

# DEUTSCHLANDS POLIO-INVESTITION SICHERN

Warum eine verlässliche GPEI-Finanzierung  
Deutschland stärkt



**ONE**

Probengefäß für die Abwasserüberwachung in Kibera, Nairobi. Die Analyse dient der Früherkennung von Polio und weiteren Krankheitserregern. © ONE / Mwangi Kirubi

KIBERA SITE  
5/5/26  
ENVIR. SAMPLE

# INHALT

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Executive Summary                                                | 5  |
| Deutschlands Rolle bei der GPEI-Finanzierung                     | 7  |
| 1. GPEI als globale Gesundheitsinfrastruktur                     | 7  |
| 2. Die Polio-Ausrottung ist noch nicht gesichert                 | 11 |
| 3. Deutschland gehört zu den tragenden staatlichen Gebern        | 13 |
| 4. Ausrottung ist langfristig günstiger als dauerhafte Kontrolle | 15 |
| Methode                                                          | 18 |
| Literaturverzeichnis                                             | 19 |

## ABKÜRZUNGEN

|              |                                               |
|--------------|-----------------------------------------------|
| <b>AFP</b>   | Acute flaccid paralysis                       |
| <b>cVDPV</b> | Zirkulierende impfstoffabgeleitete Polioviren |
| <b>GPEI</b>  | Global Polio Eradication Initiative           |
| <b>GPLN</b>  | Global Polio Laboratory Network               |
| <b>WPV</b>   | Wildpoliovirus Typ                            |

# EXECUTIVE SUMMARY

Der Deutsche Bundestag entscheidet im jährlichen Haushaltsverfahren, ob Deutschland seine führende Rolle bei der weltweiten Polio-Ausrottung fortsetzt. Eine Stabilisierung des deutschen Beitrags auf 30 Millionen Euro kann die Erfolge der globalen Bemühungen zur Ausrottung von Polio erhalten und die Krankheit weltweit ausrotten.

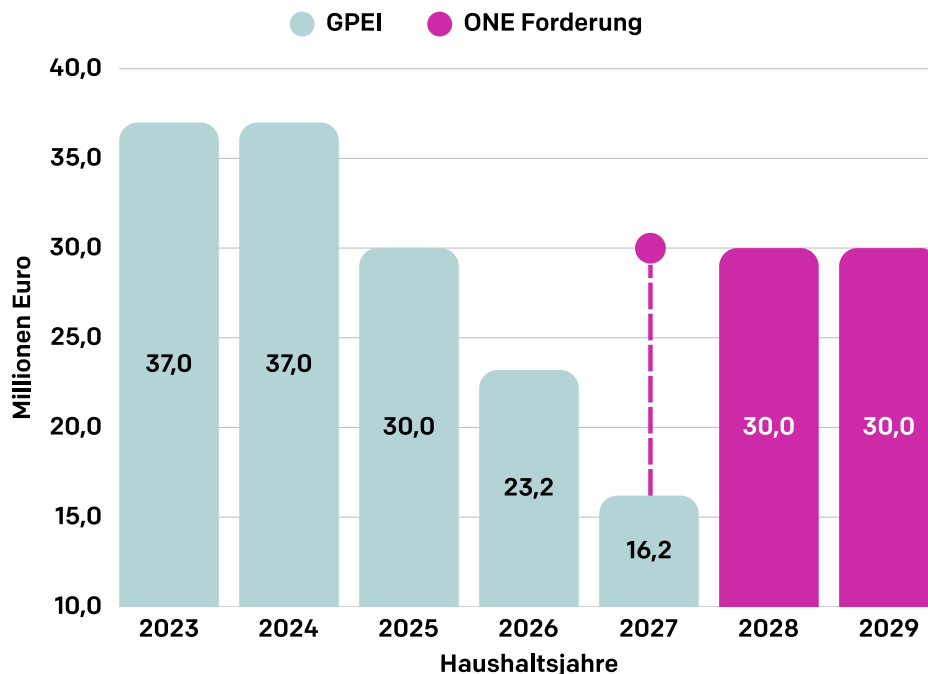


Abbildung 1 Entwicklung der deutschen GPEI-Haushaltsansätze von 2023 bis 2027 und ONE-Forderung für 2027.  
Quelle: GPEI (2021–2025).

**Warum jetzt?** Poliomyelitis, auch Kinderlähmung oder Polio genannt, steht kurz davor, nach den Pocken als zweite menschliche Krankheit weltweit ausgerottet zu werden. Seit Gründung der Global Polio Eradication Initiative (GPEI) im Jahr 1988 ist die Zahl der jährlich gemeldeten Fälle von rund 350.000 in 125 Ländern um mehr als 99 Prozent zurückgegangen, ein eindrucksvoller Beleg für den weltweiten Erfolg der Initiative<sup>1</sup>. Möglich wurde dieser Fortschritt durch Impfprogramme, ein weltweites Labornetz und eine umfassende Überwachung des Virus.

Der Erfolg ist jedoch noch nicht gesichert. Wildpoliovirus Typ 1 (WPV1) zirkuliert weiterhin endemisch in Afghanistan und Pakistan; zugleich kommt es in West- und Zentralafrika sowie dem Gazastreifen zu Ausbrüchen zirkulierender impfstoffabgeleiteter Polioviren (cVDPV). Die bis 2029 verlängerte GPEI-Strategie 2022–2026 hat deshalb ein klar definiertes Ziel: die zertifizierte Ausrottung des WPV1 bis Ende 2027 und die Eliminierung des cVDPV2 bis Ende 2029. Nach der letzten Geberrunde in Abu Dhabi im Jahr 2025 verblieb eine globale Finanzierungslücke von rund 373 Millionen Euro. Die Schließung dieser Finanzierungslücke ist entscheidend, um die weltweite Übertragung des Poliovirus nachhaltig zu unterbrechen und seine vollständige Eradikation zu erreichen.

**Deutschlands Beitrag** Deutschland hat zwischen 1988 und 2024 rund 758 Millionen Euro für die GPEI bereitgestellt<sup>2</sup>. Das entspricht ca. 6,95 Prozent der erfassten externen Finanzierung und macht Deutschland zum drittgrößten staatlichen Geber. Nach dem Rückzug oder der Absenkung der Mittel anderer großer staatlicher Beiträge ist Deutschland der größte verbliebene europäische staatliche Geber. Eine verlässliche Zusage stärkt auch Deutschlands Glaubwürdigkeit als multilateraler Partner. Deutschland unterstützt damit globale Gesundheitsstrukturen und die internationale Zusammenarbeit, auch bei künftigen Gesundheitskrisen.

Auch für Deutschland ist ein erfolgreicher Abschluss der Polio-Ausrottung wirtschaftlich sinnvoll: Ohne Eradikation müssten Impfkampagnen, Überwachung und Ausbruchsreaktionen über Jahre hinweg weiterfinanziert werden. Langfristig ist die Ausrottung günstiger als eine dauerhafte Kontrolle des Virus. **In dieser Analyse zeigen wir auf: Jeder von Deutschland eingesetzte Euro für die Polio-Ausrottung kann weltweit rund 15 Euro an künftigen Kosten vermeiden.**

## WARUM DIE GPEI ÜBER POLIO HINAUS WICHTIG IST

Die GPEI verhindert Polio und stärkt zugleich eine globale Gesundheitsinfrastruktur. Dazu gehören 146 Labore in 92 Ländern, Programme zur Polio-Überwachung in rund 50 Ländern sowie mehr als 30.000 Gesundheitsfachkräfte, die an der Überwachung und Durchführung von Impfkampagnen mitwirken<sup>3</sup>. Die von der GPEI aufgebaute Infrastruktur wird auch für die Überwachung anderer vermeidbarer Krankheiten genutzt und stärkt die internationale Pandemievorsorge. Insbesondere bei ungeimpften Kindern in abgelegenen Regionen werden Polioimpfungen zunehmend mit Routineimpfungen und weiteren Gesundheitsleistungen wie Masernimpfungen, Ernährungsangeboten oder der medizinischen Grundversorgung verbunden. So können mehrere gesundheitliche Bedürfnisse gleichzeitig und systematisch adressiert und mehr Kinder erreicht werden. So tragen GPEI-finanzierte Strukturen beispielsweise rund 70 Prozent der weltweiten Masern- und Röteln-Überwachung. Um diese Überwachung außerhalb der GPEI fortzuführen, wären schätzungsweise rund 65 Millionen Euro pro Jahr erforderlich<sup>4</sup>. Eine zentrale Säule dieser Infrastruktur ist das Global Polio Laboratory Network (GPLN), das die GPEI dabei unterstützte, sowohl Polioviren als auch andere Infektionskrankheiten wie Ebola schnell zu erkennen, zu identifizieren und ihre Verbreitung nachzuverfolgen. Das Netzwerk trägt allgemein zum Training und zur technischen Weiterentwicklung von Laboren bei. Der Betrieb des GPLN kostet rund 36 Millionen Euro pro Jahr<sup>5</sup>. Deutschlands Beitrag schützt damit nicht nur vor Polio, sondern auch vor anderen Krankheitserregern.

### Unsere Forderungen an die Bundesregierung

- 30 Millionen Euro pro Jahr sichern. Der Bundestag sollte den für die GPEI vorgesehenen Betrag im einschlägigen Titel des Einzelplans 23 ausdrücklich auf mindestens 30 Millionen Euro anheben.
- Planungssicherheit bis 2029 schaffen. Eine Verpflichtungsermächtigung von insgesamt 60 Millionen Euro sollte jährliche Beträge von jeweils 30 Millionen Euro für die Jahre 2028 und 2029 absichern.

# DEUTSCHLANDS ROLLE BEI DER GPEI-FINANZIERUNG

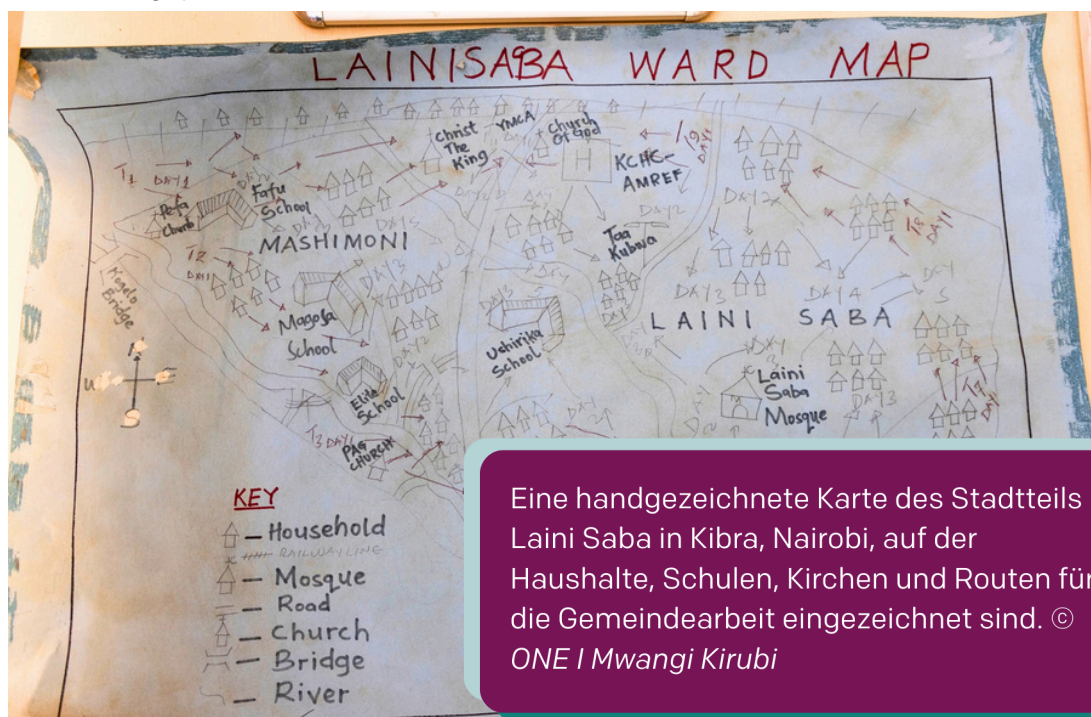
## 1. GPEI ALS GLOBALE GESUNDHEITSINFRASTRUKTUR

Im Rahmen ihres Erweiterten Impfprogramms EPI begann die WHO 1974 damit, Kinder in Entwicklungsländern mithilfe des oralen Polioimpfstoffs vor Polio zu schützen. Erst nach der Gründung der Global Polio Eradication Initiative (GPEI) im Jahr 1988 erreichte das EPI-Programm, häufig ergänzt durch Masernimpfungen, ausreichend hohe Impfquoten mit oralen Polioimpfstoffen, um die Übertragung von Polioviren wirksam zu unterbrechen. Während Polio 1988 noch in 125 Ländern endemisch war und jährlich etwa 350.000 klinische Fälle verursachte, wurde bereits wenige Jahre später nur noch ein Bruchteil dieser Fallzahlen verzeichnet.

Getragen wird die Initiative von sechs internationalen Partnern: WHO, UNICEF, Rotary International, die US-Centers for Disease Control and Prevention, die Gates Foundation und Gavi, die Impfallianz. Gemeinsam mit den Regierungen der betroffenen Länder koordinieren und unterstützen sie die weltweite Polio-Ausrottung.

Zur Bekämpfung von Ausbrüchen identifiziert die GPEI zunächst die Gemeinschaften, die von den Impfteams erreicht werden müssen, und passt die Impfstrategien an die jeweiligen Bedingungen vor Ort an. Impfungen werden häufig als Tür-zu-Tür-Kampagnen durchgeführt. Dabei gehen Impfteams von Haushalt zu Haushalt, um Kinder direkt vor Ort zu impfen und möglichst auch diejenigen zu erreichen, die reguläre Impfangebote nicht nutzen. Anschließend wird überprüft, ob alle Kinder erreicht wurden und ob das Virus weiterhin zirkuliert.

Wie diese Arbeit vor Ort aussieht, zeigt die Demokratische Republik Kongo. Dort werden Gemeinschaften kleinräumig kartiert, wobei jedes Kind erfasst wird, unabhängig davon, wie abgelegen es lebt. Es werden Impfstrategien eingesetzt, die nicht nach einem einheitlichen Schema funktionieren, sondern an die geografischen und politischen Bedingungen jeder Gemeinschaft angepasst sind.



Um jede Gemeinschaft zu erreichen, werden georäumliche Trackingsysteme genutzt. Dadurch können bei Bedarf in Echtzeit Kurskorrekturen vorgenommen werden. Nach Impfkampagnen helfen geografische Informationssysteme dabei, die erreichten Gebiete zu erfassen und mögliche Impflücken aufzudecken. Die GPEI nutzte dieses System beispielsweise entlang des Kongo-Flusses in der Demokratischen Republik Kongo, um auch abgelegene Gemeinschaften zuverlässig zu erreichen<sup>19</sup>.

Insbesondere bei ungeimpften und schwer erreichbaren Kindern werden Polioimpfungen zunehmend mit Routineimpfungen und anderen Gesundheitsleistungen verbunden. Dabei arbeitet die GPEI unter anderem mit nationalen Impfprogrammen und der Globalen Impfallianz Gavi zusammen.

Die GPEI versucht gezielt auch Menschen auf der Flucht und andere mobile Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Das ist besonders wichtig, weil sich Polioviren durch Bevölkerungsbewegungen über Landesgrenzen hinweg verbreiten können. Mobile Gesundheitsangebote und die Zusammenarbeit mit Nachbarländern helfen dabei, auch Menschen zu erreichen, die von regulären Gesundheitsdiensten nur schwer versorgt werden.

Wie relevant dieser Ansatz ist, zeigt auch das Beispiel Kenia. 2013 kam es im Garissa County zu einem Ausbruch von Wildpoliovirus Typ 1 (WPV1) mit 14 bestätigten Fällen. Der Ausbruch stand mit der Viruszirkulation im benachbarten Somalia in Verbindung und betraf auch das Umfeld der Geflüchtetensiedlung Dadaab. In der Folge wurden dort gezielte Impfmaßnahmen für Kinder in der Geflüchtetensiedlung und den umliegenden Gemeinden durchgeführt.

Die Initiative verbindet diese Impfmaßnahmen mit weiteren Gesundheitsangeboten. Integrierte Impfkampagnen, bei denen Polioimpfstoffe gemeinsam mit anderen Impfstoffen verabreicht werden, wurden 2025 unter anderem in Somalia, Nigeria, Tschad und der Zentralafrikanischen Republik durchgeführt und werden 2026 fortgeführt. In Somalia werden zudem im Rahmen der Polio-Bekämpfung entwickelte lokale Impf-Mikropläne genutzt, um die Planung von Routineimpfungen zu verbessern und Gebiete mit besonders vielen ungeimpften oder unzureichend immunisierten Kindern gezielt zu identifizieren.

Neben der Impfstoffversorgung und der Organisation von Kampagnen ist die Überwachung des Virus ein zentraler Bestandteil der GPEI-Infrastruktur. Das Global Polio Laboratory Network (GPLN) umfasst 146 von der WHO akkreditierte Labore in 92 Ländern. Jährlich untersucht das Netzwerk mehr als 220.000 Stuhlproben und über 8.000 Abwasserproben. Die Abwasserüberwachung kann Polioviren nachweisen, auch wenn noch keine klinischen Fälle bekannt sind. Genomsequenzierungen helfen anschließend dabei, die Herkunft eines Virus zu bestimmen und seine Ausbreitung nachzuvollziehen. Auf diese Weise können Viruszirkulation und Übertragungszusammenhänge erkannt und Gegenmaßnahmen gezielt eingeleitet werden.



Am 5. Mai 2026 füllen Mitarbeitende des Kenya Medical Research Institute am Standort Kibera in Nairobi eine Abwasserprobe in ein Probengefäß. Die Untersuchung solcher Proben hilft, die Erreger von Polio, Masern, Cholera, Typhus und weiteren Krankheiten frühzeitig nachzuweisen.

© ONE | Mwangi Kirubi

Die dafür aufgebauten Strukturen werden teilweise bereits für andere Gesundheitsaufgaben genutzt. GPEI-finanzierte Strukturen tragen rund 70 Prozent der weltweiten Masern- und Röteln-Surveillance<sup>6</sup>. Das GPLN und die damit verbundenen Labornetze unterstützen zudem die Bestätigung und Überwachung weiterer Erreger, darunter Gelbfieber, Japanische Enzephalitis und Influenza. In der Demokratischen Republik Kongo wurden beispielsweise Polio-Schnellreaktionsteams zur Unterstützung der mpox-Bekämpfung eingesetzt. Bei größeren Gesundheitskrisen wurden Mittel auch für Ebola und COVID-19 eingesetzt. Im Jahr 2020 stellte die GPEI dafür Personal aus ihrem Netzwerk und mehr als 85 Millionen Euro in über 50 Ländern bereit.

## **Polio in Deutschland**

Dass globale Viruszirkulation auch für Deutschland relevant bleibt, zeigte sich im Oktober 2025. In drei Abwasserproben aus Hamburg wurde WPV1 nachgewiesen. Die Genomsequenz wies eine starke Ähnlichkeit mit einem in Afghanistan zirkulierenden Virus auf. Klinische Fälle traten in Deutschland nicht auf; das Robert Koch-Institut bewertete das Risiko für die Bevölkerung aufgrund der hohen Impfquoten und des einzelnen Nachweises als sehr gering.

Eine neue Studie zeigt zugleich, dass ein hoher Impfschutz gegen Polio auch in Deutschland keine Selbstverständlichkeit ist. Die 2026 veröffentlichte Analyse der Impfquoten in allen 27 EU-Mitgliedstaaten weist für Deutschland zuletzt einen leicht rückläufigen Trend bei der Polioimpfung aus<sup>7</sup>. Nach den zugrunde liegenden WHO/UNICEF-Daten hatten 2024 in Deutschland 88 Prozent der Kinder die dritte Polioimpfdosis erhalten.

Der Hamburger Nachweis zeugt daher nicht von einer akuten Gefahr eines Polioausbruchs in Deutschland. Rückläufige Impfquoten sind jedoch ein Warnsignal. Solange Polioviren weltweit zirkulieren, können sie auch nach Deutschland und Europa eingeschleppt werden. Deutschlands Investition in die GPEI trägt somit auch zum Schutz der eigenen Bevölkerung bei. Je früher Polioviren erkannt und Ausbrüche eingedämmt werden, desto geringer ist das Risiko ihrer weiteren internationalen Ausbreitung.

### **Was bedeutet Polio-Ausrottung?**

#### **WPV1 - Wildpoliovirus Typ 1**

Der einzige Wildvirus-Typ, der noch zirkuliert. WPV1 ist weiterhin in Afghanistan und Pakistan endemisch. Ziel der GPEI ist es, die Übertragung zu beenden und die weltweite Ausrottung bis Ende 2027 zu zertifizieren.

#### **WPV2 und WPV3 - ausgerottet**

Wildpoliovirus Typ 2 wurde 2015 offiziell für ausgerottet erklärt. Wildpoliovirus Typ 3 folgte 2019. Damit sind zwei der drei ursprünglichen Wildvirus-Typen weltweit ausgerottet.

#### **cVDPV - zirkulierende impfstoffabgeleitete Polioviren**

Davon zu unterscheiden sind zirkulierende impfstoffabgeleitete Polioviren (cVDPV). Sie können entstehen, wenn abgeschwächte Impfviren aus der oralen Polioimpfung über längere Zeit in Bevölkerungen mit niedriger Impfquote zirkulieren und sich verändern. Sie können anschließend wieder Ausbrüche verursachen. Die GPEI will insbesondere die Übertragung von cVDPV stoppen und seine Eliminierung bis Ende 2029 bestätigen.

## 2. DIE POLIO-AUSROTTUNG IST NOCH NICHT GESICHERT

Seit Gründung der GPEI im Jahr 1988 ist die Zahl der Poliofälle weltweit um 99,9 Prozent gesunken. Seit 2019 sind offiziell zwei der drei WPV-Typen weltweit ausgerottet. WPV2 wurde im September 2015 offiziell als ausgerottet erklärt. Der letzte Nachweis erfolgte 1999 in Indien. WPV3 wurde im Oktober 2019 offiziell als weltweit ausgerottet erklärt. Der letzte Fall wurde im November 2012 in Nigeria registriert. Der letzte Typ WPV1 zirkuliert weiterhin endemisch in Afghanistan und Pakistan<sup>8</sup>. Zwischen Februar 2021 und April 2022 erreichte die Übertragung des Virus den niedrigsten Stand seit dem Beginn der Aufzeichnungen, denn innerhalb dieser 15 Monate wurden lediglich drei Fälle von WPV1 gemeldet. Anhaltende politische und operative Herausforderungen begünstigten jedoch eine erneute Ausbreitung des Virus. Bis Ende 2022 waren in Afghanistan und Pakistan insgesamt 22 Kinder an einer durch WPV1 verursachten Lähmung erkrankt. 2023 ging die Zahl zwar auf zwölf zurück, stieg aber bis Anfang November 2024 wieder auf 68 Fälle. Im Jahr 2025 wurden insgesamt 52 WPV1-Fälle registriert: 21 in Afghanistan und 31 in Pakistan. Positive Umweltproben zeigen zusätzlich, dass das Virus auch dort zirkuliert, wo noch keine Lähmungsfälle erkannt wurden.

Auch Afrika zeigt, wie wichtig dauerhaft hohe Immunität und starke Überwachungssysteme sind. Der Kontinent war vier Jahre frei von WPV, als 2022 aus Pakistan eingeschlepptes WPV1 in Malawi und Mosambik neun Kinder lähmte. Fünf Länder im südlichen Afrika reagierten darauf koordiniert und mit hoher Intensität. Mehr als 50 Millionen Kinder wurden gegen Polio geimpft und 15 neue Standorte für die Abwasserüberwachung eingerichtet. Im Mai 2024 wurde der Ausbruch offiziell für beendet erklärt.

Davon zu unterscheiden sind zirkulierende impfstoffabgeleitete Polioviren (cVDPV), die insbesondere in Regionen mit niedrigen Impfquoten weiterhin auftreten und sich verbreiten können. Sie entstehen aus abgeschwächten Impfviren, die in der oralen Polioimpfung verwendet werden. Nach der Impfung vermehrt sich das abgeschwächte Impfvirus für kurze Zeit im Darm und wird über den Stuhl ausgeschieden. In Bevölkerungen mit hoher Impfquote kann es sich kaum weiterverbreiten. Sind jedoch viele Menschen nicht ausreichend immunisiert, kann das ausgeschiedene Impfvirus über verunreinigtes Wasser, Lebensmittel oder engen Kontakt von Mensch zu Mensch weitergegeben werden. Zirkuliert es über längere Zeit, kann es sich genetisch verändern und in seltenen Fällen wieder Eigenschaften entwickeln, die Lähmungen verursachen können. Schwerpunkte der cVDPV2-Übertragung liegen in Subsahara-Afrika, darunter im Osten der Demokratischen Republik Kongo, im Norden Nigerias, in Süd- und Zentralsomalia, sowie im Norden Jemens. 2025 wurden 202 cVDPV-Fälle in 27 Ländern gemeldet, davon 192 vom Typ 2. Für 2026 wurden bislang 118 bestätigte cVDPV2-Fälle mit akuter schlaffer Lähmung (englisch: acute flaccid paralysis, AFP) gemeldet. Besonders betroffen sind die Demokratische Republik Kongo mit 52 Fällen und Nigeria mit 36 Fällen. Es wurden auch im Jahr 2026 bereits 55 positive Umweltproben nachgewiesen.

Die Polio-Ausrottung umfasst deshalb zwei Aufgaben: Die Übertragung von WPV1 in Afghanistan und Pakistan soll beendet und seine weltweite Ausrottung bis Ende 2027 zertifiziert werden. Die Übertragung von cVDPV2 soll ebenfalls gestoppt und seine Eliminierung bis Ende 2029 zertifiziert werden.

Frühere Zielmarken wurden nicht erreicht. Dazu trugen unter anderem die zeitweise Aussetzung von Impfkampagnen während der COVID-19-Pandemie sowie anhaltende Zugangsprobleme und schwierige operative Bedingungen in mehreren betroffenen Ländern, wie in Afghanistan, Pakistan, Regionen am Horn von Afrika und im Tschadseeraum bei. Dort ist es besonders schwierig, die Virusübertragung zu stoppen, weil Konflikte und Vertreibung den Zugang zu Impfungen erschweren und Gesundheitsdienste viele Menschen nicht dauerhaft erreichen. Die GPEI hat ihre Strategie deshalb angepasst und bis 2029 verlängert<sup>9</sup>.

Die Ausrottung setzt eine leistungsfähige Polio-Infrastruktur voraus: von der Erfassung von Lähmungsfällen und der Abwasserüberwachung über den sicheren Transport und die Untersuchung von Proben bis hin zu spezialisierten Laboren, Genomsequenzierung und Datenmanagement.



### **Afghanistan**

Seit 2023 arbeitet die GPEI in zwölf besonders gefährdeten Provinzen Afghanistans mit zehn humanitären Organisationen zusammen. Dadurch wurden mehr als 112.000 Kinder zusätzlich erreicht und bis Oktober 2024 insgesamt über 4,3 Millionen Polioimpfungen durchgeführt<sup>9</sup>.

### **Pakistan**

Im Rahmen der Aufholimpfungen wurden 2024 und 2025 über 2 Millionen Kinder gegen Polio, Masern, Pneumokokken, Rotaviren und Typhus geimpft. Mehr als 358.000 von ihnen hatten zuvor noch keine Impfung erhalten. Daten aus dem Polio-Programm helfen dabei, besonders gefährdete Regionen und ungeimpfte Kinder gezielter zu identifizieren<sup>9</sup>.



### **Somalia**

In 20 Distrikten Somalias wurden eine Reihe von Gesundheitscamps eingerichtet, die Familien Impfungen gegen Polio und andere Krankheiten bieten. Der Anteil der Kinder, die alle drei empfohlenen Dosen des Fünffachimpfstoffs erhalten haben, ist von 18 % zwischen Juli und September 2023 auf 31 % zwischen Juli und September 2024 gestiegen<sup>9</sup>.

### **Nigeria**

Zwischen Mai und September 2024 erhielten 3 Millionen Kinder lebensrettende Grundimpfungen, darunter fast 200.000 Kinder, die bisher noch keine Impfung erhalten hatten. Dabei werden feste Impfstellen mit mobilen Angeboten kombiniert, um Kinder in unterschiedlichen Regionen zu erreichen<sup>9</sup>.





### **Demokratische Republik Kongo**

Durch eine Reihe landesweiter und gezielter Impfkampagnen wurden 2025 über 33 Millionen Kinder erreicht<sup>15</sup>. Initiativen schaffen sichere Räume, in denen Frauen und Mädchen im Jugendalter offen über Impfungen sprechen, ihre Gesundheitskompetenz ausbauen und sich zu Fürsprecherinnen in ihrer Gemeinschaft entwickeln können<sup>16</sup>.

### **Madagaskar**

2024 wurden im Rahmen verstärkter Routineimpfungen fast 720.000 Dosen des Fünffachimpfstoffs an Kinder unter fünf Jahren verabreicht. Die Maßnahmen wurden 2025 fortgesetzt und mit weiteren Kinderimpfungen verbunden<sup>9</sup>.



**Haushaltspolitische Forderung:** Die GPEI-Strategie 2022-2029 hat ein Volumen von rund 5,8 Milliarden Euro. Nach den Zusagen der Geberrunde im Jahr 2025 in Abu Dhabi verbleibt eine Finanzierungslücke von rund 373 Millionen Euro, die nun geschlossen werden muss. Diese Mittel sollen unter anderem dazu beitragen, jedes Jahr rund 370 Millionen Kinder durch Polioimpfungen vor der Krankheit zu schützen.

## **3. DEUTSCHLAND GEHÖRT ZU DEN TRAGENDEN STAATLICHEN GEBERN**

Deutschland unterstützt die GPEI seit 1988. Bis Ende 2024 stellte die Bundesregierung insgesamt 758 Millionen Euro für die Finanzierung bereit. Das entspricht einem Anteil von 6,95 Prozent der externen Finanzierung der GPEI. Deutschland ist damit der drittgrößte staatliche Geber und nach dem Rückzug anderer großer Beitragszahler der größte verbliebene europäische staatliche Geber.

Diese Rolle ist nicht nur finanziell. Deutschland richtete 2022 die Berliner Geberkonferenz mit aus, auf der rund 2,2 Milliarden Euro für die Polio-Ausrottung mobilisiert wurden<sup>10</sup>. Die Bundesregierung hat damit selbst dazu beigetragen, andere Staaten und private Geber für die gemeinsame Finanzierung zu gewinnen. Die eigene Verlässlichkeit bestimmt deshalb auch, mit welcher Glaubwürdigkeit Deutschland künftig zusätzliche Beiträge anderer Partner einfordern kann.

Auf der Geberkonferenz in Abu Dhabi sagte Deutschland im Dezember 2025 insgesamt 53,2 Millionen Euro für die Jahre 2025 und 2026 zu. Davon entfielen 30 Millionen Euro auf 2025 und 23,2 Millionen Euro auf 2026. Der Regierungsentwurf für den Bundeshaushalt 2027 sieht einen deutschen GPEI-Beitrag von 16,2 Millionen Euro vor. Für die Jahre 2028 bis 2029 liegt aufgrund des jährlichen Haushaltsverfahrens bislang keine deutsche Zusage vor.

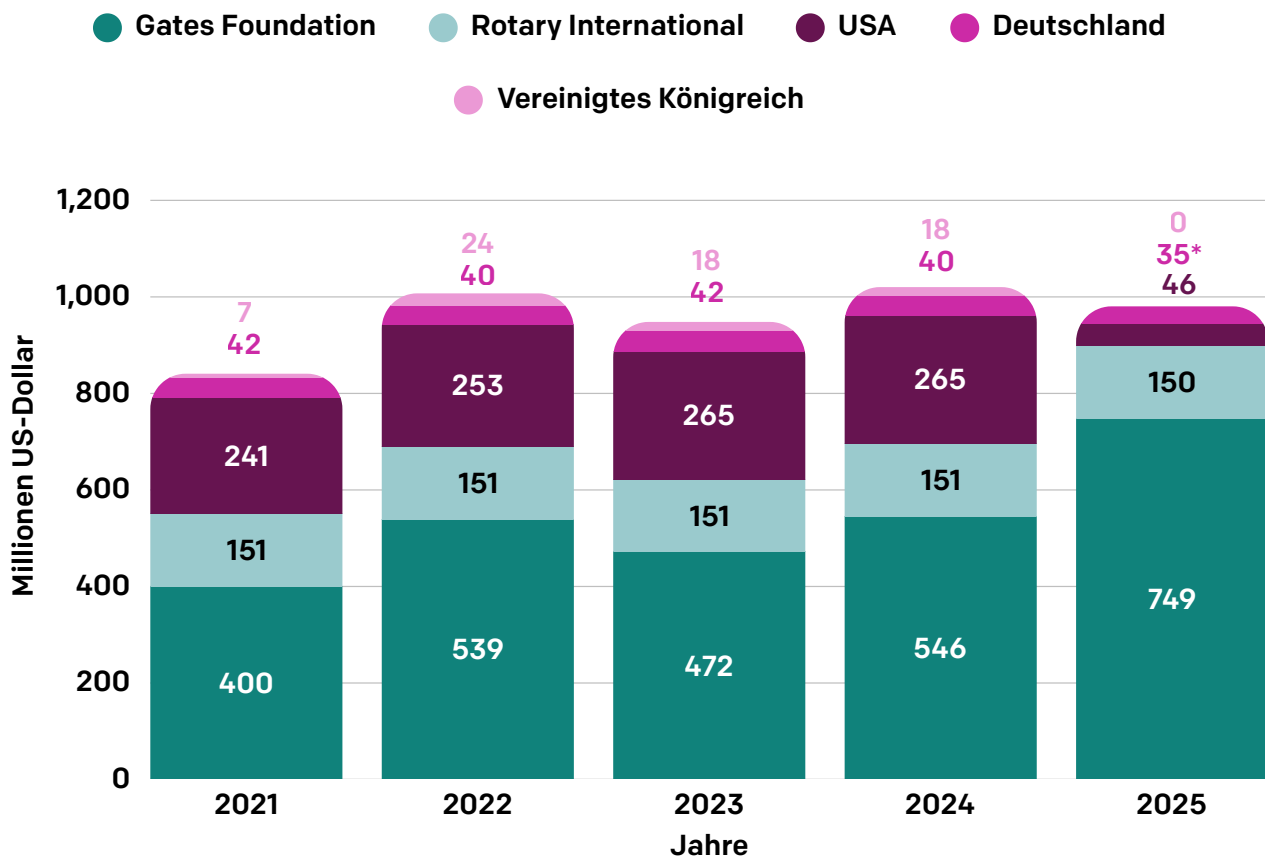


Abbildung 2 Jährliche Beiträge der fünf größten externen GPEI-Geber zwischen 2021-2025 (in Millionen US-Dollar).

\*Umrechnungsfaktor: 1 Euro zu 1,18 US-Dollar. Quelle: GPEI (2021-2025), Gates Foundation (2026) und Rotary (2026).

Die Mittel fließen in das gemeinsame operative Budget der GPEI, aus dem Impfstoffen, Impfkampagnen, Überwachung, Labore und Ausbruchsreaktionen finanziert werden. Weil die Wirkung von der gemeinsamen Finanzierung aller Partner abhängt, schafft Verlässlichkeit auch politischen Einfluss.

Gleichzeitig wird die staatliche Geberbasis schmäler. Das Vereinigte Königreich beendete seine Unterstützung im Jahr 2025<sup>11</sup>. Die Vereinigten Staaten reduzierten im selben Jahr ihre Zusage von zuvor 265 Millionen US-Dollar auf rund 46 Millionen US-Dollar. Gleichzeitig verschiebt sich die Finanzierungsstruktur stärker hin zu privaten und philanthropischen Gebern. Bei der Geberrunde in Abu Dhabi sagte die Gates Foundation 1,2 Milliarden US-Dollar für die Jahre 2026-2029 zu; Rotary International 450 Millionen US-Dollar für die Jahre 2027-2029. Aus Frankreich, Kanada, Australien, Norwegen, Italien und der Europäischen Kommission gab es dagegen keine Finanzierungszusagen.

Die Höhe des deutschen Beitrags beeinflusst auch die Finanzierung durch andere Geber. Weitere deutsche Kürzungen würden signalisieren, dass einer der langjährigsten staatlichen Partner sein Engagement stetig zurückfährt. Eine verlässliche Zusage hingegen kann dazu beitragen, die gemeinsame Finanzierung zu stabilisieren und weitere Beiträge zu mobilisieren.

**Je weniger Staaten die GPEI finanzieren, desto größer wird Deutschlands Rolle - auch als verlässlicher Partner im multilateralen System.**

## 4. AUSROTTUNG IST LANGFRISTIG GÜNSTIGER ALS DAUERHAFT KONTROLLE

Die letzten Übertragungsketten zu unterbrechen ist besonders herausfordernd. Das Virus zirkuliert heute vor allem dort weiter, wo Kinder nur schwer regelmäßig erreicht werden können. Dazu gehören Regionen, in denen Konflikte den Zugang erschweren oder Menschen häufig ihren Aufenthaltsort wechseln und Landesgrenzen überqueren.

Die GPEI richtet ihre Arbeit deshalb zunehmend auf diese Gebiete aus. Impfkaktivitäten werden an die Situation vor Ort angepasst und bei grenzüberschreitenden Bewegungen zwischen den betroffenen Ländern abgestimmt<sup>12</sup>. Nach den Kampagnen wird überprüft, ob Kinder nicht erreicht wurden. Werden solche Lücken sichtbar, können weitere Impfungen gezielt dort ansetzen.

Eine zentrale Voraussetzung dafür ist die Überwachung<sup>13</sup>. Sie zeigt, wo Polioviren noch zirkulieren und wo erneut gehandelt werden muss. Labore untersuchen Proben auf Polioviren. Genetische Analysen helfen dabei, nachzuvollziehen, woher ein Virus stammt und wie es sich ausgebreitet hat. Dadurch können Impfmaßnahmen gezielter auf die Gebiete ausgerichtet werden, in denen weitere Übertragungen stattfinden.

Dass Polio bislang nicht vollständig ausgerottet wurde, bedeutet deshalb nicht, dass grundsätzlich neue Instrumente fehlen. Die entscheidende Herausforderung besteht darin, die vorhandenen Instrumente auch dort wirksam einzusetzen, wo das Virus zuletzt weiter zirkuliert. Darauf richtet sich auch der angepasste GPEI Action Plan 2026.

Genau hier liegt zugleich der wirtschaftliche Unterschied zwischen Ausrottung und dauerhafter Kontrolle. Gelingt die Ausrottung nicht, endet der Finanzierungsbedarf nicht mit niedrigen Fallzahlen. Die Überwachung müsste weitergeführt werden, damit neue Übertragungen frühzeitig erkannt werden. Auch die dafür notwendigen Laborkapazitäten müssten erhalten bleiben. Gleichzeitig müssten Impfungen fortgesetzt und bei neuen Ausbrüchen zusätzliche Kampagnen organisiert werden.

Diese Strukturen müssten nicht nur für einzelne Jahre bereitstehen. Sie müssten dauerhaft einsatzfähig bleiben, solange Polioviren weiter zirkulieren können. Damit würde aus der heutigen Investition in die Ausrottung eine langfristige Verpflichtung zur Kontrolle des Virus.

Proben im Polio-Labor des Kenya Medical Research Institute (KEMRI) in Kenia. Dort werden die Proben auf Polioviren untersucht, um deren mögliche Verbreitung zu überwachen. © ONE I Mwangi Kirubi



### Dauerhafte Kontrolle ist langfristig teurer

Die wirtschaftliche Frage ist deshalb, ob es langfristig günstiger ist, Polio auszurotten oder das Virus dauerhaft zu kontrollieren. Die Ausrottung von Polio erfordert zunächst hohe Investitionen. Auch nach ihrem Erfolg bleiben vorerst bestimmte Ausgaben notwendig, um die erreichte Poliofreiheit abzusichern. Der entscheidende Unterschied liegt darin, dass diese Ausgaben und entsprechenden Kosten anschließend zurückgehen können. Wird Polio dagegen nicht ausgerottet, müssen Impfungen, Surveillance und die Reaktion auf neue Ausbrüche dauerhaft finanziert werden.

|                                                             |                 |
|-------------------------------------------------------------|-----------------|
| Weltweit vermiedene Kosten bis 2050*                        | ca. 24,2 Mrd. € |
| Deutschlands anteiliger Beitrag*                            | ca. 1,7 Mrd. €  |
| Von ONE geforderter deutscher GPEI-Beitrag 2026-2029        | 113,2 Mio. €    |
| Verhältnis vermiedene weltweite Kosten zu deutschem Beitrag | ca. 15 : 1      |

\*Stand 2026

Zimmermann et al. (2019) stellen in ihrer Studie diese beiden Kostenverläufe einander gegenüber<sup>14</sup>. Ihre Modellierung zeigt, dass erfolgreiche Ausrottung trotz weiter bestehender Folgekosten langfristig günstiger ist als dauerhafte Kontrolle. Bis 2050 ergibt sich in der ursprünglichen Berechnung ein Kostenunterschied von rund 14 Milliarden US-Dollar zugunsten der Ausrottung. Grundlage sind Preise des Jahres 2019 und ein Abzinsungssatz von drei Prozent.

Das zugrunde liegende Kostenmodell kommt deshalb zu dem Ergebnis, dass **erfolgreiche Ausrottung langfristig günstiger ist als dauerhafte Kontrolle**. Für unsere Analyse wird dieser Kostenvergleich auf das Preisniveau von 2026 aktualisiert und mit einem Kalkulationszinssatz von 1,2 Prozent neu bewertet. Bis 2050 ergibt sich daraus ein modellierter weltweiter Kostenunterschied von rund 24,2 Milliarden Euro zugunsten der Ausrottung.

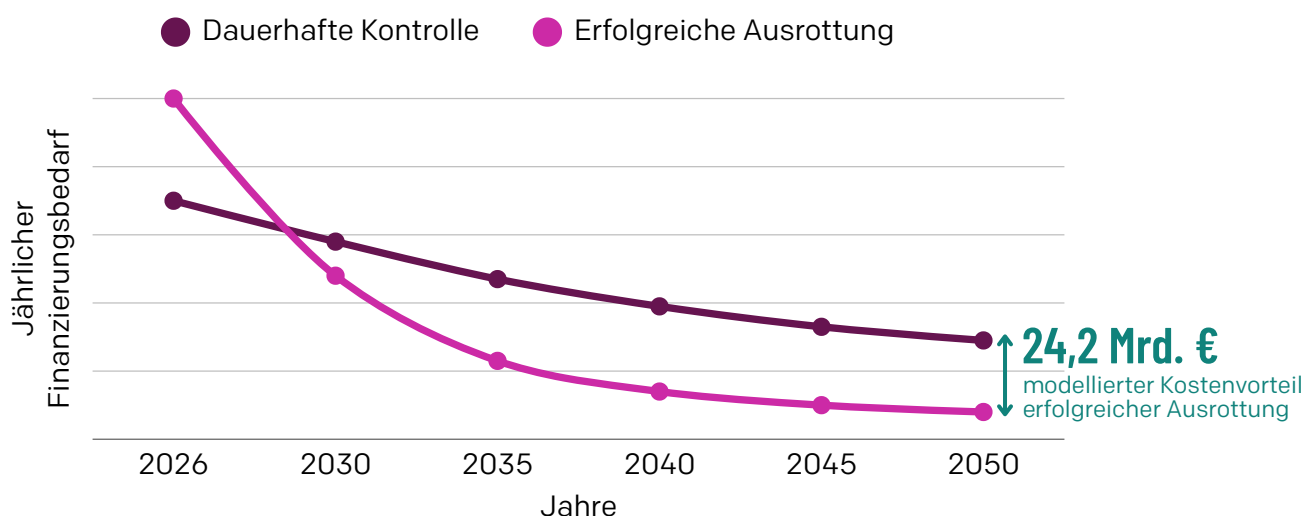


Abbildung 3 Schematische Darstellung der Kostenverläufe von Polio-Ausrottung und dauerhafter Kontrolle.

Wird diese globale Größenordnung auf Deutschland übertragen, zeigt sich ein ähnliches Bild: Deutschland hat bislang 6,95 Prozent der externen GPEI-Finanzierung getragen. Wird Deutschland zur Veranschaulichung derselbe Anteil an den global vermiedenen Kosten zugerechnet, ergeben sich rund 1,7 Milliarden Euro. Die Summe entspricht keiner direkten Einsparung im Bundeshaushalt, sondern dient dazu, Deutschlands rechnerischen Anteil an den weltweit vermiedenen Kosten einzuordnen.

Diesem Wert wird ein Finanzierungsszenario gegenübergestellt, in dem Deutschland 2026 23,2 Millionen Euro und von 2027 bis 2029 jeweils 30 Millionen Euro zur GPEI beiträgt. Insgesamt entspricht das einem weiteren Mitteleinsatz von 113,2 Millionen Euro. Somit ergibt sich ein Verhältnis von etwa 15 zu 1. **Jeder zusätzlich investierte deutsche Euro steht rund 15 Euro an weltweit vermiedenen Polio-Kosten gegenüber. Prävention und konsequente Eradikation sind deutlich kostengünstiger als eine dauerhaft wiederkehrende Kontrolle und Bekämpfung des Poliovirus.**

Der wirtschaftliche Vorteil bleibt auch bei vorsichtigen Annahmen deutlich: Wenn die Polio-Ausrottung mit einer Wahrscheinlichkeit von 70 Prozent gelingt, werden Deutschland bis 2050 rechnerisch rund 1,2 Milliarden Euro an vermiedenen Polio-Kosten zugerechnet. Das ist etwa 11-mal so viel wie die von ONE geforderten deutschen Beiträge bis 2029. Selbst wenn die Erfolgswahrscheinlichkeit nur 30 Prozent beträgt, liegt der zugerechnete Nutzen noch bei rund 510 Millionen Euro. Das ist etwa fünfmal so viel wie die deutschen Beiträge. **Auch bei unsicherem Erfolg bleibt die Finanzierung wirtschaftlich sinnvoll.**

Somit wird deutlich, dass ein jährlicher deutscher Beitrag von 30 Millionen Euro im Verhältnis zu den langfristig vermiedenen Kosten vergleichsweise gering ist. Für die deutsche Finanzierung ist damit entscheidend, dass weitere Aufwendungen zeitlich begrenzt sind, während die Alternative einen fortbestehenden Finanzierungsbedarf bedeutet. **Ein jährlicher Beitrag von 30 Millionen Euro trägt dazu bei, die Ausrottung zu erreichen und damit einen deutlich höheren langfristigen Finanzierungsbedarf zu vermeiden.**

#### **Wissen To-Go:**

- **30 Millionen Euro pro Jahr sind ein begrenzter Beitrag.** Deutschland würde von 2026 bis 2029 insgesamt 113,2 Millionen Euro bereitstellen.
- **Eine Kürzung spart nur kurzfristig.** Verzögert sich die Polio-Ausrottung, müssen Mittel länger finanziert werden.
- **Ausrottung ist langfristig günstiger.** Bis 2050 können weltweit rund 24,2 Milliarden Euro an künftigen Polio-Kosten vermieden werden.
- **Deutschlands Beitrag hat einen hohen wirtschaftlichen Nutzen.** Jeder von Deutschland eingesetzte Euro kann bis 2050 rechnerisch rund 15 Euro an künftigen Polio-Kosten vermeiden.

# METHODE

Die Haushaltsanteile wurden auf Grundlage des im Regierungsentwurf 2027 vorgesehenen BMZ-Etats von 9,469 Milliarden Euro berechnet. Der Betrag von 30 Millionen Euro für 2027 ist die politische Forderung dieses Berichts und kein bereits beschlossener Haushaltsansatz. Rundungsdifferenzen sind möglich.

Die Verhältniszahl von rund 15 zu 1 beruht auf einer illustrativen Zurechnung. Ausgangspunkt sind modellierte weltweite Nettoeinsparungen von 24,2 Milliarden Euro bis 2050, abgezinst mit 1,2 Prozent pro Jahr. Davon werden Deutschland entsprechend seinem historischen Anteil von 6,95 Prozent an der externen GPEI-Finanzierung rechnerisch rund 1,7 Milliarden Euro zugerechnet. Die deutschen Beiträge für 2026 bis 2029 von insgesamt 113,2 Millionen Euro wurden für diese Rechnung zu einem Kurs von 1 Euro zu 1,18 US-Dollar umgerechnet. Die Berechnungen beruhen auf Annahmen und erlauben keine Aussage über tatsächliche Einsparungen im Bundeshaushalt. Dafür wäre eine eigenständige systematische Analyse erforderlich.

# LITERATURVERZEICHNIS

- 1** Global Polio Eradication Initiative (2026). "About Polio". <https://polioeradication.org/about-polio/>.
- 2** Global Polio Eradication Initiative (2025). "Contributions to the Global Polio Eradication Initiative, 1985-2024". <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2025/08/GPEI-Historical-Contributions-20241231.pdf>
- 3** Global Polio Eradication Initiative (2026). "Surveillance Indicators". <https://polioeradication.org/what-we-do/surveillance-indicators/>
- 4** Goodson, J. L. et al. (2019). "Measles and rubella elimination: learning from polio eradication and moving forward with a diagonal approach". <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz031>
- 5** Duintjer Tebbens, R. J. et al. (2019). "Characterizing the Costs of the Global Polio Laboratory Network: A Survey-Based Analysis". <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023290>
- 6** Center for Strategic and International Studies (2025). "The Future of Polio Surveillance". <https://www.csis.org/analysis/future-polio-surveillance>
- 7** Villani, Leonardo, Luigi Russo, Francesco Andrea Causio, Cosimo Savoia, Roberta Pastorino, Chiara De Waure, Walter Ricciardi und Stefania Boccia (2026). "Trends in childhood vaccination coverage in the European Union, 1980–2024: an ecological time-series study". The Lancet Regional Health - Europe. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2026.101834>
- 8** Robert Koch-Institut (2025). „Polio-Wildviren Typ 1 in Abwasserprobe in Hamburg nachgewiesen". [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/13072/EB-46-2025\\_10-25646-13559.pdf](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/13072/EB-46-2025_10-25646-13559.pdf)
- 9** Global Polio Eradication Initiative (2025). "Integration: Polio Resources Responding to Community Needs & Strengthening Health Systems". <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2025/05/GPEI-Integration-factsheet-20250506.pdf>
- 10** Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2022). „Eine Welt ohne Polio wird möglich". <https://www.bmz.de/de/aktuelles/archiv-aktuelle-meldungen/schulze-eine-welt-ohne-polio-wird-moeglich-125892>
- 11** Global Polio Eradication Initiative (2026). "GPEI Statement on UK Announcement to End Its Funding for GPEI". <https://polioeradication.org/news/gpei-statement-on-uk-announcement-to-end-its-funding-for-gpei/>
- 12** Global Polio Eradication Initiative (2025). "GPEI Action Plan 2026". <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2025/10/GPEI-Action-Plan-2026.pdf>
- 13** Global Polio Eradication Initiative (2021). "Polio Eradication Strategy 2022–2026: Delivering on a Promise". <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031937>
- 14** Zimmermann, Marita, Brittany Hagedorn und Hil Lyons (2019). "Projection of Costs of Polio Eradication Compared to Permanent Control". The Journal of Infectious Diseases, 221(4), S. 561–565. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiz488>
- 15** Reliefweb (2025). "Polio response programme bolsters Ebola outbreak control" <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/polio-response-programme-bolsters-ebola-outbreak-control>
- 16** Global Polio Eradication Initiative (2026). "Women are leading polio outbreak response efforts across Africa" <https://polioeradication.org/news/women-are-leading-polio-outbreak-response-efforts-across-africa/>
- 17** Gates Foundation (2026). "Annual Report 2025" <https://www.gatesfoundation.org/about/financials/annual-reports/annual-report-2025>
- 18** Rotary (2026). "End Polio Now Fundraising - Keeping the promise" <https://magazine.rotarygbi.org/polio-briefing-july-2026>
- 19** Kamadjeu, R. (2009). "Tracking the polio virus down the Congo River: a case study on the use of Google Earth™ in public health planning and mapping" <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2645371/>



**ONE**