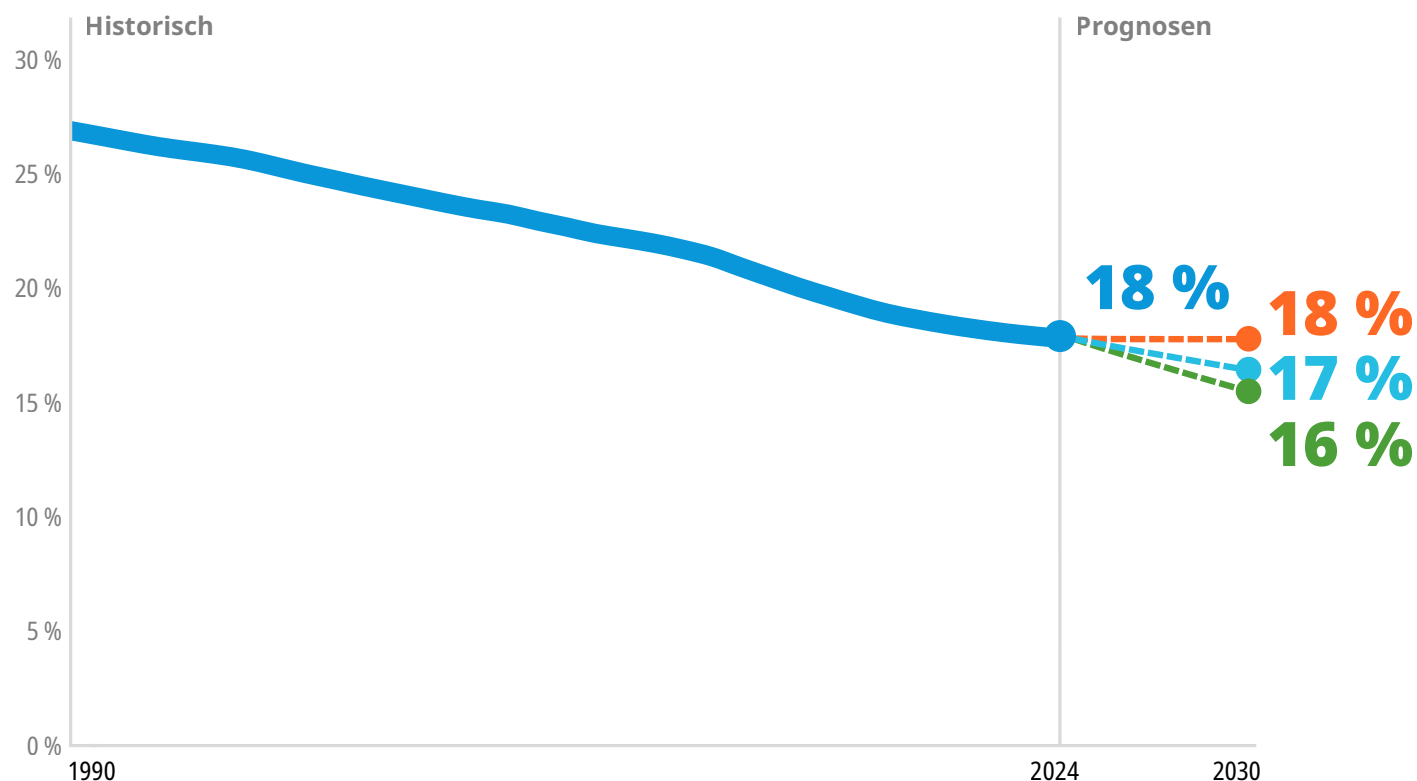

SDG-Ziel 3.A

Die Durchführung des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) in allen Ländern stärken.

Der weltweite Anteil der Menschen ab 15 Jahren, die Tabakprodukte konsumieren, hat im vergangenen Jahrzehnt abgenommen. 2024 waren es 18 %, den Prognosen zufolge sollen es 2030 17 % sein.

Laut dem aktuellen Global Tobacco Control Report der Weltgesundheitsorganisation WHO fallen mittlerweile 6,1 Milliarden Menschen unter mindestens eine evidenzbasierte Maßnahme der FCTC.

Altersstandardisierte Raucherprävalenz unter Personen ab 15 Jahren



Legende

Historischer Mittelwert
Besseres Szenario
Referenzszenario
Schlechteres Szenario

Impfstoffe

3 GESUNDHEIT UND
WOHLERGEHEN

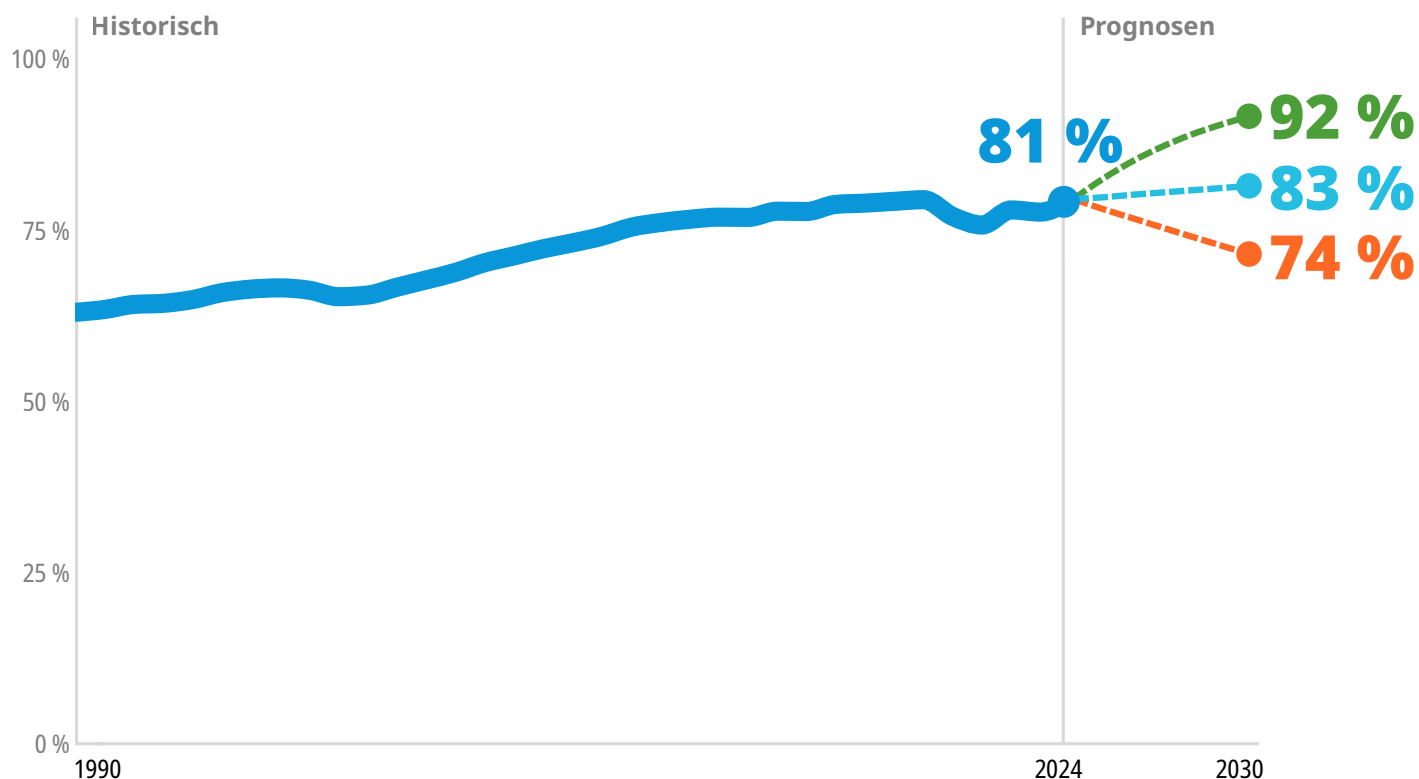

SDG-Ziel 3.B

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

2024 lag die Durchimpfungsrate mit der dritten Dosis des Impfstoffs gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten (DTP) weltweit schätzungsweise bei 81 %. Bis 2030 soll diese Rate 83 % erreichen.

Hinter diesen globalen Schätzungen verbergen sich erhebliche Unterschiede auf subnationaler Ebene, die besser verstanden werden müssen, um Ungleichheiten bei der Durchimpfungsrate zu beseitigen.

DTP-Durchimpfung (dritte Dosis)



Legende

Historischer Mittelwert
Besseres Szenario
Referenzszenario
Schlechteres Szenario

Bildung

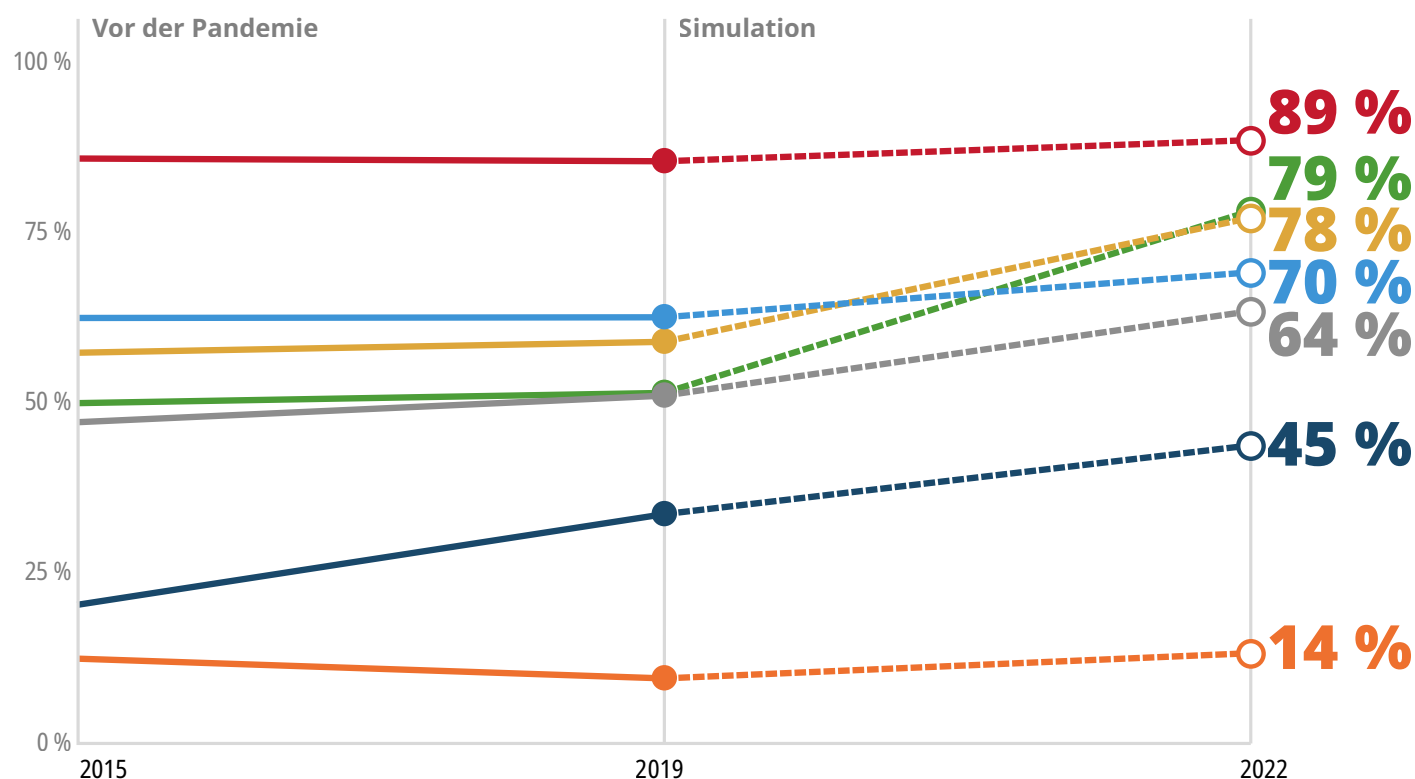
4 HOCHWERTIGE
BILDUNG

SDG-Ziel 4.1

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

Die neuesten Simulationen deuten darauf hin, dass 70 % der Kinder in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen im Alter von 10 Jahren nicht in der Lage sind, einen Text zu lesen und zu verstehen, selbst wenn sie zur Schule gehen.

Prozentualer Anteil der Kinder, die im Alter von 10 Jahren nicht in der Lage sind, einen einfachen Text zu lesen und zu verstehen



Legende

Weltweit

Subsahara-Afrika

Lateinamerika und Karibik

Südostasien

Naher Osten und Nordafrika

Ostasien und Pazifik

Europa und Zentralasien

Gleichstellung der Geschlechter

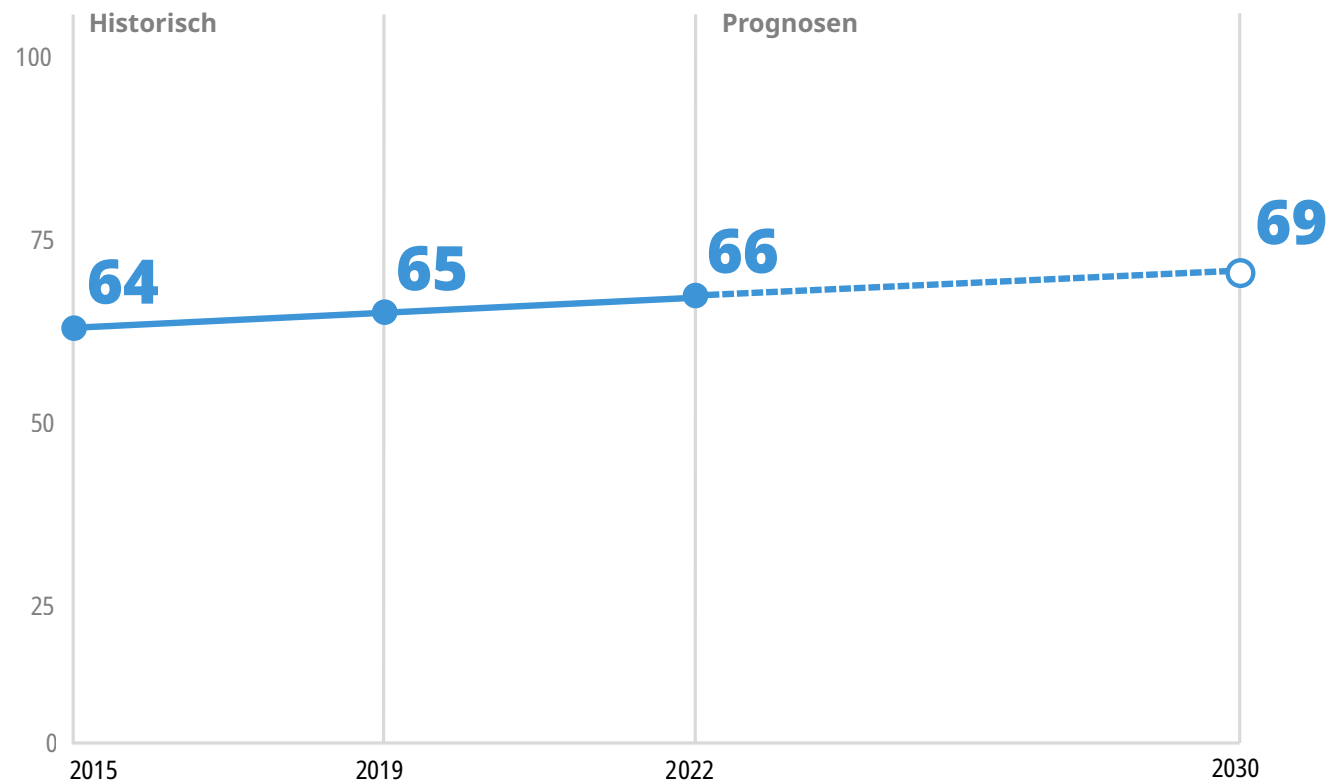


SDG-Ziel 5

Geschlechtergerechtigkeit und Selbstbestimmung für alle Frauen und Mädchen erreichen.

Fast drei Viertel der SDG-Ziele – insbesondere jene unter SDG 1 (Armut), SDG 4 (Bildung) und SDG 8 (menschenwürdige Arbeit) – stehen in direktem oder wesentlichem Zusammenhang mit der Gleichstellung der Geschlechter. Dennoch dürfte kein einziges Land weltweit die Gleichstellung der Geschlechter (SDG 5) bis 2030 erreichen. Setzt sich der derzeitige Trend fort, wird diese erst im 22. Jahrhundert erreicht.

Ergebnis des SDG-Gender-Index



Legende

Weltweit

Sanitärversorgung

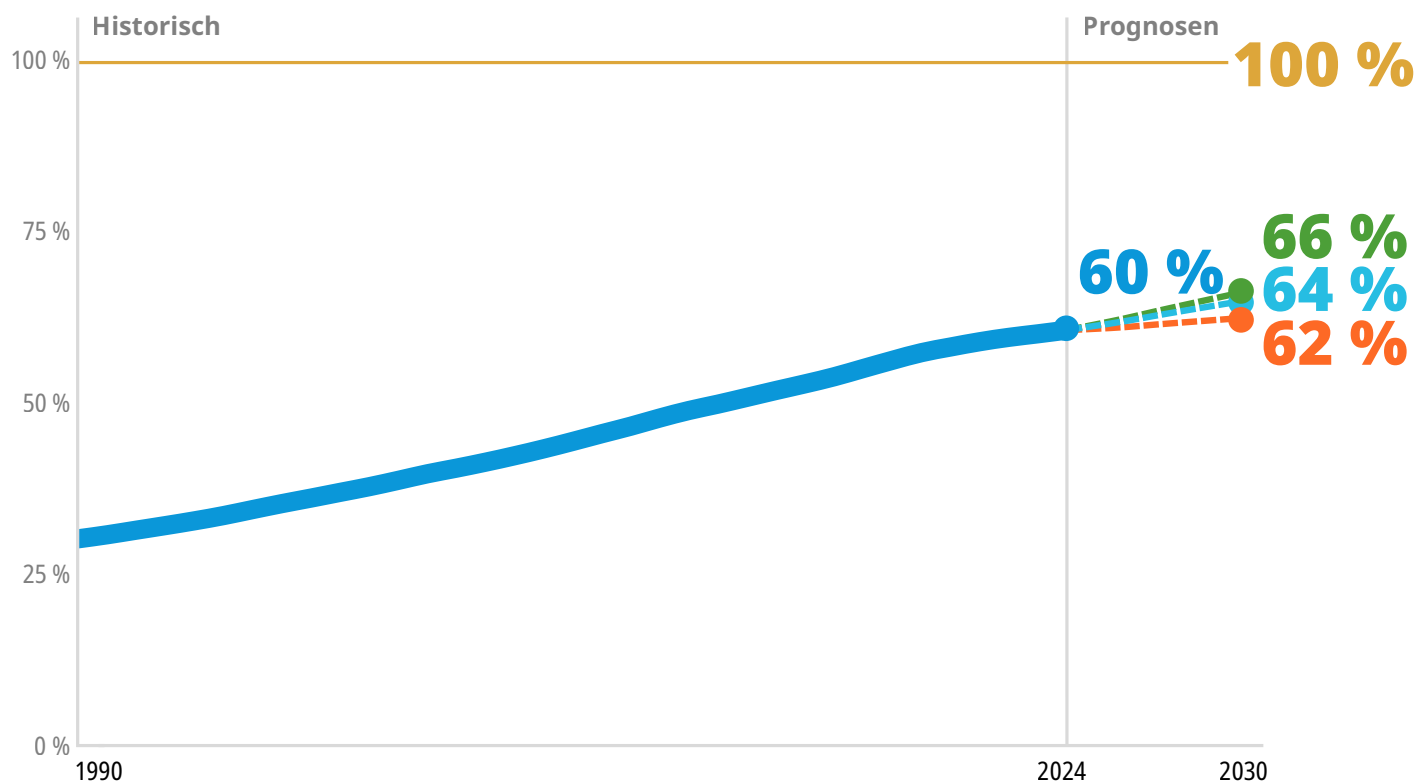


SDG-Ziel 6.2

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.

Der Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu einer sicheren Sanitärversorgung hat zugenommen. Er lag im Jahr 2024 bei 60 % der Weltbevölkerung. Bis 2030 wird sich dieser Anteil schätzungsweise langsam auf 64 % der Weltbevölkerung erhöhen. Damit würde das Ziel einer sicheren Sanitärversorgung für alle verfehlt.

Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu einer sicheren Sanitärversorgung



Legende

Ziel für 2030

Historischer Mittelwert

Besseres Szenario

Referenzszenario

Schlechteres Szenario

Inklusive Finanzsysteme

8 MENSCHENWÜRDIGE
ARBEIT UND WIRT-
SCHAFTSWACHSTUM

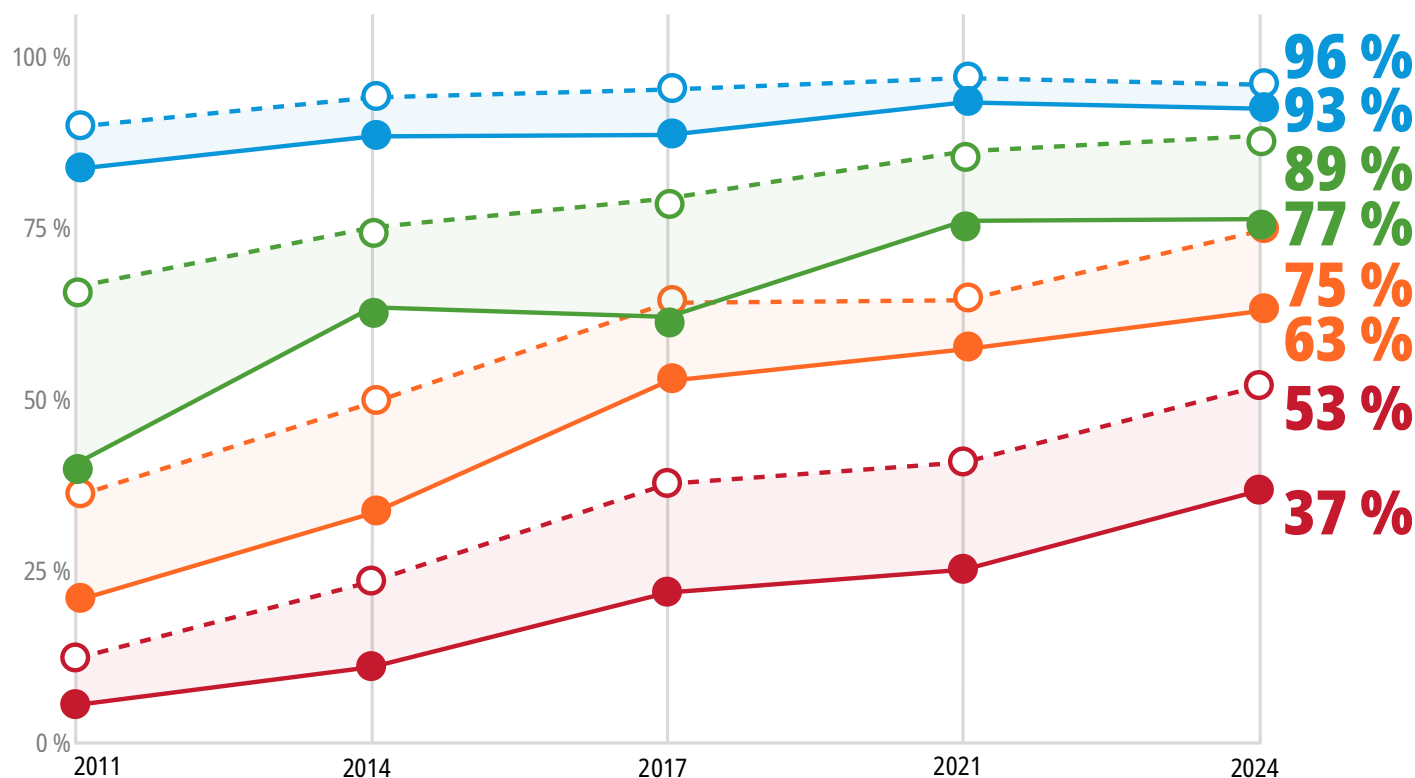


SDG-Ziel 8.10

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

Im letzten Jahrzehnt wurden rasante Fortschritte für die finanzielle Inklusion erwirkt. Weltweit besitzen heute 79 % der Erwachsenen ein Bankkonto, gegenüber 51 % im Jahr 2011.

Prozentualer Anteil der Erwachsenen (ab 15 Jahren) mit einem Konto bei einer Bank, einem anderen Finanzinstitut oder einem Anbieter mobiler Gelddienstleistungen, nach Ländereinkommen



Legende — Niedrigstes Einkommen - - - Höchstes Einkommen

Einkommensstarke Länder

Länder mit mittlerem Einkommen im unteren Bereich

Länder mit gehobenem mittlerem Einkommen

Länder mit niedrigem Einkommen

Inklusive Finanzsysteme

8 MENSCHENWÜRDIGE
ARBEIT UND WIRT-
SCHAFTSWACHSTUM

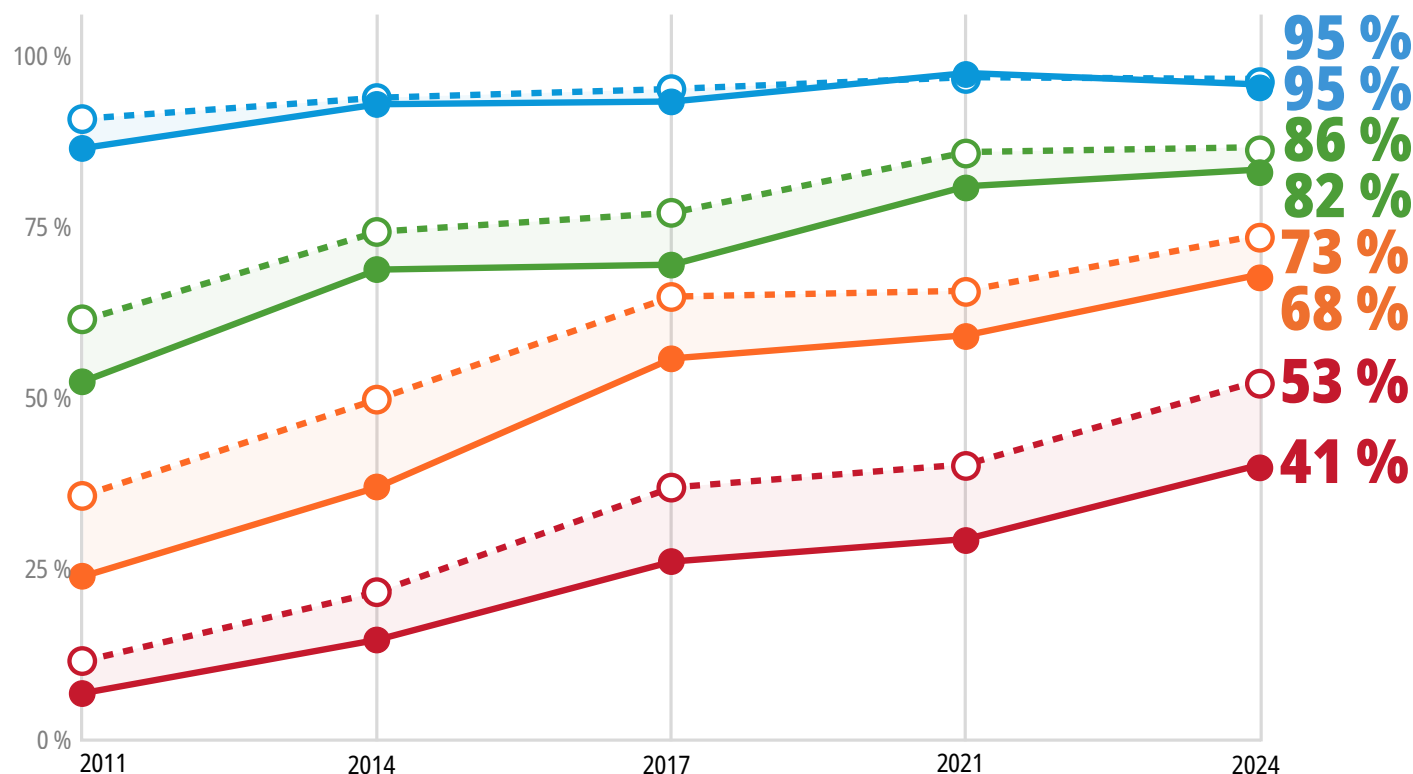


SDG-Ziel 8.10

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

Hervorzuheben ist der Rückgang der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Kontoinhaberschaft.

Prozentualer Anteil der Erwachsenen (ab 15 Jahren) mit einem Konto bei einer Bank, einem anderen Finanzinstitut oder einem Anbieter mobiler Gelddienstleistungen, nach Frauen/Männern



Legende — Frauen - - - Männer

Einkommensstarke Länder

Länder mit mittlerem Einkommen im unteren Bereich

Länder mit gehobenem mittlerem Einkommen

Länder mit niedrigem Einkommen

Quellen 2025

Die Datenquellen der im Goalkeepers-Bericht 2025 aufgeführten Daten und Zahlen sind hier nach Abschnitten aufgelistet. Beigefügt sind auch kurze Hinweise zur Methodik für unveröffentlichte Analysen. Vollständige Zitate, Links zu Quellenmaterial und weitere Angaben sind auf der Goalkeepers-Website unter <https://gates.ly/2025GKDataSources> zu finden.

Fast ist nicht genug

Eine Generation Fortschritt – jetzt zählt, wie wir handeln

Die Verweise auf eine Reduzierung der globalen Gesundheitsausgaben im vorliegenden Bericht beziehen sich auf 2025 von Geberländern angekündigte Kürzungen der Entwicklungshilfe (Australien, Belgien, China, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Japan, Kanada, Luxemburg, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Republik Korea, Schweden, Schweiz, Spanien, Vereinigtes Königreich, Vereinigte Staaten von Amerika). Das Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) geht davon aus, dass sich Kürzungen der Entwicklungshilfe proportional auf die Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit auswirken werden.

Institute for Health Metrics and Evaluation (Oktober 2025). [Maßgeschneiderte Modellierung. Die vollständige Methodik wird im Folgenden detailliert beschrieben.]

Andere Schätzungen zeigen ebenfalls einen Rückgang der Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren in jedem Jahr von 2000 bis 2024. Dazu zählen auch von der Inter-agency Group for Child Mortality Estimation der Vereinten Nationen (UN IGME) veröffentlichte Daten.

Diese Berechnung, die ausschließlich zur Veranschaulichung dient, geht von der Annahme aus, dass eine Schülerzahl von 200.000 und eine durchschnittliche Klassengröße von 40 Schülerinnen und Schülern in etwa 5.000 Klassenzimmern entspricht.

Die Menschheit am Scheideweg: Millionen Kinderleben stehen auf dem Spiel

Institute for Health Metrics and Evaluation (Oktober 2025). [Maßgeschneiderte Modellierung. Die vollständige Methodik wird im Folgenden detailliert beschrieben.]

Die Abbildung zeigt die prognostizierte Zahl der Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren von 2024 bis 2045. Die Schätzung für 2025 beruht auf den aktuell plausibelsten Annahmen unter Berücksichtigung der bekannten und angekündigten Kürzungen von Gesundheitsausgaben mit Stand vom 17. Oktober 2025. Die Schätzungen für die Jahre 2026 bis 2045 zeigen Kürzungen der globalen Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent bzw. 30 Prozent im Vergleich zu 2024.

12 Millionen: Wenn die Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent gegenüber 2024 gekürzt wird, könnten bis 2045 12,5 Millionen Kinder zusätzlich sterben. Dabei wird von einer durchschnittlichen Reaktion der Regierungen auf Finanzierungslücken ausgegangen.

16 Millionen: Wenn die Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 30 Prozent gegenüber 2024 gekürzt wird, könnten bis 2045 16,3 Millionen Kinder zusätzlich sterben. Dabei wird von einer durchschnittlichen Reaktion der Regierungen auf Finanzierungslücken ausgegangen.

13 Millionen: Bis 2045 könnten bis zu 13,2 Millionen Kinderleben gerettet werden, wenn die Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit wieder auf das Finanzierungsniveau von 2024 erhöht wird und neue Innovationen zur Bekämpfung von Malaria, Erkrankungen der unteren Atemwege, Durchfall sowie Erkrankungen von Müttern und Neugeborenen großflächig eingesetzt werden.

United Nations Development Programme, 2023, *A world of debt: A growing burden to global prosperity*, <https://unctad.org/publication/world-debt-2023>

Unser Fahrplan für Fortschritt

Die intelligenteste Investition in Gesundheit, die wir jetzt tätigen können, ist in die medizinische Grundversorgung

The Lancet Child Survival Series, (2003), www.iycn.org/resource/the-lancet-series-on-child-survival

Weltgesundheitsorganisation (WHO), *World Health Report 2008: Primary Health Care—Now More Than Ever*, Primary Health Care Performance Initiative, 2018, www.paho.org/sites/default/files/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf

Routineimpfungen sind nach wie vor die beste Investition in die globale Gesundheit

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, (2023), *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2023*, <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2023/>

Weltgesundheitsorganisation (WHO), (2023), Immunization coverage fact sheet, www.who.int/data/gho/data/themes/topics/immunization-coverage

Ozawa, S., Clark, S., Portnoy, A., Grewal, S., Brenzel, L. und Walker, D. G. (2016), „Return on investment from childhood immunization in low- and middle-income countries, 2011–20.“ *Health Affairs*, www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2015.1086

Weltgesundheitsorganisation (WHO), (2023), Measles cases by country – Senegal, www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/measles---number-of-reported-cases

Innovationen, die mehr aus jedem Dollar machen

Zur Bekämpfung von Malaria setzen Länder die wirksamsten Ressourcen in den Gebieten ein, in denen der Bedarf am größten ist

Weltgesundheitsorganisation (WHO), (2018), *High burden to high impact: A targeted malaria response*, www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-GMP-2018.25

Winters, A. et al. (2024), „Cost and cost effectiveness of geospatial planning and delivery tools added to standard health campaigns in Luapula Province, Zambia“, *Oxford Open Digital Health*, www.academic.oup.com/oodh/article/2/Supplement_2/ii66/7911916

Weltgesundheitsorganisation (WHO), (2023), Pneumonia in children fact sheet, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia

Dank Impfstoffen, die mit weniger Dosen denselben Schutz bieten, bleibt mehr Geld übrig, das Länder wieder in ihre Gesundheitssysteme investieren können

Our World in Data, Causes of death in children under five, World (2021), www.ourworldindata.org/grapher/causes-of-death-in-children-under-5

Weltgesundheitsorganisation (WHO), (2025), *Pneumococcal conjugate vaccine reduced-dosing schedule: A systematic review and meta-analysis*, www.who.int/publications/m/item/report_who_sage_pcv_2025_who.int

Gates Foundation, Integrated Portfolio Management, (2025), *Budgetary impact of WHO's SAGE recommendation on reduced (1+1) PCV dosing*, [unveröffentlicht, internes Dokument]

Lebensrettende Impfungen

Government of India Ministry of Health and Family Welfare Press Information Bureau (2025). Der Anteil der Kinder ohne Impfschutz an der Gesamtbevölkerung Indiens ist von 0,11 Prozent im Jahr 2023 auf 0,06 Prozent im Jahr 2024 zurückgegangen. Dadurch ist das Land zu einem weltweiten Vorbild im Bereich der Kindergesundheit geworden, wie die UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation in ihrem Bericht von 2024 bestätigt hat. www.pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=2140343

Krankheiten aus der Welt schaffen

In den 2040er-Jahren könnte Malaria dank neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse der Vergangenheit angehören. Damit könnte diese durch Stechmücken übertragene Krankheit, an der jedes Jahr mehr als 400.000 Kinder unter 5 Jahren sterben, endgültig besiegt werden

Weltgesundheitsorganisation (WHO), (2023), *World malaria report 2023*, www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2023

Weltgesundheitsorganisation (WHO), (2021), *World malaria report 2021*, www.who.int/publications/i/item/9789240040496

CDC, (2024), Life cycle of *Anopheles* mosquitoes, www.cdc.gov/mosquitoes/about/life-cycle-of-anopheles-mosquitoes.html

Der Globale Fonds, (2024, 17. April), „New Nets Prevent 13 Million Malaria Cases in Sub-Saharan Africa“, Genf: Der Globale Fonds, https://www.theglobalfund.org/media/13732/media_2024-04-17-new-nets-prevent-13-million-malaria-cases-sub-saharan-africa_newsrelease_de.pdf

Der Globale Fonds, (2023), „Accelerating the introduction of new nets through Global Fund grants“, <https://resources.theglobalfund.org/en/updates/2023-10-11-accelerating-the-introduction-of-new-nets-through-global-fund-grants/>

SC Johnson, (2023), „SC Johnson and partners pilot new spatial repellent to protect communities from mosquitoes in malaria-endemic regions“, www.scjohnson.com/en/news-stories/press-releases/major-milestone-breakthrough-mosquito-repellent-tool

GSK plc, (2024), „First single-dose medicine for P. vivax malaria prequalified by WHO and included in WHO Guidelines“, www.gsk.com/en-gb/media/press-releases/first-single-dose-medicine-for-p-vivax-malaria-prequalified-by-who

Bis 2045 können 5,7 Millionen Kinder durch Maßnahmen der nächsten Generation zur Bekämpfung von Malaria gerettet werden

Institute for Health Metrics and Evaluation, (August 2025). [Maßgeschneiderte Modellierung. Die vollständige Methodik wird im Folgenden detailliert beschrieben.]

Aus neuen Analysen (unveröffentlicht, Gates Foundation) eines breiten Portfolios neuer Innovationen gegen Malaria geht hervor, dass durch den wirksamen großflächigen Einsatz dieser Instrumente bis 2045 das Leben von 5,7 Millionen Kindern gerettet werden kann. Die Prognose legt eine Innovationsentwicklung mit einer Wirkung auf etwa mittlerer Höhe zugrunde. Bei der Modellierung berücksichtigt wurden Innovationen in den Bereichen Vektorkontrolle (Insektenschutznetze mit zwei Wirkstoffen, neuartige Sprühmittel für Innenräume, gezielt eingesetzte Zuckerköder, Gene Drive), Medikamente (radikale Einmalbehandlung, neuartige Zweifach-Wirkstoffkombination,

langwirksames injizierbares Medikament, monoklonale Antikörper, Endektizid), Impfstoffe (Malaria-Impfstoff der nächsten Generation) und Diagnostik (neuartiger Schnelltest, nicht invasives Diagnoseinstrument).

Bis Ende der 2040er-Jahre könnten neue Innovationen Todesfälle durch HIV/AIDS, einst die tödlichste Pandemie der Welt, praktisch beseitigen

Gilead, (June 2024), „Gilead’s Twice-Yearly Lenacapavir Demonstrated 100% Efficacy and Superiority to Daily Truvada® for HIV Prevention“, www.gilead.com/news/news-details/2024/gileads-twice-yearly-lenacapavir-demonstrated-100-efficacy-and-superiority-to-daily-truvada-for-hiv-prevention

Merck, (2025), „Merck to Initiate Phase 3 Trials for Investigational Once-Monthly HIV Prevention Pill“, www.merck.com/news/merck-to-initiate-phase-3-trials-for-investigational-once-monthly-hiv-prevention-pill/

Institute for Disease Modeling, (2025), *Geographic HIV risk-prioritization for delivery of long-acting PrEP*, [unveröffentlichtes internes Dokument], Gates Foundation

Wu, L., Kaftan, D., Wittenauer, R., Arrouzet, C., Patel, N., Saravis, A.L., Pfau, B., Mudimu, E., Bershteyn, A. und Sharma, M. (2024), „Health and budget impact, and price threshold for cost-effectiveness of lenacapavir for PrEP in Eastern and Southern Africa: a modeling analysis“, *medRxiv*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.08.20.24312137v1>

Lynch, S., Cohen, R.M., Kavanagh, M., Sharma, A., Raphael, Y., Pillay, Y. und Bekker, L. (2025), „Lessons for long-acting lenacapavir: catalysing equitable PrEP access in low-income and middle-income countries“, *The Lancet HIV*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40659026/>

Neue Impfstoffe für Mütter, die Babys schon vor der Geburt schützen, sind unsere Chance, dafür zu sorgen, dass die ersten Lebensmonate eines Säuglings nicht auch seine letzten sind.

UNICEF, (2025), Levels and trends in child mortality 2024, <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>

Gavi, (März 2025), „Gavi welcomes first-ever prequalification of a maternal RSV vaccine“, www.gavi.org/news/media-room/gavi-welcomes-first-ever-prequalification-maternal-rsv-vaccine

Madhi, S. A., Anderson, A. S., Absalon, J., Radley, D. et al. (2023), „Potential for maternally administered vaccine for infant group B streptococcus“, *The New England Journal of Medicine*, www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2116045

Bis 2045 können durch die großflächige Einführung von Impfstoffen gegen RSV und Lungenentzündungen 3,4 Millionen Kinderleben gerettet werden

Institute for Health Metrics and Evaluation, (August 2025), [Maßgeschneiderte Modellierung. Die vollständige Methodik wird im Folgenden detailliert beschrieben.]

Methodik der maßgeschneiderten Modellierung für den Goalkeepers-Bericht 2025

Messung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe auf die Kindersterblichkeit

Zur Schätzung der Auswirkungen der jüngsten Kürzungen bei der Entwicklungshilfe konzentrierte sich das Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) auf zwei Aufgaben: (i) Modellierung und Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen der Gesundheitsausgaben aller relevanten Finanzierungsquellen auf die Prognosen für die Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit und die gesamten Gesundheitsausgaben sowie (ii) Schätzung der damit verbundenen Auswirkungen, die Kürzungen der Gesundheitsaufgaben auf die mit den Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDGs) verbundenen Schlüsselindikatoren des Goalkeepers-Berichts 2025 haben werden.

Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs

Um die Kürzungen bei der Entwicklungshilfe für das In- und Ausland umfassend zu messen, hat das IHME Schätzungen der weltweiten Gesundheitsausgaben aus verschiedenen Datenquellen gesammelt und standardisiert, darunter Zusagen und Auszahlungen aus Entwicklungsprojektunterlagen, Jahresbudgets, Jahresabschlüssen und Umsatzberichten. Bei den Schätzungen der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit und der gesamten Gesundheitsausgaben wurden Ankündigungen von Gebern und Budgetkürzungen berücksichtigt. Langfristige Prognosen (bis 2045) für die Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit wurden anhand von Geberzielen, historischen Trends und BIP-basierten Vorhersagen erstellt. Die gesamten Gesundheitsangaben wurden mithilfe von Ensemble-Modellen prognostiziert, die wichtige Indikatoren wie Staatsausgaben und selbst getragene Gesundheitskosten bewerteten. Die Schätzungen und Prognosen des IHME zur Entwicklungshilfe basieren auf öffentlich zugänglichen Daten mit Stand vom 17. Oktober 2025. Eine detaillierte Beschreibung der Methodik ist im Online-Anhang zu den Methoden des Berichts *Financing Global Health 2025* verfügbar: www.healthdata.org/research-analysis/library/financing-global-health-2025-cuts-aid-and-future-outlook

Die folgenden Finanzierungsszenarien wurden erstellt:

Szenario	Beschreibung
Mittel vor 2025	Ensemble-Modell früherer Trends vor 2025
Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 %	Anhand der geschätzten Mittelkürzungen für das Jahr 2025 wurde eine Kürzung der globalen Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 % pro Empfängerland gegenüber 2024 auf die Jahre ab 2026 angewendet.
Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 30 %	Anhand der geschätzten Mittelkürzungen für das Jahr 2025 wurde eine Kürzung der globalen Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 30 % pro Empfängerland gegenüber 2024 auf die Jahre ab 2026 angewendet.

Um die Auswirkungen von Kürzungen der Entwicklungshilfe auf die mit den SDGs verbundenen Schlüsselindikatoren zu beziffern, analysierte das IHME die Beziehung zwischen den einzelnen Indikatoren und den Gesundheitsausgaben der Vergangenheit. Dazu wurde ein nichtparametrischer stochastischer Effizienz-Analyseansatz angewendet, bei dem „Effizienz“ das bestmögliche Ergebnis (z. B. die niedrigste Anzahl neuer Tuberkulosefälle) von Gesundheitsausgaben

in bestimmter Höhe darstellt. Zur Berechnung der Grenzkosten von sinkender Gesundheitsversorgung, verlorenen Menschenleben oder zusätzlichen Krankheitsfällen infolge von Mittelkürzungen geht das Modell von der Annahme aus, dass diese „Effizienz“ auch in Zukunft bestehen bleibt. Für jeden in diesem Bericht enthaltenen SDG-Schlüsselindikator wurden Prognosen auf der Grundlage eines Szenarios mit einer Kürzung der Entwicklungshilfe um 20 Prozent erstellt, während für die Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren Szenarien mit Kürzungen der Entwicklungshilfe um 20 Prozent und 30 Prozent erstellt wurden.

Messung der Auswirkungen neuer Innovationen auf die Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren

Das IHME analysierte zudem die Anzahl der Leben, die gerettet werden könnten, wenn eine Reihe neuer Innovationen durch das Rahmenmodell für zukünftige Gesundheitsszenarien effektiv eingesetzt würde. Zu diesen Innovationen zählte ein Portfolio von Produkten und Wirkungsgrößen in Bezug auf die ursachenspezifische Sterblichkeit, wobei Simulationen der Gates Stiftung verwendet wurden. Auf dieser Grundlage schätzte das IHME sowohl die ursachenspezifischen Zahlen als auch die Gesamtzahl der Leben von Kindern unter 5 Jahren, die durch diese Innovationen gerettet werden könnten.

Ursache	Produkte
Malaria	• Vektorkontrolle: Insektenschutznetze mit zwei Wirkstoffen, neuartige Sprühmittel für Innenräume, gezielt eingesetzte Zuckerköder, Gene Drive • Medikamente: radikale Einmalbehandlung, neuartige Zweifach-Wirkstoffkombination, langwirksames injizierbares Medikament, monoklonale Antikörper, Endektizid • Malaria-Impfstoff der nächsten Generation • Diagnostik: neuartiger Schnelltest, nicht invasives Diagnoseinstrument
Erkrankungen von Neugeborenen	• Impfung gegen <i>Streptokokken</i> der Gruppe B • Prävention vor der Geburt: Mehrfach-Mikronährstoffergänzung / Mehrfach-Mikronährstoffergänzung Plus (MMS/MMS+), Früherkennung des Präeklampsie-Risikos / Medikament zur Vorbeugung von Präeklampsie, Diagnose von Präeklampsie / Medikament zur Behandlung von Präeklampsie und spezifische Prävention und Behandlung des Atemnotsyndroms, KI-Ultraschall, antenatale Kortikosteroidtherapie, kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck, Lungensurfactant • Prävention: KI-gestützte Intrapartum-Sensoren zur gezielten risikoorientierten Entscheidung für einen Kaiserschnitt, <i>Bifidobacterium longum</i> subspecies <i>infantis</i> • Behandlung: Amoxicillin / Gentamicin
Diarrhö (Durchfall)	• Rotavirus-Impfstoff der nächsten Generation • Shigella-Impfstoff
Infektion der unteren Atemwege	• Monoklonale Antikörper für RSV, Impfstoffe für Mütter gegen RSV • 20-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff plus (PCV20+)
Meningitis (Hirnhautentzündung)	• 20-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff plus (PCV20+)

Literaturhinweise:
GBD 2021 Forecasting Collaborators, (2024), „Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: A forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021“, *The Lancet*, doi: 10.1016/S0140-6736(24)00685-8.

Daten im Blickpunkt

Methodik des IHME

Unser wichtigster Datenpartner, das Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), hat Schätzungen und Prognosen für 13 der mit den Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDGs) verbundenen Indikatoren erstellt, die im Goalkeepers-Bericht 2025 enthalten sind. Das IHME hat mit vielen Partnern zusammengearbeitet und neuartige Methoden verwendet, um eine Reihe aktueller Schätzungen zu erstellen, einige davon im Rahmen des Projekts „Global Burden of Disease“. Aufgrund von Unterschieden zwischen den statistischen Modellen, Datensätzen und Annahmen der einzelnen Modellgruppen können die hier vorgelegten Schätzungen der Indikatoren insbesondere auf subnationaler Ebene von anderen Quellen abweichen. Im folgenden Abschnitt werden die für die Schätzungen herangezogenen Verfahren beschrieben.

Vom IHME geschätzte Indikatoren

Das IHME hat Schätzungen und Prognosen für 13 der mit den SDGs verbundenen Indikatoren erstellt, die im Goalkeepers-Bericht enthalten sind. Im

folgenden Abschnitt werden die für die Schätzungen herangezogenen Verfahren beschrieben.

Wachstumshemmung

Als Wachstumshemmung definiert das IHME eine Körpergröße im Verhältnis zum Alter, die mehr als zwei Standardabweichungen unter dem Referenzmedian auf der Wachstumskurve für Körpergröße und Alter liegt, basierend auf den Wachstumsstandards der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2006 für Kinder zwischen 0 und 59 Monaten. Für die Schätzungen wurden mehrere Methoden und Fortschritte in der Datenverarbeitung genutzt, darunter Ensemble-Modellprognosen für die Zahl der Fälle von Wachstumshemmung nach Schweregraden und für die durchschnittliche altersbezogene Körpergröße, eine genauere Untergliederung der Altersgruppen unter 5 Jahren sowie ein standardisiertes Verfahren zur alters- und geschlechtsspezifischen Aufteilung.

Für die Prognosen zur Zahl der Fälle von Wachstumshemmung wurden Klimaszenarien mit Tagen über 30 Grad Celsius, der Pro-Kopf-Konsum, der soziodemografische Index (SDI) und zufällige Standort-Effekte herangezogen. Die besseren und schlechteren Szenarien wurden ausgehend von den 85. und 15. Perzentilen der vergangenen Veränderungsraten der Standort-Jahre und Anwendung dieser Veränderungsraten auf die Zukunft der Standorte erstellt.

Zur Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit

verwendeten wir einen nichtparametrischen stochastischen Effizienz-Analyseansatz (wie oben im Abschnitt „Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs“ beschrieben). Damit wurde modelliert, wie sich Kürzungen der gesamten Gesundheitsausgaben, die je nach Land und Jahr variieren, einschließlich der Entwicklungshilfe des Welternährungsprogramms, auf die Zahl der Fälle von Wachstumshemmung auswirken würden. Anschließend wurden die Prognosen unter Anwendung des Szenarios einer Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent für jedes Land bis 2030 angepasst.

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 schätzt damit das Risiko, während der Schwangerschaft zu sterben. Die Prognosen der Müttersterblichkeit bis 2030 wurden anhand eines Ensemble-Modells erstellt, wobei der SDI als Schlüsselfaktor verwendet wurde.

Die Unterschiede zu den MMR-Schätzungen im Goalkeepers-Bericht 2024 sind in erster Linie auf Veränderungen im Gesamtsterblichkeitsrahmen und die Einbeziehung neuer Eingangsdaten zurückzuführen. Methodologische Verbesserungen bei der Schätzung der Gesamtsterblichkeit ermöglichten die Aufnahme detaillierterer altersspezifischer Datenquellen,

was im Allgemeinen höhere Schätzungen der Gesamtsterblichkeit bei Frauen im gebärfähigen Alter zur Folge hatte. Der Anstieg der Gesamtsterblichkeit ist in Subsahara-Afrika am deutlichsten, was zu höheren MMR-Schätzungen führte. Umgekehrt waren die Schätzungen der Gesamtsterblichkeit bei Frauen im gebärfähigen Alter in Afghanistan im Vergleich zu früheren Berichten deutlich niedriger, was zu niedrigeren MMR-Schätzungen führte.

Die seit dem letzten Bericht hinzugefügten Daten decken zusätzliche Jahre der Pandemie auf Standortebene ab. Die Auswirkungen von COVID-19 auf die Müttersterblichkeit waren in den Daten für viele Standorte zu erkennen und spiegelten sich in den daraus resultierenden Modellschätzungen wider, darunter auch in Ländern in der Karibik und Lateinamerika, Südlateinamerika, dem einkommensstarken Nordamerika, Zentralasien, Mitteleuropa und Südostasien.

Zur Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit verwendeten wir einen nichtparametrischen stochastischen Effizienz-Analyseansatz (wie oben im Abschnitt „Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs“ beschrieben). Damit wurde modelliert, wie sich Kürzungen, die je nach Land und Jahr variieren, auf die MMR auswirken würden. Anschließend wurden die Prognosen unter Anwendung des Szenarios einer Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent für jedes Land bis 2030 angepasst.

Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren

Die Sterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren (U5MR) stellt die Wahrscheinlichkeit dar, zwischen der Geburt und dem Alter von 5 Jahren zu sterben. Ausgedrückt wird sie als Anzahl der Todesfälle je 1.000 Lebendgeburten. Für die Schätzungen wurden alle verfügbaren Daten aus Personenstandsregistern, Stichprobenerfassungen, Erhebungen und Volkszählungen verwendet, die mithilfe eines neu entwickelten, statistischen Modells für altersspezifische Sterblichkeitsraten modelliert wurden, das sowohl parametrische als auch nichtparametrische Methoden umfasst. Die altersspezifischen Sterblichkeitsraten für die Altersgruppen 0–6 Tage, 7–27 Tage, 1–5 Monate, 6–11 Monate, 1–2 Jahre und 2–4 Jahre wurden im Modell gemeinsam geschätzt und dann in die U5MR umgerechnet. Die Projektionen stützen sich auf eine Kombination von Schlüsselfaktoren, darunter Global Burden of Disease (GBD)-Risikofaktoren, ausgewählte Maßnahmen (z. B. Impfungen) und den SDI. Änderungen der U5MR-Schätzungen im vorliegenden Bericht sind auf neue und zusätzliche Sterblichkeitsdaten, die seit dem letzten Goalkeepers-Bericht eingearbeitet wurden, sowie auf das neue statistische Modell zurückzuführen.

Zur Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit verwendete das IHME einen nichtparametrischen stochastischen Effizienz-Analyseansatz (wie oben im Abschnitt „Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs“ beschrieben). Damit wurde modelliert, wie sich Kürzungen, die je nach Land und Jahr variieren,

auf die Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren auswirken würden. Anschließend wurden die Prognosen unter Anwendung des Szenarios einer Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent für jedes Land bis 2030 angepasst.

Literaturhinweise:
Schumacher, A.E. et al. (2024), „Global age-sex-specific all-cause mortality and life expectancy estimates for 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1950–2023: A demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023“, *The Lancet*. [Unveröffentlichtes Manuskript.]

Sterblichkeit von Neugeborenen

Das IHME definiert die Sterblichkeit von Neugeborenen als die Wahrscheinlichkeit, in den ersten 28 vollendeten Lebenstagen zu sterben. Ausgedrückt wird sie als Anzahl der Todesfälle je 1.000 Lebendgeburten. Für die Schätzungen wurden alle verfügbaren Daten aus Personenstandsregistern, Stichprobenerfassungen, Erhebungen und Volkszählungen verwendet, die mithilfe eines neu entwickelten, statistischen Modells für altersspezifische Sterblichkeitsraten modelliert wurden, das sowohl parametrische als auch nichtparametrische Methoden umfasst. Die altersspezifischen Sterblichkeitsraten für die Altersgruppen 0–6 Tage und 7–27 Tage wurden im Modell gemeinsam geschätzt und dann in die Sterblichkeitsrate von Neugeborenen umgerechnet. Die Projektionen stützen sich auf eine Kombination von Schlüsselfaktoren, darunter Global Burden of Disease

(GBD)-Risikofaktoren, ausgewählte Maßnahmen (z. B. Impfungen) und den SDI. Die meisten Änderungen der Schätzungen zur Sterblichkeit von Neugeborenen im diesjährigen Goalkeepers-Bericht sind auf neue Daten und die methodischen Veränderungen zurückzuführen, die für die Schätzungen der Sterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren dargestellt wurden.

Zur Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit verwendeten wir einen nichtparametrischen stochastischen Effizienz-Analyseansatz (wie oben im Abschnitt „Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs“ beschrieben). Damit wurde modelliert, wie sich Kürzungen, die je nach Land und Jahr variieren, auf die Sterblichkeit von Neugeborenen auswirken würden. Anschließend wurden die Prognosen unter Anwendung des Szenarios einer Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent für jedes Land bis 2030 angepasst.

Literaturhinweise:
Schumacher, A.E. et al. (2024), „Global age-sex-specific all-cause mortality and life expectancy estimates for 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1950–2023: A demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023“, *The Lancet*.
[Unveröffentlichtes Manuskript.]

HIV
Das IHME bestimmt die HIV-Rate anhand der Anzahl neuer HIV-Infektionen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Veränderungen in den Zahlen des diesjährigen Berichts sind auf während der GBD-Schätzung 2023 vorgenommene Aktualisierungen zurückzuführen, die umfangreiche Datenaktualisierungen aus den nachfolgend genannten Quellen widerspiegeln. Bevölkerungsbasierte Bewertung der Auswirkungen von HIV (PHIA): Fünf Länder veröffentlichten für die Jahre 2020 bis 2023 erstmals Berichte und sieben Länder stellten neue Mikrodaten zur Verfügung. Haushaltserhebungen: 13 Länder legten neue Erhebungen vor. Fallberichte: 54 Länder wurden mit Daten der letzten Jahre aktualisiert, wodurch 546 zusätzliche Länderjahre hinzugefügt wurden. UNAIDS: 145 Länder stellten in ihren Spectrum-Länderdaten aktualisierte Zeitreihen zur Verfügung.

Zur Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit verwendeten wir einen nichtparametrischen stochastischen Effizienz-Analyseansatz (wie oben im Abschnitt „Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs“ beschrieben). Damit wurde modelliert, wie Kürzungen, die je nach Land und Jahr variieren, die Behandlung mit antiretroviralen Therapien (ART) reduzieren würden. Die Versorgung mit ART beeinflusst die Sterblichkeitsraten und Fallzahlen in unserem Modell, d. h. beide epidemiologischen Kennzahlen sind von Änderungen bei ART betroffen. Wir haben die geschätzten Rückgänge in der Versorgung mit ART herangezogen und ihre Auswirkungen in unserem Prognosemodell simuliert.

Tuberkulose
Das IHME schätzt die in einem bestimmten Kalenderjahr diagnostizierten Neu- und Rückfallerkrankungen mit Tuberkulose (TB) anhand von Daten aus Prävalenzstudien, Fallmeldungen, Remissionsschätzungen, Übersterblichkeitsschätzungen und ursachenspezifischen Einschätzungen der Sterblichkeit, die in ein statistisches Modell einfließen, das die interne Konsistenz zwischen den Schätzungen gewährleistet. Auf globaler Ebene zeigen die Schätzungen zu TB-Fällen in diesem Bericht einen etwas steileren Abwärtstrend als im Vorjahr. Dieser Trend wird durch den aktualisierten zeitlichen Verlauf der TB-Sterblichkeit beeinflusst, der einen aktualisierten Sterblichkeitsrahmen für den GBD-Zyklus 2025, neue Kovarianten auf Basis aktueller Daten sowie neu verfügbare Daten zu Todesursachen berücksichtigt.

Zur Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit verwendeten wir einen nichtparametrischen stochastischen Effizienz-Analyseansatz (wie oben im Abschnitt „Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs“ beschrieben). Damit wurde modelliert, wie sich Kürzungen, die je nach Land und Jahr variieren, auf den Anstieg der TB-Fälle auswirken würden. Anschließend wurden die Prognosen unter Anwendung des Szenarios einer Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent für jedes Land bis 2030 angepasst.

Malaria

Das IHME bestimmt die Malaria-Rate anhand der Anzahl neuer Fälle je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Schätzungen zu Malaria umfassen seit dem letzten Jahr neue Datenpunkte, darunter drei neue nationale Erhebungen aus Ghana, Liberia und Mosambik. Zusätzlich zu den routinemäßigen Datenaktualisierungen wurden erstmals seit mehreren Jahren auch die Daten zur Vollständigkeit der Berichterstattung aktualisiert. Diese Verbesserungen haben sich auf die Ergebnisse mehrerer Länder ausgewirkt, darunter Côte d'Ivoire, Ghana, Liberia, Mosambik, Senegal und Guyana. Die kräftigen Anstiege der Schätzungen für Myanmar, Äthiopien, Pakistan und Simbabwe sind auf bekannte Ausbrüche zurückzuführen.

Für die Prognosen bis 2030 wurden Malaria-Prognosemodelle herangezogen, die für Klimaszenario-Modelle entwickelt wurden. Kurz gesagt bestehen diese Modelle aus fünf Komponenten, die alle auf die zweite Verwaltungsebene zugeschnitten sind. Modell 1: Modellierung des Vorkommens von *Plasmodium falciparum* bei 2- bis 10-jährigen (pfpr2-10), Modell 2: Modellierung der Fallrate für alle Altersgruppen unter Berücksichtigung von pfpr2-10, Modell 3: Modellierung der alters- und geschlechtsspezifischen Fallrate unter Berücksichtigung der Fallrate für alle Altersgruppen, Modell 4: Modellierung der Sterblichkeitsrate für alle Altersgruppen unter Berücksichtigung von pfpr2-10 und Modell 5: Modellierung der alters- und geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsrate unter Berücksichtigung der Sterblichkeitsrate für alle

Altersgruppen. Jedes Modell basierte auf Daten der Verwaltungsstufe 2 aus den Jahren 2000 bis 2022 sowohl zum Ausgang der Malaria-Erkrankungen als auch zum gewichteten Anteil des Jahres mit für die Übertragung geeigneten Temperaturen (gewichtet nach Eignungsgrad), zu den jährlichen Hochwassertagen pro Kopf, zum Pro-Kopf-BIP und zur Höhe der Entwicklungshilfe für die Bekämpfung von Malaria.

Unsere Referenzprognose beruhte auf den prognostizierten Schätzungen jeder Kovariante (unter Verwendung von RCP 4.5 für klimabasierte Kovarianten) und den Referenzschätzungen zur Höhe der Entwicklungshilfe für die Bekämpfung von Malaria.

Literaturhinweise:

Weltgesundheitsorganisation (WHO), (2022), *Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic (November – December 2021)*, www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1

Vernachlässigte Tropenkrankheiten

Das IHME misst die Gesamtzahl der Fälle von 15 vernachlässigten Tropenkrankheiten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern, die aktuell in der jährlichen GBD-Studie erfasst werden: Afrikanische Trypanosomiasis (Schlafkrankheit), Chagas-Krankheit, zystische Echinokokkose, Zystizerkose, Denguefieber, lebensmittelbedingte Trematodiasen, Guineawurm-Krankheit, durch den Boden übertragene Helmintheninfektionen, auch „STH“ genannt (Hakenwurm, Trichuriasis und Ascariasis),

Leishmaniose, Lepra, lymphatische Filariose, Onchozerkose, Tollwut, Schistosomiasis und Trachom. Für die Projektionen bis 2030 wurde ein Ensemble-Modell verwendet, das sich sowohl auf vergangene Trends als auch auf SDI-Prognosen stützt.

Zur Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit verwendeten wir einen nichtparametrischen stochastischen Effizienz-Analyseansatz (wie oben im Abschnitt „Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs“ beschrieben). Damit wurde modelliert, wie sich Kürzungen, die je nach Land und Jahr variieren, auf die Zahl der Fälle von vernachlässigten Tropenkrankheiten auswirken würden. Anschließend wurden die Prognosen unter Anwendung des Szenarios einer Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent für jedes Land bis 2030 angepasst.

Familienplanung

Das IHME schätzt den prozentualen Anteil von Frauen im gebärfähigen Alter (15–49 Jahre), die ihren Familienplanungsbedarf mit modernen Verhütungsmitteln decken können. Als moderne Verhütungsmethoden gelten aktuell die Sterilisation von Männern oder Frauen, Kondome für Männer oder Frauen, Diaphragmen, Portiokappen, Schwämme, spermizide Mittel, orale Hormontabletten, Pflaster, Ringe, Implantate, Injektionen, Intrauterinpressare (IUPs) und Notfallverhütungsmittel. Der Bedarf wird gemäß der Definition der Demographic and Health Surveys definiert. Für die Prognosen bis 2030 wurde

ein Ensemble-Modell verwendet, das sowohl auf vergangenen Trends beruht als auch den SDI als wichtigstem Faktor zugrunde legt und Prognosen zum Pro-Kopf-Einkommen und zur Bildung sowie die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie einbezieht.

Zur Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit verwendeten wir einen nichtparametrischen stochastischen Effizienz-Analyseansatz (wie oben im Abschnitt „Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs“ beschrieben). Damit wurde modelliert, wie Kürzungen, die je nach Land und Jahr variieren, den Anteil des gedeckten Bedarfs an modernen Verhütungsmitteln verringern würden. Anschließend wurden die Prognosen unter Anwendung des Szenarios einer Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent für jedes Land bis 2030 angepasst.

Literaturhinweise:
Performance Monitoring for Action, (2020), Performance Monitoring for Action (PMA) Survey, www.pmadata.org/data

Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff, (2012), *Revising Unmet Need for Family Planning*, *DHS Analytical Studies*, 25, ICF International, [www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25\[12\]June2012\].pdf](http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25[12]June2012].pdf)

Allgemeine Gesundheitsversorgung
Der Universal Health Coverage (UHC) Index (tatsächliche Versorgung mit grundlegenden Gesundheitsleistungen) ist eine aus 23 Indikatoren zusammengesetzte Kennzahl, die nach Alter gegliederte Bevölkerungsgruppen über ihre gesamte Lebensdauer verfolgen (Mütter und Neugeborene, Kinder unter 5 Jahren, Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 19 Jahren, Erwachsene zwischen 20 und 64 Jahren und Erwachsene ab 65 Jahren). Die Indikatoren decken mehrere Bereiche der Gesundheitsversorgung ab: Förderung, Prävention und Behandlung.

Zu den Indikatoren der Förderung des Gesundheitssystems zählt die Deckung des Familienplanungsbedarfs durch moderne Verhütungsmethoden.

Indikatoren der Prävention im Gesundheitssystem sind unter anderem der Anteil der Kinder, die die dritte Dosis des Impfstoffs gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten (DTP) erhalten, und der Anteil der Kinder, die die erste Dosis der Masernimpfung erhalten. Auch die Vorsorge für Schwangere und die vorgeburtliche Versorgung von Neugeborenen gelten als Präventionsindikatoren, ebenso wie die Behandlung von Krankheiten, die die Gesundheit von Müttern und Kindern beeinträchtigen.

Indikatoren für die Behandlung übertragbarer Krankheiten sind das Mortalitäts-Inzidenz-Verhältnis (MI) für Infektionen der unteren Atemwege, Durchfall und Tuberkulose sowie die Versorgung von HIV/AIDS-Patientinnen und -Patienten mit antiretroviraler Therapie

(ART). Zu den Indikatoren für die Behandlung nicht übertragbarer Krankheiten zählt das MI-Verhältnis für akute lymphatische Leukämie, Blinddarmentzündung, paralytischer Ileus und Darmverschluss sowie Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Gebärmutterkrebs und Darmkrebs. Des weiteren zählen zu den Indikatoren für die Behandlung nicht übertragbarer Krankheiten das Mortalitäts-Prävalenz-Verhältnis (MP) für Schlaganfall, chronische Nierenerkrankungen, Epilepsie, Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Diabetes und die risikostandardisierte Todesfallrate aufgrund ischämischer Herzerkrankungen. Die Indikatoren für die tatsächliche Versorgung werden im Index nach dem potenziellen Gesundheitsgewinn gewichtet, den jedes Land erzielen könnte, wenn es bei diesem Indikator die Versorgung verbessern würde.

Zur Entwicklung von Prognosen des UHC-Index für den Zeitraum 2025–2030 wurde ein metastochastisches Effizienzmodell für die allgemeine Gesundheitsversorgung erstellt, wobei die prognostizierten Gesundheitsausgaben pro Kopf als unabhängige Variable verwendet wurden. Länder- und jahresspezifische Ineffizienzen wurden anschließend aus dem Modell extrahiert und unter Anwendung einer linearen Regression mit exponentiellen Zeitgewichtungen für jede Länderebene bis 2030 prognostiziert. Diese prognostizierten Ineffizienzen wurden zusammen mit den prognostizierten Schätzungen der summierten gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf in die zuvor erstellte Grenze eingefügt, um für 2025–2030 eine UHC-Prognose für alle Länder zu ermitteln.

Zur Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit verwendeten wir einen nichtparametrischen stochastischen Effizienz-Analyseansatz (wie oben im Abschnitt „Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs“ beschrieben). Damit wurde modelliert, wie Kürzungen, die je nach Land und Jahr variieren, den Zugang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung reduzieren würden. Anschließend wurden die Prognosen unter Anwendung des Szenarios einer Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent für jedes Land bis 2030 angepasst.

Tabakkonsum

Das IHME misst die altersstandardisierte Rate des aktuellen Tabakkonsums bei Personen ab 15 Jahren. Es erhebt Informationen aus verfügbaren repräsentativen Umfragen, die Fragen zum täglichen Tabakkonsum und Informationen zur Art des konsumierten Tabakprodukts (darunter Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Wasserpfeifen sowie lokale Produkte) beinhalten. Anschließend konvertiert das IHME alle Daten in seine Standarddefinition (jeglicher Tabakkonsum in den letzten 30 Tagen), um aussagekräftige räumliche und zeitliche Vergleiche ziehen zu können. Für die Prognosen bis 2030 wurde der SDI als wichtigster Faktor zugrunde gelegt, der Prognosen zum Pro-Kopf-Einkommen, zur Bildung sowie die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie einbezieht.

Impfstoffe

Das IHME misst die einzelnen Durchimpfungsraten in Bezug auf folgende Impfungen: Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten in drei Dosen (DTP3), zweite Dosis Masern (MCV2) und Pneumokokken-Kombinationsimpfung in drei Dosen (PCV3).

Die Schätzungen zu den Auswirkungen der Pandemie in den Jahren 2020–2023 wurden anhand von administrativen Daten erstellt. Zu diesem Zweck erweiterte das IHME den Modellierungsrahmen, der zur Erfassung anderer akuter zeitlicher Unterbrechungen (d. h. Rückgänge) von Impfungen aufgrund von Lieferengpässen oder ähnlichen Ereignissen verwendet wurde. In diesem Rahmen modellierte das IHME zunächst die Größenordnung der Unterbrechungen für Impfstoffe auf Länderebene mit gemeldeten Versorgungsempfängern, die über das gemeinsame Meldeformular 2024 (Joint Reporting Form) erhoben wurden. Zu diesem Zweck schätzte das IHME zunächst die kontrafaktische, von den Ländern gemeldete Durchimpfungsrate anhand von Modellen, die Impfstoffe auf Länderebene mit identifizierten Unterbrechungen ausschlossen, und verglich diese kontrafaktischen Schätzungen dann mit den von den Ländern für diese Jahre gemeldeten Werten. Die Größenordnungen der Unterbrechungen wurden dann als Kovariante in die Modellierung der Durchimpfungsrate einbezogen. Um Unterbrechungen aufgrund der COVID-19-Pandemie Rechnung zu tragen, betrachtete das IHME alle Impfstoffe auf Länderebene für 2020–2023 als Kandidaten für Unterbrechungen. Bei fehlenden

Verwaltungsdaten für die Jahre 2020–2023 berechneten wir die Größenordnungen von Unterbrechungen anhand von impfstoff- und jahresspezifischen Verteilungen in Ländern mit verfügbaren Daten.

Diese Schätzungen spiegeln auch neue Methoden wider, mit denen die rasche Ausweitung der Impfversorgung mit MCV2 und PCV3 in den Jahren nach der Einführung in einzelnen Ländern mithilfe hierarchischer Spline-Modelle besser berücksichtigt werden kann. Für jeden Impfstoff schätzte das Modell zunächst globale Ausweitungsmuster und verwendete diese dann als Prior-Verteilung für länderspezifische Ausweitungsmuster. Dieser Ansatz gewährleistet eine bessere Erfassung der länderspezifischen Ausweitung, sofern Daten verfügbar waren, und nutzt die Stärke globaler Ausweitungsmuster, um bei fehlenden Daten Schätzungen zu liefern.

Zur Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit verwendete das IHME einen nichtparametrischen stochastischen Effizienz-Analyseansatz (wie oben im Abschnitt „Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs“ beschrieben). Damit wurde modelliert, wie Ausgabenkürzungen, die je nach Land und Jahr variieren, die Impfversorgung reduzieren würden. Anschließend wurden die Prognosen unter Anwendung des Szenarios einer Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent für jedes Land bis 2030 angepasst.

Literaturhinweise:
Weltgesundheitsorganisation (WHO), (Juli 2025), „Global childhood vaccination coverage holds steady, yet over 14 million infants remain unvaccinated“, Pressemitteilung, www.who.int/news/item/15-07-2025-global-childhood-vaccination-coverage-holds-steady-yet-over-14-million-infants-remain-unvaccinated-who-unicef

GBD 2023 Vaccine Coverage Collaborators, (2024), „Global, regional, and national trends in routine childhood vaccination coverage from 1980 to 2023 with forecasts to 2030: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023“, *The Lancet*, [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01037-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01037-2/abstract)

Sanitärversorgung

Das IHME schätzt den Anteil der Bevölkerung, der Zugang zu einer sicheren Sanitärversorgung hat. Gemäß der Definition des Joint Monitoring Programme (JMP) muss eine sichere Sanitärversorgung drei Kriterien erfüllen: 1) Sie wird nicht von mehreren Haushalten gemeinsam genutzt, 2) es handelt sich um eine verbesserte Sanitäranlage und 3) das Abwasser wird sicher entsorgt (Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2021). Eine sichere Abwasserentsorgung kann darin bestehen, dass das Abwasser an Ort und Stelle aufbereitet und entsorgt wird, dass es zwischengelagert und dann an einem anderen Ort aufbereitet wird oder dass es durch die Kanalisation transportiert und aufbereitet wird (WHO, 2021). Sicher aufbereitetes Abwasser muss zumindest einer Sekundärbehandlung unterzogen worden sein (WHO, 2021). 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), Haushalte ohne verbesserte Sanitärversorgung (Toilette mit Wasserspülung, aber ohne Kanalanschluss oder Klärgrube, Latrine ohne Platte oder offene Latrine, Eimer, hängende Toilette oder Latrine, keine Sanitäranlagen) und die Art der Abwasserbehandlung für an die Kanalisation angeschlossene Haushalte – gemäß der Definition des JMP für Wasser- und Sanitärversorgung.

Für den Goalkeepers-Bericht 2025 entwickelte das IHME Modelle zur Schätzung dreier Komponenten einer sicheren Sanitärversorgung: 1) den Anteil des aufbereiteten Abwassers, das mindestens einer Sekundärbehandlung unterzogen wird, 2) den Anteil der an die Kanalisation angeschlossenen, sicheren Einrichtungen und 3) den Anteil der verbesserten, nicht an die Kanalisation angeschlossenen, sicher geführten Einrichtungen.

Die Daten zur Schätzung des Anteils des aufbereiteten Abwassers, das mindestens einer Sekundärbehandlung unterzogen wird, wurden aus Eurostat, Aquastat, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und nationalen Erhebungen gewonnen. Die Daten zur Schätzung des Anteils der an die Kanalisation angeschlossenen, sicheren Einrichtungen wurden aus Eurostat, Aquastat, demografischen und Gesundheitserhebungen (DHS), den Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) der UNICEF,

der OECD und nationalen Erhebungen (Republik Korea, Singapur, Andorra, Österreich und Irland) gewonnen. Die Daten zur Schätzung des Anteils verbesserter sicherer Einrichtungen ohne Abwasseranschluss verwaltet werden, entstammen Eurostat, DHS, MICS und nationalen Erhebungen (Kanada, Norwegen und USA).

Das IHME berechnete den Anteil der Gesamtbevölkerung mit Zugang zu einer sicheren Sanitärversorgung als Summe des Bevölkerungsanteils mit sicheren Abwasseranschlüssen und des Bevölkerungsanteils mit sicheren, verbesserten Sanitäreinrichtungen ohne Abwasseranschluss.

Zur Schätzung der Auswirkungen von Kürzungen bei der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit verwendete das IHME einen nichtparametrischen stochastischen Effizienz-Analyseansatz (wie oben im Abschnitt „Messung der Kürzungen bei der Entwicklungshilfe und ihrer Auswirkungen auf die SDGs“ beschrieben). Damit wurde modelliert, wie Kürzungen der staatlichen und ausländischen Entwicklungshilfe für Wasser, Sanitärversorgung und Hygiene, die je nach Land und Jahr variieren, den Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu einer sicheren Sanitärversorgung reduzieren würden. Anschließend wurden die Prognosen unter Anwendung des Szenarios einer Kürzung der Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit um 20 Prozent für jedes Land bis 2030 angepasst.

Literaturhinweise:
Weltgesundheitsorganisation (WHO) und UNICEF Joint Monitoring Programme, (2021), *WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP)* | *UN_Water*, www.washdata.org/sites/default/files/2022-01/jmp-2021-metadata-sdg-621a.pdf

Datenquellen der IHME-Indikatoren

Informationen zu den Datenquellen für jeden Indikator finden Sie unten. Eine detaillierte Beschreibung der Datengrundlage für die Schätzungen des GBD 2021 finden Sie unter <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2021/sources>

Indikator und Komponente	GBD 2023 Quellen gesamt
Kindersterblichkeit	24.025
Wachstumshemmung bei Kindern	1.748
Familienplanung (Deckung des Bedarfs)	1.119
Malaria	13.099
Müttersterblichkeit	8.107
Sterblichkeit von Neugeborenen	24.025
HIV	6.320
Vernachl. Tropenkrankheiten: Chagas-Krankheit	1.199
Vernachl. Tropenkrankheiten: viszerale Leishmaniose	5.815

Vernachl. Tropenkrankheiten: kutane und mukokutane Leishmaniose	1.503
Vernachl. Tropenkrankheiten: Afrikanische Trypanosomiasis (Schlafkrankheit)	3.075
Vernachl. Tropenkrankheiten: Schistosomiasis	3.855
Vernachl. Tropenkrankheiten: Zystizerkose	3.901
Vernachl. Tropenkrankheiten: zystische Echinokokkose	3.731
Vernachl. Tropenkrankheiten: lymphatische Filariose	496
Vernachl. Tropenkrankheiten: Onchozerkose	351
Vernachl. Tropenkrankheiten: Trachom	109
Vernachl. Tropenkrankheiten: Denguefieber	3.950
Vernachl. Tropenkrankheiten: Tollwut	4.058
Vernachl. Tropenkrankheiten: Ascariasis	4.599
Vernachl. Tropenkrankheiten: Trichuriasis	868
Vernachl. Tropenkrankheiten: Hakenwurm-Infektion	873
Vernachl. Tropenkrankheiten: lebensmittelbedingte Trematodiasen	57
Vernachl. Tropenkrankheiten: Lepra	1.595

Vernachl. Tropenkrankheiten: Guineawurm-Krankheit	458
Sichere Sanitärversorgung	1.243
Tabakkonsum	3.859
Tuberkulose	8.422
UHC: mütterliche Erkrankungen	8.107
UHC: Deckung des Bedarfs	1.123
UHC: Lebendgeburten	15.981
UHC: Sterblichkeit von Neugeborenen	24.025
UHC: Diphtherie	4.185
UHC: Keuchhusten	9.667
UHC: Tetanus	4.421
UHC: DTP-Impfung	9.005
UHC: Masern	11.333
UHC: Masern-Impfung	8.893
UHC: Infektion der unteren Atemwege	4.594
UHC: Durchfall	6.087
UHC: HIV-Behandlung	6,320
UHC: TB	4.578
UHC: lymphatische Leukämie	3.518
UHC: Asthma	3.106

Indikator und Komponente	GBD 2023 Quellen gesamt
UHC: Diabetes	4.368
UHC: ischämische Herzerkrankungen	4.348
UHC: Schlaganfall	4.373
UHC: chronische Nierenerkrankungen	4.592
UHC: chronisch obstruktive Lungenerkrankungen	3.123
UHC: Gebärmutterhalskrebs	5.261
UHC: Brustkrebs	5.264
UHC: Gebärmutterkrebs	5.237
UHC: Darm- und Enddarmkrebs	5.327
UHC: Epilepsie	4.131
UHC: Blinddarmentzündung	4.213
UHC: paralytischer Ileus und Darmverschluss	4.086
Impfstoffversorgung DTP3	9.005
Impfstoffversorgung MCV2	3.266
Impfstoffversorgung PCV3	1.897

Geschätzte Indikatoren aus anderen Quellen

Armut
Weltbank (2025), Poverty headcount ratio at \$2.15 a day (2017 PPP) (% of population), [Datensatz], https://data360.worldbank.org/en/indicator/WB_PIP_HEADCOUNT_IPL

Zur Methodik siehe: Weltbank, (2025), *Poverty and inequality platform methodology handbook*, <https://datanalytics.worldbank.org/PIP-Methodology/>

In diesem Bericht werden die internationalen Armutsgrenzen und Kaufkraftparitäten (KKPs) verwendet, die vor der Aktualisierung durch die Weltbank im Juni 2025 galten. Die neuen Armutsgrenzen und KKPs werden in die nächste Ausgabe dieses Berichts aufgenommen, um die Konsistenz und Vergleichbarkeit im Zeitverlauf zu gewährleisten.

Landwirtschaft
Food and Agriculture Organization of the United Nations, (2025), Average annual income from agriculture, [Datensatz], www.dataexplorer.fao.org

Enthalten ist der Anstieg des Einkommens von Kleinerzeugerinnen und -erzeugern in ausgewählten Ländern mit mindestens zwei Einträgen im Datensatz. Für alle Länder ohne Daten für 2014 und 2019 wurden das jeweils früheste und das aktuellste Jahr herangezogen, um das Einkommenswachstum zu berechnen. Der Anstieg des Einkommens von

Kleinerzeugerinnen und -erzeugern wird für die einzelnen Länder anhand der nachfolgend aufgeführten Jahre berechnet:

Land	Spanne in Jahren
Burkina Faso	2014–2019
Kambodscha	2009–2021
Côte d’Ivoire	2008–2019
Äthiopien	2014–2019
Ghana	2013–2017
Indien	2005–2012
Malawi	2011–2020
Mali	2014–2019
Mongolei	2014–2019
Niger	2011–2019
Nigeria	2013–2019
Senegal	2011–2022
Sierra Leone	2011–2018
Tansania	2009–2021
Uganda	2010–2020

Bildung

Weltbank, UNESCO Institute for Statistics, UNICEF, USAID, Bill & Melinda Gates Foundation, & Foreign, Commonwealth, and Development Office, (2022), *The State of Global Learning Poverty: 2022 Update* [Konferenzausgabe], www.unicef.org/media/122921/file/StateofLearningPoverty2022.pdf

Quelle für Simulationen zur Lernarmut 2022:

Azevedo, J. P., Demombynes, G. und Wong, Y. N. (2023), „Why has the pandemic not sparked more concern for learning losses in Latin America? The perils of an invisible crisis“, *Education for Global Development*, <https://blogs.worldbank.org/en/education/why-hasnt-pandemic-sparked-more-concern-learning-losses-latin-america-perils-invisible>

Gleichstellung der Geschlechter

Der Equal Measures 2030 (EM2030) SDG Gender Index ist das umfassendste globale Instrument zur Messung des Fortschritts in Richtung Gleichstellung der Geschlechter gemäß den Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDGs). Der Index verfolgt 56 wichtige Gender-Indikatoren, die ein „Gesamtbild“ zu 14 der 17 SDGs sowie ihre Unterziele liefern.

Es handelt sich um den einzigen Index, der jedes der Ziele aus einer Geschlechterperspektive betrachtet, einschließlich der vielen SDGs, die im offiziellen Zielekatalog keine solche Perspektive aufweisen. Eine Analyse, die über SDG 5 (das einzige Ziel, das der Gleichstellung der Geschlechter gewidmet ist) hinausgeht,

ist entscheidend, um umfassendere Trends zu erfassen, die sich auf den Fortschritt bei der Gleichstellung der Geschlechter auswirken, und um die Folgen von Faktoren wie Hunger, Armut und Klimawandel für Mädchen und Frauen aufzuzeigen.

Der Index 2024 deckt 139 Länder ab, die 96 Prozent der Frauen und Mädchen in der Welt repräsentieren. Er ermittelt die Werte für die drei Referenzjahre 2015, 2019 und 2022 und prognostiziert auf Grundlage aktueller Trends ein Szenario für 2030.

Dies ist die dritte Ausgabe des SDG Gender Index – er wurde bereits 2019 und 2022 veröffentlicht. Er ist einer der wenigen globalen Gender-Indizes, die vom Competence Centre on Composite Indicators and Scoreboards (JRC-COIN) der Gemeinsamen Forschungsstelle der Europäischen Union formell geprüft wurden.

Der Index wurde von einem Zusammenschluss nationaler, regionaler und globaler Führungskräfte aus feministischen Netzwerken, der Zivilgesellschaft und der internationalen Entwicklung konzipiert.

Ressourcen:

Für einen Download der Indexdaten 2024 und des letzten Indexberichts sowie für weitere Informationen über die Indexmethodik, siehe: www.equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index

Für den Zugang zu interaktiven Darstellungen von Indexdaten, siehe: www.equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index/explore-the-data/

Zur Einsicht der von der JRC-COIN durchgeführten technischen Prüfung siehe: www.equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index/about-the-index/

Equal Measures 2030, (2024), *A gender equal future in crisis? Findings from the 2024 SDG Gender Index*, www.equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index

Inklusive Finanzsysteme

Der Vergleich der „Einkommen“ der reichsten 60 Prozent der Haushalte mit den ärmsten 40 Prozent entstammt den von der Weltbank erstellten Berechnungen zum Kontobesitz.

Klapper, L., Singer, D., Starita, L. und Norris, A. (2025), „The Global Findex Database 2025: Connectivity and Financial Inclusion in the Digital Economy“, Weltbank, www.hdl.handle.net/10986/43438

Weltbank, (2025), „Account ownership at a financial institution or with a mobile-money-service provider (% of population ages 15+)“, [Datensatz], Global Findex Database, www.genderdata.worldbank.org/en/indicator/fx-own-totl-zs

Zur Methodik siehe:

Weltbank, (2025), Survey methodology, *In The Global Findex Database 2025: Connectivity and Financial Inclusion in the Digital Economy*, 267–294, <https://genderdata.worldbank.org/en/indicator/fx-own-totl-zs>