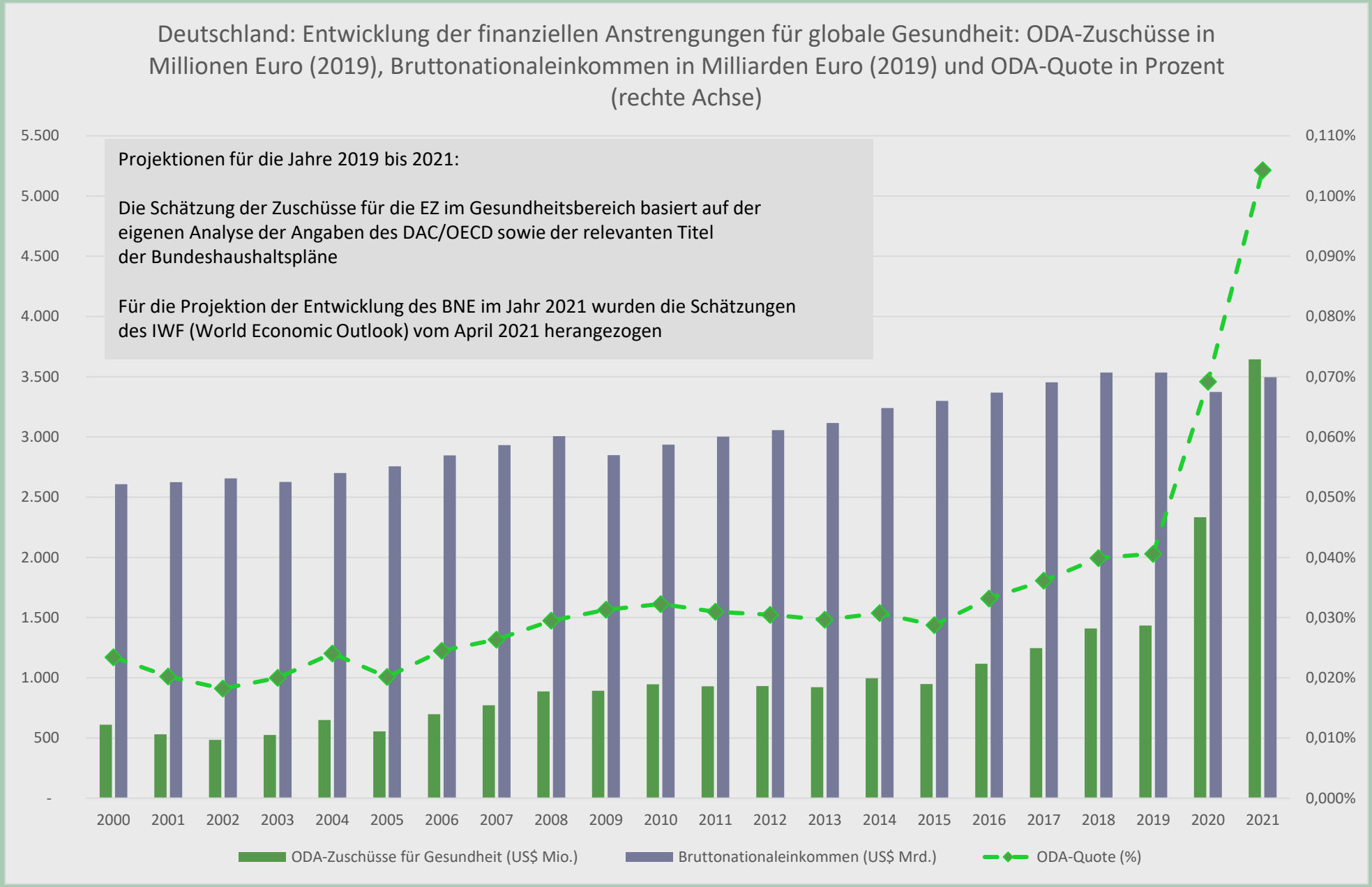
Zuschüsse für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich und die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie

Ergebnisse der Analyse relevanter Einzelprojekte und Maßnahmen mit Gesundheitsbezug im Zeitraum 2014-2018, darauf aufbauende Rückberechnungen für 2000-2013 und Projektionen für 2019-2021 sowie aktuelle Finanzierungszusagen für den Access to COVID-19 Tools Accelerator

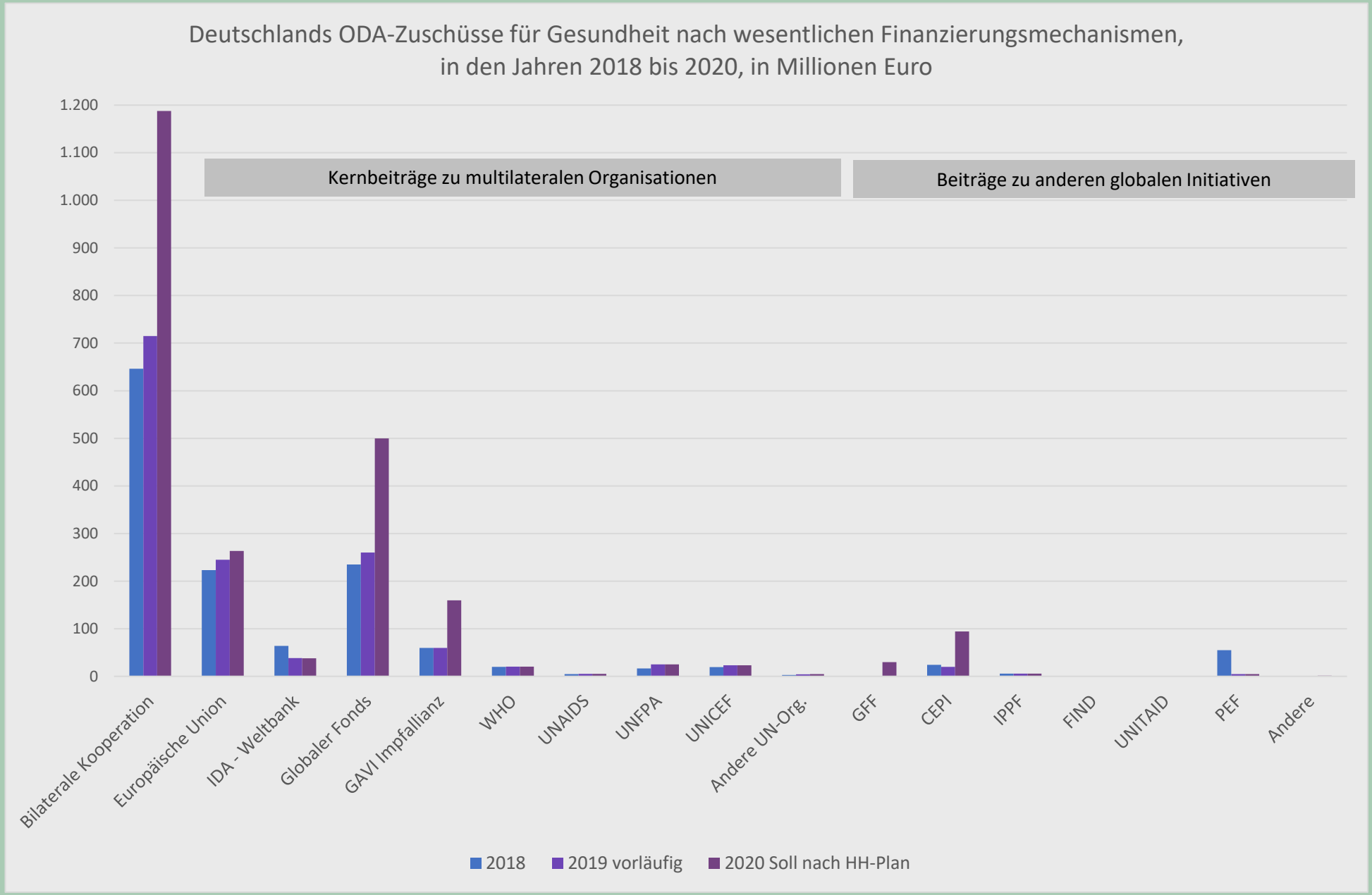
Missionsärztliches Institut Würzburg und Kooperationspartner

Tilman Rüppel, Joachim Rüppel



Diese Grafik zeigt die Anstrengungen für die öffentliche Entwicklungskooperation im Gesundheitsbereich seit der Jahrtausendwende in Relation zu der Wirtschaftskapazität. In dieser Darstellung müssen die Säulen für die Gesundheits-ODA (grün) mindestens die Höhe der Säulen für das BNE (grau) erreichen, damit die WHO-Empfehlung von 0,1 % des BNE (1/1.000) erfüllt wird.
Die Werte sind währungs- und preisbereinigt, was einen Vergleich der absoluten Beträge über die Jahre ermöglicht.

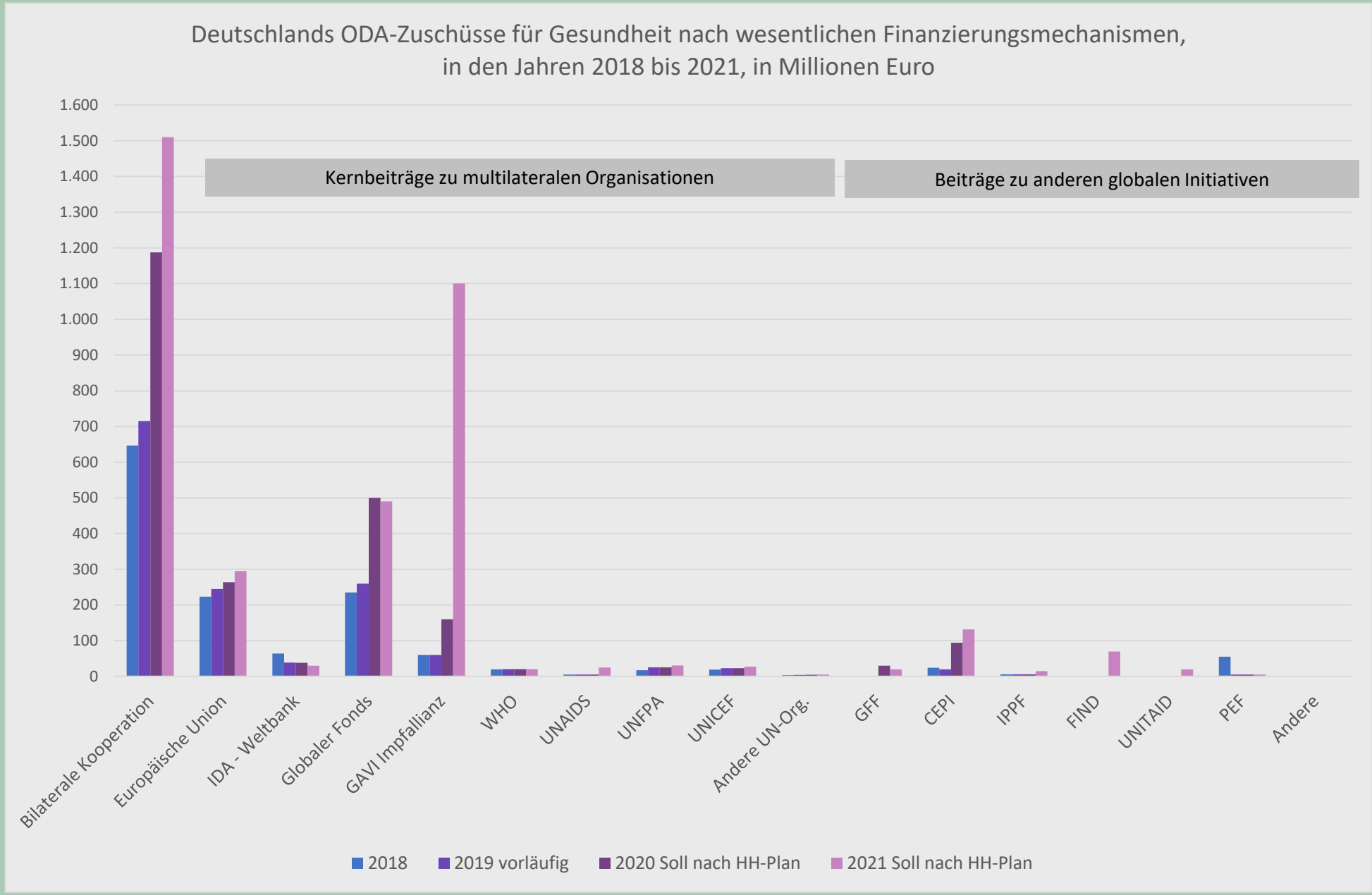
Die Projektionen für 2020 und 2021 basieren auf den Sollwerten der relevanten Titel der Bundeshaushaltspläne inkl. der vom Bundestag verabschiedeten Nachtragshaushalte. Die Gesundheitsanteile der jeweiligen Ressourcenflüsse wurden entsprechend der Studienergebnisse für 2018 als konstant angenommen. Auch wurden die Finanzierungsziele des „Corona-Sofortprogramms“ des BMZ berücksichtigt. Die Schätzung ist mit einigen Unsicherheitsfaktoren behaftet und setzt voraus, dass die getätigten Zusagen für die ACT-A-Komponenten in voller Höhe umgesetzt werden. Dank der zusätzlichen Mittel für die Krisenreaktion dürfte Deutschland im laufenden Jahr die Zielmarke von 0,1 % des BNE erreichen.



Das Diagramm zeigt die erwartbaren Aufstockungen der ODA-Zuschüsse Deutschlands für die globale Gesundheit im ersten Jahr der Reaktion auf die COVID-19-Krise im Vergleich zu den Vorjahren. Es sind alle relevanten Finanzierungsmechanismen dargestellt.

Die Projektion der vom BMZ aufgebrachten Mittel im Jahr 2020 geht davon aus, dass der im „Corona-Sofortprogramm“ anvisierte Mehrbedarf bis zu der Höhe gedeckt wird, wie sie der bisher beschlossenen Aufstockung des Etats entspricht (85,7%). Ferner wird vorausgesetzt, dass die notwendige Umstrukturierung im ursprünglichen BMZ-Haushalt ohne Abstriche bei den existierenden Gesundheitsmaßnahmen erfolgt.
Für die Beiträge des Auswärtigen Amts zur Gesundheits-ODA im Zuge humanitärer Hilfsmaßnahmen wird angenommen, dass der Gesundheits-anteil der zusätzlichen Mittel den Proportionen des BMZ-Corona-Pakets entspricht (21,9 %).

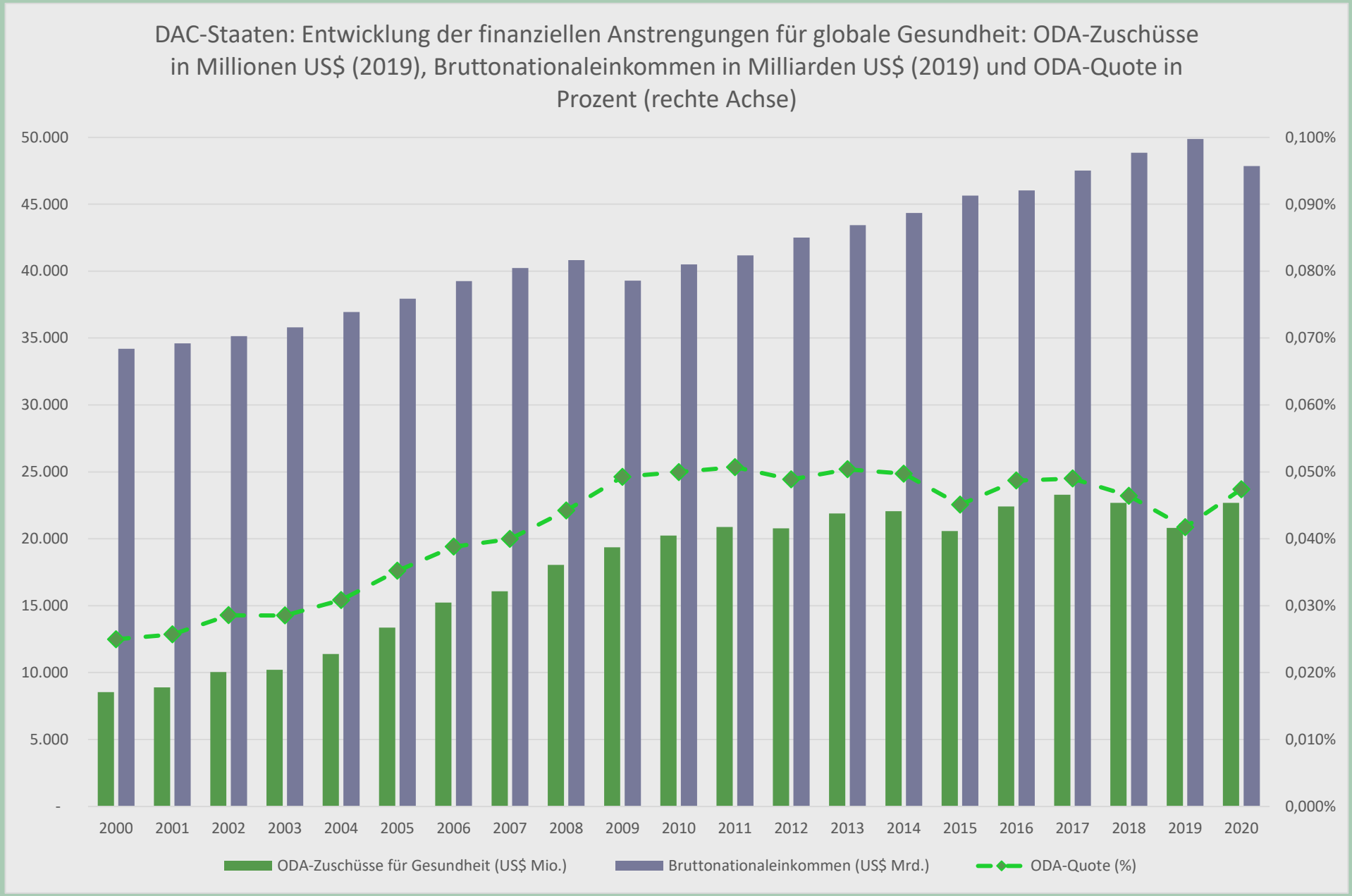
Unter diesen Annahmen würden die gesamten ODA-Zuschüsse für Gesundheit gegenüber 2019 um fast 940 Millionen Euro steigen und einen Gesamtbetrag von 2,37 Milliarden Euro erreichen.



Diese Grafik zeigt die voraussichtlichen Beiträge Deutschlands für die globale Gesundheit, wenn der Bundeshaushalt 2021 und der Nachtragshaushalt vom April 2021 wie vom Bundestag beschlossen realisiert würde.

Dank der im Nachtragshaushalt eingeplanten zusätzlichen Beiträge für die weltweite Pandemie-Bekämpfung können viele gesundheitswichtige internationale Organisationen mit deutlichen Erhöhungen der finanziellen Zuwendungen aus Deutschland rechnen. Als für die Impfstoff-Säule COVAX mitverantwortliche Organisation soll Gavi die umfangreichsten Fördermittel erhalten. Dagegen sah der ursprüngliche Entwurf der Bundesregierung empfindliche Minderungen bei den meisten dieser Institutionen gegenüber 2020 vor.

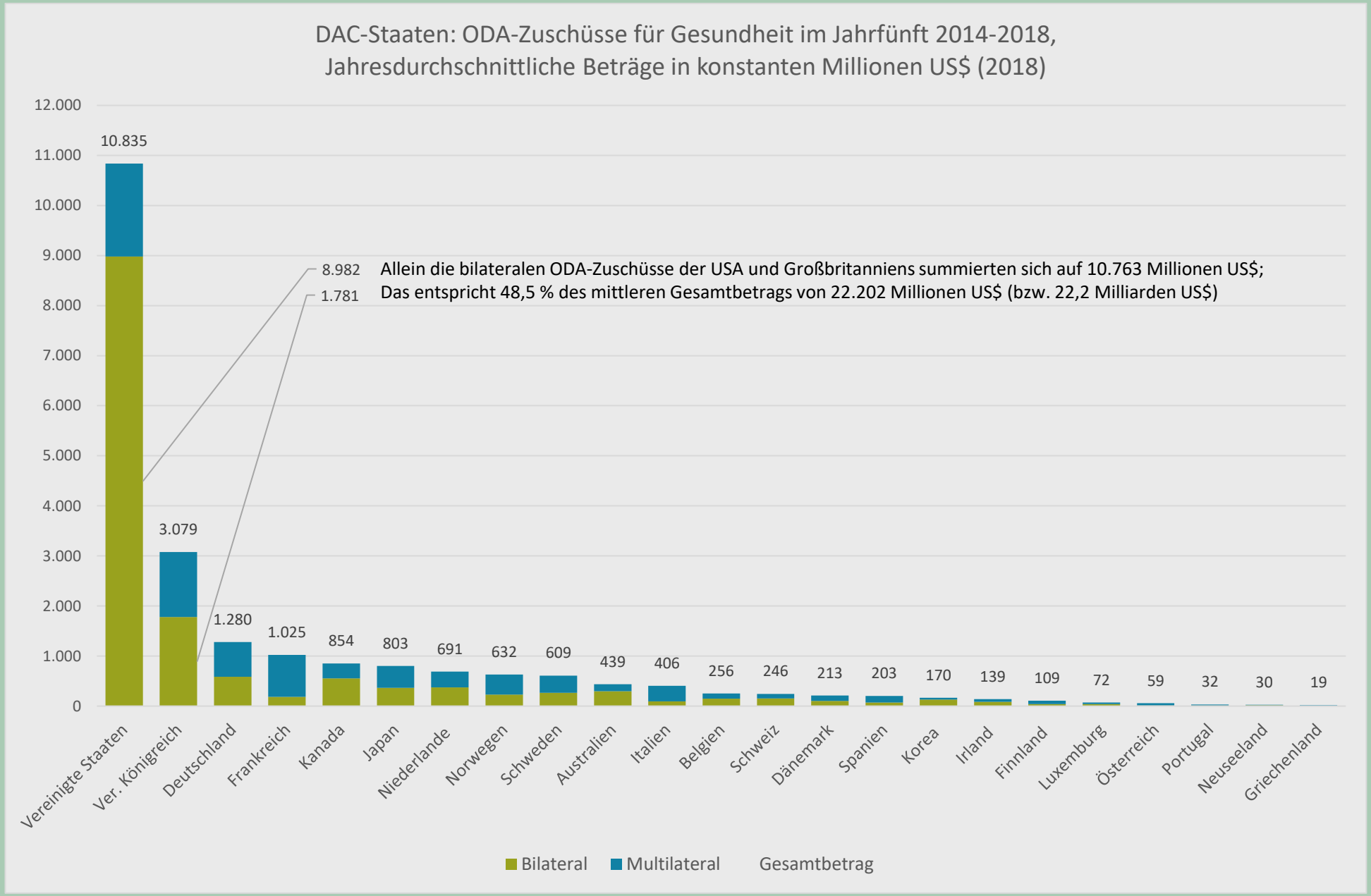
Die Schätzungen des Gesundheits-anteils der bilateralen Instrumente berücksichtigen die projizierte Steigerung infolge der COVID-19-Krisenreaktion, sind jedoch noch nicht genauer vorherzusagen, da in diesen Jahren zusätzliche Neuzusagen für Projekte und freiwillige Beiträge an multilaterale Organisationen in unbekannter Höhe möglich sind.



Dieses Diagramm lässt den jährlichen Gesamtumfang der ODA-Zuschüsse für Gesundheit seit der Jahrtausendwende erkennen. Die Dollarbeträge sind zu Preisen und Wechselkursen des Jahres 2019 dargestellt, sodass die reale Entwicklung reflektiert wird. Auch hier müssten die Säulen zur Deckung kommen, wenn die für die MDG-Periode empfohlene Beitragshöhe erreicht würde.

Es wird deutlich, dass der Beitrag aller DAC-Staaten zusammengenommen im ersten Jahrzehnt deutlich schneller anstieg als die Wirtschaftskapazität, während sich in der zweiten Dekade nach der Zäsur durch die Finanzkrise eine gegenteilige Entwicklung abzeichnet. Während der Gesamtbeitrag von 2000 bis 2010 jahresdurchschnittlich um 9 % anstieg, war seither nur eine sehr bescheidene Zunahme um 1,3 % zu beobachten. Das gesamte BNE wuchs in beiden Dekaden jahresdurchschnittlich um 1,7 %. Dementsprechend verdoppelte sich die Quote in Relation zum BNE in der ersten Phase auf 0,05 %, also die Hälfte der Zielgröße, während dieser Indikator seit 2015 unter diesem bisherigen Maximum blieb.

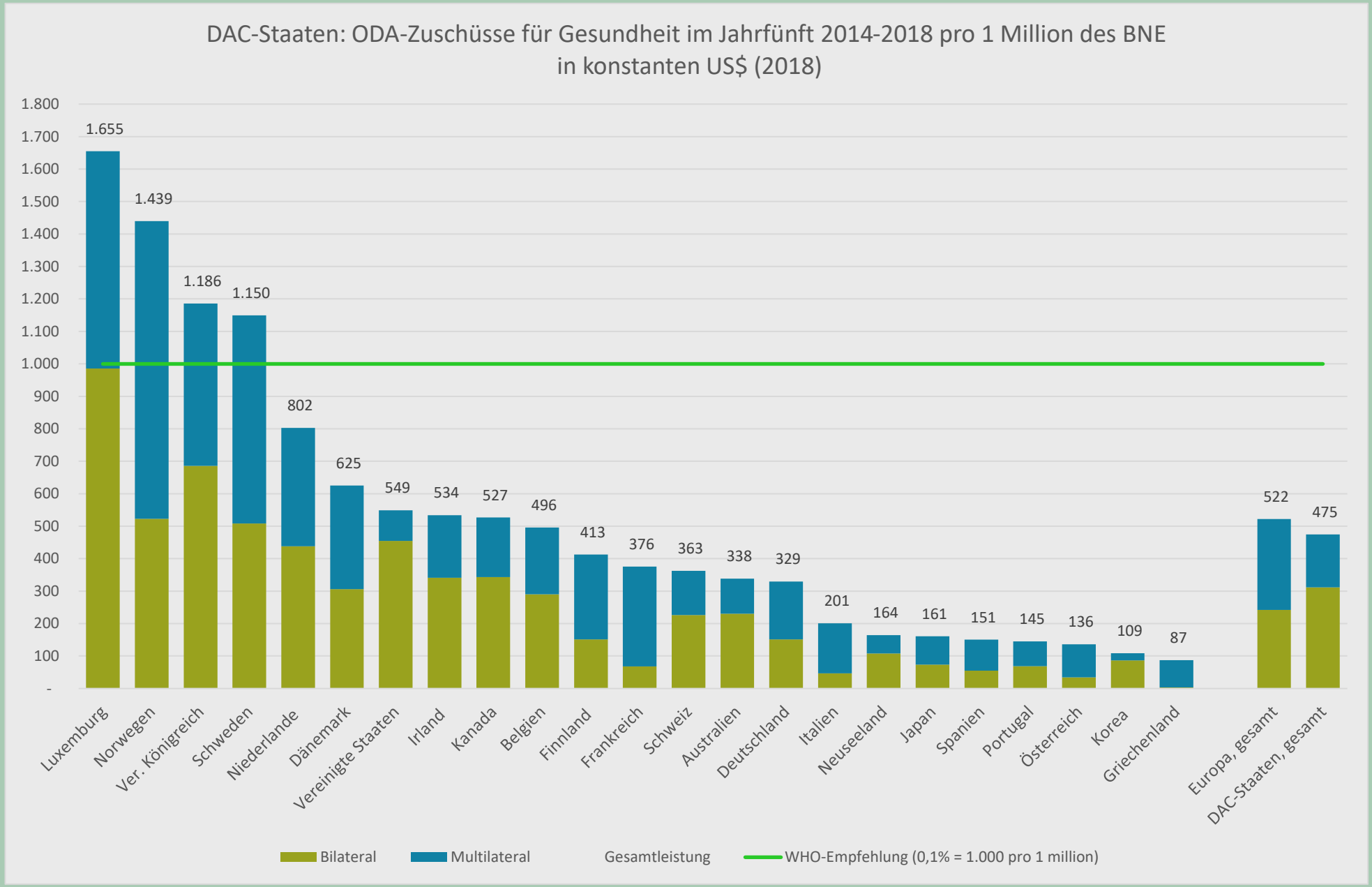
Der Umfang der ODA-Zuschüsse im Jahr 2019 beruht auf einer vorläufigen Berechnung mithilfe der offiziellen Angaben zu Projektzielen; für die Leistungen in 2020 wurden die Gesundheitsanteile der bilateralen ODA von 2018 und 2019 herangezogen



Diese Grafik zeigt die ODA-Leistungen für Gesundheit, die von den 23 DAC-Mitgliedstaaten im Untersuchungszeitraum aufgebracht wurden. Die Werte repräsentieren die Gesamtleistungen, die im Jahresmittel während des Jahrfünfts 2014-18 für spezifische Gesundheitsmaßnahmen ausgezahlt wurden. Die Säulen lassen die Aufteilung zwischen bilateraler Kooperation und nicht zweckgebundenen Beiträgen an relevante multilaterale Organisationen (Kernbeiträge) erkennen.
Die Analyse konzentriert sich zunächst auf die Zuschüsse für die Kooperation im Gesundheitsbereich, da nur diese eine reale finanzielle Anstrengung des betreffenden Geberlandes darstellen und entsprechend den dringlichen Bedarfen der besonders benachteiligten Regionen und Bevölkerungsgruppen eingesetzt werden können.

Neben dem unzureichenden Umfang der Leistungen fällt die hochproblematische Abhängigkeit von nur zwei Geberstaaten auf, die zusammen fast 63 % aller Zuschüsse aufbrachten. Die nach ihrem Gutdünken einsetzbaren bilateralen Zahlungen machen annähernd die Hälfte der Gesamtleistungen aus.

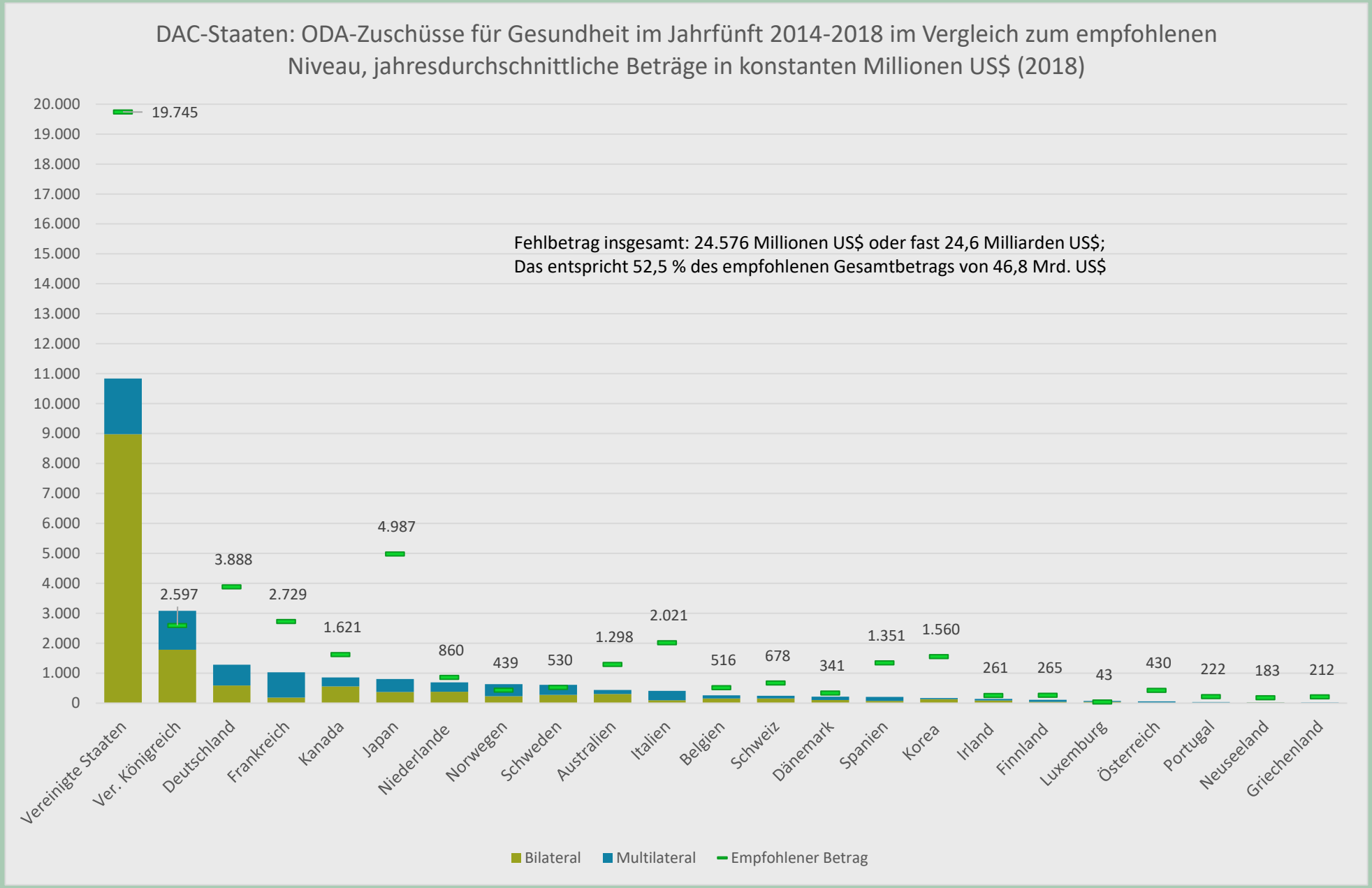
Es handelt sich um die Staaten, die spätestens bis 2010 dem OECD-Entwicklungsausschuss (DAC) beigetreten sind.



Diese Darstellung ermöglicht es, auf einen Blick die finanziellen Anstrengungen der wirtschaftlich besser gestellten Staaten für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit im Bereich der Gesundheit zu erfassen und zu vergleichen. Dabei werden alle Projekte und Komponenten berücksichtigt, mit denen die Maßnahmen gefördert werden, die nach Analysen der WHO für die Verwirklichung von SDG 3 erforderlich sind. Darüber hinaus sind alle Aktivitäten der Prävention, Versorgung und Folgenminderung berücksichtigt, die auf andere Bedrohungen der menschlichen Gesundheit ausgerichtet sind.

Das von der WHO-Kommission für Makroökonomie und Gesundheit für die Periode der Millenniums-Entwicklungsziele empfohlene Zielniveau entspricht dem Wert 1.000 (grüne Linie). Dieses Mindestniveau wurde lediglich von vier Staaten erreicht. Deutschlands ODA-Zuschüsse für Gesundheit beliefen sich auf kaum ein Drittel der Zielmarke.

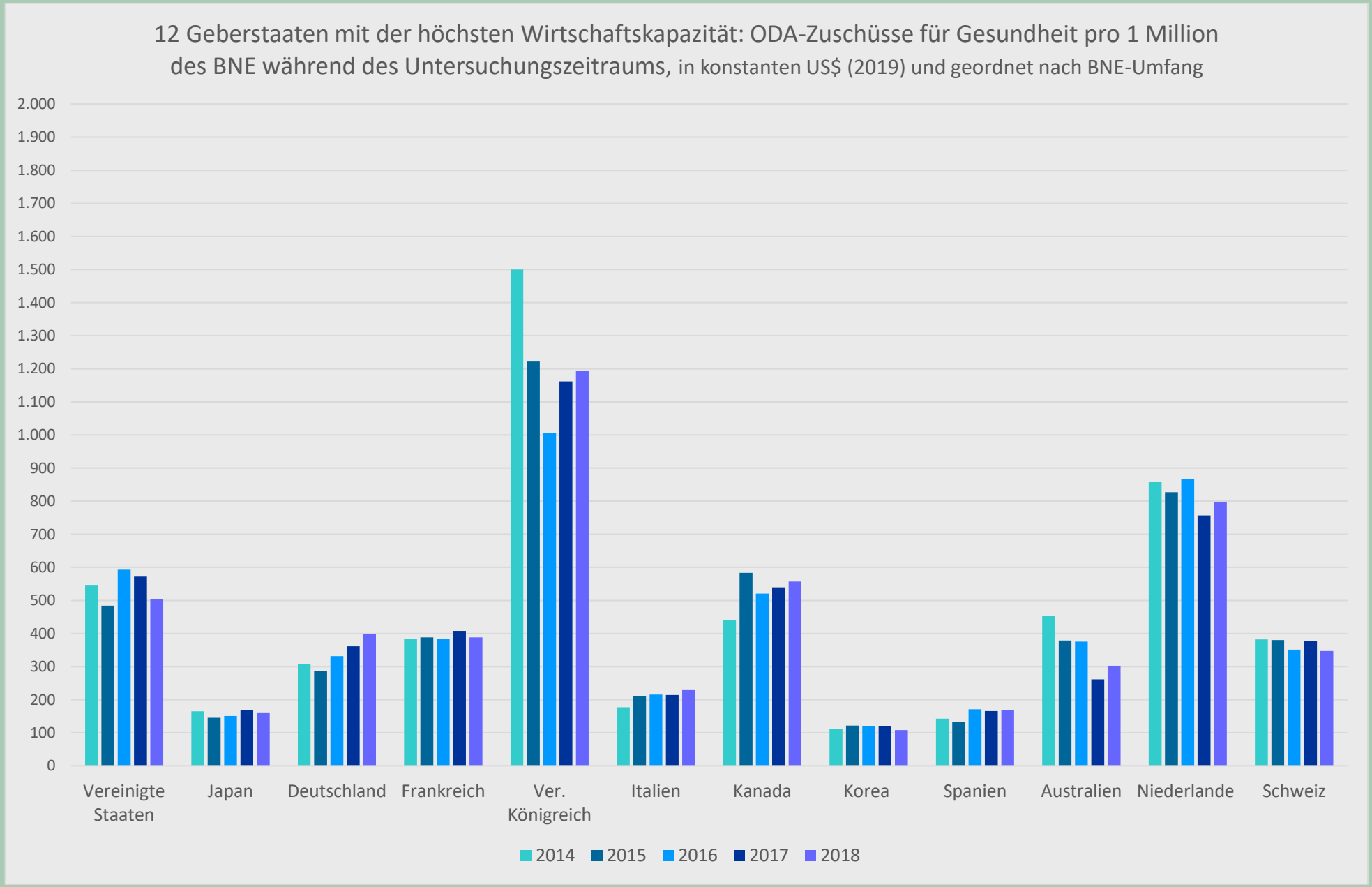
Die Berechnung der Mittelwerte auf Basis konstanter Wechselkurse und Preisniveaus von 2018 stellt sicher, dass die Ergebnisse der einzelnen Jahre gleichmäßig berücksichtigt werden.



Diese Grafik lässt erkennen, wie hoch die Fehlbeträge ausfallen, wenn wir die realen Leistungen mit den für die MDG-Periode empfohlenen Beitragshöhen vergleichen. So wird schnell deutlich, welche quantitativen Auswirkungen die ungenügende Erfüllung der jeweiligen Finanzierungsziele durch die Mehrheit der Geberstaaten auf die globale Gesundheitsförderung hat.

So brachten die USA durchschnittlich knapp 10,7 Milliarden US$ pro Jahr auf, es fehlten jedoch über 9 Milliarden US$, um das Zielniveau zu erreichen. Zur Abschätzung der Größenverhältnisse kann die folgende Berechnung dienen: Die summierten jährlichen Fehlbeträge Japans, Deutschlands, Frankreichs, Kanadas und Italiens von 10,88 Mrd. US$ übersteigen die tatsächlichen ODA-Zuschüsse der USA. Anders gesagt: Diese 5 G7-Staaten hätten einen - während der rechtsextremen Trump-Regierung durchaus möglichen - Totalausfall des mit Abstand größten Geberlandes kompensieren können, wenn sie nur ihre empfohlenen Beiträge für die globale Gesundheit bereitgestellt hätten.

Deutschland hätte annähernd 3,9 Mrd. US$ pro Jahr beisteuern müssen, verursachte aber eine Lücke von 2,6 Mrd. US$ bzw. 13 Mrd. US$ in 5 Jahren.

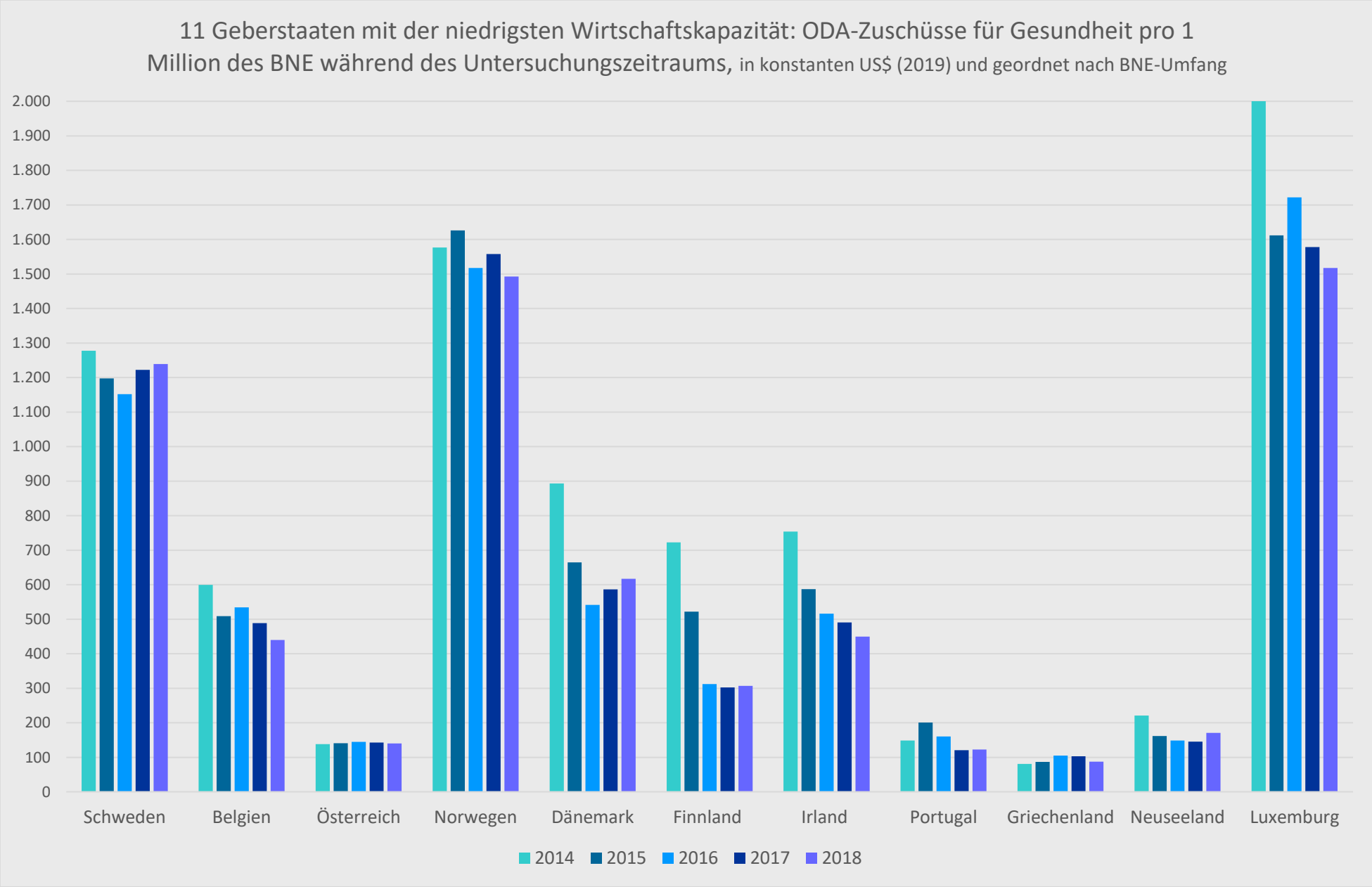


Diese und die folgende Grafik bilden die jährlichen finanziellen Anstrengungen der 23 DAC-Staaten im bisherigen Zeitraum der Analyse ab. Für die Erfüllung der Zielvorgabe von 0,1 % des BNE sind bei diesem Maßstab 1.000 US$ erforderlich. Die betreffenden Länder sind nach dem Umfang ihrer Wirtschaftskapazität angeordnet. Die hier gezeigten 12 Länder vereinigen fast 93 % des BNE der analysierten Geberstaaten.

Es wird deutlich, dass unter den 12 wirtschaftsstärksten Nationen nur das Vereinigte Königreich die Zielmarke erreichte und in den meisten Jahren deutlich übertraf.

Dank der Konzentration der Mittel für die Entwicklungszusammenarbeit auf wenige Sektoren erreichten die USA trotz des sehr niedrigen Niveaus der Gesamtleistungen zwischen knapp 50 % und 60 % der mindestens anzustrebenden Beitragshöhe.

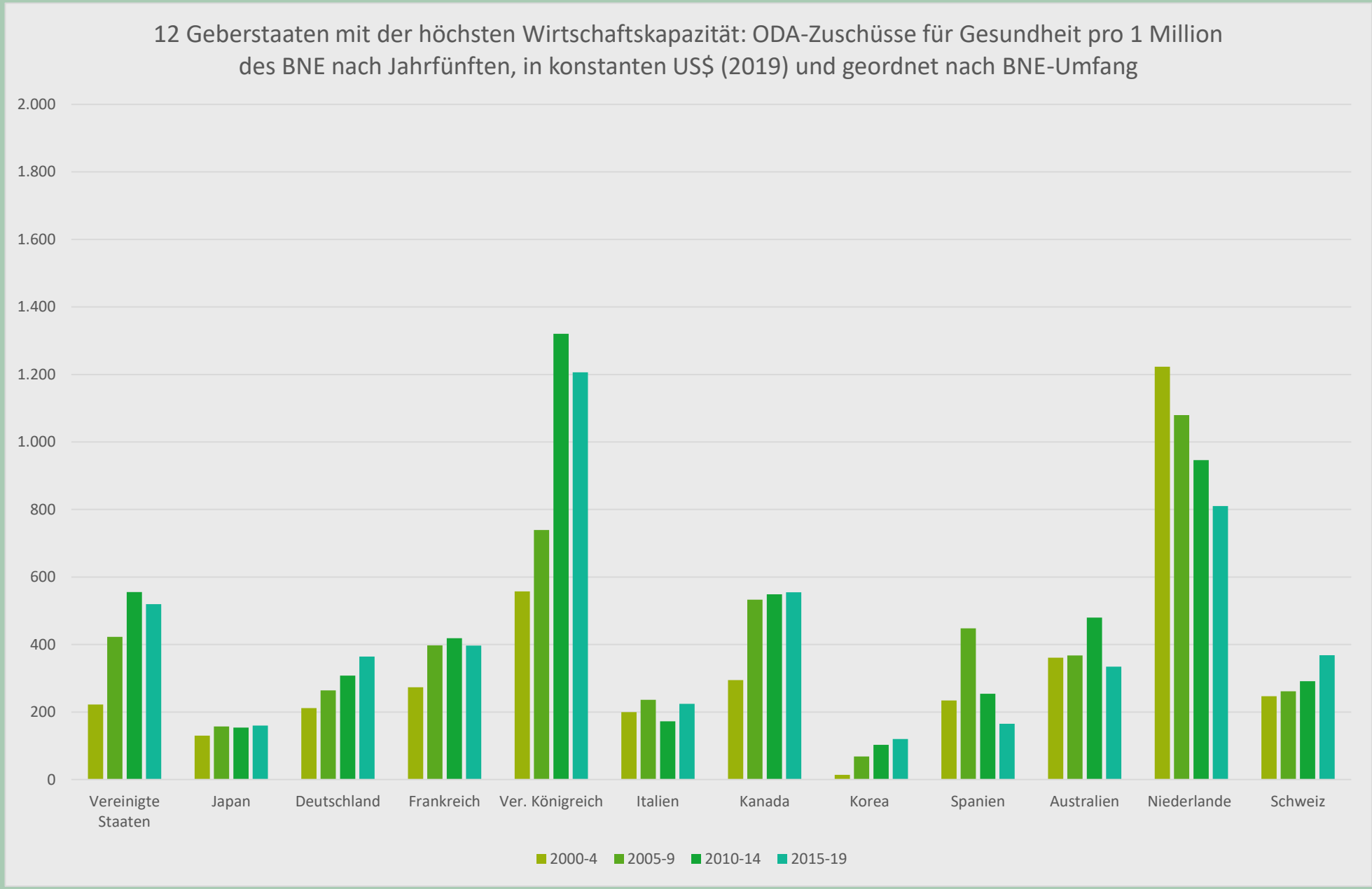
Nur bei vier der 12 wirtschaftlich privilegierten Staaten mit den größten Volkswirtschaften ist eine signifikant positive Tendenz über die fünf Jahre zu erkennen, namentlich bei Deutschland, Italien, Kanada und Spanien.



Diese Abbildung zeigt die Leistungen für die globale Gesundheit, die von den 11 DAC-Staaten mit kleineren Volkswirtschaften in den Untersuchungsjahren erbracht wurden.

In dieser Gruppe erfüllen mit Norwegen, Schweden und Luxemburg drei Staaten die für die MDG-Periode geforderte Zielgröße. Allerdings entfallen auf diese Vorreitergruppe kaum mehr als 2 % der gesamten Wirtschaftskapazität der Hocheinkommensländer.

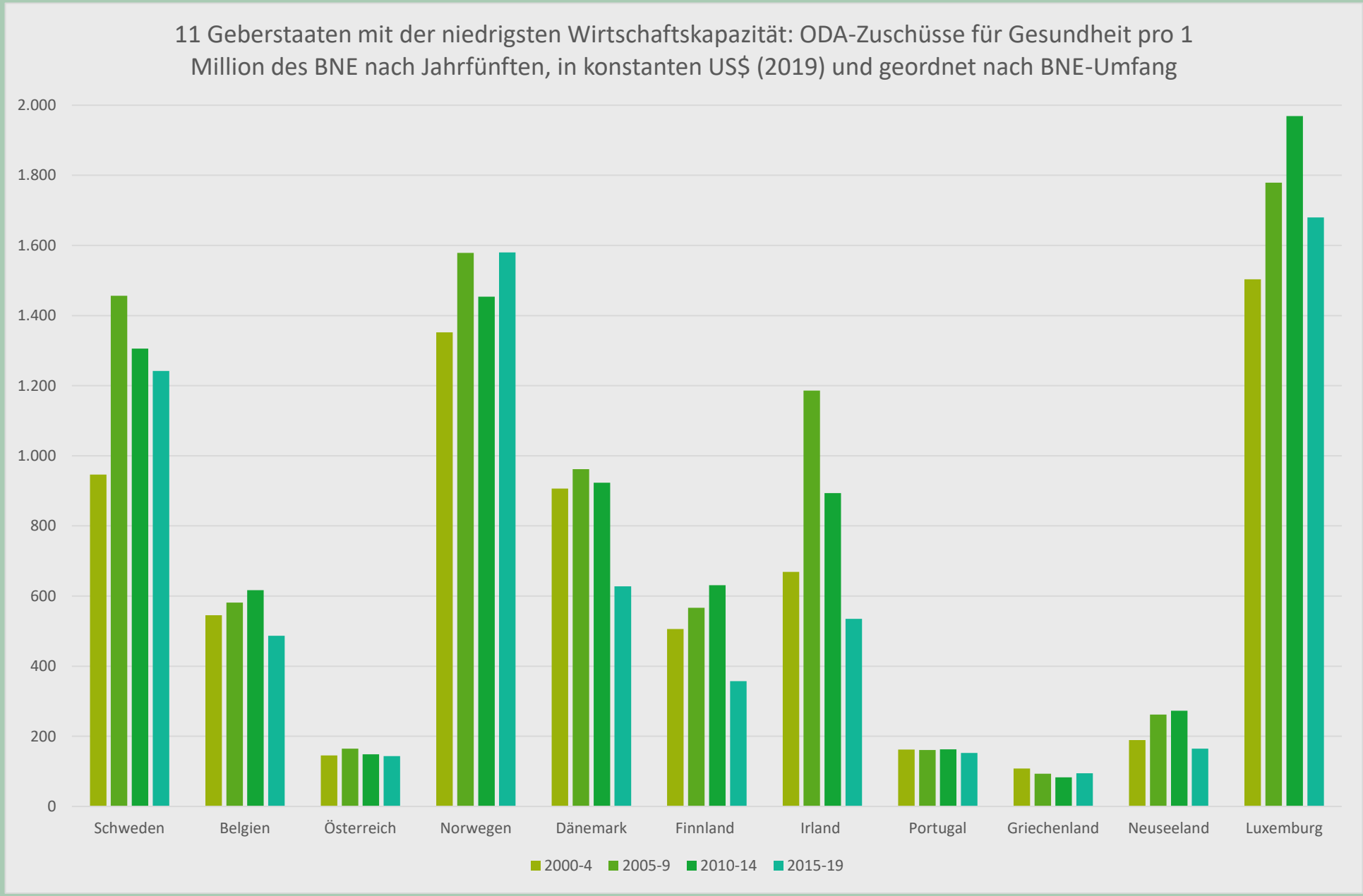
In zahlreichen Ländern dieser Gruppe sind ausgeprägte Kürzungen der ODA-Leistungen für Gesundheit zu beobachten.



Diese Grafik stellt die finanziellen Anstrengungen der DAC-Staaten nach Jahrfünften seit dem Beginn des Zeitraums für die Umsetzung der Millenniums-Entwicklungsziele dar. Für die Jahre 2000 bis 2013 erfolgten die Berechnungen auf Basis der Gesundheitsanteile der an das OECD-Informationssystem berichteten Projektziele, die für die einzelnen Länder durch die Durchsicht und Klassifizierung aller gesundheits-relevanten Maßnahmen für die Jahre 2014-16 ermittelt wurden.

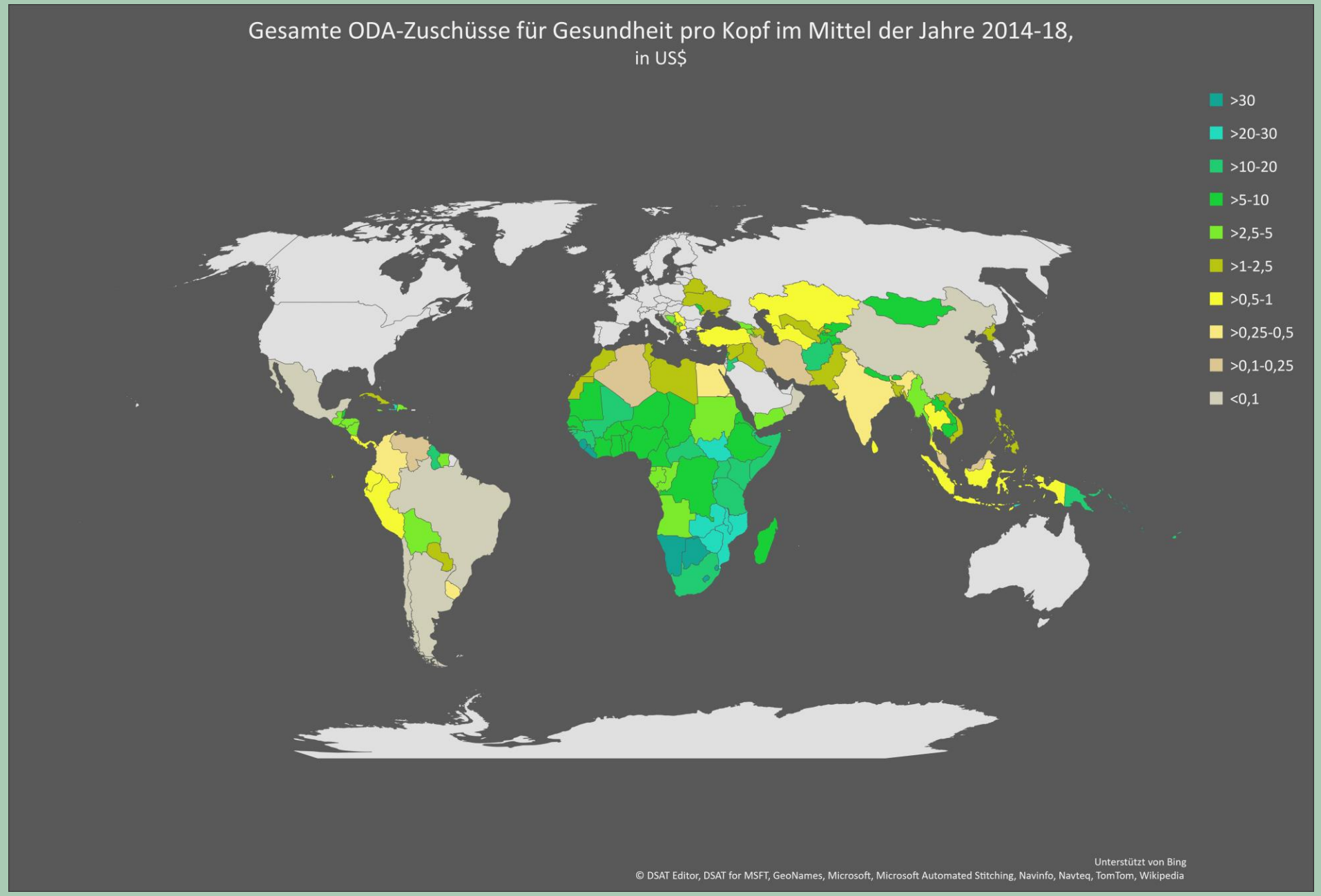
In allen Phasen erreichte nur ein Staat die empfohlene Beitragshöhe von 0,1 % oder 1.000 US$ pro eine Million des BNE. Dabei wechselten sich Großbritannien und die Niederlande nach Ablauf der ersten Dekade ab.

Die USA steigerten ihren Anteil an den Gesamtleistungen von 32 % im ersten Jahrfünft auf fast 48 % in den Jahren 2010 bis 2018. Für Großbritannien ist eine Steigerung des Anteils von 11 auf 14 % zu verzeichnen. Dagegen fiel der Anteil Deutschlands von 6,4 % im ersten Jahrfünft auf 5,0 % im dritten Jahrfünft und erreichte erst in der letzten Phase mit 6,3 % annähernd das Ausgangsniveau.



Diese Grafik zeigt die Leistungen der weniger wirtschaftsstarken DAC-Staaten in den vier Jahrfünften seit der Jahrtausendwende.

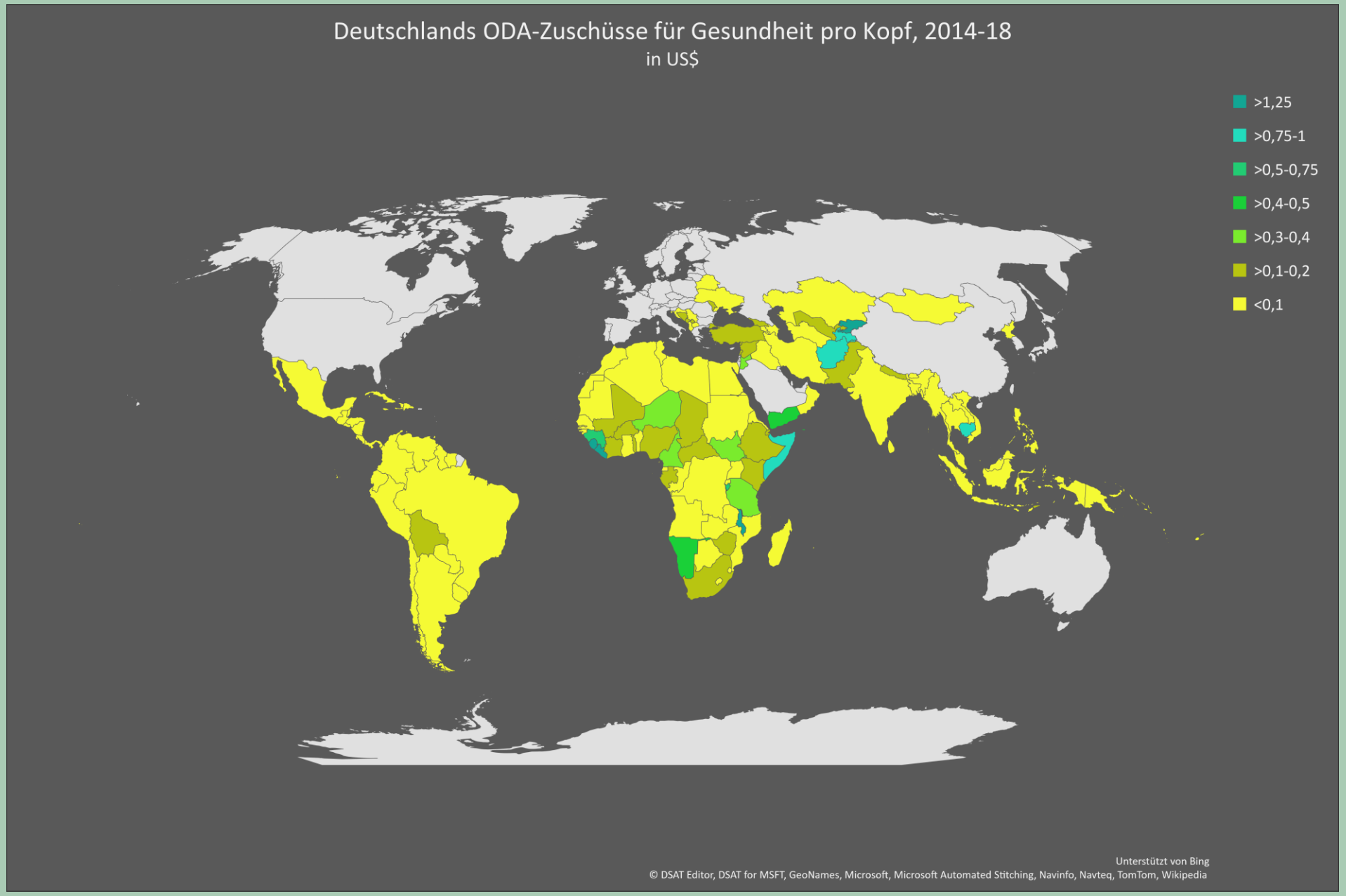
Auch über diesen Zeitraum von 20 Jahren zeichneten sich nur drei Staaten dieser Kategorie dadurch aus, dass sie sich dem Finanzierungsziel verpflichtet wussten und dies mit ihren tatsächlichen Beiträgen unter Beweis stellten. Nur in der Phase vor der Finanzkrise gesellte sich mit Irland ein viertes Land zu dieser Spitzengruppe. Wie in einigen weiteren Ländern liegen die Leistungen in der jüngsten Phase, die den Beginn der SDG-Periode markiert, deutlich unter den Beitragshöhen, die während des Zeitraums für die Verwirklichung der MDGs erreicht wurden.



Das Kartendiagramm stellt die ODA-Zuschüsse für Gesundheit dar, die auf die Empfängerländer pro Kopf der jeweiligen Bevölkerung und Jahr während des Untersuchungszeitraums entfielen. Allerdings können gut 26 % der gesamten Finanzmittel nicht in die Analyse einfließen, da die betreffenden Projekte nicht nach Ländern und meist auch nicht nach Regionen zugeordnet wurden. Die dargestellten Beträge reflektieren daher knapp drei Viertel der ODA-Auszahlungen für Gesundheit in Form von Zuschüssen.

Abgesehen von kleinen Inselstaaten mit niedrigen Bevölkerungsgrößen erhielten nur 7 Staaten mit besonderen Bedarfen mehr als 30 US$ pro Kopf. In diesen leben aber nur wenig mehr als 25 Millionen Menschen. Vier dieser Länder liegen im südlichen Afrika und verzeichnen die weltweit höchsten HIV-Infektionsraten (Botswana, Eswatini, Lesotho, Namibia). Zwei Länder waren 2014/15 von dem bisher schwersten Ebola-Ausbruch in Westafrika betroffen (Liberia, Sierra Leone). Dazu kommt das Gebiet der West Bank und Gaza.

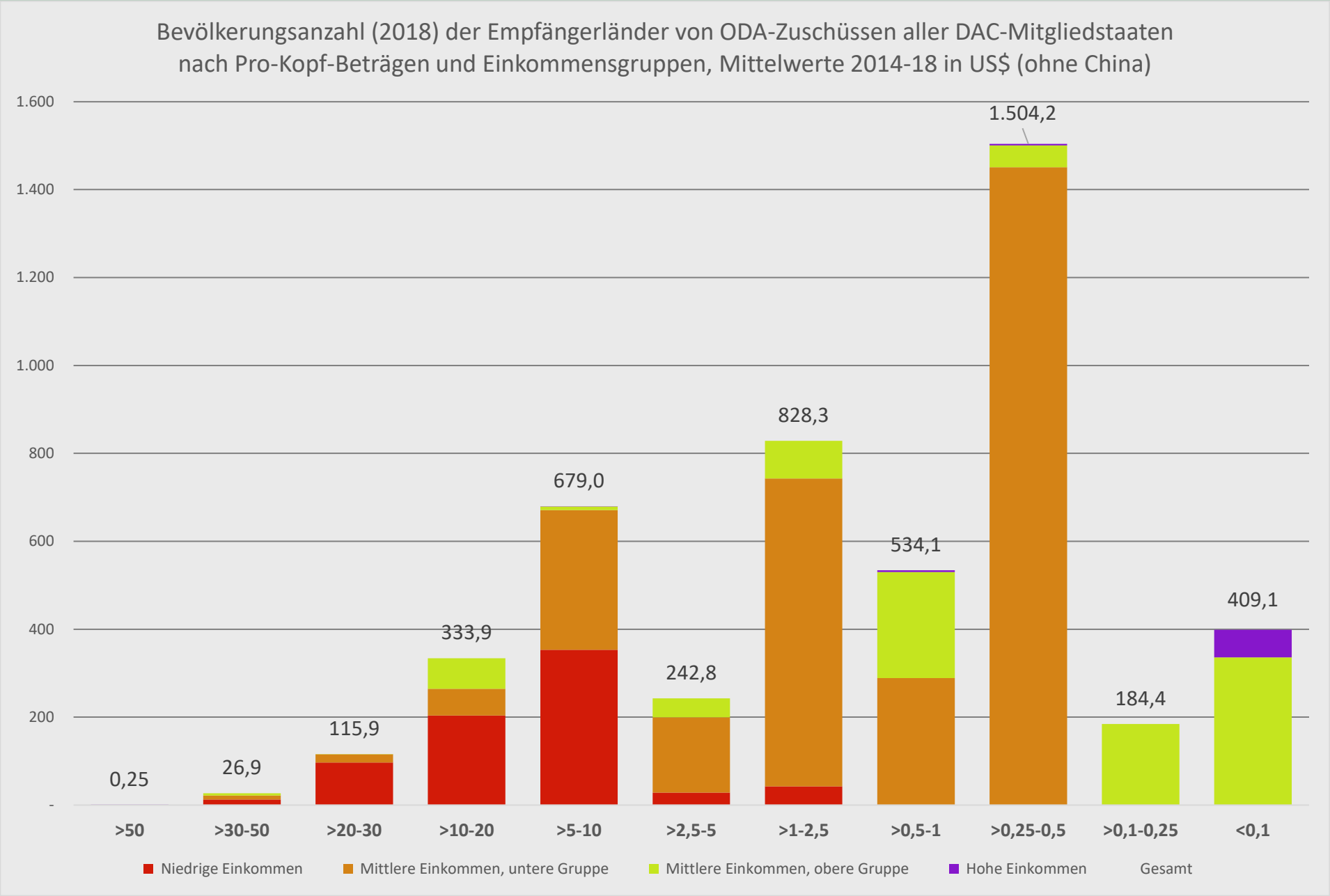
In 20 Ländern Sub-Sahara-Afrikas mit einer Bevölkerung von 380 Millionen lagen die ODA-Mittel für den Gesundheitsbereich zwischen 10 und 30 US$ pro Kopf. Dazu kamen weitere 9 Staaten mit einer Gesamtbevölkerung von 70 Millionen, deren Beträge für die Gesundheitskooperation in dieser Größenordnung lagen.



In dieser Weltkarte werden die Pro-Kopf-Beiträge für Gesundheit dargestellt, die im Durchschnitt der Fünf-Jahres-Periode über die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit Deutschlands aufgebracht wurden. Hier konnten fast 32 % der ausgezahlten Gesamtmittel keinem Empfängerland zugeordnet werden, sodass die Ergebnisse als Mindestgrößen zu betrachten sind.

Lediglich vier Länder, deren Bevölkerung sich 2018 auf knapp 37 Millionen belief, erhielten von Deutschland mehr als 1 US$ pro Kopf. Mit Liberia, Sierra Leone und Malawi wiesen drei Länder im Berichtszeitraum besondere Bedarfe auf und verfügen nur über niedrige Einkommen. Anders ist die Situation im vierten Land, Kirgistan, das aktuell in der unteren Gruppe der Mitteleinkommens-länder verortet wird. Hier wurde Deutschland im Jahr 2018 der größte Einzelgeber noch vor dem Globalen Fonds.

In weiteren sieben Ländern mit insgesamt 106 Millionen Menschen waren die von Deutschland bereitgestellten Beiträge für Gesundheit zwischen 0,5 und 1 US$ angesiedelt. Für die Gruppe der Niedrigeinkommensländer, deren Bevölkerung sich im Jahr 2018 auf insgesamt 737 Millionen summierte, brachte Deutschland im Mittel knapp 0,3 US$ pro Kopf auf.

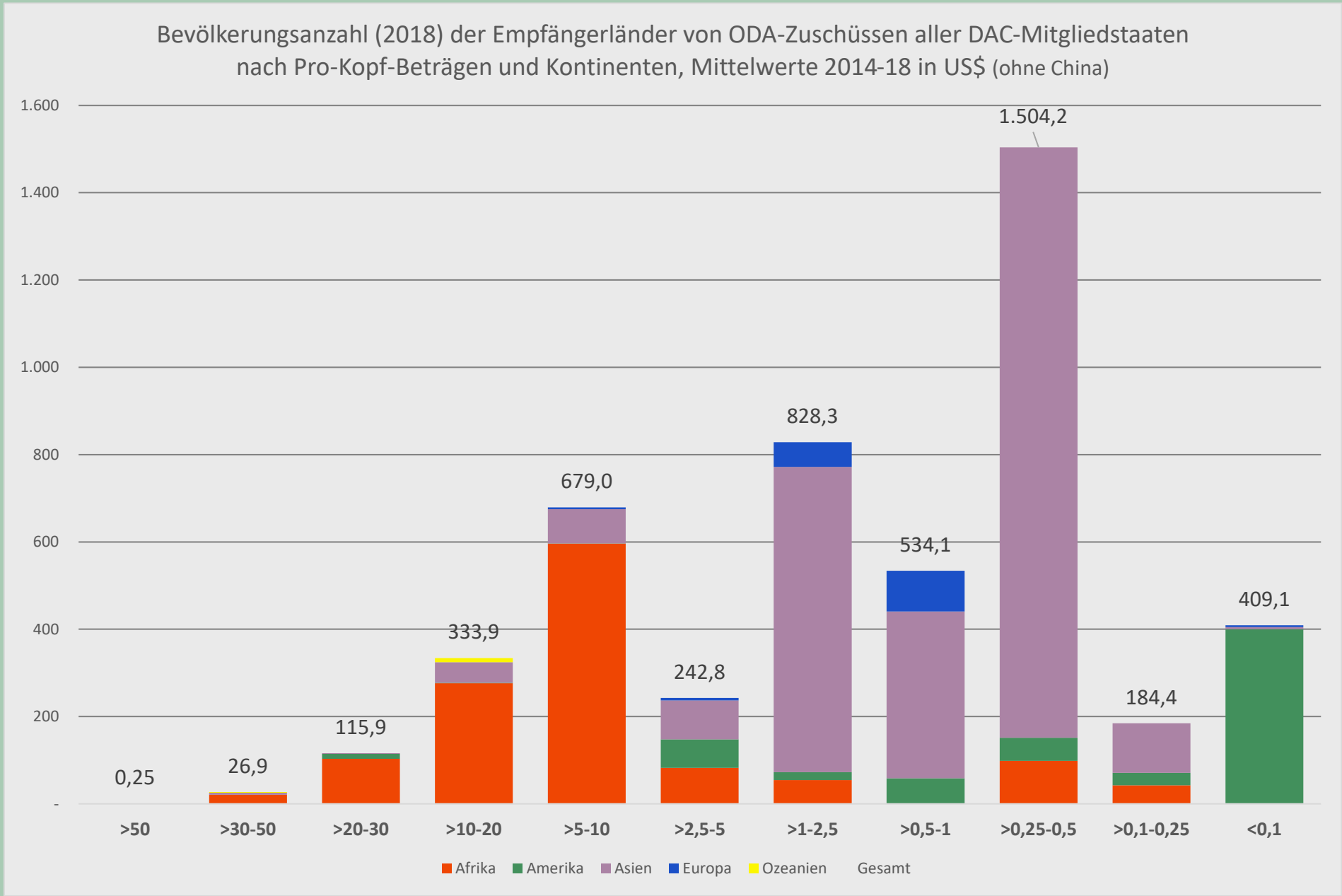


Dieses Diagramm bildet die Bevölkerungszahl der Entwicklungsregionen ab, die im Berichtszeitraum in Ländern lebte, die gesundheitsspezifische ODA-Zuschüsse in den angegebenen Größenordnungen erhielt. Dabei werden die von der Weltbank definierten Einkommensgruppen berücksichtigt.

In der Kategorie mit Beträgen über 50 US$ sind nur kleine Inselstaaten zu finden, was die insgesamt geringe Anzahl der Ziel-Bevölkerung von ca. einer Viertel Million Menschen erklärt.

In der nächsten Kategorie mi Beträgen zwischen 30 und 50 US$ lebten knapp 27 Millionen Menschen, was kaum 0,6 % der Gesamtbevölkerung der benachteiligten Länder (ohne China) entspricht.

Alle Ländergruppen zusammen genommen, die zumindest mehr als 10 US$ an ODA-Zuschüssen für Gesundheit pro Kopf bezogen, hatten eine Bevölkerungszahl von knapp 480 Millionen. Davon entfielen etwas mehr als 310 Millionen auf Niedrigeinkommensländer. Das bedeutet, dass nur 42 % der Menschen, die in diesen wirtschaftlich besonders benachteiligten Ländern mit meist hohen Krankheitslasten lebten, wenigstens 10 US$ für die Gesundheitsversorgung erhielten. Umgekehrt bedeutet das, dass für weit mehr als die Hälfte nur einstellige Beträge bereitgestellt wurden.

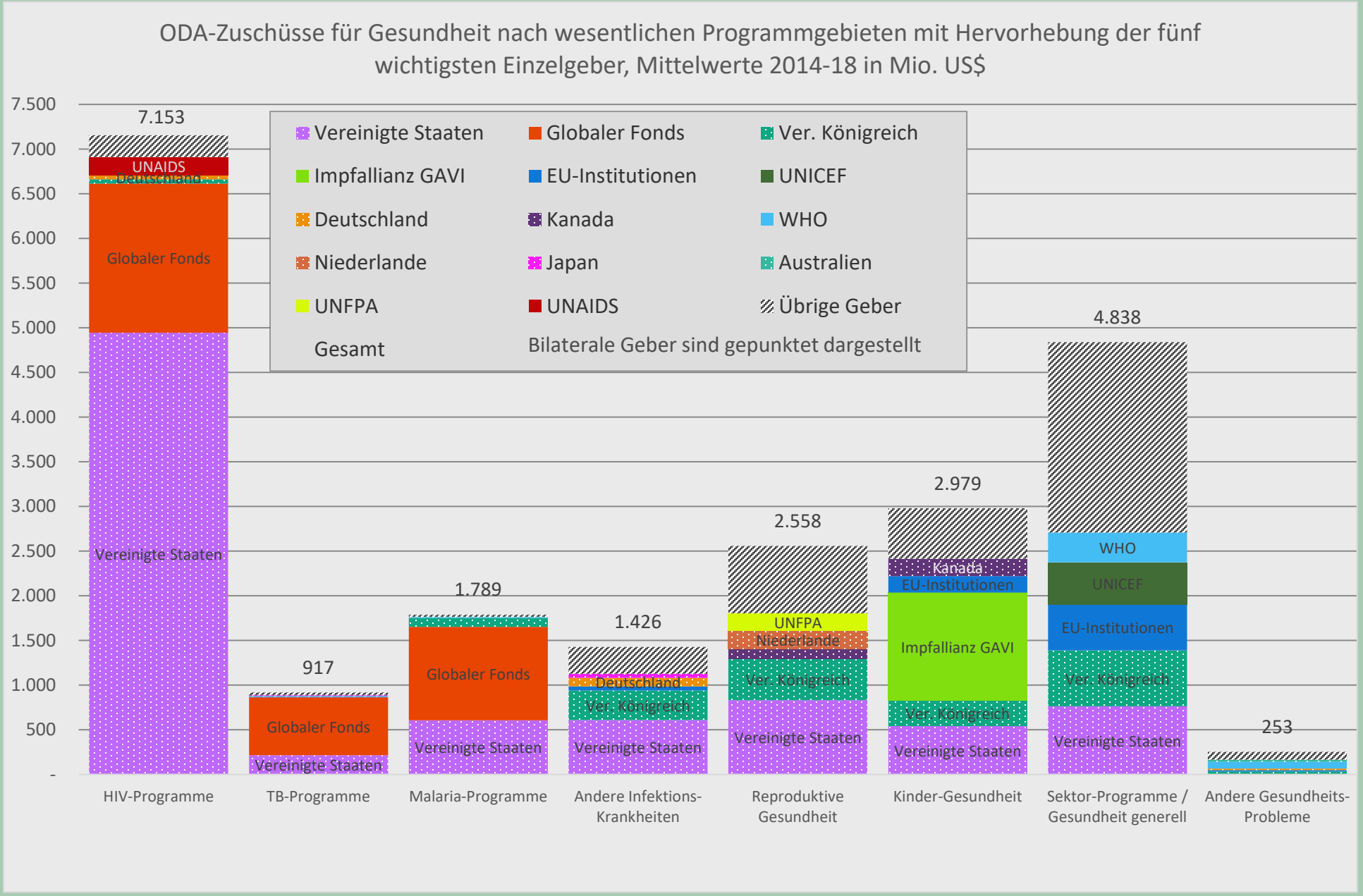


Wie die vorige Grafik zeigt dieses Diagramm die Anzahl der Bevölkerung in Ländern, die im untersuchten Jahrfünft einen bestimmten Umfang an ODA-Mitteln für Gesundheit pro Kopf und Jahr empfingen. Hier bezieht sich die weitere Differenzierung jedoch auf die geographische Verteilung nach Kontinenten.

Von den knapp 480 Millionen Menschen, die in Ländern mit einer Kooperationshöhe von mindestens 10 US$ lebten, befanden sich rund 400 Millionen oder 84 % in Afrika und zwar durchwegs südlich der Sahara. Andererseits lebten mit fast 680 Millionen Menschen deutlich mehr in Ländern Sub-Sahara-Afrikas, wo sich die ODA-Leistungen für Gesundheit pro Kopf lediglich auf 3 bis 10 US$ beliefen. Dazu kamen rund 195 Millionen Menschen der Länder Afrikas nördlich der Sahara, wo die ODA-Beträge für den Gesundheitsbereich mit deutlich unter 2 US$ auf der Bevölkerungsebene kaum ins Gewicht fielen.

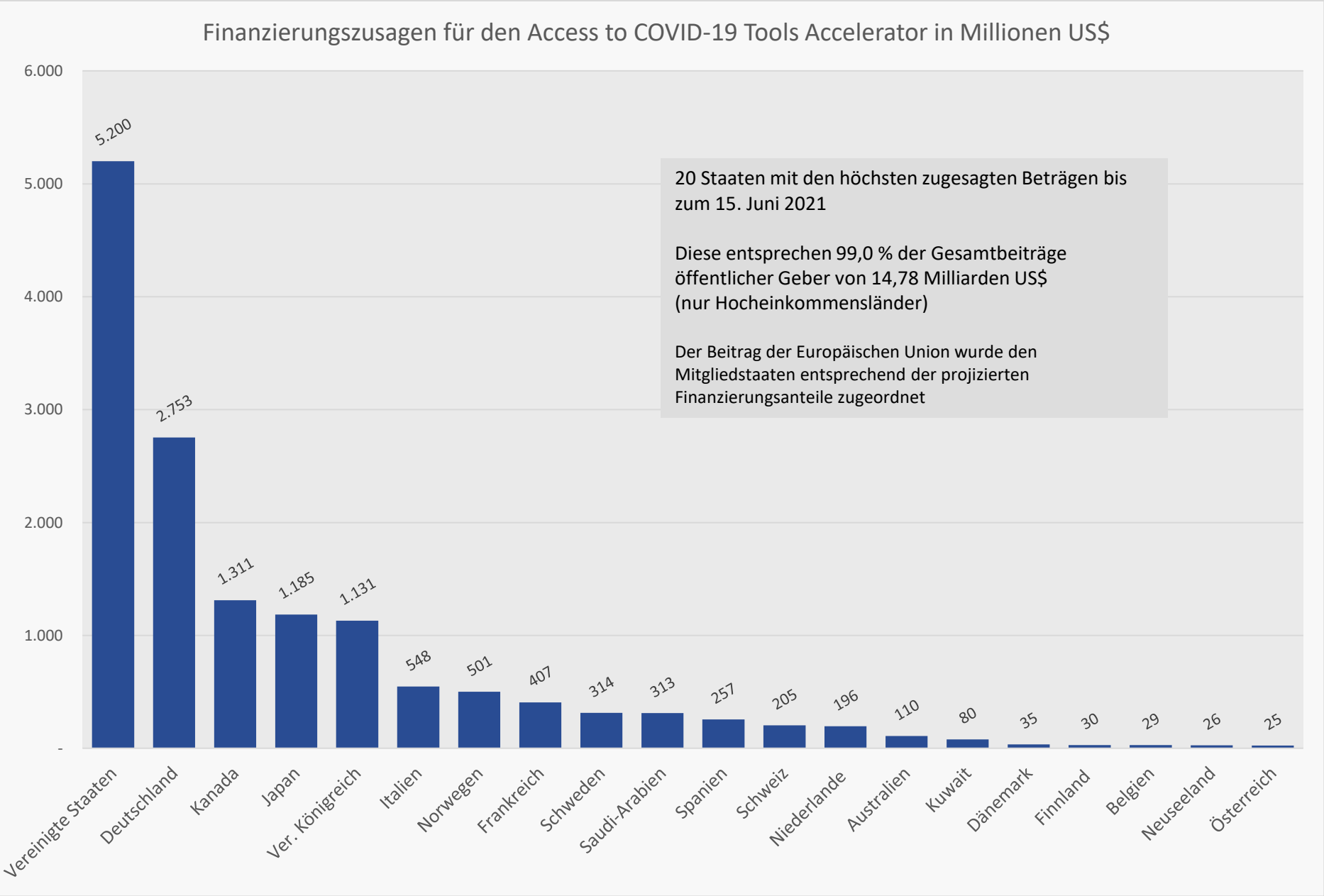
In der Kategorie der Länder, die mit 0,25 bis 0,5 US$ rechnen konnten, entfällt 90 % der Gesamtbevölkerung auf Indien.

Unter den Ländern, die weniger als 0,1 US$ erhielten, machen die bevölkerungsstarken Mitteleinkommensländer Brasilien, Mexiko und Argentinien zusammen genommen rund 93 % der gesamten Bevölkerungszahl aus.



Diese Grafik stellt in den Säulen die acht Teilsektoren der Gesundheitsarbeit dar, die im Untersuchungszeitraum die höchsten Finanzierungsbeiträge erhielten. Dabei werden über 40 analytische Einzelbereiche verdichtet. Innerhalb der Säulen sind die jeweils wichtigsten Geber zu erkennen. Um falschen Interpretationen vorzubeugen sei gesagt, dass die bereitgestellten Mittel bei keinem der Programmgebiete hinreichend waren, um den externen Ressourcenbedarf zu decken. Auch ein Vergleich der jeweiligen Auszahlungsbeträge macht nur Sinn, wenn die unterschiedlichen Kostenfaktoren berücksichtigt werden.

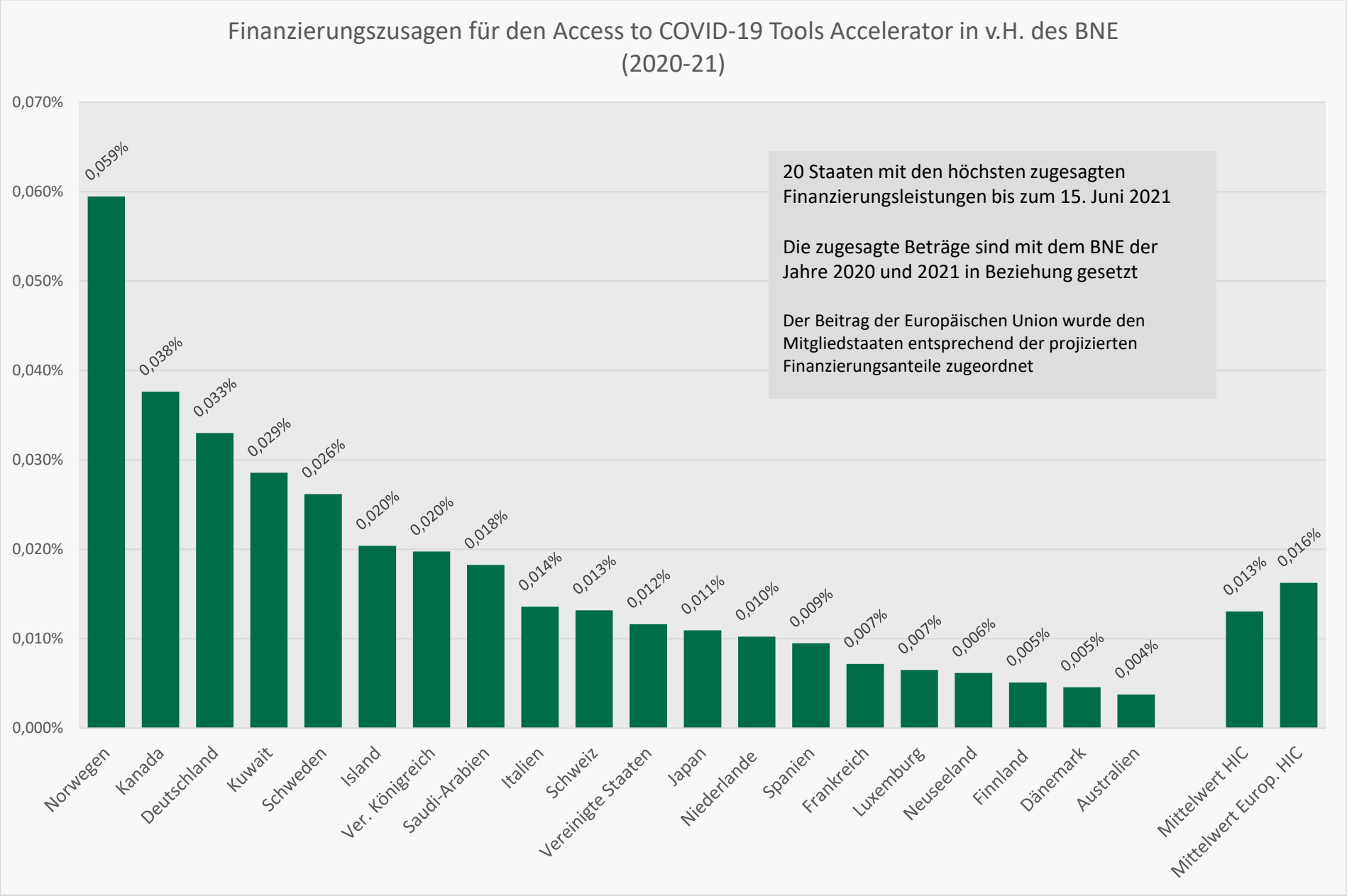
Bei allen sechs Bereichen, die ein oder wenige spezifische Gesundheitsprobleme angehen, ist eine hohe Abhängigkeit von den fünf wichtigsten Gebern zu erkennen, die zwischen 70 und 99 % variiert. Bei den Programmen zur Bekämpfung von TB und Malaria sowie der Immunisierung von Kindern spielen internationale, durch eine größere Anzahl von Gebern unterstützte Organisationen eine zentrale Rolle, so dass die Abhängigkeit von den Entscheidungen weniger Länder abgemildert wird. Höchst bedenklich ist die Situation allerdings bei der Förderung von HIV-Maßnahmen, wo die bilaterale Finanzierung durch die USA annähernd 70 % der gesamten ODA-Zuschüsse ausmachte. Ausgerechnet bei dieser kritischen Bedrohung der globalen Gesundheit besteht somit ein hohes Risiko.



Die globale Initiative zur Beschleunigung des Zugangs zu COVID-19-Instrumenten, (englisch: Access to COVID-19 Tools Accelerator oder kurz ACT-A), wurde von der WHO, internationalen Gesundheitsorganisationen und der EU ins Leben gerufen mit dem Ziel, die Entwicklung und die gerechte weltweite Verteilung von COVID-19-Impfstoffen, -Tests und –Therapien voranzubringen. Mitte Juni 2021, also weit über ein Jahr nach ihrer Gründung Ende April 2020 decken die Finanzierungszusagen in Höhe von insgesamt 15,8 Mrd. US$ knapp 48 % des errechneten Gesamtbedarfs von 33,2 Mrd. US$. Mit rund 14,9 Mrd. machen die Zusagen öffentlicher Geber ca. 94 % aller vorgesehenen Beiträge aus.[1)]

Bei den absoluten Beträgen, die bis dato zugesagt wurden, liegt Deutschland auf dem zweiten Platz nach den USA. Allein von diesen beiden Staaten hängen 53 % der gesamten Zusagen aller öffentlichen Geber ab. Wenn wir Kanada, Japan und Großbritannien mit einbeziehen, dann beläuft sich der Anteil der fünf größten Geberstaaten an den öffentlichen Beiträgen auf fast 78 %. Diese Abhängigkeit, die sich nur teilweise mit den ökonomischen Proportionen erklären lässt, führt einmal mehr die Problematik von freiwilligen Beiträgen ohne bindende und auf einer fairen Lastenverteilung gründende Beitragsskala vor Augen.

[1)] Vorläufige Angaben incl. neuer Zusagen beim Gavi COVAX Advance Market Commitment Summit



Diese Grafik lässt die finanziellen Anstrengungen der Geberländer für die ACT-A-Initiative erkennen, indem die zugesagten Beiträge in Relation zur wirtschaftlichen Kapazität gemessen am BNE gesetzt werden. Bei dieser für die Geberleistungen ausschlaggebenden Rangfolge belegt Deutschland den dritten Platz. Die mit Abstand höchste Beitragsquote weist Norwegen auf. Unter der Annahme, dass der Bedarf vollständig durch öffentliche Mittel gedeckt werden sollte, um Abhängigkeiten von privaten Zuwendungen zu vermeiden, würden nur die Zusagen von Norwegen, Kanada und Deutschland ein ausreichendes Niveau erreichen (annähernd 0,03 %).

Im Fall von Deutschland ist jedoch zu bedenken, dass die ODA-Beiträge für die globale Gesundheit vor der Corona-Pandemie weit unter dem international empfohlenen Niveau blieben und auch im Bezug auf den Mittelwert der Geber niedrig ausfielen. Zudem entsteht der Eindruck, dass die relativ hohen finanziellen Leistungen davon ablenken (sollen), dass Deutschland bei der Verteidigung von Monopolrechten über Impfstoffe und andere lebenswichtige Technologien der Pandemiebekämpfung partikulare Wirtschaftsinteressen über das globale Allgemeinwohl stellt, indem konstruktive Vorschläge wie die zeitweilige von sog. Rechten an geistigem Eigentum für Pandemie-relevante Medizintechnologien abgeblockt oder verschleppt werden.