

# Die weltweite Mobilisierung und Verteilung der finanziellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung

Extreme wirtschaftliche Ungleichheit als wesentliche Ursache der ungenügenden Gesundheitsförderung und Pandemiebekämpfung

# Wesentliche Kenngrößen der Mobilisierung von Finanzmitteln für die Gesundheitsversorgung nach Einkommensgruppen im Jahr 2020 (Beträge in US\$)

| Ländergruppen nach Einkommen pro Kopf (US\$) | Bevölkerung insgesamt, Millionen | Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf (US\$) | Staats-Einnahmen pro Kopf (US\$) | Staatseinnahmen als % des BIP | Regierungs-Ausgaben für Gesundheit pro Kopf (US\$) | Regierungs-Ausgaben für Gesundheit als % der Staatseinnahmen | Regierungs-Ausgaben für Gesundheit als % des BIP | ODA-Zuschüsse für Gesundheit pro Kopf (US\$) | ODA-Zuschüsse als % der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit |
|--|----------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|
| <1,000                                       | 602.32                           | 674.18                                     | 89.07                            | 13.21%                        | 9.81   | 11.02%   | 1.46%  | 13.47  | 57.85%   |
| 1,000-2,500                                  | 1,199.68                         | 1,774.86                                   | 207.72                           | 11.70%                        | 23.99  | 11.55%   | 1.35%  | 5.85   | 19.60%   |
| 2,500-5,000                                  | 882.60                           | 3,673.68                                   | 711.39                           | 19.36%                        | 92.00  | 12.93%   | 2.50%  | 2.36   | 2.50%  |
| 5,000-7,500                                  | 496.46                           | 6,483.08                                   | 1,832.24                         | 28.26%                        | 300.41   | 16.40%   | 4.63%  | 2.68   | 0.89%  |
| 7,500-10,000                                 | 282.73                           | 8,642.65                                   | 2,271.49                         | 26.28%                        | 335.98   | 14.79%   | 3.89%  | 0.46   | 0.14%  |
| 10,000-15,000                                | 239.80                           | 10,842.64                                  | 3,315.03                         | 30.57%                        | 540.12   | 16.29%   | 4.98%  | 0.20   | 0.04%  |
| 15,000-30,000                                | 157.25                           | 21,079.22                                  | 8,751.56                         | 41.52%                        | 1,373.51   | 15.69%   | 6.52%  | -  | 0.00%  |
| 30,000-50,000                                | 538.49                           | 40,245.21                                  | 16,456.36                        | 40.89%                        | 3,562.66   | 21.65%   | 8.85%  | -  | 0.00%  |
| >50,000                                      | 423.87                           | 62,171.75                                  | 20,116.01                        | 32.36%                        | 6,251.91   | 31.08%   | 10.06%   | -  | 0.00%  |
| Indien                                       | 1,396.39                         | 1,913.22                                   | 347.59                           | 18.17%                        | 20.75  | 5.97%  | 1.08%  | 0.28   | 1.34%  |
| China  | 1,424.93                         | 10,430.38                                  | 2,679.03                         | 25.68%                        | 319.28   | 11.92%   | 3.06%  | 0.02   | 0.00%  |
| Weltweit                                     | 7,644.52                         | 10,846.09                                  | 3,446.21                         | 31.77%                        | 753.21   | 21.86%   | 6.94%  | 2.50   | 0.33%  |
| ODA-Empfänger                                | 6,327.85                         | 4,650.83                                   | 1,086.06                         | 23.35%                        | 135.82   | 12.51%   | 2.92%  | 3.02   | 2.18%  |

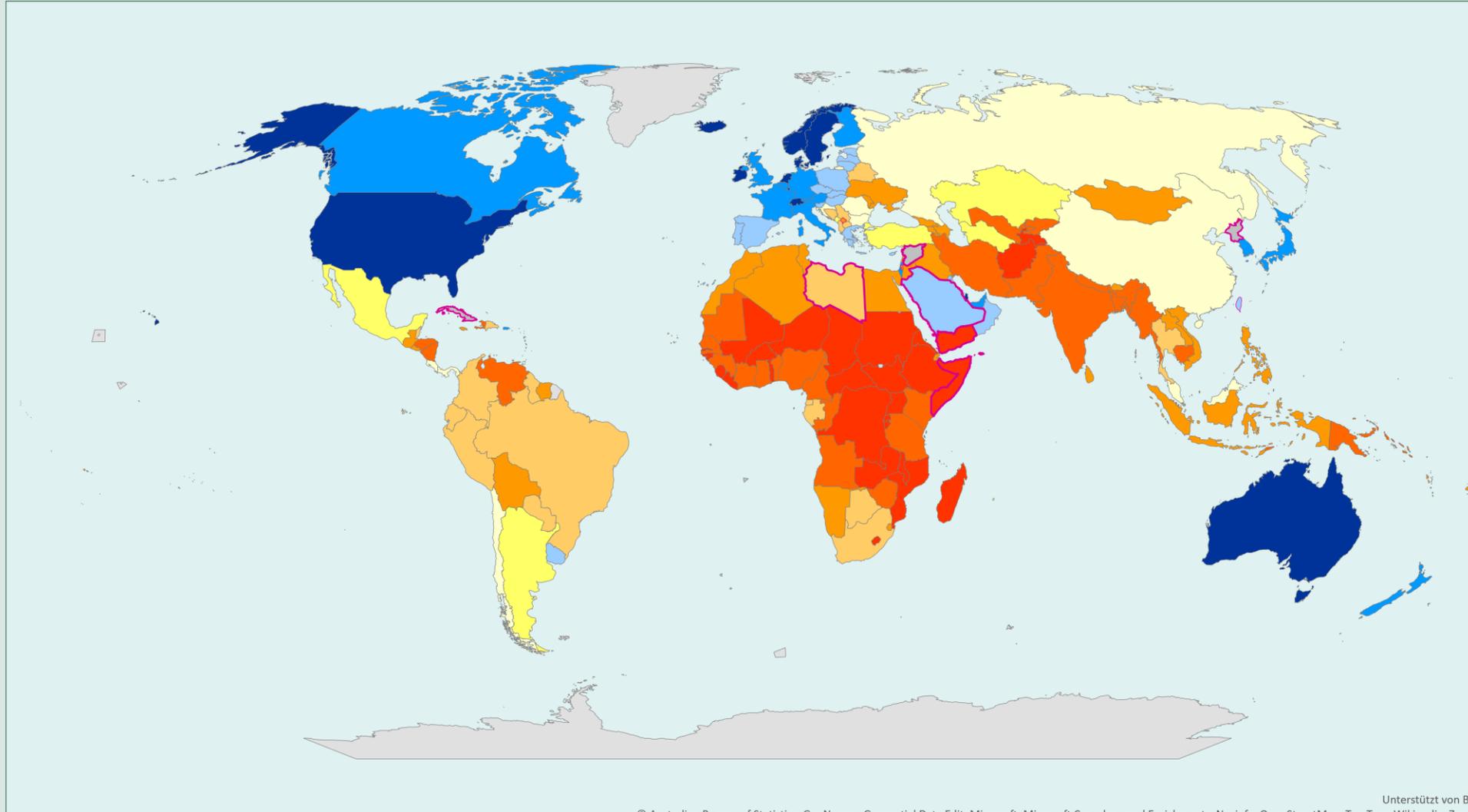
Diese Übersicht zeigt die Kennziffern, die für die Aufbringung der erforderlichen Finanzmittel für Gesundheit entscheidend sind. Sie bezieht alle Staaten ein, für die verlässliche Daten aus offiziellen Quellen verfügbar sind, namentlich UN/DESA, IWF, OECD und WHO und basiert auf eigenen Berechnungen. Der Deckungsgrad im Hinblick auf die Weltbevölkerung beträgt insgesamt 97,5 %, ist aber im Fall der untersten Einkommensgruppe mit 86 % niedriger. Hier fehlen insbesondere fragile Staaten und Diktaturen wie Nordkorea, Syrien, Saudi-Arabien oder Somalia.

Die dargestellten Prozentanteile geben die gewichteten Mittelwerte wieder, sie berücksichtigen also die Bevölkerungszahlen der jeweiligen Länder.

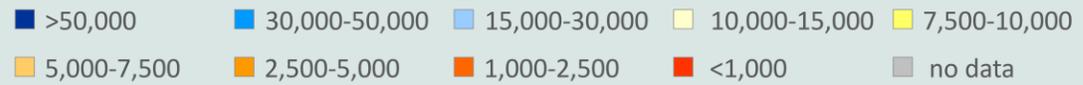
Die absoluten Beträge zeigen eindrücklich wie stark der Umfang der Finanzmittel, die für die öffentlichen Aufgaben allgemein und die Gesundheitsversorgung im Besonderen zur Verfügung stehen, von den sehr unterschiedlichen Einkommensniveaus abhängen. Die Prozentanteile zeigen aber auch einen deutlichen statistischen Zusammenhang zwischen der Höhe der Wirtschaftsleistung und den Chancen, die notwendigen Ressourcen für die staatliche Daseinsvorsorge aufzubringen.

Zur Erinnerung: Die ODA-Zuschüsse im Rahmen der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit für Gesundheit erreichen nur knapp 50 % des Finanzierungsziels für die MDG-Periode. Trotzdem macht die internationale Kooperation in den am meisten benachteiligten Ländern mehr als die Hälfte der gesamten öffentlichen Mittel aus. Außerdem werden fast 30 % der ODA-Zuschüsse im Jahr 2020 nicht nach Ziel-Ländern zugeordnet.

## Bruttoinlandsprodukt pro Kopf im Jahr 2020, in US\$



Unterstützt von Bing  
© Australian Bureau of Statistics, GeoNames, Geospatial Data Edit, Microsoft, Microsoft Crowdsourced Enrichments, Navinfo, OpenStreetMap, TomTom, Wikipedia, Zenrin

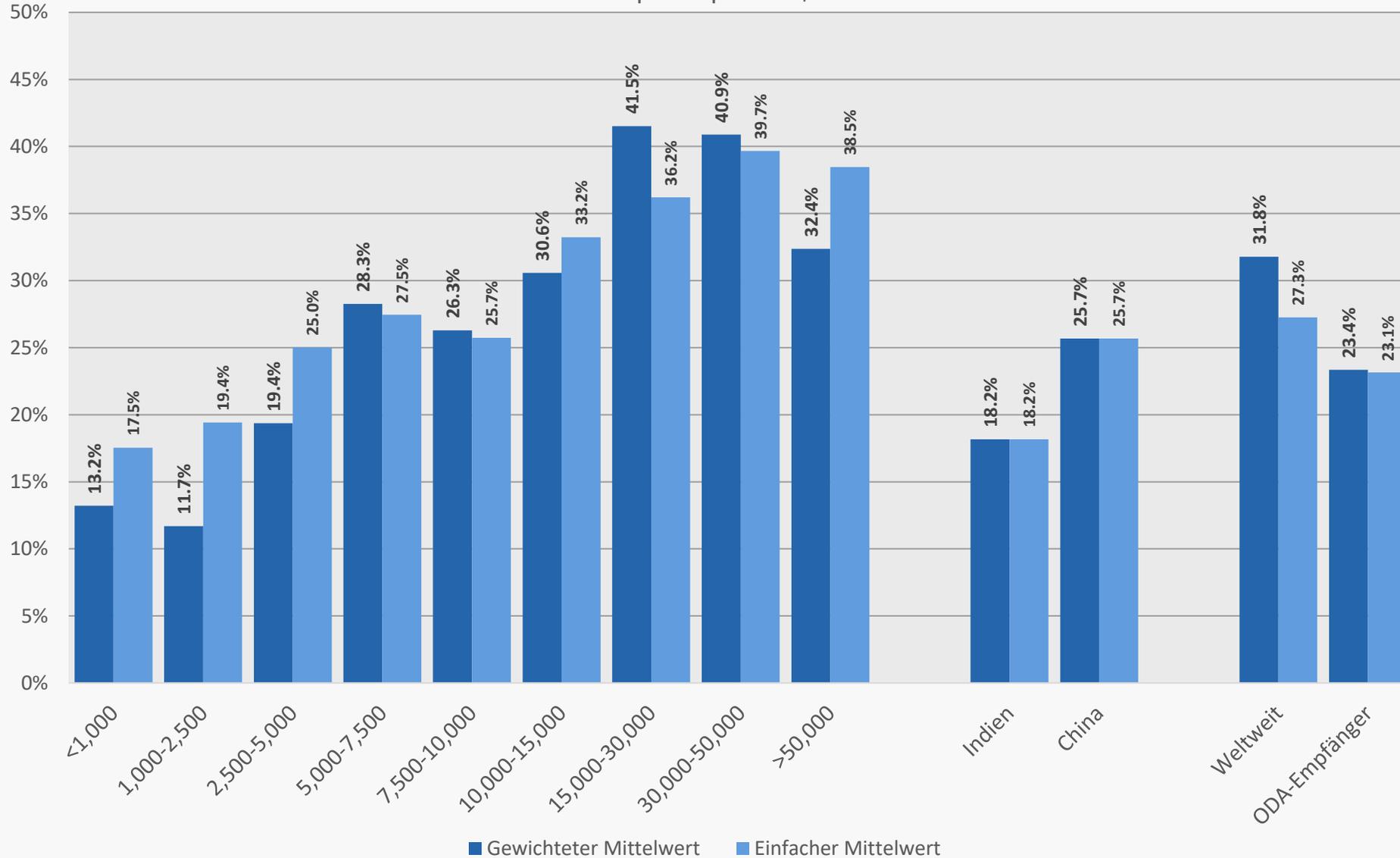


Die nebenstehende Weltkarte zeigt die Zuordnung der einzelnen Länder zu den Einkommensgruppen, die in der Übersicht der wesentlichen Indikatoren der Gesundheitsfinanzierung dargestellt sind.

Für die mit violetter Farbe umrandeten Staaten fehlen eine oder mehrere Angaben aus verlässlichen Quellen. Syrien und Nordkorea werden von der Weltbank als Niedrigeinkommensländer klassifiziert (Bruttonationaleinkommen pro Kopf von weniger als 1.045 US\$), auch wenn keine genauen Daten zur Wirtschaftsleistung und den Staatseinnahmen vorliegen. Für diese Staaten ebenso wie für Kosovo, Libyen, Saudi-Arabien, Somalia, Jemen, Palästina und Taiwan sind keine aktuellen Angaben zu den Regierungsausgaben für Gesundheit verfügbar. Darunter weisen Somalia und Jemen sehr niedrige Staatseinnahmen auf mit rund 5 % des BIP.

Im Fall von Kuba errechnet sich nach Daten der Weltgesundheitsorganisation (Global Health Expenditure Database, GHED) ein Betrag von 1.087 US\$, der 2020 aus inländischen öffentlichen Quellen für die Gesundheitsversorgung pro Kopf aufgebracht wurde. Dies soll 11,4 % des BIP entsprechen, was im internationalen Vergleich einen Spitzenwert darstellt. Allerdings lässt die Datenlage hier keine genaue Bestimmung der Relation zu den staatlichen Einkünften zu.

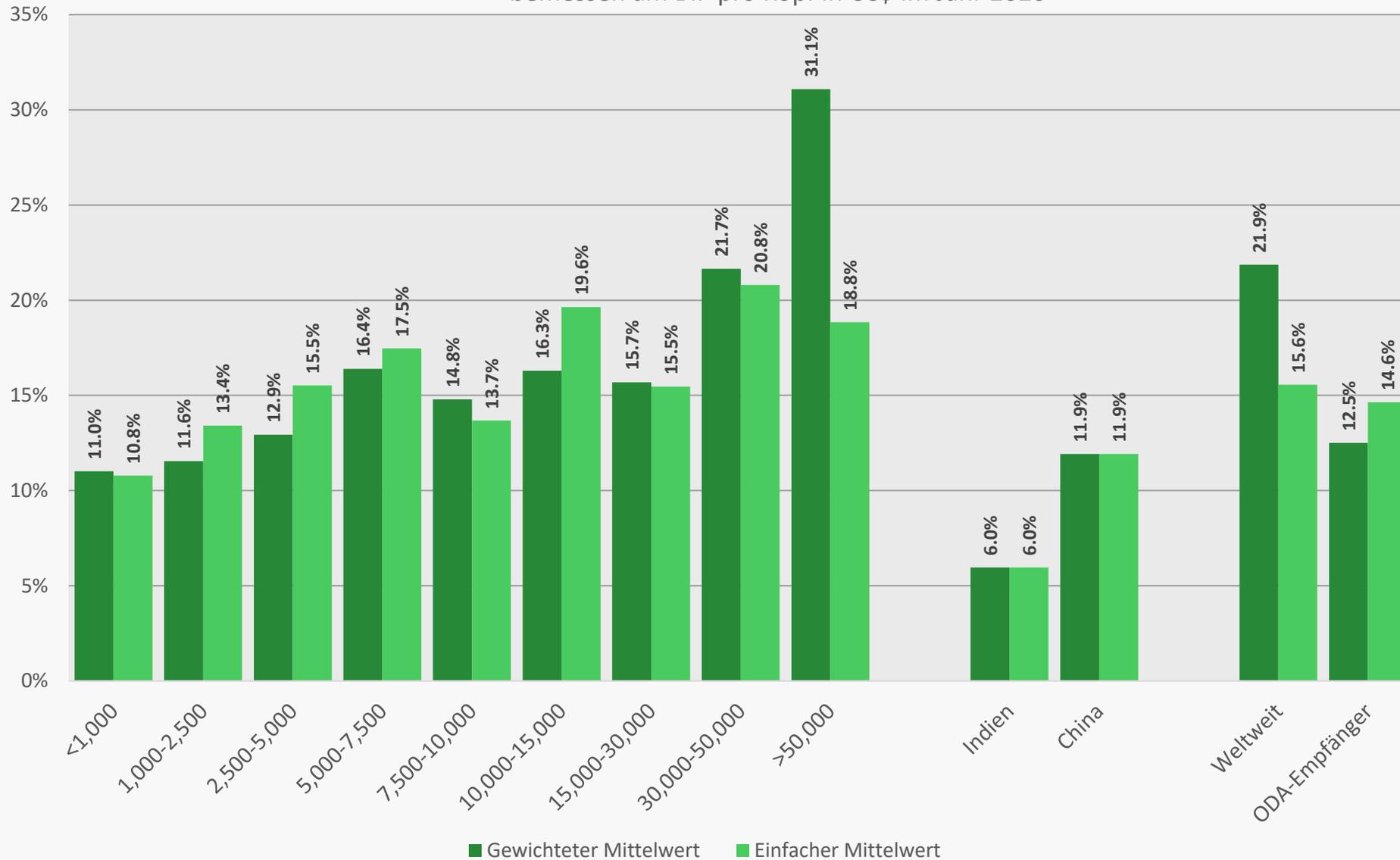
Der Anteil der Staatseinnahmen am Bruttoinlandsprodukt nach Einkommensgruppen bemessen am BIP pro Kopf in US\$ im Jahr 2020



Diese Grafik stellt die Höhe der Staatseinnahmen aus inländischen Quellen wie Steuern und Sozialabgaben in Prozent des BIP dar und differenziert nach den in der vorstehenden Übersicht verwendeten Einkommensgruppen. Für die Berechnung wurden die gesamten in der Projektdatenbank von DAC/OECD berichteten ODA-Zuschüsse für den einheimischen öffentlichen Sektor der Empfängerländer von den staatlichen Einkünften nach aktuellen Angaben des IWF abgezogen. Neben dem gewichteten Mittelwert ist auch der einfache Durchschnitt der in die jeweilige Gruppe fallenden Länder dargestellt.

Ungeachtet der erheblichen Differenzen zwischen einzelnen Ländern aufgrund diverser struktureller Bedingungen und politischer Entwicklungen zeigt sich ein klarer Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und den für die öffentlichen Aufgaben aufgebrachtten Staatseinkünften. Besonders bei den für die Entwicklungskooperation wichtigen Staaten in den vier unteren Kategorien steigt die Staatsquote mit zunehmendem Einkommensniveau merklich an. Das gewichtete Mittel in der zweiten Gruppe wird durch die weit unterdurchschnittlichen Prozentzahlen in Nigeria und Bangladesch von 6,5 und 8,4 % nach unten gedrückt, die zusammen fast 38 % des aggregierten BIP der Länder mit Einkommen pro Kopf zwischen 1.000 und 2.500 US\$ (ohne Indien) ausmachen. In der ebenfalls von der Korrelation abweichenden Gruppe mit Einkommenshöhen von 7.500 bis 10.000 US\$ finden sich nur 10 Länder und die statistischen Werte der reichsten Gruppe werden weitgehend durch das Gewicht der USA mit einem BIP-Anteil von fast 80 % beeinflusst.

Anteil der Regierungsausgaben für Gesundheit an den Staatseinnahmen nach Einkommensgruppen bemessen am BIP pro Kopf in US\$ im Jahr 2020

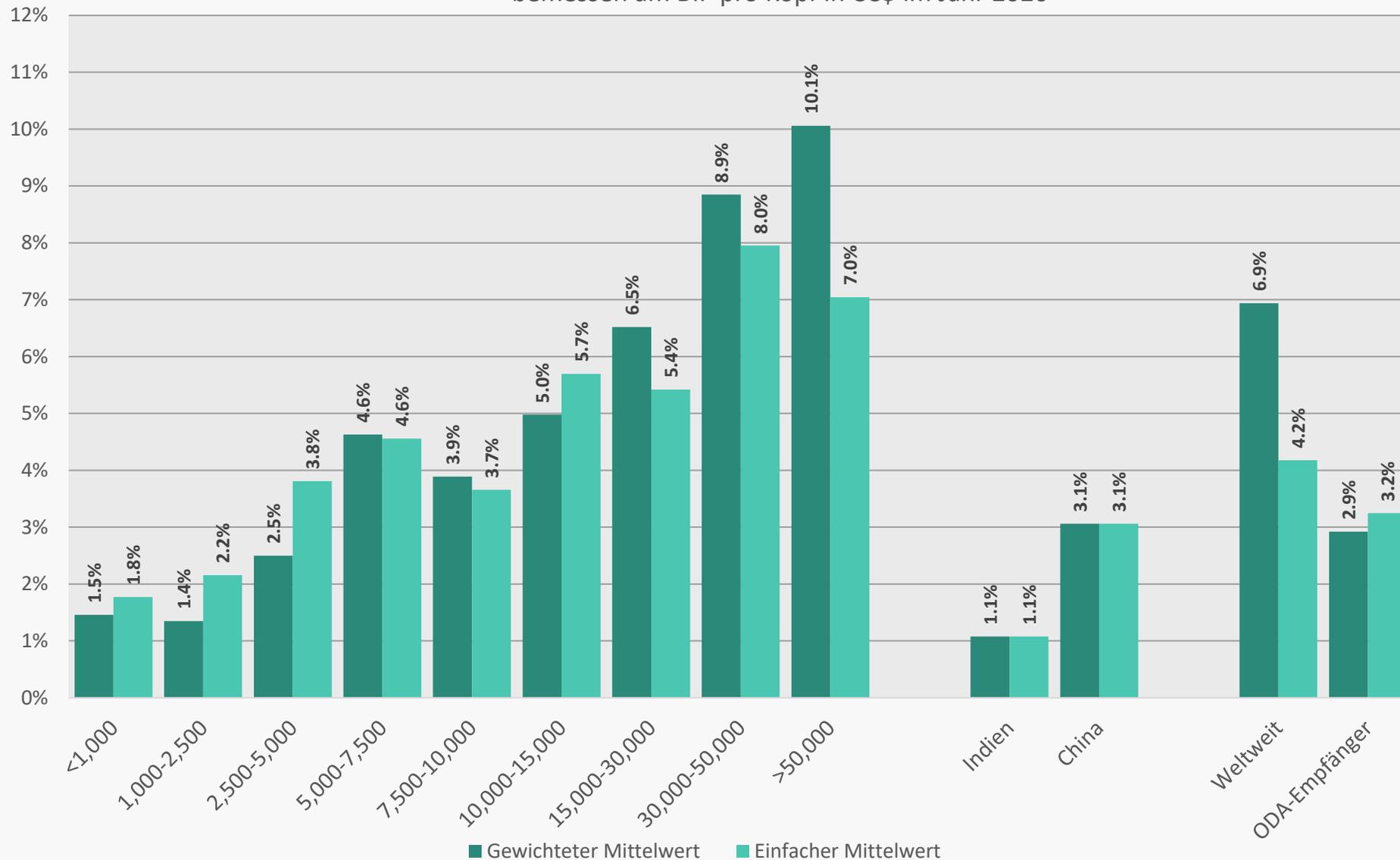


Auch der Anteil der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit an den gesamten Staatseinkünften fällt in den wirtschaftlich am stärksten benachteiligten Ländern tendenziell niedriger aus als in den im Hinblick auf das Einkommensniveau besser gestellten Staaten. Erneut wird das Gesamtergebnis der zweiten Einkommensgruppe negativ durch einige bevölkerungsstarke Staaten beeinflusst, in denen der Gesundheitssektor nicht die erforderliche Priorität erhält, namentlich Bangladesch (4,9 %), Pakistan (7,7 %) und Nigeria (10,2 %). Daneben erreichen Länder wie Angola, Kamerun, Tschad und im Bezugsjahr auch Simbabwe nur rund ein Drittel des 2001 von der Afrikanischen Union beschlossenen Abuja-Ziels. Demnach sollen die Mitgliedstaaten mindestens 15 % des Staatshaushalts für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung einsetzen.

Von den 57 Staaten mit Pro-Kopf-Einkommen unter 2.500 US\$ haben im Bezugsjahr lediglich 8 die zu Beginn der MDG-Periode vereinbarte Zielgröße der AU realisiert. Die beiden Länder mit niedrigem Einkommen Südsudan und Eritrea schneiden mit 2,0 bzw. 2,9 % am schlechtesten ab.

In der Kategorie von 15.000 bis 30.000 US\$ finden sich viele osteuropäische Staaten, die zum Teil deutlich weniger als 15 % der staatlichen Einnahmen für Gesundheit aufbringen und damit den Gesamtdurchschnitt verringern. Das Gleiche gilt für Griechenland, das einen Gesundheitsanteil von 10,5 % der gesamten staatlichen Mittel im Jahr 2020 registrierte.

## Anteil der Regierungsausgaben für Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt nach Einkommensgruppen bemessen am BIP pro Kopf in US\$ im Jahr 2020

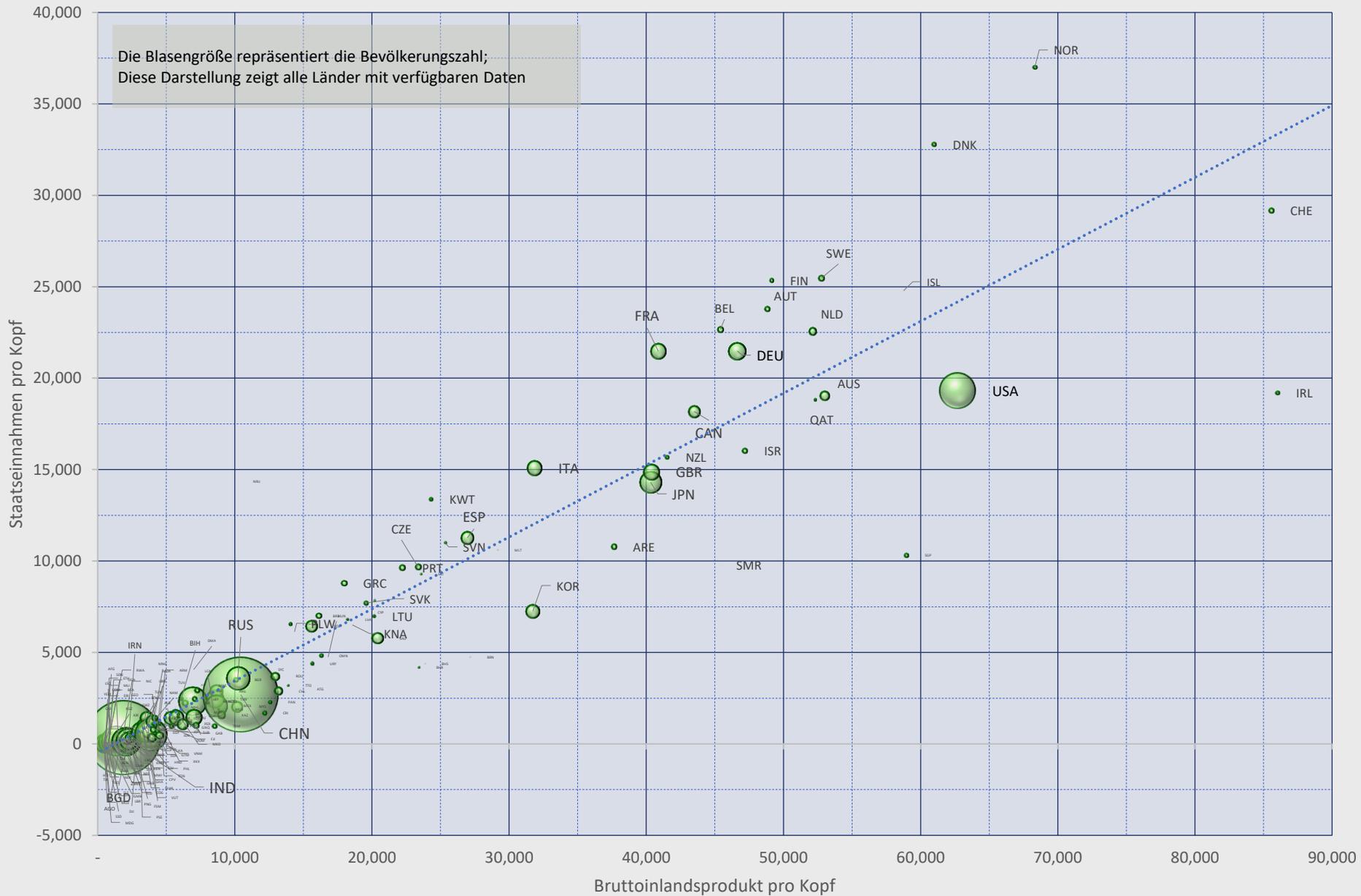


Bei der Betrachtung des Prozentanteils der staatlichen Gesundheitsausgaben am BIP, der die Effekte der beiden für die Finanzierung der öffentlichen Gesundheit ausschlaggebenden Kennwerte kombiniert, ergibt sich ein sehr ausgeprägtes Gefälle von den wirtschaftlich privilegierten zu den stärker benachteiligten Ländern.

Von den 127 Ländern mit einem BIP pro Kopf unter dem globalen Mittelwert (10.850 US\$) verzeichnen nur 19 einen Anteil der staatlichen Ausgaben für Gesundheit am BIP von über 5 %. Dort leben rund 350 Millionen Menschen oder 5,5 % der Bevölkerung aller 127 Staaten von fast 6,5 Milliarden. Für 70 Länder mit einem Bevölkerungsanteil von gut 60 % ergibt sich eine Quote von weniger als 3 % des BIP.

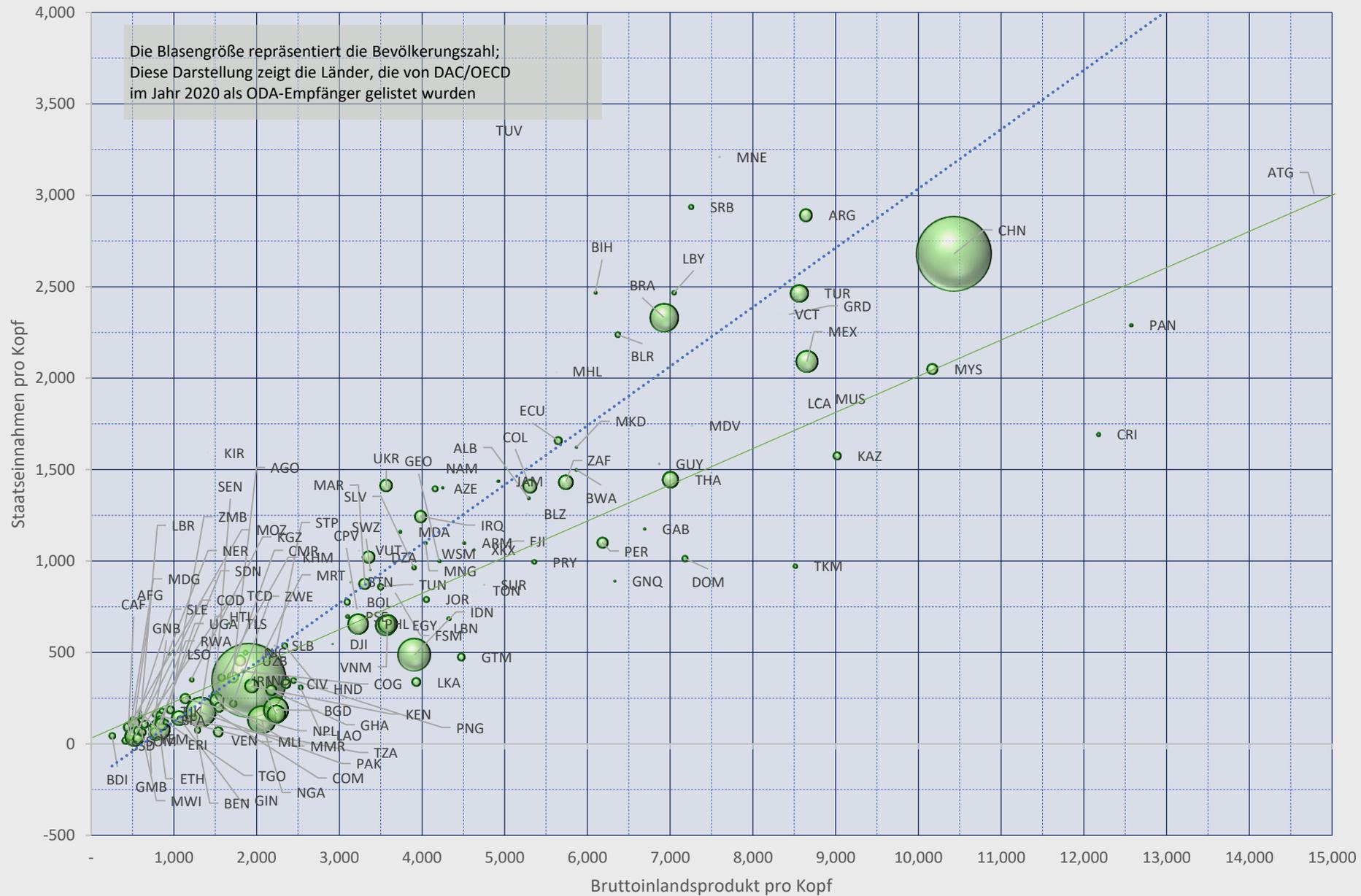
In den 56 Staaten mit einem Einkommensniveau über dem weltweiten Durchschnitt zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Hier erreichen 40 Länder einen BIP-Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben von mehr als 5 % und weisen zusammen genommen eine Bevölkerung von 1,08 Milliarden auf. Dagegen leben kaum 100 Millionen Personen in den 16 Staaten dieser Einkommenskategorie, die den genannten Schwellenwert unterschreiten. Unter einer Mindestquote von 3 % liegen nur 2 Kleinstaaten (Brunei Darussalam und Bahrain).

Diese statistischen Zusammenhänge verweisen auf erhebliche strukturelle Barrieren, die der Mobilisierung der notwendigen Finanzmittel in den Ländern niedrigen Einkommens für die Gesundheitsversorgung und die menschliche Entwicklung insgesamt entgegenstehen.



Da das Bruttoinlandsprodukt den ökonomischen Rahmen bestimmt, steigt der Betrag der Staatseinnahmen pro Kopf logischerweise mit einem höheren Einkommensniveau. In dieser Darstellung, die das gesamte Spektrum der beiden Kennwerte umfasst, werden die gewaltigen Ungleichheiten insbesondere zwischen den Hocheinkommensländern und den übrigen Nationen deutlich. Aber auch zwischen den wirtschaftlich besser gestellten Staaten zeigen sich erhebliche Unterschiede in Bezug auf das Pro-Kopf-Einkommen und die derzeit vorhandenen fiskalischen Spielräume für die Erfüllung öffentlicher Aufgaben.

Deutschland nahm 2020 unter den 189 Staaten mit verfügbaren Daten den 16. Rang beim Einkommensniveau ein und belegte den 11. Platz bei den Staatseinnahmen pro Kopf. Abgesehen von den USA haben die 15 Staaten mit einem höheren Pro-Kopf-Einkommen jedoch eine deutlich kleinere Bevölkerungszahl.



Diese Darstellung umfasst ausschließlich die Entwicklungsländer, die nach den Kriterien des Entwicklungsausschusses (DAC) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) als Empfänger von Fördermitteln im Rahmen der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit in Frage kommen. Dieser Ausschnitt der weltweiten Realität der fiskalischen Spielräume lässt die Unterschiede erkennen, die bei der Betrachtung der Verteilung der ODA-Mittel zu berücksichtigen sind.

Die derzeitigen Möglichkeiten dieser Länder, den Mindestbedarf an finanziellen Ressourcen durch eigene staatliche Bemühungen zu decken, fallen sehr verschieden aus. Dabei sind allerdings die weit überdurchschnittlichen Ressourcenbedarfe bestimmter Länder infolge von erhöhten Krankheitslasten wie insbesondere eine strukturell bedingte Anfälligkeit für die HIV-Ausbreitung oder andere massive Entwicklungsprobleme in Betracht zu ziehen.

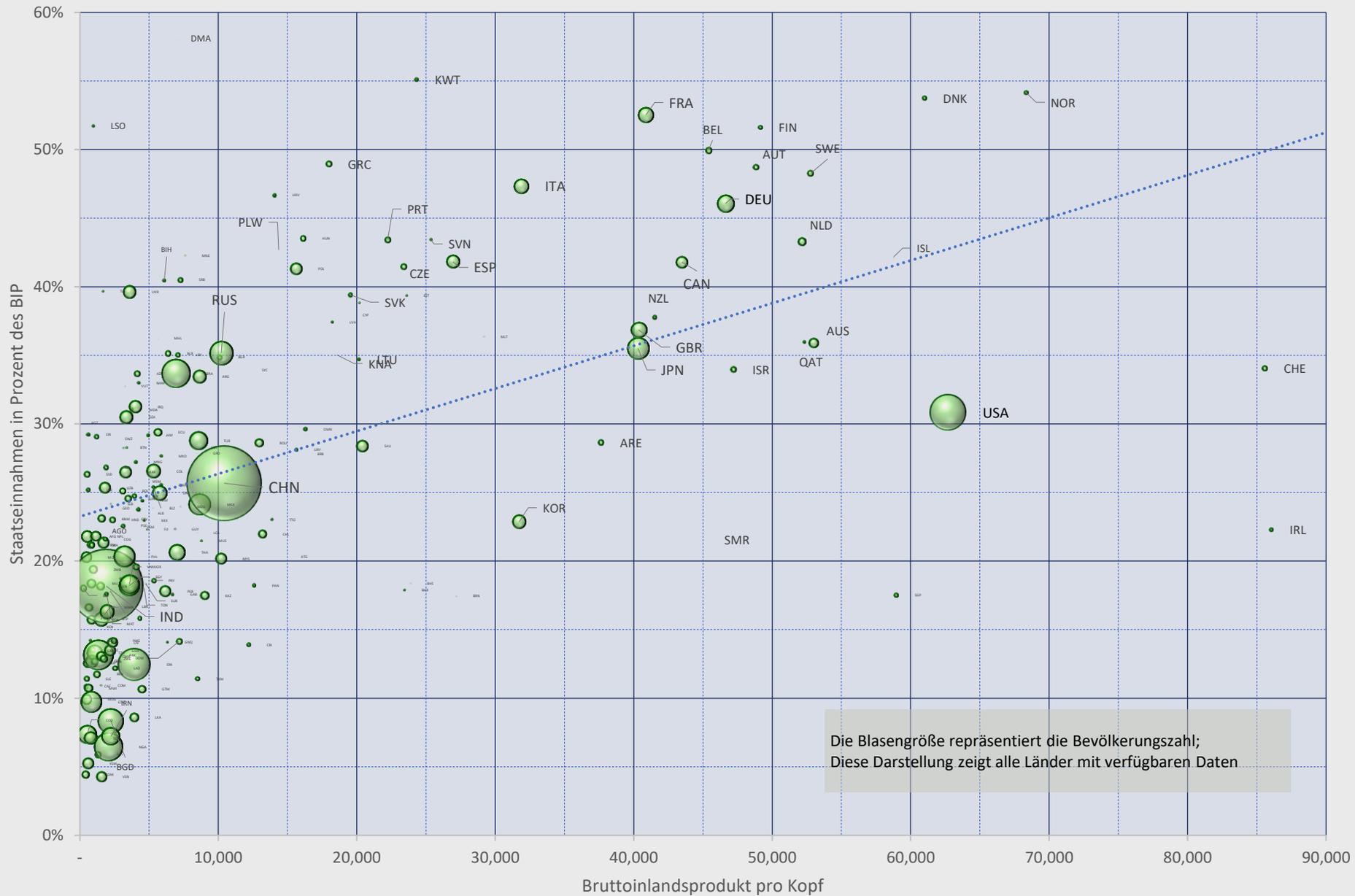
Die grüne Linie markiert den Mindestumfang der Staatseinnahmen in Höhe von 20 % des BIP, der nach einer Vorgabe des ersten Entwurfs der Deklaration von 2015 zur Entwicklungsfinanzierung anzustreben war, aber in den weiteren Verhandlungen unter den Tisch fiel.

Um die Lage der besonders bedürftigen Länder näher zu beobachten, die sich in dieser Abbildung in dem Bereich der Pro-Kopf-Einkommen von weniger als 2.500 US\$ zusammenballen, bedarf es einer weiteren Vergrößerung der Skala.



Von den 59 Ländern, die 2020 in die beiden unteren Einkommenskategorien mit einem BIP pro Kopf von weniger als 2.500 US\$ fielen, wiesen 40 oder zwei Drittel eine Staatsquote von weniger als 20 % auf. Diese ungenügende Mobilisierung inländischer Ressourcen für die öffentlichen Basisfunktionen betrifft jedoch 92 % der insgesamt 3.247 Millionen Menschen, die in diesen ökonomisch besonders benachteiligten Ländern leben.

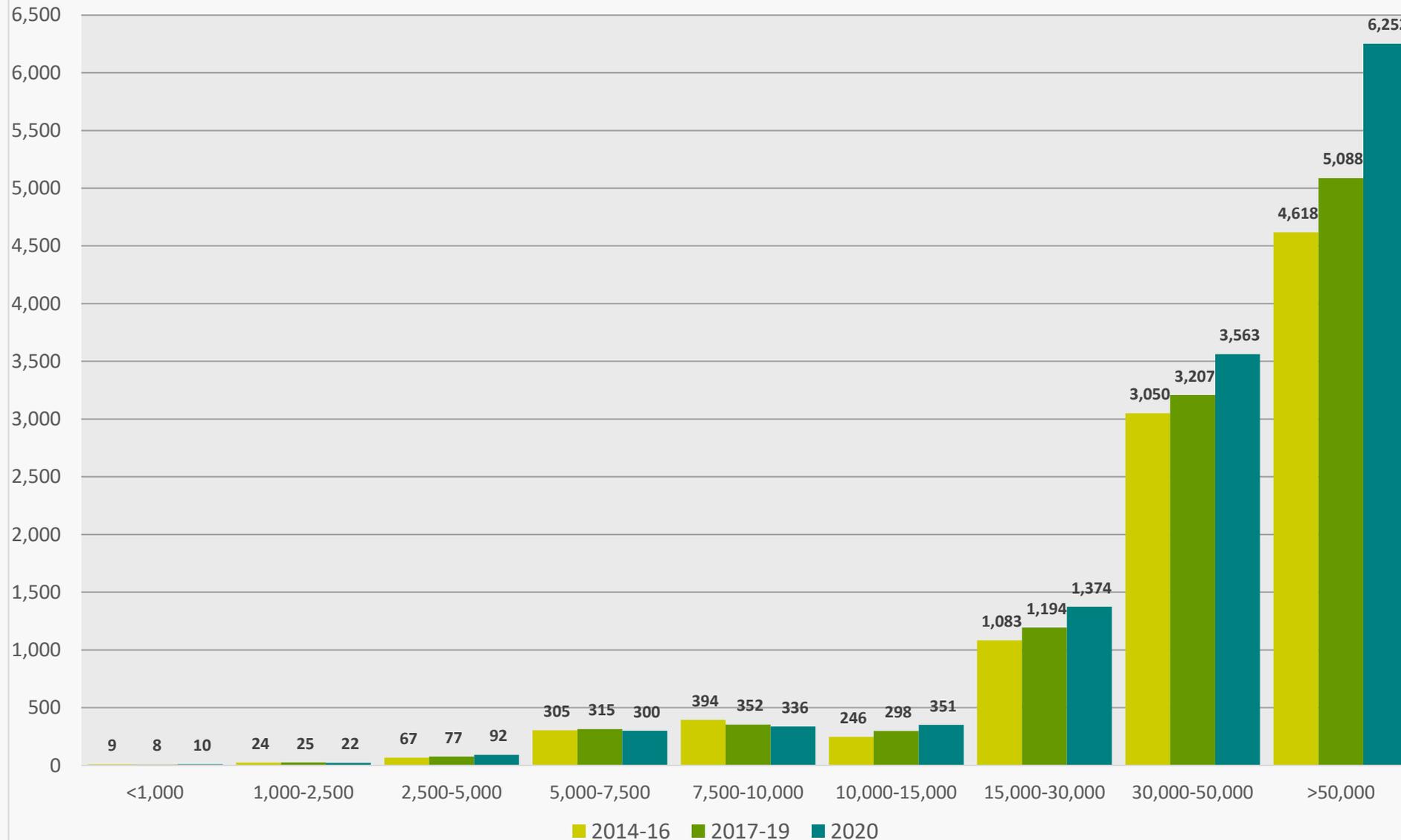
Es ist wahrscheinlich, dass in den ressourcenarmen Ländern nicht nur die unmittelbaren Verteilungsspielräume jenseits der Mittel zur Bestreitung der bloßen Existenz extrem geschmälert werden, sondern die Möglichkeiten für die Mobilisierung öffentlicher Finanzmittel auch in indirekter Weise eingeschränkter sind, z.B. durch die erschwerte öffentliche Kommunikation und die Hürden für soziale Bewegungen zugunsten eines stärkeren staatlichen Engagements im Bereich der humanen Entwicklung und insbesondere der Gesundheitsförderung.



Es lässt sich eine deutliche Korrelation zwischen der durchschnittlichen Einkommenshöhe einerseits und dem Anteil der Staatseinnahmen am BIP beobachten ( $r=0,40$ ). Diese statistische Beziehung weist eine sehr hohe Signifikanz auf, die jedoch bei den höheren Einkommensgruppen über 15.000 US\$ pro Kopf deutlich nachlässt. Die Chancen für eine Mobilisierung eines angemessenen Anteils der Wirtschaftsleistung für die Erfüllung öffentlicher Aufgaben wie die Daseinsvorsorge sind vor allem in den untersten Einkommenskategorien unter 5.000 US\$ pro Kopf außerordentlich gering. Das hat zur Folge, dass die wirtschaftlich am stärksten benachteiligte Ländergruppe bei den Staatseinnahmen im Verhältnis zur Bevölkerung noch wesentlich weiter hinter die reichen Staaten zurückfällt als dies schon bei den Einkommenshöhen der Fall ist. Während die Pro-Kopf-Einkommen im Schnitt der beiden obersten Einkommensgruppen (>30.000 US\$) mit 49.903 US\$ gut 23 mal höher sind als bei den ärmsten 3 Gruppen mit 2.152 US\$ ist das Missverhältnis bei den Staatseinnahmen mit 52:1 mehr als doppelt so hoch (18.068 US\$ im Vergleich zu 347 US\$).

Deutschland befindet sich nicht in der Spitzengruppe im Hinblick auf die Staatsquote, sondern liegt im Kontext der vergleichbaren europäischen Hocheinkommensländer eher im Mittelfeld.

Regierungsausgaben für Gesundheit aus inländischen Quellen pro Kopf im Jahr 2020 verglichen mit den Mittelwerten in den Perioden 2014-16 und 2017-19 nach Einkommensgruppen, in US\$

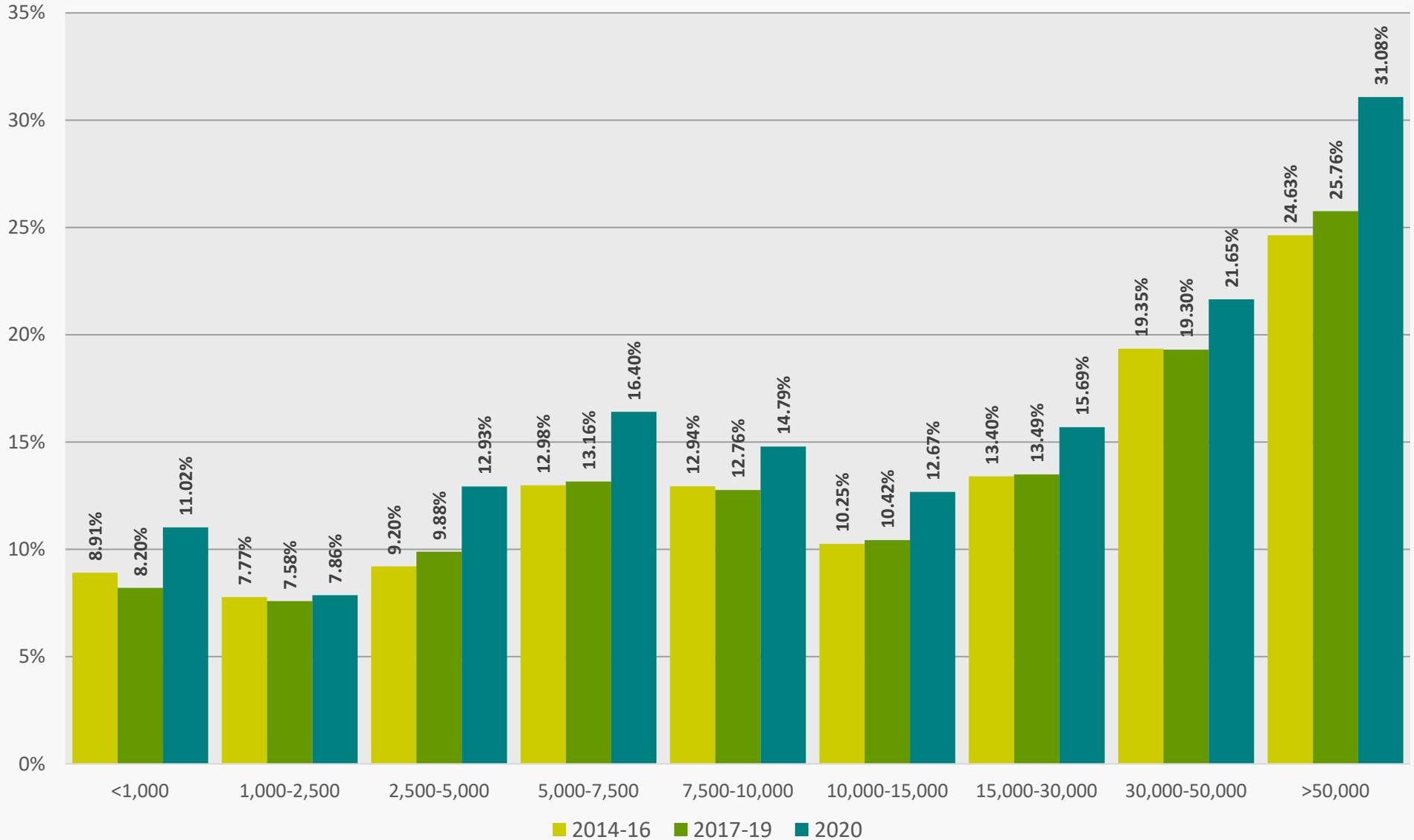


Diese Grafik stellt die staatlichen Ausgaben für Gesundheit dar, die aus nationalen Quellen wie Steuern und Sozialbeiträgen finanziert werden. Dabei wird die Bevölkerungsgröße berücksichtigt, um die Beträge pro Person der betreffenden Länder und Einkommensgruppen zu erhalten. Allerdings berücksichtigt die Berechnung in laufenden US\$ die Entwicklung der Preise und Wechselkurse nicht.

Für die meisten Einkommensgruppen lässt sich im ersten Pandemiejahr eine Steigerung der öffentlichen Finanzmittel pro Kopf der Bevölkerung beobachten, die in den besser gestellten Staaten ungleich höher ausfällt. Während in den unteren beiden Einkommenskategorien 21 von 57 Ländern sogar einen Rückgang der nominellen Beträge der nationalen Regierungsausgaben für Gesundheit pro Kopf verzeichnen mussten, war dies nur bei 2 von 26 Staaten mit den höchsten Einkommensniveaus von mehr als 30.000 US\$ der Fall. Mit Island und Norwegen handelt es sich dabei um Länder, denen es am besten gelang, das Voranschreiten der Pandemie durch nichtmedizinische Maßnahmen zu bremsen und so die Krankheits- und Todesfälle einzudämmen.

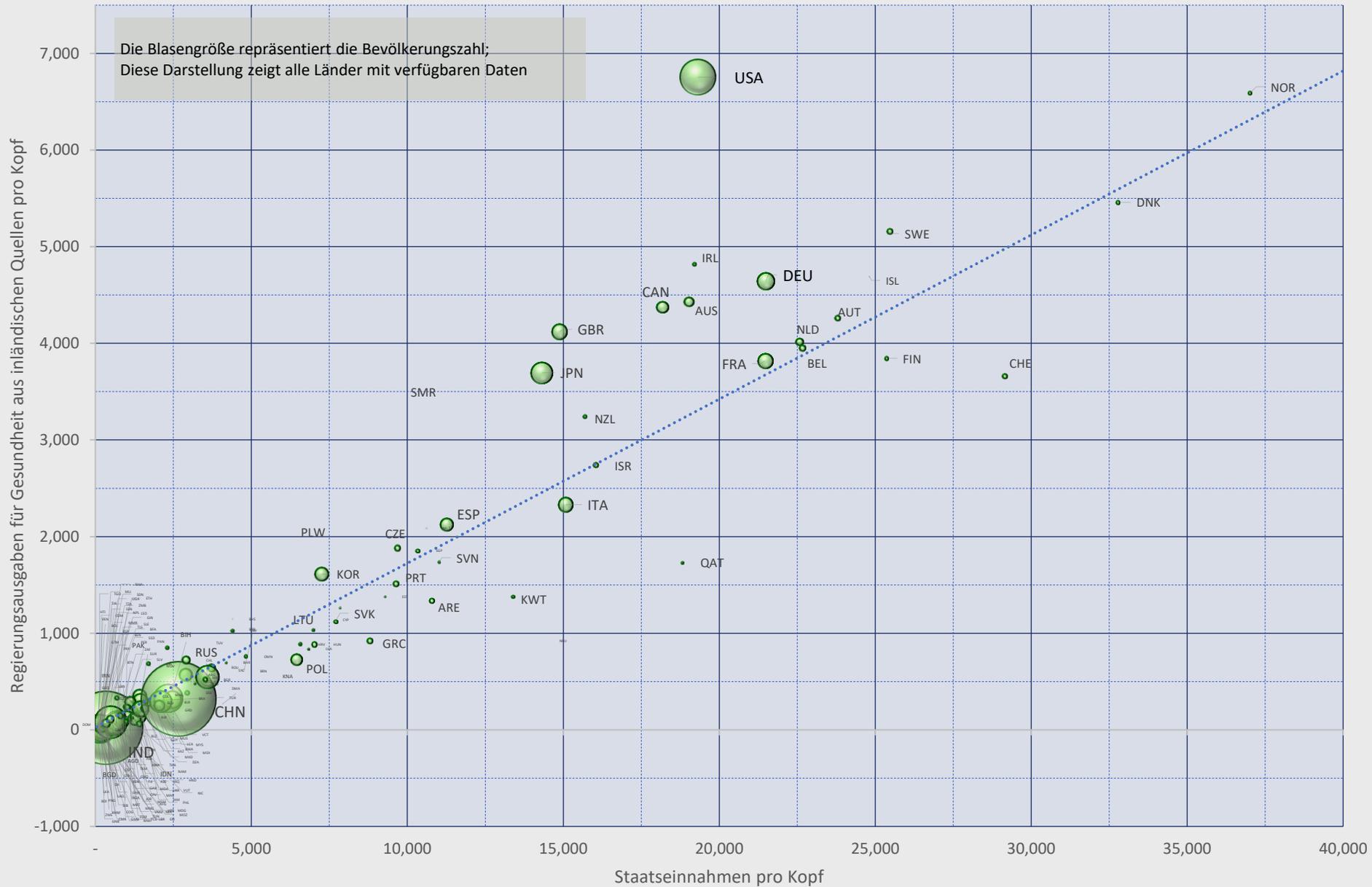
Schließlich müssen die oft schwerwiegenden Einbrüche bei der Wirtschaftsleistung und den Staatseinnahmen mitbedacht werden, um die Bemühungen der Krisenreaktion einzuschätzen, wie es in der folgenden Darstellung geschieht.

Regierungsausgaben für Gesundheit aus inländischen Quellen in Prozent der Staatseinnahmen im Jahr 2020  
 verglichen mit den Mittelwerten in den Perioden 2014-16 und 2017-19 nach Einkommensgruppen, in US\$

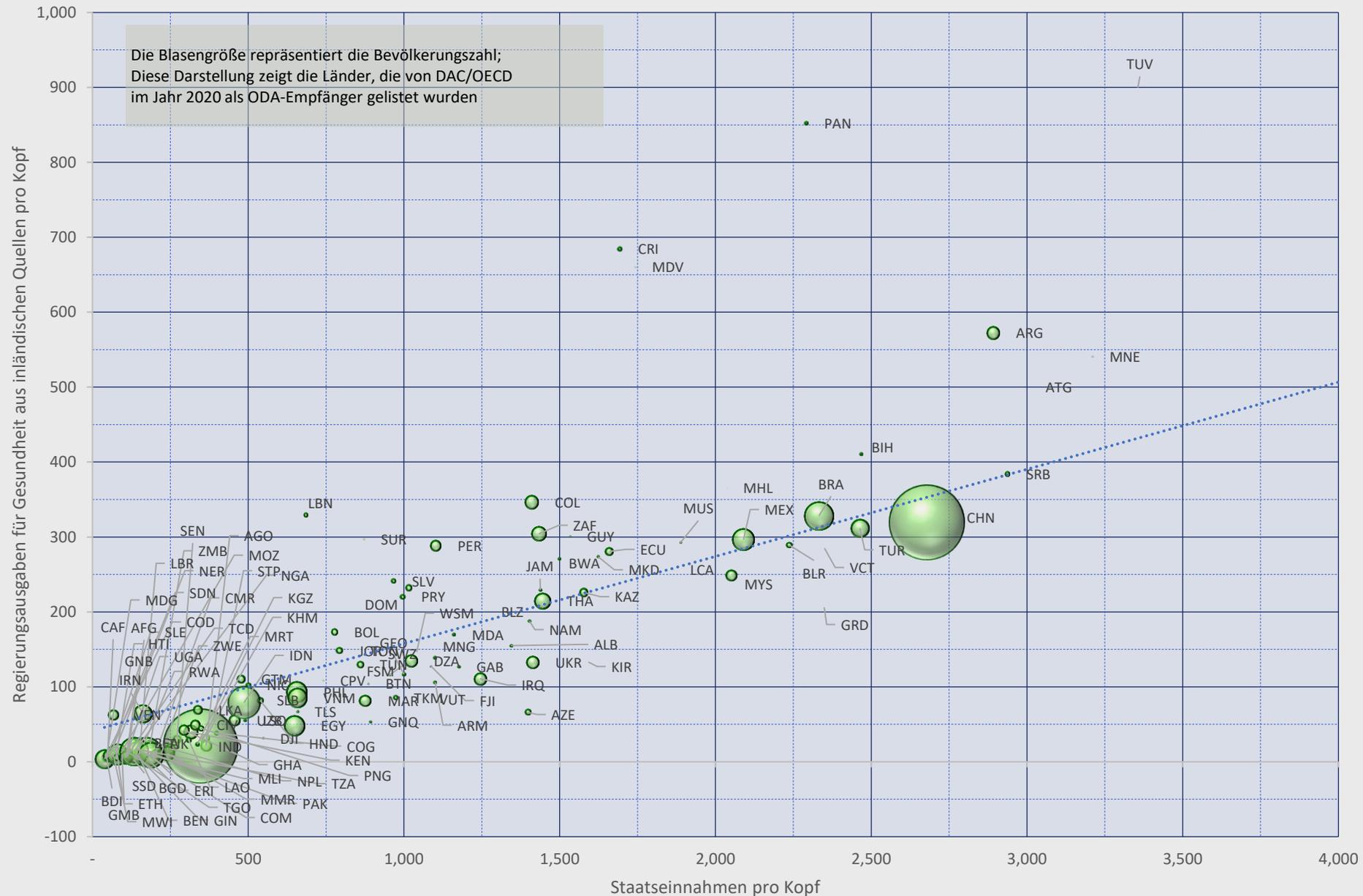


Wenn wir die Entwicklung der Staatseinnahmen aus Steuermitteln und Sozialbeiträgen als fiskalischen Spielraum für die finanzielle Verstärkung der Gesundheitsversorgung im ersten Jahr der Corona-Pandemie in Betracht ziehen zeigt sich ein etwas anderes Bild. In allen definierten Einkommensgruppen erhält der Gesundheitssektor einen höheren Stellenwert bei der Verwendung der verfügbaren Ressourcen der Staaten und der Gesundheitsanteil erhöht sich mit Ausnahme der zweiten Kategorie um mehrere Prozentpunkte. Das ist jedoch vor dem Hintergrund zu sehen, dass insbesondere in den Staaten mit Pro-Kopf-Einkommen von weniger als 10.000 US\$ die Einkünfte des öffentlichen Sektors im Jahr 2020 deutlich einbrachen. So stieg in vielen Fällen die Proportion der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu den öffentlichen Finanzmitteln, obwohl die absoluten Beträge zurückgingen.

Die Gesamtergebnisse für die zweite Einkommensgruppe werden erheblich durch die eher unsicheren und zum Teil widersprüchlichen Daten zu Iran und Venezuela beeinflusst. Diese beiden Länder herausgerechnet ergibt sich eine Steigerung des Gesundheitsanteils an den Staatseinnahmen um 0,8 % von 6,2 auf 7,0 %.



Diese Darstellung zeigt die extrem ungleichen Pro-Kopf-Beträge der Staatseinnahmen insgesamt und der Mittel, die im Jahr 2020 für Gesundheit eingesetzt wurden. Im Vergleich zu den Hocheinkommensländern kann die große Mehrheit der Bevölkerung in den wirtschaftlich benachteiligten Staaten, deren Versorgung im Wesentlichen von den öffentlichen Gesundheitsdiensten abhängt, nicht annähernd mit einer angemessenen finanziellen Abdeckung rechnen. Die äußerst unterschiedliche Ressourcenausstattung führt zwangsläufig zu einer inakzeptablen Ungleichheit beim Zugang und der Qualität der erforderlichen Gesundheitsleistungen und erschwert die Bekämpfung von Pandemien sowie anderer weltweiter Bedrohungen der Gesundheit.



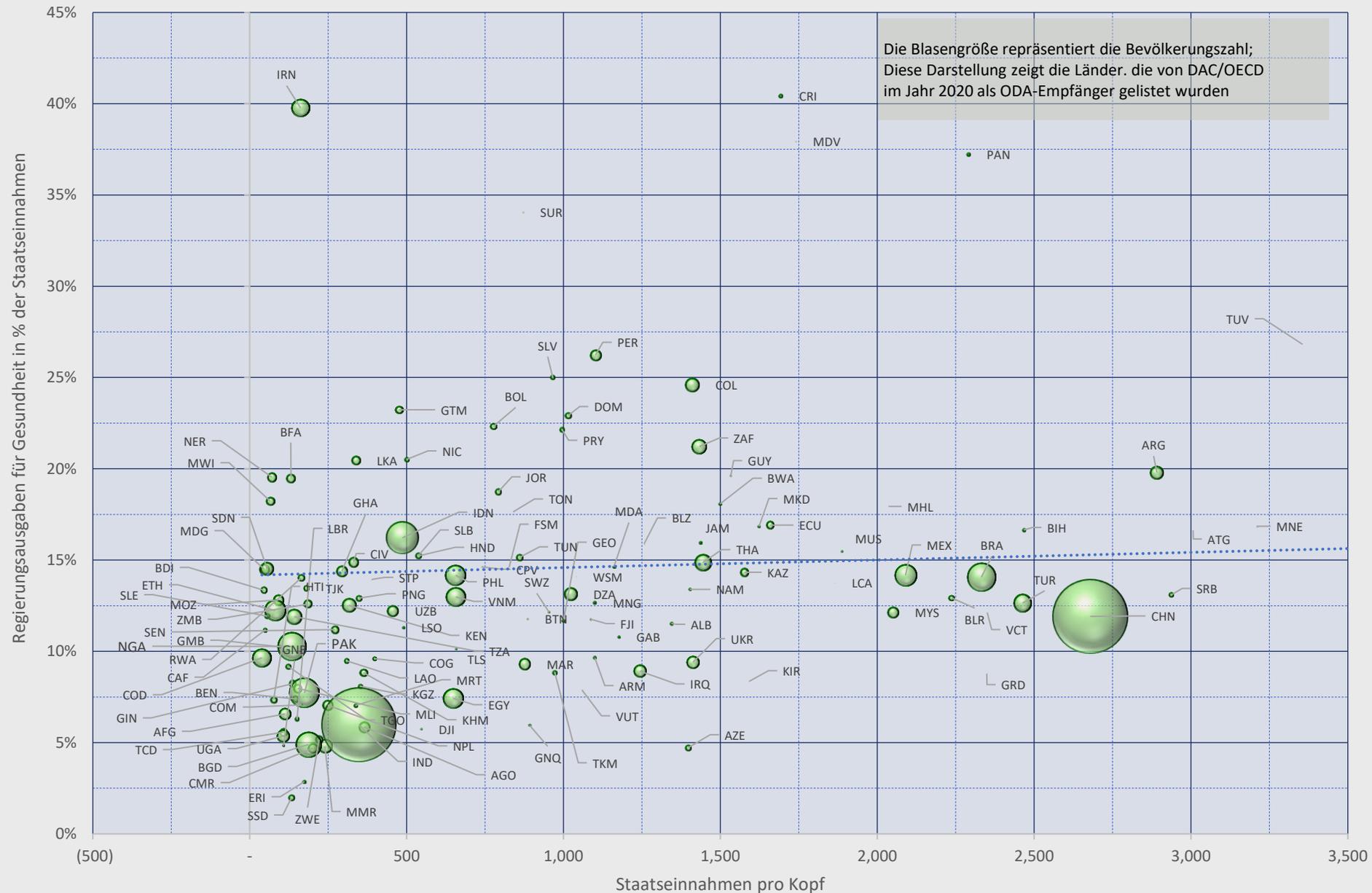
Der im Vergleich zu der vorigen Abbildung um den Faktor 10 vergrößerte Ausschnitt zeigt die finanzielle Lage der Staaten, die 2020 von DAC/OECD als Empfänger der Fördermittel für die Entwicklungszusammenarbeit eingestuft wurden. Erst diese Fokussierung lässt die beträchtlichen Unterschiede zwischen den Entwicklungsländern erkennen, die bei der Verteilung der für die internationale Kooperation aufgebrauchten Ressourcen zu berücksichtigen sind.

Im Jahr 2020 verfügten 79 Entwicklungsländer über Staatseinnahmen von weniger als 1.000 US\$ pro Kopf. Selbst bei Erreichung des Abuja-Zieles könnten sie nicht mehr als 150 US\$ pro Person für die öffentliche Gesundheitsversorgung aufbringen, was wahrscheinlich kaum ausreichen würde, um unter den aktuellen von der Pandemie geprägten Bedingungen SDG 3 zu erreichen. Verglichen mit der Phase vor der Pandemie sind 7 weitere Länder unter diese Schwelle gefallen. Insgesamt lebten 2020 in den betreffenden Ländern mehr als 3,9 Milliarden Menschen.

Nach den aktuellsten Daten beläuft sich der gewichtete Mittelwert der staatlichen Ausgaben für Gesundheit, die aus nationalen Quellen finanziert werden, in den Zielländern der Entwicklungskooperation auf weniger als 140 US\$ pro Kopf. Unter diesen Ländern erreichen nur vier Kleinstaaten den globalen Durchschnitt der öffentlichen Gesundheitsausgaben von gut 750 US\$ pro Person.



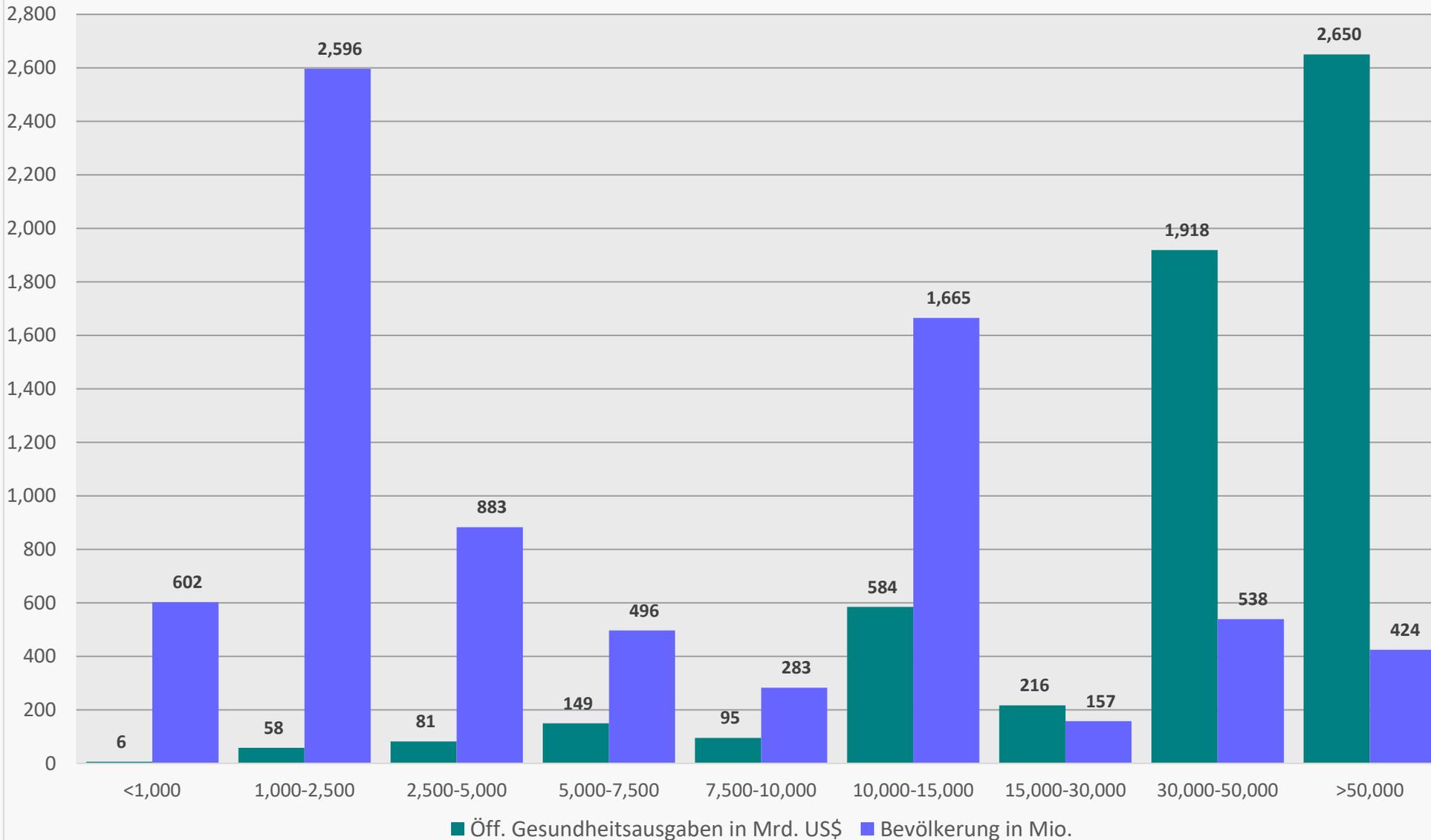




In diesem Detailausschnitt, der die Situation in den Entwicklungsländern wiedergibt, lässt sich deutlicher erkennen, dass vor allem viele Länder mit sehr niedrigen Staatseinnahmen einen besonders geringen Gesundheitsanteil bei deren Verwendung aufweisen.

Von den 129 Empfängerländern für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit mit verfügbaren Daten wiesen im Jahr 2020 immer noch 89 Staaten einen Gesundheitsanteil an den aus inländischen Quellen finanzierten Staatsausgaben von weniger als 15 % auf. Im letzten Jahr vor der Pandemie waren es jedoch 104 Staaten. Die Gesundheitsversorgung erhielt 2020 in 41 Staaten einen Anteil bei den Regierungsausgaben von weniger als 10 %, während im Jahr zuvor noch 59 Länder unter dieser Schwelle lagen. Alle Zielländer der internationalen Kooperation zusammen genommen errechnet sich für 2020 eine Proportion von 12,7 %, die von den einheimischen Staatseinkünften für den Gesundheitsbereich aufgebracht wurde. In den Jahren zuvor belief sich der Gesundheitsanteil auf weniger als 11 %. Allerdings war dieser proportionale Anstieg vor allem eine Folge des Rückgangs der Staatseinnahmen. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit, die von den Regierungen aus nationalen Quellen finanziert wurden, stiegen zwischen 2019 und 2020 in der Gesamtheit der Bezugsstaaten von rund 133 auf 138 US\$. Im selben Jahr registrierte der internationale Währungsfonds in den weniger entwickelten Nationen eine allgemeine Inflationsrate von 4,7 % und in Afrika südlich der Sahara stiegen die Verbraucherpreise durchschnittlich sogar um 10,5 %. Allerdings ist der Verbraucherpreis-Index wenig repräsentativ für den Gesundheitssektor.

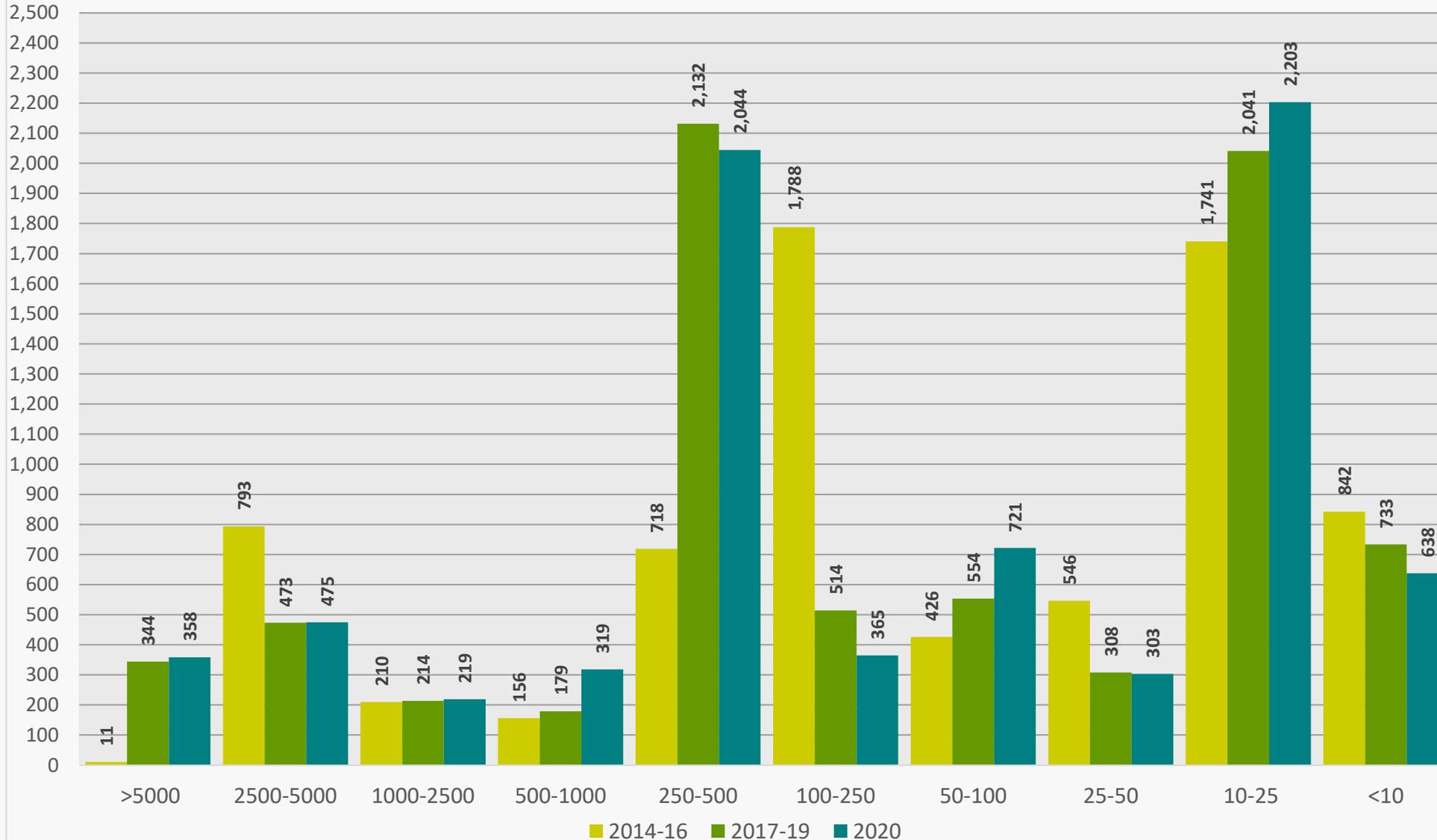
Regierungsausgaben für Gesundheit aus inländ. Quellen im Jahr 2020 in Milliarden US\$ und gesamte Bevölkerung der Länder der definierten Einkommensgruppen in Millionen



Diese Grafik zeigt die national finanzierten Gesamtmittel für Gesundheit, die für die verschiedenen Einkommensgruppen im letzten Jahr mit vollständigen Daten zur Verfügung stehen. Zugleich ist die Bevölkerungsgröße abgebildet.

Auf die ärmsten beiden Einkommensgruppen entfallen lediglich 1,1 % der weltweit im Jahr 2020 bereitgestellten Ressourcen von 5,76 Billionen US\$ entsprechend knapp 7 % des globalen Bruttoinlandsprodukts, wenngleich in den betreffenden Ländern fast 42 % der Weltbevölkerung leben. Auf der anderen Seite entfallen mehr als 79 % der globalen Gesundheitsausgaben, die im Inland generiert und eingesetzt werden, auf die beiden am besten gestellten Gruppen, wo aber nur 12,6 % der Menschheit lebt. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass in den ökonomisch benachteiligten Weltregionen die Krankheitslast ungleich schwerer wiegt, insbesondere was die durch extreme Armut und damit verbundene Überlebensstrategien bedingte Gesundheitsgefahren anbelangt wie HIV, TB, Malaria und vernachlässigte Tropenkrankheiten.

## Gesamte Bevölkerung der Länder gruppiert nach der Höhe der Regierungsausgaben für Gesundheit pro Kopf im Jahr 2020 verglichen mit den Mittelwerten in den Perioden 2014-16 und 2017-19

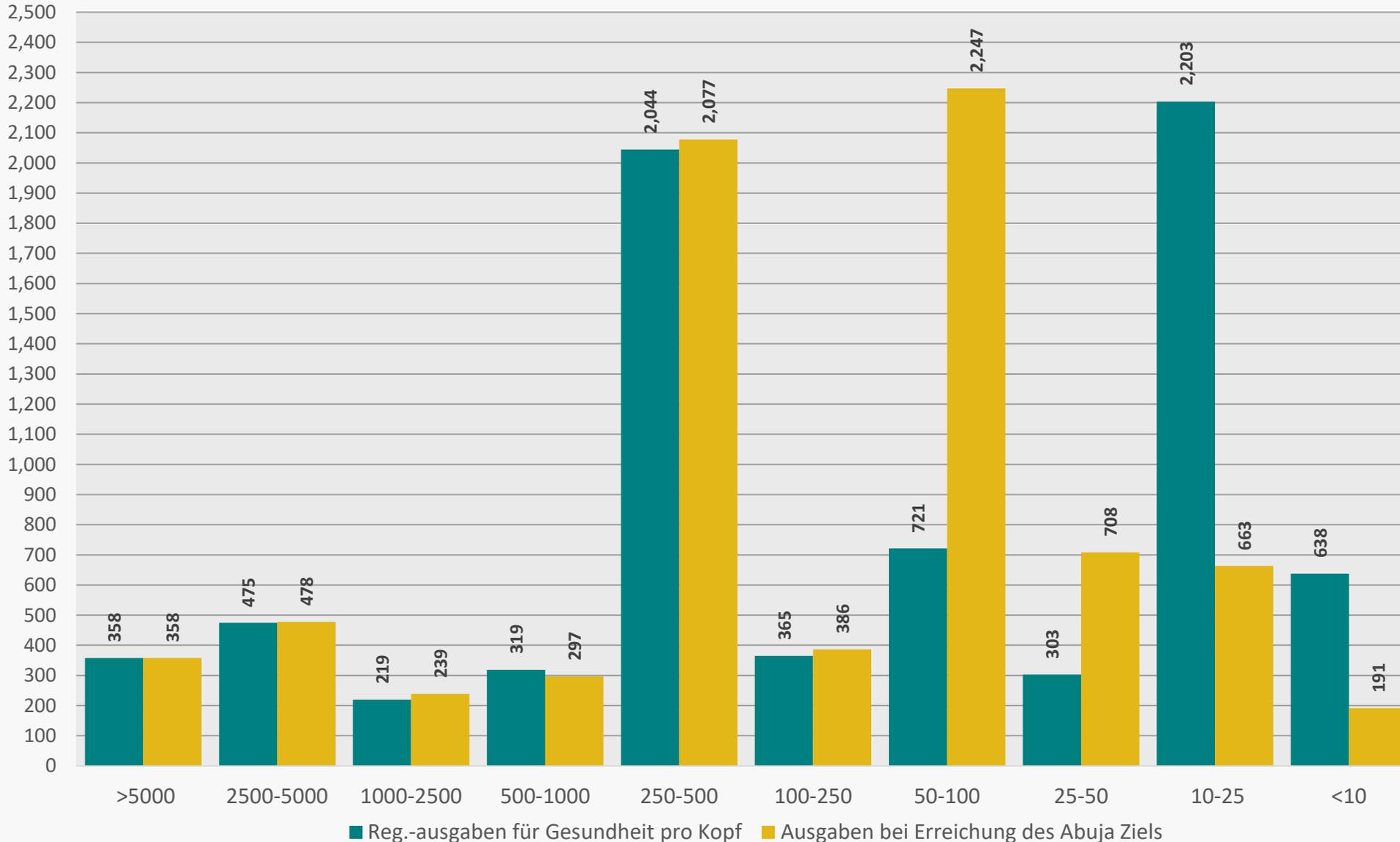


In dieser Darstellung sind die Bevölkerungszahlen ersichtlich, für deren öffentliche Gesundheitsversorgung Pro-Kopf-Ausgaben aufgebracht werden, die in die jeweiligen Größenklassen fallen. So befinden sich knapp 640 Millionen Menschen in der Situation, dass nicht einmal 10 US\$ für die medizinische Versorgung durch staatliche Haushaltsmittel pro Person und Jahr bereitgestellt werden. Immerhin ist die gesamte Bevölkerung, die sich in dieser untragbaren Lage befindet, seit der Mitte des vorigen Jahrzehnts um rund 200 Millionen zurückgegangen.

Da in dem Untersuchungszeitraum nicht nur die Bevölkerung weiter angewachsen ist, sondern auch einige Länder von der ressourcenärmsten Kategorie in die zweitniedrigste Gruppe mit Ressourcen zwischen 10 und 25 US\$ pro Kopf wechselten, stieg dort die Bevölkerungszahl auf rund 2,2 Milliarden an. Und fast 3,9 Milliarden Menschen leben in Staaten, wo weniger als 100 US\$ an inländischen öffentlichen Mitteln für Gesundheitsdienste zur Verfügung stehen, das entspricht etwas mehr als der Hälfte (50,6 %) der Weltbevölkerung.

Auf der anderen Seite sind 1,05 Milliarden Menschen oder knapp 14 % der gesamten Menschheit in Ländern zu finden, in denen die staatlichen Institutionen im Jahr 2020 mehr als 1.000 US\$ pro Kopf bereitstellten.

## Gesamte Bevölkerung der Länder gruppiert nach der Höhe der Regierungsausgaben für Gesundheit pro Kopf im Jahr 2020 verglichen mit der hypothetischen Erreichung des Abuja-Ziels



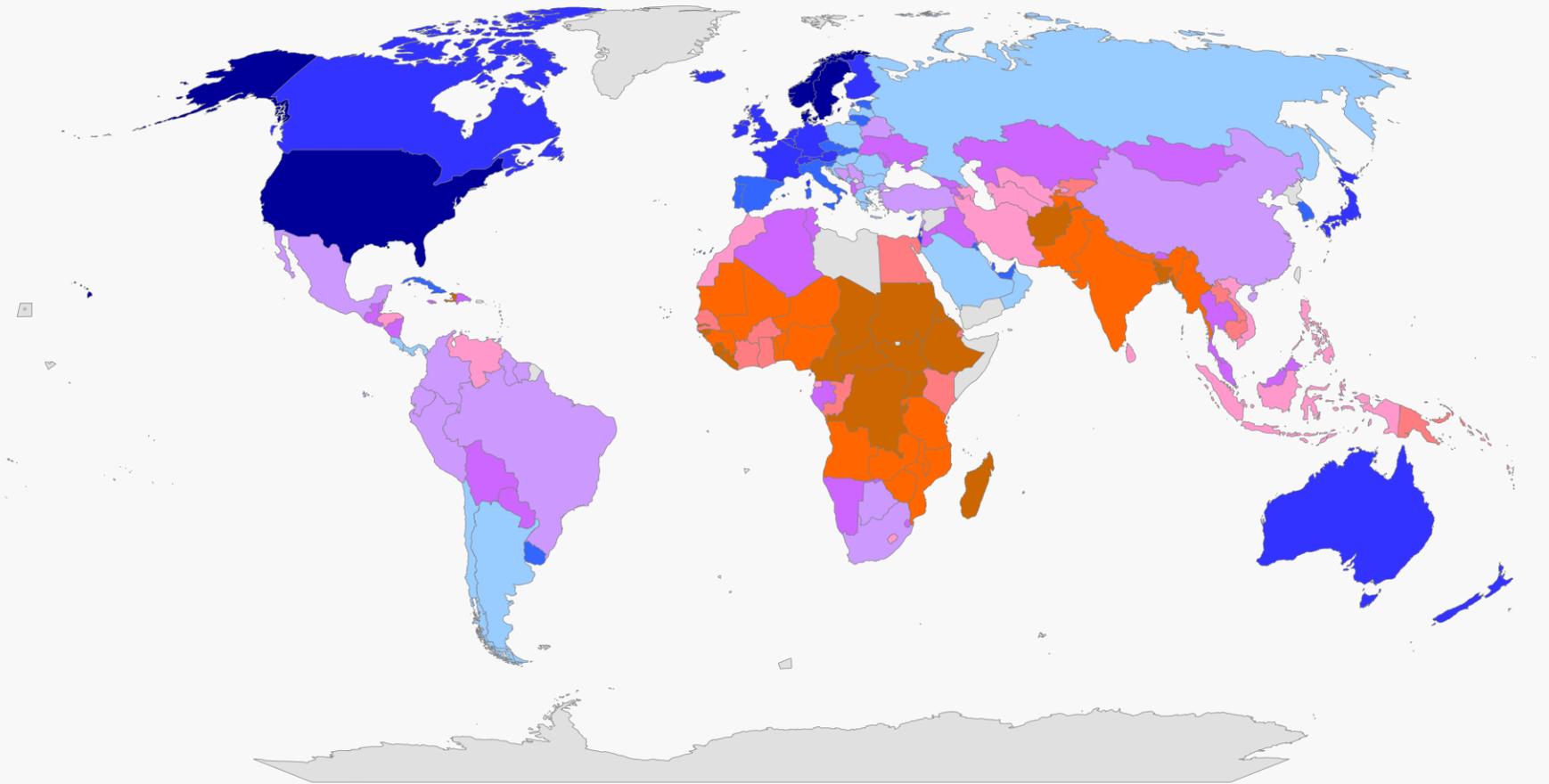
Die Berechnungen, die dieser Darstellung zugrunde liegen, gehen von der Annahme aus, dass alle Länder die Mindesthöhe von 15 % der einheimischen Staatseinnahmen für die Stärkung ihrer Gesundheitssysteme aufbringen. Zugleich wird angenommen, dass die Länder mit einem höheren Gesundheitsanteil als diesen von der Abuja-Erklärung verlangten Schwellenwert die erreichte Proportion aufrechterhalten.

Wenn dieses Finanzierungsziel verwirklicht würde, dann käme es zu einer bedeutenden Verschiebung der Bevölkerungszahlen von den beiden Gruppen mit den niedrigsten Gesundheitsausgaben pro Kopf von weniger als 25 US\$ zu den zwei nächsthöheren Kategorien mit Pro-Kopf-Beträgen von 25 bis 100 US\$ für die öffentlich finanzierten Gesundheitsdienste. Allerdings würde sich die Gesamtzahl der Menschen, die mit weniger als 100 US\$ für erforderliche Gesundheitsleistungen auskommen müssten, nur geringfügig um 55 Millionen vermindern. Ihr Anteil an der Weltbevölkerung beliefe sich immer noch auf 49,8 %.

Der wichtigste Effekt wäre die Verdopplung der Inlandsmittel in den Ländern mit Pro-Kopf-Einkommen zwischen 1.000 und 2.500 US\$ von knapp 58 auf über 115 Milliarden US\$. Der Mittelwert der staatlichen Gesundheitsausgaben für jede der 2,6 Milliarden Personen würde von rund 22 auf mehr als 44 US\$ steigen. Dagegen bliebe die Wirkung in den ärmsten Ländern mit einem Mehrbetrag von kaum 2,4 Milliarden und einem Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben von knapp 10 auf weniger als 14 US\$ sehr überschaubar.

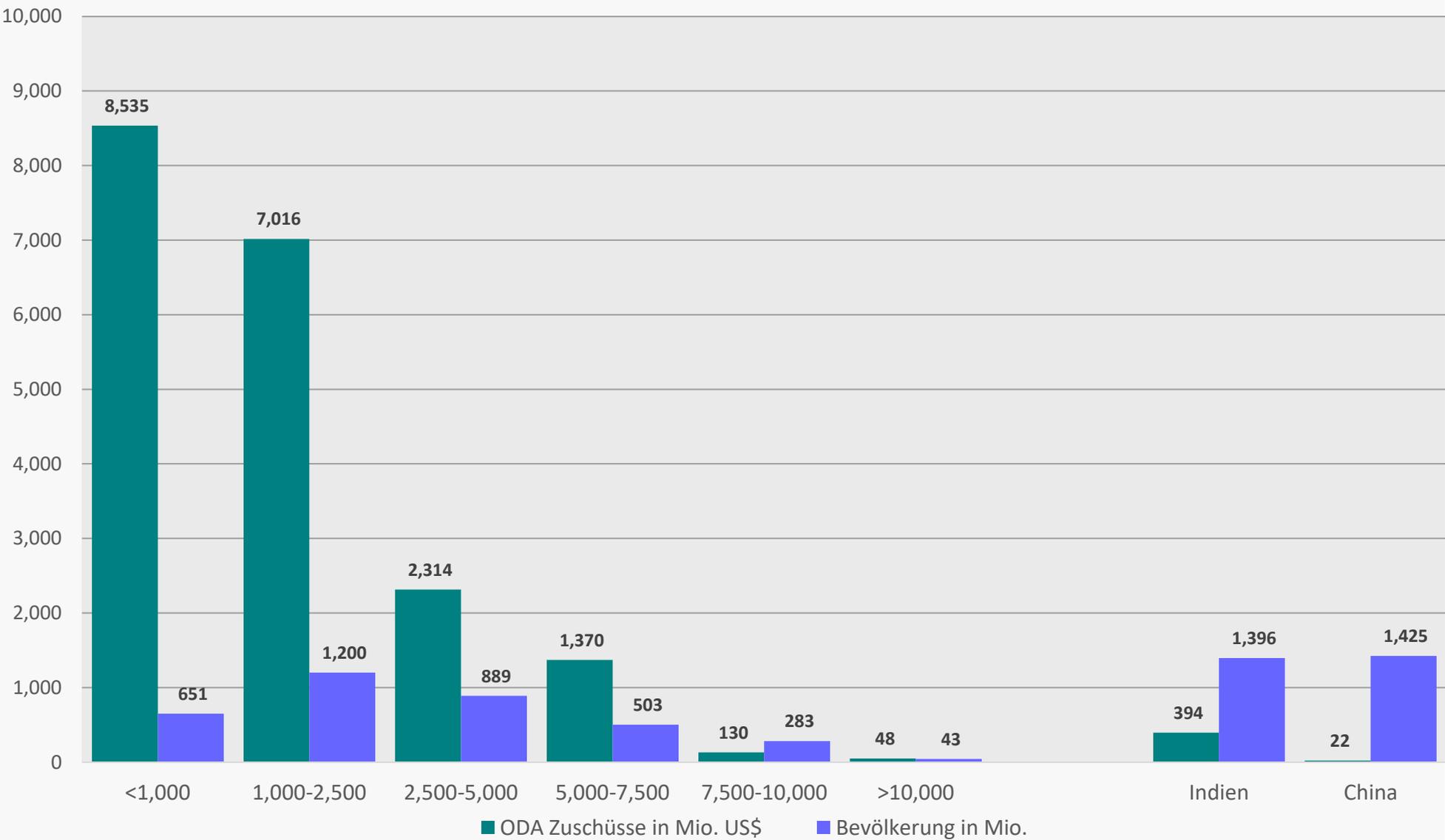
## Inländische Regierungsausgaben für Gesundheit pro Kopf im Jahr 2020, in US\$

■ >5000 ■ 2500-5000 ■ 1000-2500 ■ 500-1000 ■ 250-500 ■ 100-250 ■ 50-100 ■ 25-50 ■ 10-25 ■ <10



Die nebenstehende Weltkarte gibt einen Überblick zu den aus Steuern und Sozialbeiträgen generierten Finanzmitteln für die Gesundheitsversorgung in den einzelnen Ländern. Nach der vorhergehenden Analyse der statistischen Zusammenhänge mit den Einkommensniveaus und den Proportionen der Staatseinnahmen ist es wenig überraschend, dass die geographischen Verteilungsverhältnisse weitgehend mit dem Muster übereinstimmen, das in der Darstellung der Pro-Kopf-Beträge des Bruttoinlandsprodukts deutlich wird (vgl. Folie 3).

ODA-Zuschüsse für Gesundheit im Jahr 2020 in Millionen US\$ und Bevölkerung der betreffenden Empfängerländer in Mio. nach Einkommensgruppen



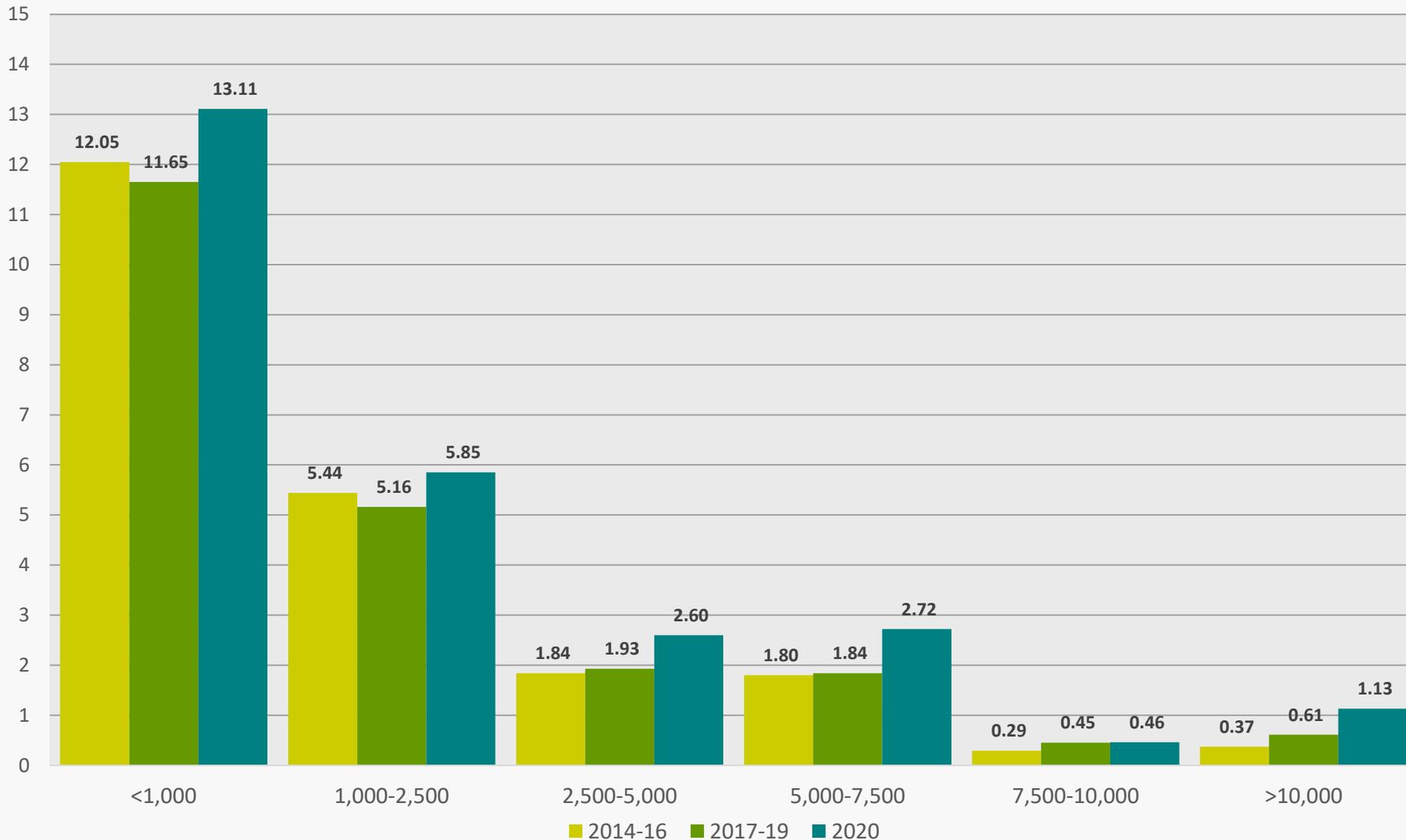
Diese Grafik stellt die Verteilung der Finanzmittel für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich nach Einkommensgruppen dar.

Es wird deutlich, dass im Jahr 2020 der höchste Betrag von gut 8,5 Milliarden US\$ in die Länder mit den niedrigsten Pro-Kopf-Einkommen ging. Das entsprach 43 % der 19,9 Milliarden US\$, die in der Berichterstattung zu den identifizierten Projekten für Gesundheit von den betreffenden Geberorganisationen bestimmten Empfängerländern zugeordnet wurden. Dabei ist zu erwähnen, dass rund 30 % der gesamten EZ-Mittel für Gesundheit in Höhe von 28,5 Milliarden US\$ auf regional oder global ausgerichtete Vorhaben entfielen und dass für einige Empfängerländer keine aktuellen Daten für die zuverlässige Klassifizierung nach Einkommensgruppen verfügbar sind.

Weitere 7,4 Milliarden US\$ oder 37,4 % der länderspezifischen Finanzmittel für die internationale Kooperation im Gesundheitsbereich flossen in die zweite Einkommensgruppe (einschließlich Indien), sodass über 80 % auf die Staaten mit Pro-Kopf-Einkommen unter 2.500 US\$ entfielen.

Auf die vier Staaten im südlichen Afrika mit höheren Einkommensniveaus, die aufgrund struktureller Bedingungen von einer außerordentlichen HIV-Infektionsrate betroffen sind (Eswatini, Namibia, Südafrika, Botswana) entfielen annähernd 1,1 Milliarden US\$ oder 5,4 % der gesamten ODA-Zuschüsse für Gesundheit. Damit gehen fast 86 % der gesamten Mittel an Länder mit besonders dringlichen Finanzbedarfen.

ODA-Zuschüsse für Gesundheit pro Kopf im Jahr 2020 verglichen mit den Mittelwerten in den Perioden 2014-16 und 2017-19 nach Einkommensgruppen, in US\$ (ohne Indien und China)

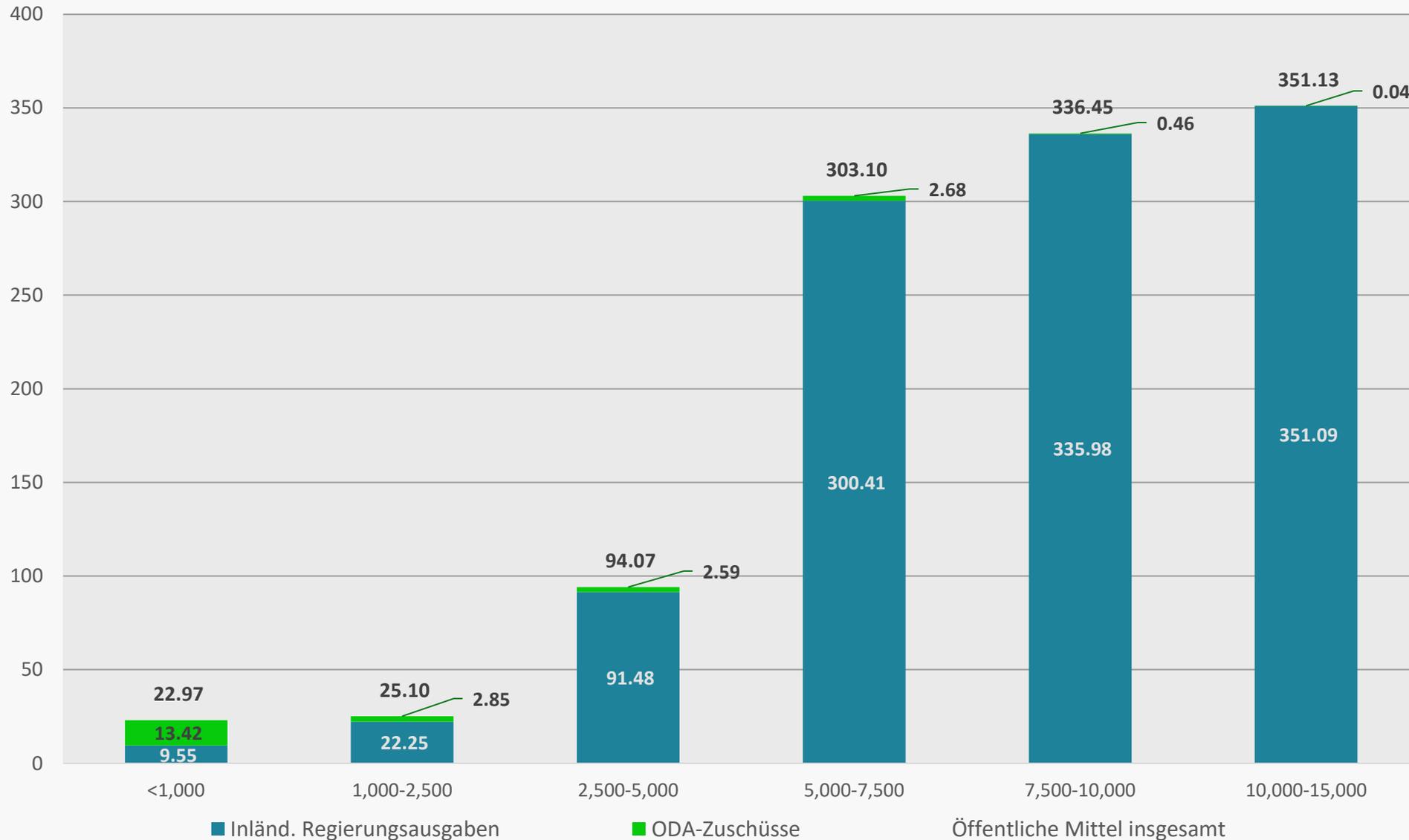


Diese Grafik der bevölkerungsgewichteten Mittelwerte pro Kopf unterstreicht die grundsätzliche Armutsorientierung bei der geographischen Verteilung der Finanzmittel für die Entwicklungskooperation für die globale Gesundheit. Die Menschen in den am stärksten benachteiligten Ländern erhalten im Schnitt Beträge, die mindestens doppelt so hoch liegen als die Zuwendungen für die Bewohnerinnen und Bewohner der Staaten in der zweitniedrigsten Kategorie. Die Niedrigeinkommensländer wurden auch bei den zusätzlichen Mitteln für die Krisenreaktion im ersten Pandemiejahr bevorzugt berücksichtigt.

Eine Sondersituation ist für Indien zu beobachten, das mit einem Pro-Kopf-Einkommen von 1.913 US\$ im Jahr 2020 in die zweitniedrigste Gruppe fällt, aber im genannten Jahr mit lediglich 0,28 US\$ pro Person nur einen Bruchteil des Mittelwerts dieser Kategorie erhielt.

Mit einem Betrag von 22 Millionen US\$ im letzten Analysejahr und einem Anteil von 0,1 % im Vergleich zum Gesamtumfang sind die an China transferierten ODA-Zuschüsse für den Gesundheitssektor in quantitativer Hinsicht unbedeutend. Bei einer Bevölkerungsgröße von über 1,3 Milliarden ergibt das einen Betrag pro Kopf von weniger als 0,02 US\$ .

Gesundheitsspezifische Regierungsausgaben aus inländischen Quellen und ODA-Zuschüsse pro Kopf im Jahr 2020 nach Einkommensgruppen (bis 15.000 US\$ BIP pro Kopf), in US\$

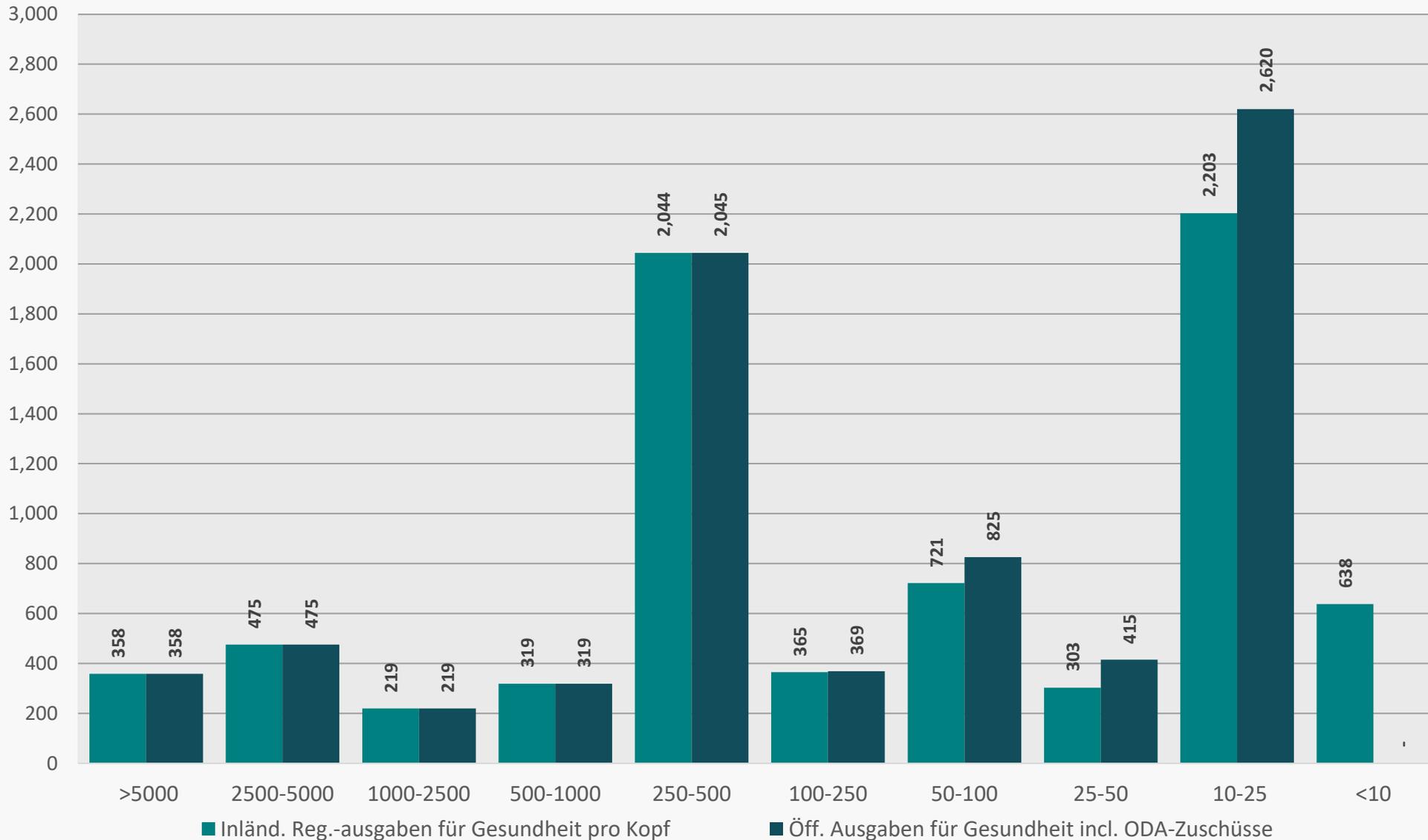


In dieser Abbildung werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf aus beiden Finanzierungsquellen, nämlich der inländischen Staatseinnahmen und der offiziellen Entwicklungszusammenarbeit in der Summe dargestellt. Die Berechnung bezieht nur die Länder ein, für die alle notwendigen Daten zur Verfügung stehen, so dass kleinere Abweichungen im Vergleich zu der vorhergehenden Darstellung auftreten.

In den wirtschaftlich am meisten benachteiligten Ländern bildet die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit eine unentbehrliche Säule, um die Gesundheitsdienste zu finanzieren. Hier tragen die ODA-Zuschüsse für Gesundheit rund 58 % der gesamten öffentlichen Mittel für den Sektor bei. Die Summe aus inländischen und internationalen Ressourcen reichen aber nicht annähernd aus, um die gesundheitsbezogenen Entwicklungsziele verwirklichen zu können. In 6 Ländern dieser Gruppe machen die ODA-Zuschüsse mehr als 75 % der staatlichen Mittel aus (Südsudan, Haiti, Guinea-Bissau, Zentralafrikanische Republik, DR Kongo und Uganda). 7 von 25 Ländern niedrigen Einkommens bestreiten mehr als die Hälfte aus inländischen Quellen (Burkina Faso, Äthiopien, Lesotho, Ruanda, Sudan, Tadschikistan und Togo).

Auch in der Gruppe von 1.000 bis 2.500 spielt die Entwicklungskooperation eine bedeutende Rolle. Bei höheren Pro-Kopf-Einkommen weisen die Länder mit einem ODA-Anteil von mehr als 10 % meist besondere Bedarfe auf wie eine hohe HIV-Infektionsrate (Eswatini, Namibia) oder es handelt sich um kleine Bevölkerungszahlen.

## Gesamte Bevölkerung der Länder gruppiert nach der Höhe der öffentlich finanzierten Ausgaben für Gesundheit pro Kopf im Jahr 2020 mit und ohne ODA-Zuschüsse

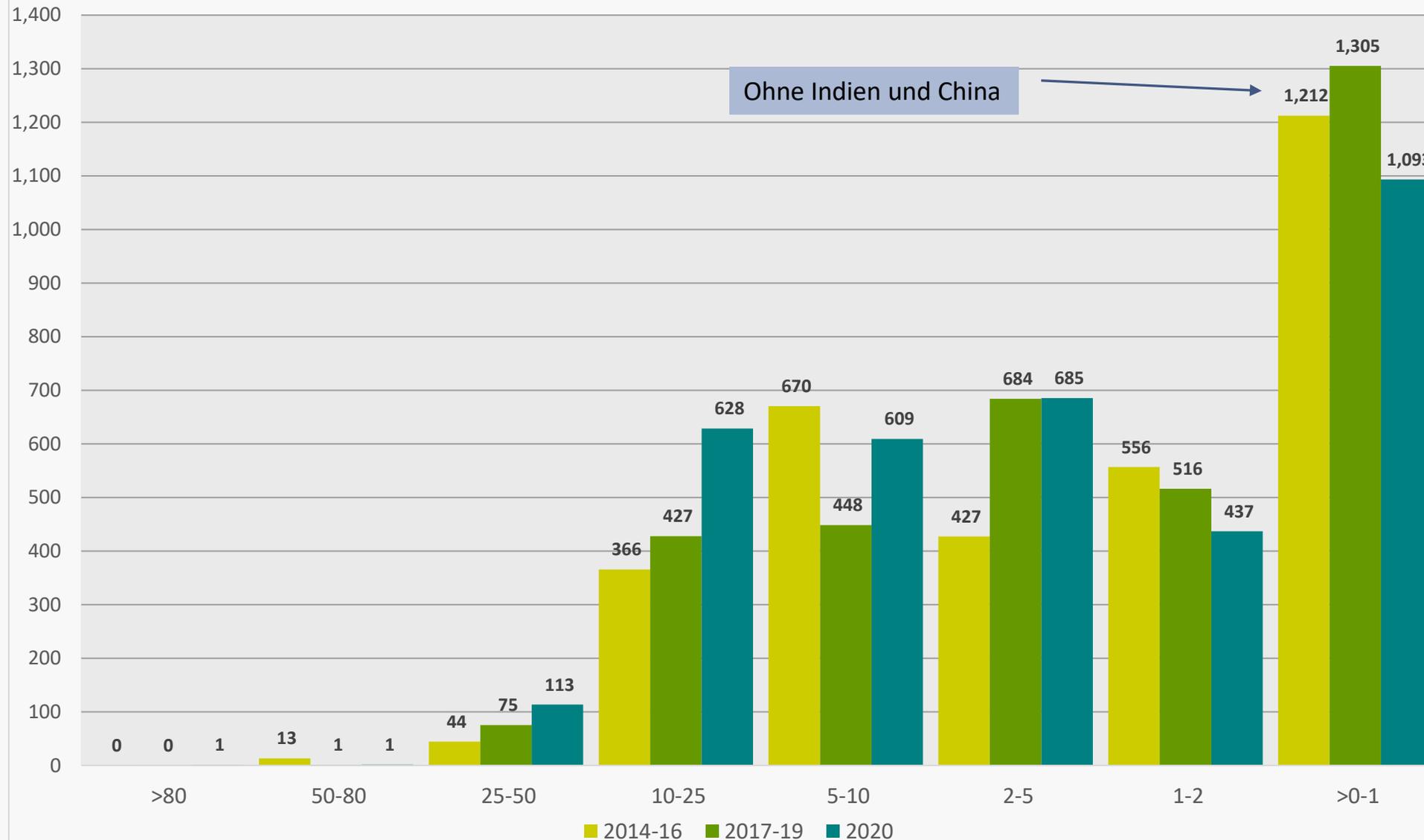


Diese Grafik bildet die Bevölkerungszahlen der Länder ab, deren Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Quellen in die gewählten Größenklassen fallen. Sie zeigt ferner den Unterschied, der durch die internationale Kooperation im Gesundheitsbereich entsteht.

Der offensichtlich wichtigste Effekt, der durch die gesundheitsbezogenen ODA-Zuschüsse erreicht wird, besteht darin, dass niemand mehr in Ländern mit öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben von weniger als 10 US\$ pro Kopf leben muss. Infolge der Transfers im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit steigen die meisten Länder mit den niedrigsten eigenfinanzierten Ausgaben in die nächsthöhere Gruppe auf, aber einige Staaten überspringen dank der ODA-Mittel auch den nachfolgenden Schwellenwert von 25 US\$.

In der Summe der inländischen und internationalen Finanzmittel weist nach den vorliegenden Daten Bangladesch mit knapp 12 US\$ pro Kopf die niedrigsten öffentlichen Gesundheitsausgaben auf. Mit rund 13 US\$ liegen auch Eritrea und Sudan am unteren Ende der Gruppe mit den zweitniedrigsten Aufwendungen nach Einrechnung der ODA-Zuschüsse.

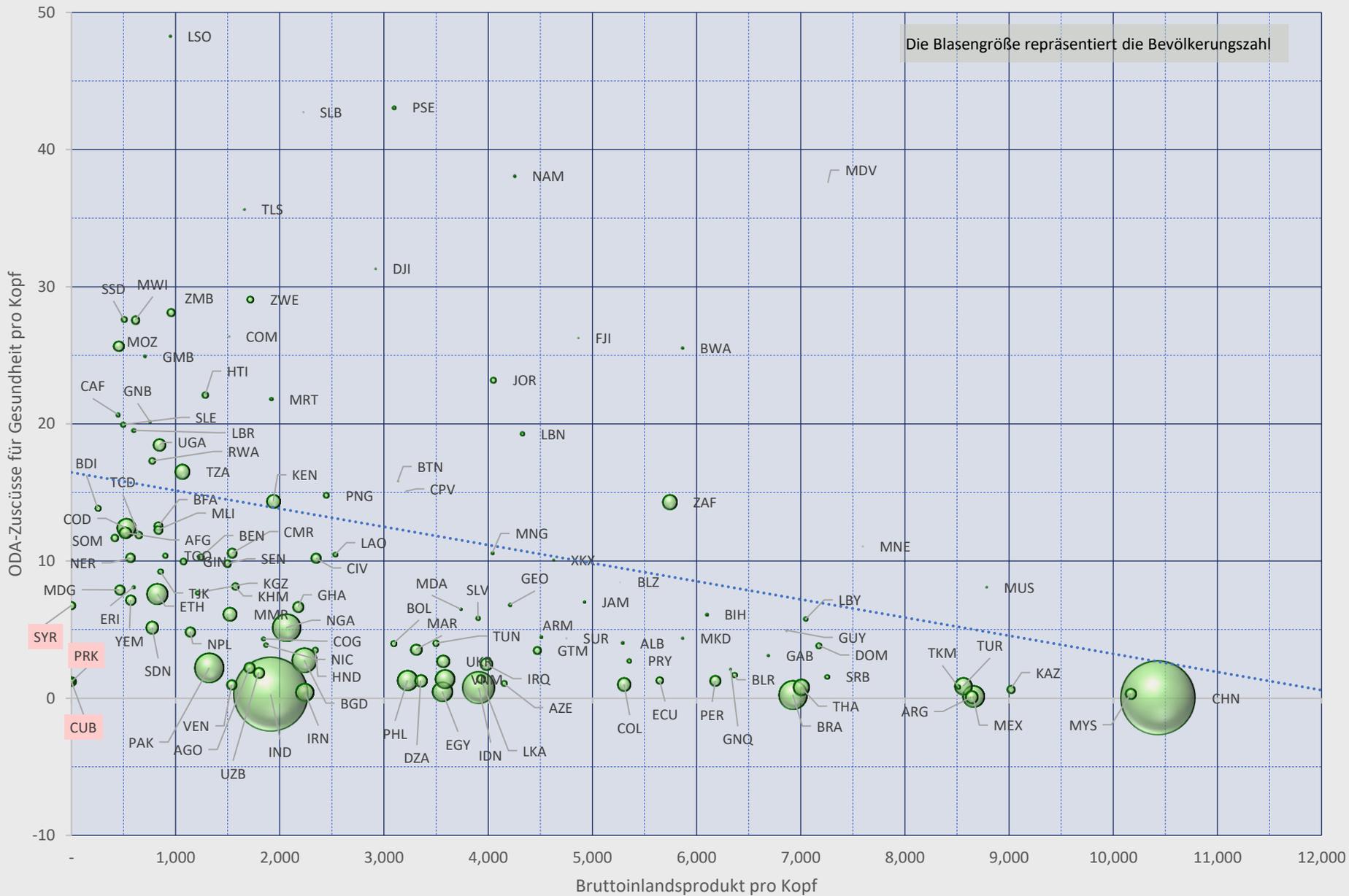
## Bevölkerung der Empfängerländer gruppiert nach der Höhe der ODA-Zuschüsse für Gesundheit pro Kopf im Jahr 2020 verglichen mit den Mittelwerten in den Perioden 2014-16 und 2017-19



Diese grafische Darstellung zeigt die Anzahl der Menschen, die im Verlauf des Zeitraums der Untersuchung in Ländern lebten, die Finanzmittel für Gesundheit durch die internationale Kooperation pro Kopf in den definierten Intervallen erhielten.

Zunächst ist anzumerken, dass der Rückgang der Bevölkerungszahlen, die ODA-Mittel von 50 bis 80 US\$ pro Person bezogen, auf die fallenden Beiträge für die Ebola-Bekämpfung nach dem Ende der Pandemie in Westafrika zurückzuführen ist.

Die Zunahme der Personenzahl, auf die landesdurchschnittliche ODA-Mittel für Gesundheit von 25 bis 50 US\$ entfielen, ist vor allem dem Anstieg der Mittel für Mosambik (31 Millionen Menschen) zu verdanken, wo die Gesundheits-ODA auf etwas mehr als 25 US\$ pro Kopf im Jahr 2020 im Vergleich zu rund 23 US\$ in den Vorjahren anwuchs. In Bezug auf die nachfolgende Größenklasse von 10 bis 25 US\$ ist zu beobachten, dass einige Länder mit bedeutenden Bevölkerungszahlen den unteren Wert im ersten Pandemiejahr übersprangen, darunter DR Kongo, Kamerun und die Elfenbeinküste. In den Gruppen mit den geringsten Pro-Kopf-Beiträgen der ODA für Gesundheit kommt die Verringerung der betreffenden Bevölkerungsgrößen zu einem großen Teil dadurch zustande, dass Pakistan (227 Millionen Menschen) im letzten Jahr der Analyse 2,20 US\$ erhielt und nicht mehr 1,80 US\$ wie dies vor der Krisenreaktion der Fall war. Insgesamt spiegeln die Verschiebungen zwischen den Kategorien die allgemeinen Erhöhungen für die Kontrolle der Corona-Pandemie wider.



Diese Grafik zeigt die Korrelation zwischen den Pro-Kopf-Beiträgen im Rahmen der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit für Gesundheit einerseits und den Einkommensniveaus der Empfängerländer andererseits. Außerdem wird die Bevölkerungszahl ersichtlich. Für die Länder mit den rot unterlegten Alpha-3-Codes sind keine genauen Daten zum Bruttoinlandsprodukt verfügbar. Das Bezugsjahr ist 2020.

Grundsätzlich ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Benachteiligung und dem Umfang der Zuwendungen durch die internationale Kooperation zu beobachten. Allerdings sind auch erhebliche Unterschiede bei den ODA-Zuschüssen für Gesundheit im Verhältnis zur Bevölkerung zwischen den Ländern mit ähnlicher Wirtschaftskraft erkennbar. In vielen Fällen sind deutlich überdurchschnittliche Kooperationsbeiträge mit den besonders hohen Bedarfen der betreffenden Länder zu erklären, die durch außerordentliche Krankheitslasten, gravierende Krisensituationen oder die Aufnahme hoher Zahlen von Geflüchteten bedingt sind. In einigen Staaten mit sehr niedrigen Bevölkerungszahlen führen relativ begrenzte ODA-Mittel zu hohen Beträgen pro Kopf. Bei einigen Ländern mit den höchsten ODA-Zuschüssen pro Person treffen beide Gründe zusammen wie z.B. Lesotho (LSO), Palästina (PSE), Namibia (NAM) oder Osttimor (TLS).

Eine besondere Aufmerksamkeit erfordern die Länder mit extrem niedrigen Einkommen, die völlig ungenügende ODA-Zuschüsse für Gesundheit erhalten.



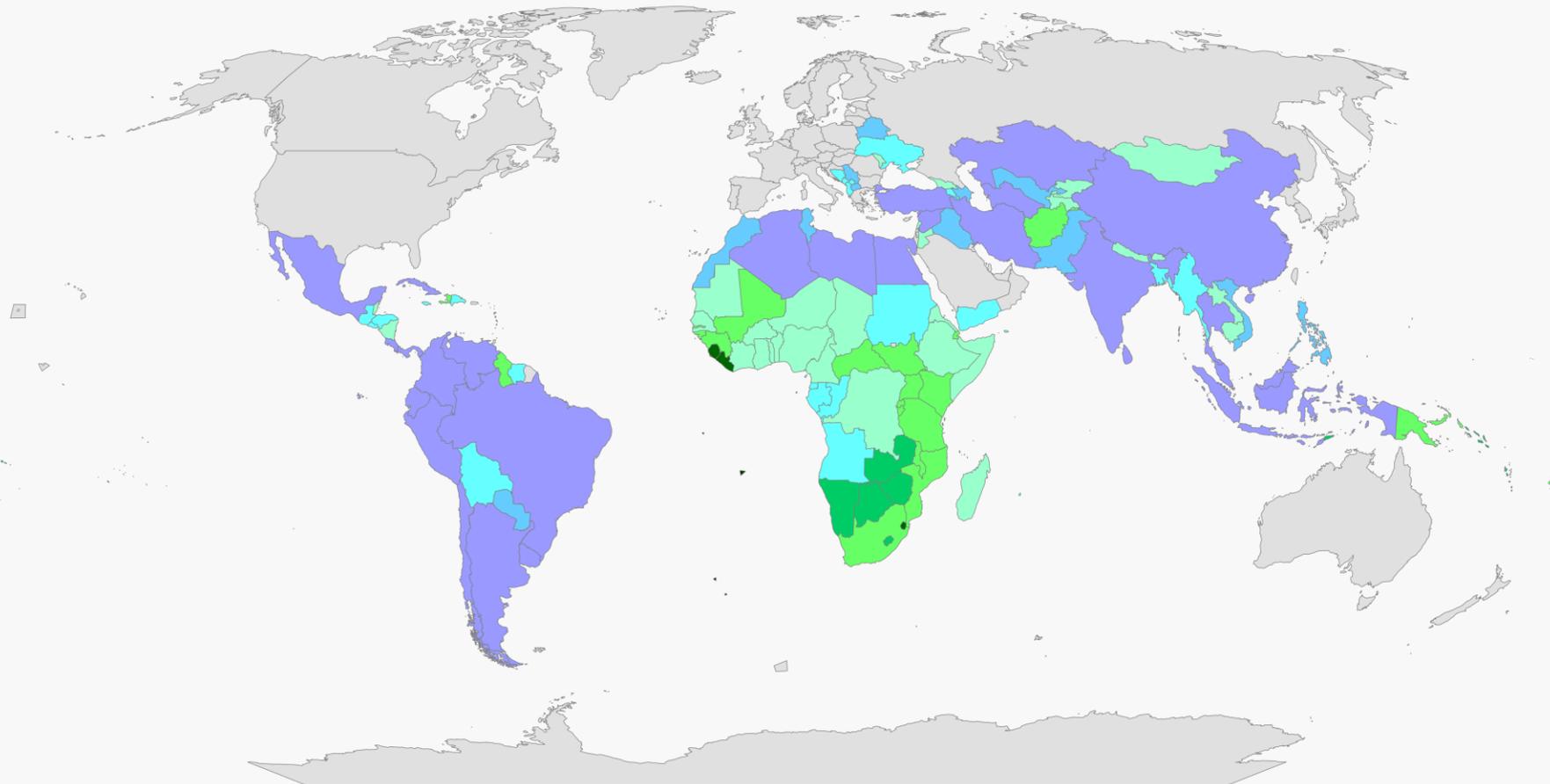
Diese Grafik dokumentiert die Beziehung zwischen ODA-Zuschüssen und den Regierungsausgaben aus inländischen Quellen für den Gesundheitssektor jeweils in Relation zur Bevölkerungszahl. Hier sind die Länder-Codes rot markiert für die Fälle mit fehlenden Daten zu den innerstaatlichen Aufwendungen.

Es zeigt sich ein ganz ähnliches Verteilungsmuster wie in der vorigen Grafik, was sich durch den bereits dargestellten statistischen Zusammenhang zwischen dem Bruttoinlandsprodukt einerseits und den staatlichen Einnahmen und Ausgaben für Gesundheit andererseits erklärt.

Insbesondere unter den Ländern mit Regierungsausgaben für Gesundheit von weniger als 25 US\$ pro Kopf und Jahr fallen die Mittel der internationalen Kooperation häufig höher aus als die auf nationaler Ebene aufbrachten Beiträge. In den allermeisten Fällen sind diese Proportionen aufgrund der sehr niedrigen Einkommensniveaus unvermeidlich und beide Seiten müssen ihre finanziellen Anstrengungen für die Erreichung von SDG 3 erheblich verstärken. In bestimmten Ländern ist es aber auch vordringlich, den Stellenwert von Gesundheit bei der staatlichen Budgetplanung deutlich zu erhöhen. Das war 2020 insbesondere für Afghanistan (AFG), Eritrea (ERI), Guinea-Bissau (GNB), Haiti (HTI), Kamerun (CMR), die Komoren (COM), Liberia (LBR), Mali (MLI), Simbabwe (ZWE), Südsudan (SSD) und Uganda (UGA) der Fall.

## ODA-Zuschüsse für Gesundheit pro Kopf im Zeitraum 2014-16, in US\$

■ >80 ■ 50-80 ■ 25-50 ■ 10-25 ■ 5-10 ■ 2-5 ■ 1-2 ■ >0-1

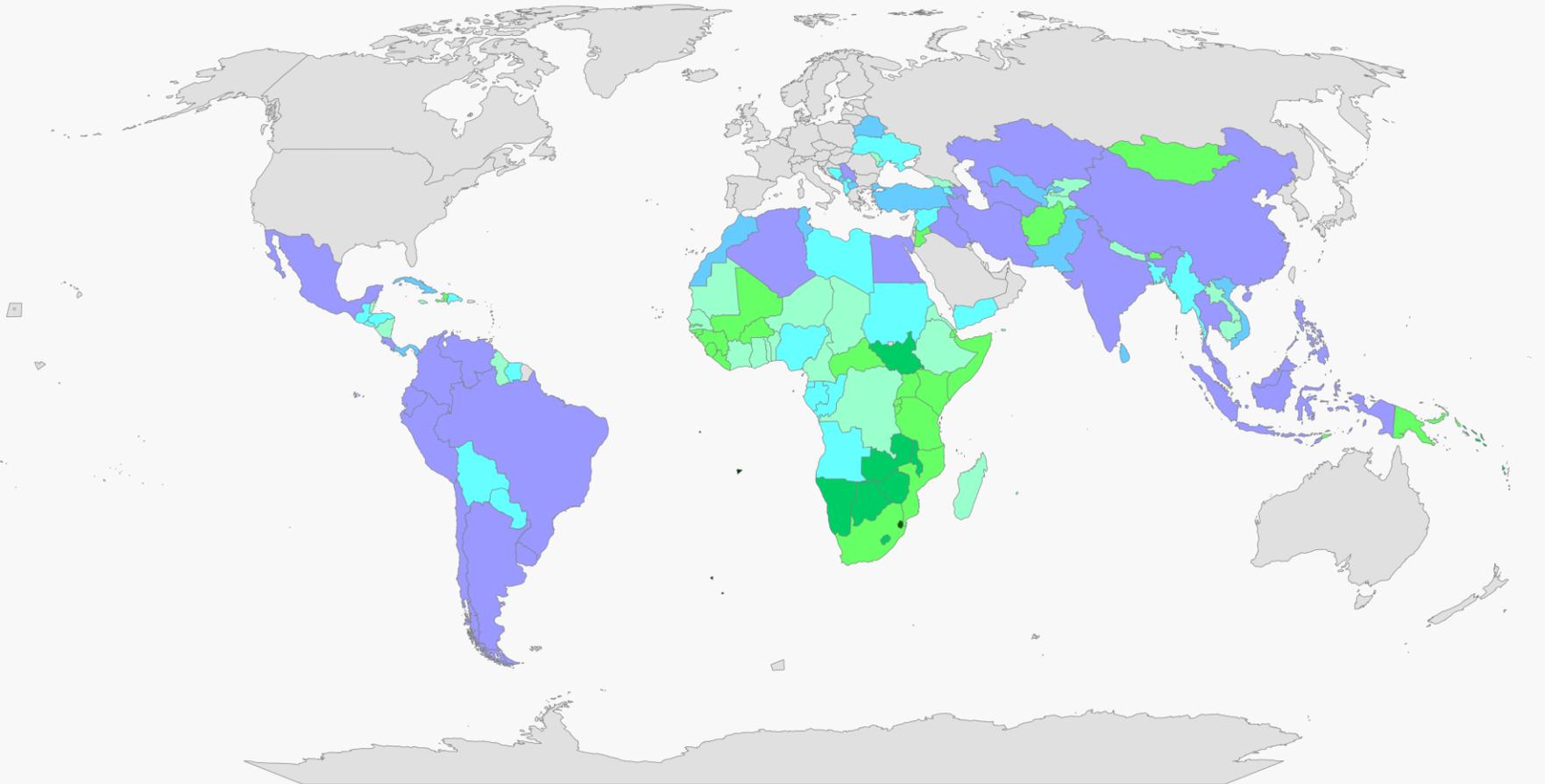


Die folgende Serie von Kartengrafiken dokumentiert die geographischen Verteilungsmuster der gesamten ODA-Zuschüsse für Gesundheit im Verlauf der bisherigen Untersuchungsperiode von 2014 bis 2020. Die definierten Größenklassen bleiben über diesen Zeitraum unverändert.

Die jährlichen Mittelwerte für 2014 bis 2016 lassen die Erhöhung der Fördermittel für Gesundheit im Zuge der Bemühungen zur Eindämmung des Ebola-Ausbruchs in Westafrika erkennen, insbesondere die Unterstützung der Maßnahmen in Liberia und Sierra Leone. Diese von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) deklarierte „Gesundheitliche Notlage von Internationaler Tragweite,“ währte von August 2014 bis März 2016. Im Schnitt dieser drei Jahre erhielten die beiden besonders betroffenen Länder ODA-Zuschüsse für Gesundheit pro Kopf in Höhe von 64 bzw. 60 US\$, wovon annähernd 44 bzw. 43 US\$ pro Person für die Ebola-Bekämpfung vorgesehen waren. Abgesehen von kleinen Inselstaaten gingen mit rund 59 US\$ pro Kopf nur an Eswatini in dieser Periode ähnlich hohe ODA-Zuschüsse für den Gesundheitsbereich, wobei in diesem Fall der Bewältigung der HIV-Epidemie mit einem ODA-Beitrag von 47,5 US\$ pro Person die zentrale Bedeutung zukam.

## ODA-Zuschüsse für Gesundheit pro Kopf im Zeitraum 2017-19, in US\$

■ >80 ■ 50-80 ■ 25-50 ■ 10-25 ■ 5-10 ■ 2-5 ■ 1-2 ■ >0-1

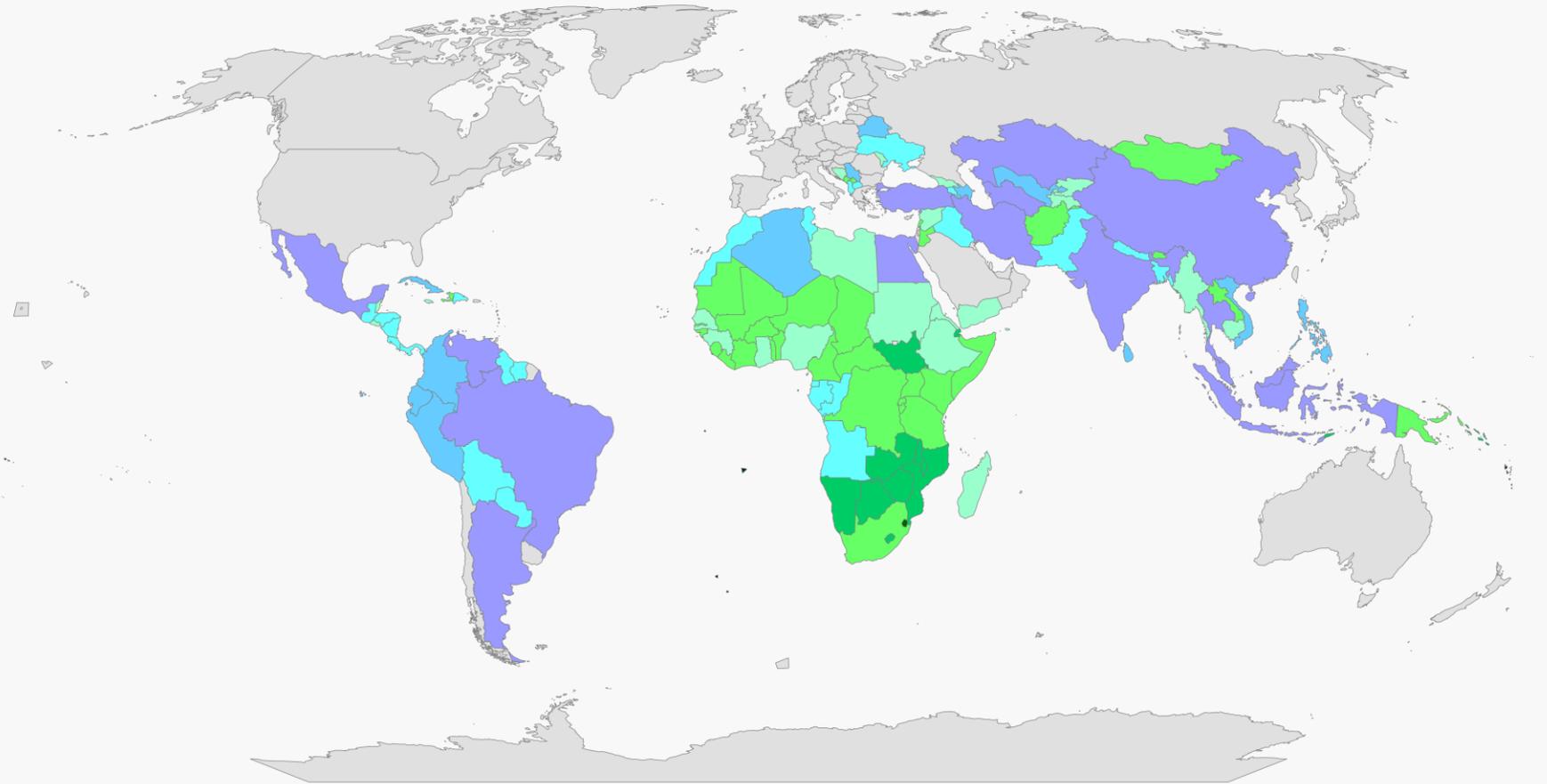


In dem Zeitraum von 2017 bis 2019 sind nur geringfügige Veränderungen bei der Verteilung der ODA-Zuschüsse für Gesundheit im Vergleich zu der vorigen Periode zu verzeichnen abgesehen von der Verringerung der Pro-Kopf-Beiträge für die von der Ebola-Krise in Westafrika besonders betroffenen Länder. In Liberia und Sierra Leone fielen die ODA-Mittel auf 22 bis 23 US\$ pro Person.

Auch der weltweite Mittelwert der Finanzmittel für die Kooperation im Gesundheitsbereich pro Kopf der Bevölkerung in allen Empfängerländern (6,3 Milliarden Menschen im Durchschnitt 2017 bis 2019) ist praktisch unverändert geblieben mit 3,57 gegenüber 3,54 US\$. Allerdings ist eine Verminderung der ODA-Zuschüsse für den Gesundheitssektor in Relation zur Bevölkerung für Afrika südlich der Sahara zu beobachten von 11,5 auf 10,9 US\$, was den Bemühungen für die Erreichung von SDG 3 in der von Armut und Krankheiten am stärksten betroffenen Weltregion zuwiderläuft. Auf der anderen Seite erhöhten sich die Pro-Kopf-Beiträge für die Region des mittleren Ostens von 2,7 auf 3,3 US\$. Dies betrifft vor allem unmittelbare Nachbarländer Syriens und hängt in erster Linie mit der humanitären Katastrophe zusammen, die durch die Repression der dortigen Diktatur und dem daraus entstandenen Bürgerkrieg verursacht wurde.

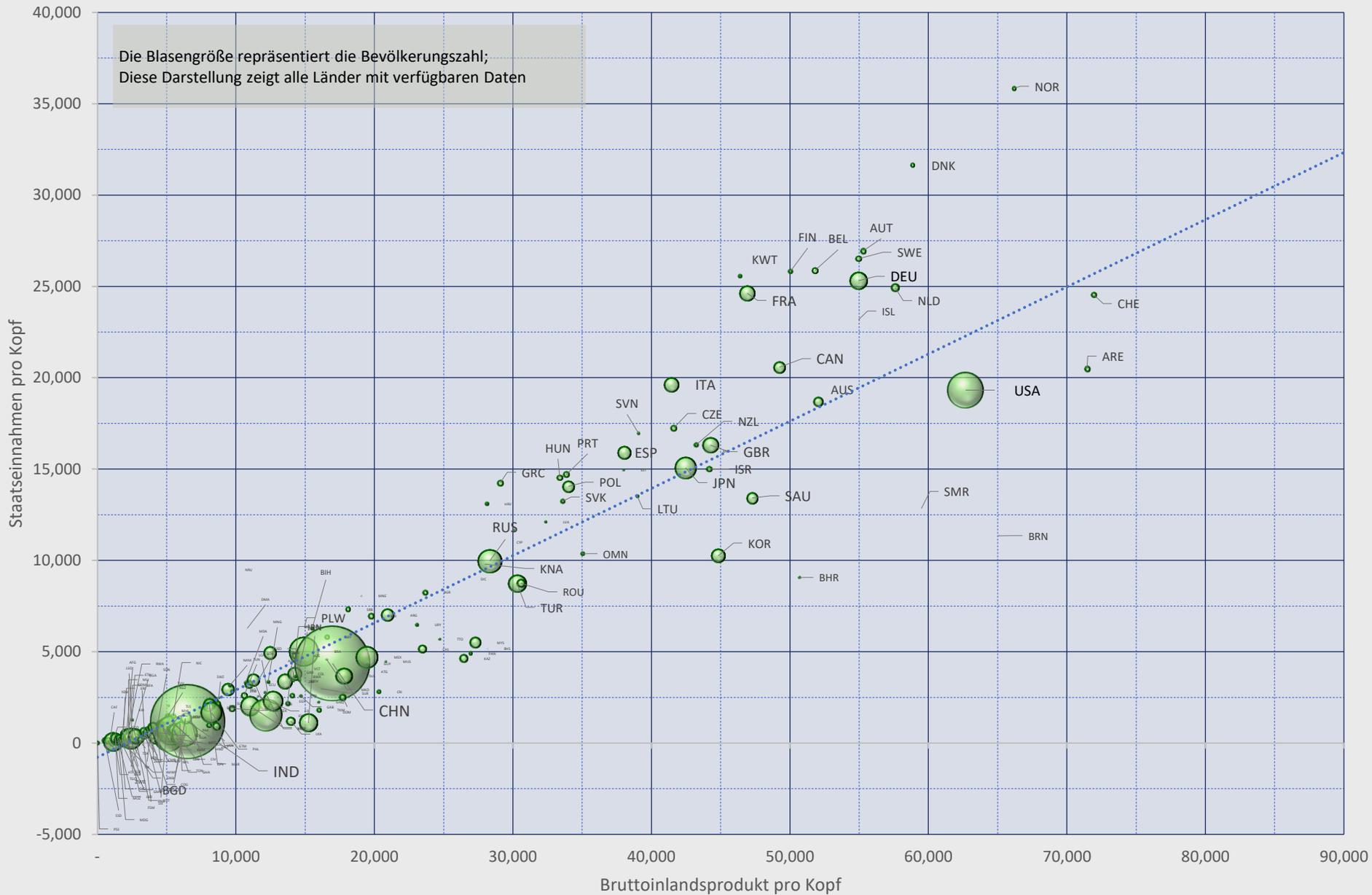
## ODA-Zuschüsse für Gesundheit pro Kopf im Jahr 2020, in US\$

■ >80 ■ 50-80 ■ 25-50 ■ 10-25 ■ 5-10 ■ 2-5 ■ 1-2 ■ >0-1



Die Verteilungsmuster der ODA-Zuschüsse für Gesundheit haben sich im ersten Jahr der Corona-Pandemie nur wenig verändert. An der allgemeinen Aufstockung im Rahmen der Krisenreaktion, die zu einem Anstieg des globalen Mittelwerts auf 4,40 US\$ pro Kopf oder 23 % verglichen mit der vorigen Periode führte, hat die große Mehrheit der Entwicklungsländer partizipiert. Insgesamt konnten 110 Länder Aufwüchse der Pro-Kopf-Beiträge in sehr unterschiedlicher Höhe verzeichnen. Demgegenüber mussten 32 Staaten, die aktuell von DAC/OECD als Empfänger der Entwicklungszusammenarbeit gelistet sind, Verminderungen hinnehmen. Dies betrifft überwiegend solche Länder, die nicht den niedrigsten Einkommensgruppen angehören. Andernorts dürften die Möglichkeiten der Kooperation zumindest auf Regierungsebene durch ungünstige politische Verhältnisse eingeschränkt sein. Bemerkenswerte Ausnahmen stellen Angola, Burundi, Ghana und Kenia dar, die über Pro-Kopf-Einkommen von weniger als 2.500 US\$ verfügen und im Jahr 2020 empfindliche Einbußen der gesundheitsbezogenen ODA-Mittel erlebten, auch wenn die Zuordnung dieser Länder zu den definierten Kategorien unverändert blieb.

In allen Großregionen fanden positive Entwicklungen der ODA-Zuschüsse für Gesundheit in Relation zu den Bevölkerungszahlen statt, wobei die höchsten relativen Aufstockungen für Afrika nördlich der Sahara, den mittleren Osten, Südamerika und Ozeanien zu beobachten waren.



Diese Darstellung der Einkommen und der Staatseinnahmen pro Kopf basiert auf internationalen US-Dollar, um die lokale Kaufkraft der Währungen von verschiedenen Ländern zu berücksichtigen. Diese Angaben ermöglichen einen kaufkraftbereinigten Vergleich der Einkommensniveaus. Da die Berechnung der Kaufkraftparitäten die Gesamtheit der Güter und Dienstleistungen einbezieht, sind die Daten jedoch wenig repräsentativ für die Ausgaben im Gesundheitsbereich. Ressourcenärmere Länder müssen typischerweise den überwiegenden Teil der Medizinprodukte importieren, so dass in diesem Fall die in den vorhergehenden Darstellungen verwendeten Beträge in US\$ entsprechend der jeweiligen Wechselkurse von Relevanz sind.

Ein Vergleich mit der Abbildung auf Folie 13 lässt erkennen, dass sich die Position einzelner Länder im weltweiten Einkommensgefüge bei dieser Betrachtung etwas anders darstellt. Insgesamt erscheint der Rückstand der wirtschaftlich am stärksten benachteiligten Staaten weniger extrem als bei der Analyse auf Grundlage der jahresdurchschnittlichen Währungsrelationen. Der ökonomische Vorsprung der Hocheinkommensländer bleibt aber immens, auch wenn die unterschiedlichen Lebenshaltungskosten in Betracht gezogen werden.

Mit dem 16. Platz bei dem Pro-Kopf-Einkommen und dem 10. Rang im Hinblick auf die Staatseinnahmen pro Person ändert sich die relative Position Deutschlands durch diesen Perspektivwechsel praktisch nicht.