

Globale Impfgerechtigkeit

Schlüssel zur Überwindung der COVID-19-Pandemie



Globale Impfgerechtigkeit

Schlüssel zur Überwindung der COVID-19-Pandemie

Herausgeber:

Global Policy Forum Europe

Königstraße 37 a
53115 Bonn

Tel. 0228 9650510
europe@globalpolicy.org
www.globalpolicy.org

Kontakt: Jens Martens

Autor:

Jens Martens

Mitarbeit:

Bodo Ellmers, Lea Kammler und Karolin Seitz

Redaktionelle Mitarbeit:

Tobias Gerhartsreiter

Gestaltung und Druck:

www.kalinski.media

Gedruckt auf 100% Recyclingpapier



Titelbild:

NIC BOTHMA/EPA-EFE/Shutterstock

(Ein Mitglied der People's Vaccine Campaign in Südafrika)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-943126-55-6

Bonn, Februar 2022

Dieses Arbeitspapier ist Teil des Projekts „**Weichenstellung 2020**“ des Global Policy Forums Europe, gefördert von der Stiftung Umwelt und Entwicklung Nordrhein-Westfalen sowie von Engagement Global im Auftrag des BMZ.



Bundesministerium für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung

Für die Inhalte dieser Publikation ist allein Global Policy Forum Europe e.V. verantwortlich; die hier dargestellten Positionen geben nicht den Standpunkt von Engagement Global gGmbH, dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung oder der Stiftung Umwelt und Entwicklung Nordrhein-Westfalen wieder.

Jens Martens

Globale Impfgerechtigkeit

Schlüssel zur Überwindung
der COVID-19-Pandemie

Inhalt

Zusammenfassung	5
I. Einführung: Die Welt im dritten Jahr der Pandemie	11
II. Der ungleiche Wettlauf um Impfstoffe	15
Staatliche Finanzspritzen für die Pharmaindustrie	16
Bilaterale Lieferabkommen an der WHO vorbei	19
Der Markt macht den Preis	23
Restriktive Vertragsbedingungen der Pharmafirmen	24
Impfquote in armen Ländern unter fünf Prozent	27
Historische Gewinne der Impfstoffproduzenten	29
III. Initiativen zur Reduzierung des globalen Impfgefälles	33
1. COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP)	35
2. TRIPS Waiver	37
3. Die COVAX-Initiative: Impfstoffe für die ärmsten Länder	44
IV. Schritte zu globaler Impfgerechtigkeit und wirksamer Pandemieprävention	55
1. Lokale Produktionskapazitäten im globalen Süden steigern	58
2. COVID-19 Technologie-Pool (C-TAP) und regionale mRNA-Hubs unterstützen	59
3. TRIPS Waiver: Patentschutz für COVID-19-relevante Impfstoffe, Medikamente und medizinische Geräte vorübergehend aufheben	59
4. Patentsystem für Medikamente grundsätzlich reformieren	60
5. Transparenz bei Arzneimittelkosten und Lieferverträgen erhöhen	60
6. Öffentliche Fördergelder für medizinische Forschung und Entwicklung an Bereitschaft zum Technologietransfer und zu fairen Preisen knüpfen	61
7. ACT-Accelerator einschließlich COVAX ausreichend finanzieren	61
8. Öffentliche Gesundheitsinfrastruktur und soziale Sicherungssysteme stärken	62
9. Globale Finanzierung öffentlicher Gesundheitsaufgaben steigern	65
10. WHO politisch und finanziell stärken	67
Literatur	71

Abbildungen

Abbildung 1	Länder, die bis Mitte 2022 eine 70-prozentige COVID-19-Impfquote erreichen	12
Abbildung 2	Operation Warp Speed – Die Deals zwischen US-Regierung und Impfstoffproduzenten	18
Abbildung 3	COVID-19-Impfstoff-Lieferverträge nach den 10 wichtigsten Empfängerländern/-gruppen	20
Abbildung 4	Die Preisdifferenzen von Corona-Impfstoffen	25
Abbildung 5	Anteil der Bevölkerung, die gegen COVID-19 geimpft wurde	27
Abbildung 6	Umsatz und Nettogewinn von Pfizer und BioNTech 2020 und 2021	31
Abbildung 7	Die Säulen des Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A)	45
Abbildung 8	Die wichtigsten Geldgeber von COVAX	49

Tabellen

Tabelle 1	Weltweit zugelassene Coronaimpfstoffe	17
Tabelle 2	Lieferverträge der Europäischen Kommission mit Impfstoffproduzenten	21
Tabelle 3	Von Deutschland bestellte Impfdosen	22
Tabelle 4	Die 20 Länder mit der niedrigsten Impfquote	29
Tabelle 5	Lieferverträge von COVAX mit Impfstoffproduzenten	48
Tabelle 6	Impfstoffspenden der Bundesregierung	51

Textkästen

Kasten 1	Afrika in der Pandemie	28
Kasten 2	One Health: Ganzheitlicher Ansatz für die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt	56
Kasten 3	Unzureichende Schuldeninitiativen	64
Kasten 4	IWF-Sonderziehungsrechte – Finanzspritze zur Krisenbewältigung?	66

ZUSAMMENFASSUNG

10 Punkte für globale Impfgerechtigkeit und Pandemieprävention

Die Welt taumelt von einer Pandemiewelle in die nächste. Die Omikron-Variante des SARS-CoV-2-Virus verbreitet sich in Windeseile um den Erdball und führt zu immer neuen Höchstständen bei den globalen Infektionszahlen.

Bis Ende 2021 hat die Zahl der verabreichten Corona-Impfdosen weltweit neun Milliarden erreicht – im rechnerischen Durchschnitt hätte damit jeder Mensch auf der Erde mindestens einmal geimpft werden können. Die Realität sieht anders aus: Während in den Ländern mit hohem Einkommen über 70 Prozent der Bevölkerung vollständig geimpft waren, waren es nach den offiziellen Statistiken in den Ländern mit niedrigem Einkommen gerade einmal 4,3 Prozent.

Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) proklamierte Ziel, in jedem Land der Erde bis Ende 2021 mindestens 40 Prozent der Bevölkerung gegen COVID-19 geimpft zu haben, wurde in über 80 Ländern verfehlt. Es besteht die Gefahr, dass in vielen Ländern auch das Ziel verfehlt wird, bis Mitte 2022 eine 70-prozentige Impfquote zu erreichen. Das gilt für fast den gesamten afrikanischen Kontinent.

Regierungen und internationale Organisationen haben in beispielloser Weise auf die COVID-19-Pandemie reagiert. Sie haben 17 Billionen US-Dollar für Sofortmaßnahmen, Liquiditätshilfen und Konjunkturpakete mobilisiert, um die Folgen der Pandemie zu bewältigen.

Einige Pharmafirmen verzeichneten infolge der Pandemie Spitzenumsätze und Rekordgewinne. Allein die Marktführer Pfizer und BioNTech erwirtschafteten 2021 einen Nettogewinn von insgesamt mehr als 30 Milliarden US-Dollar.

Die WHO und die globale Impfkampagne blieben dagegen dramatisch unterfinanziert.

Infolge der mangelnden Unterstützung für den COVID-19 Technologie-Pool (C-TAP) und der Weigerung der EU und anderer, den Patentschutz für COVID-19-relevante Impfstoffe, Medikamente und medizinische Geräte vorübergehend aufzuheben, ging viel wertvolle Zeit verloren, um Produktionskapazitäten in den Ländern des globalen Südens auszubauen.

Aber solange sich immer neue Varianten des SARS-CoV-2-Virus bilden und weitere Wellen der Pandemie die Welt erschüttern, ist die Krise nicht überwunden. Kurzfristig ist es daher weiterhin die dringendste Aufgabe, die globale Impfkampagne weltweit zu beschleunigen. Über die notwendigen Sofortmaßnahmen hinaus sind aber weitergehende Schritte notwendig, um künftigen Pandemien vorzubeugen, anderen gefährlichen Gesundheitsrisiken wie antimikrobiellen Resistenzen wirksam zu begegnen und öffentliche Gesundheitssysteme insgesamt zu stärken. Diese Schritte sollten auf dem One-Health-Ansatz aufbauen, der für ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit steht und das Zusammenspiel der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt in den Blick nimmt.

Die folgenden 10 Punkte sind besonders relevant, um auf dem Weg zu globaler Impfgerechtigkeit und wirksamer Pandemieprävention Fortschritte zu erzielen. Sie sind auch ein notwendiger Beitrag zur Verwirklichung des Gesundheitsziels der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (SDG 3). Die Empfehlungen richten sich primär an die deutsche Politik, für die im Rahmen der EU und der WHO sowie der deutschen G7-Präsidentschaft 2022 besondere Handlungs- und Einflussmöglichkeiten bestehen.

1. Lokale Produktionskapazitäten im globalen Süden steigern:

Um kontinuierlich Impfstoffe für mindestens 70 Prozent der Weltbevölkerung zu produzieren und zugleich die Abhängigkeit der Länder des globalen Südens von den westlichen Pharmafirmen zu reduzieren, müssen verstärkt lokale Produktionskapazitäten und leistungsfähige regionale Vertriebssysteme auf- bzw. ausgebaut werden. Länder des globalen Südens müssen dabei durch Technologietransfer und Anschubfinanzierungen im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) unterstützt werden.

2. COVID-19 Technologie-Pool (C-TAP) und regionale mRNA-Hubs unterstützen:

Der von der WHO gegründete COVID-19 Technologie-Pool C-TAP hätte das Potential, eine Plattform für Entwickler von COVID-19-Therapeutika, -Diagnostika, -Impfstoffen und anderen Gesundheitsprodukten zu bieten, um ihr Wissen mit anderen Produzenten zu teilen. Regionale Technologietransfer-Hubs, wie der erste afrikanische mRNA-Hub in Südafrika, können eine ähnlich wichtige Funktion haben. Die Bundesregierung sollte C-TAP und den Aufbau regionaler mRNA-Hubs und ähnlicher Initiativen zur Förderung des Technologietransfers aktiv unterstützen.

3. TRIPS Waiver: Patentschutz für COVID-19-relevante Impfstoffe, Medikamente und medizinische Geräte vorübergehend aufheben:

Wäre die Initiative von Südafrika und Indien in der WTO

nicht seit Oktober 2020 blockiert worden, hätten mittlerweile mehr Firmen im globalen Süden mit der Impfstoffproduktion beginnen können. Menschenleben hätten so gerettet werden können. Der TRIPS Waiver allein ist keine Lösung, aber er ist eine notwendige Voraussetzung, um Technologietransfer zu erleichtern und Produktionskapazitäten im globalen Süden rasch auszuweiten. Das gilt nicht nur für Impfstoffe, sondern auch für COVID-19-Medikamente und andere medizinische Produkte. Die Bundesregierung sollte ihre Opposition gegen den TRIPS Waiver daher umgehend aufgeben und die Initiative von Indien und Südafrika aktiv unterstützen.

4. Patentsystem für Medikamente grundsätzlich reformieren:

Die internationalen Regelungen zum Schutz geistigen Eigentums mit Blick auf unentbehrliche Arzneimittel sollten grundsätzlich auf den Prüfstand gestellt werden. Medikamente, die der Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit dienen, sollten generell als globale öffentliche Güter betrachtet werden, statt ihre Produktion und Preisbildung der Marktlogik oder dem monopolistischen Marktverhalten weniger Anbieter zu unterwerfen. Das gilt insbesondere dann, wenn, wie im Falle der COVID-19-Impfstoffe, die Forschung und Entwicklung mit Milliarden öffentlicher Gelder gefördert wurde.

5. Transparenz bei Arzneimittelkosten und Lieferverträgen erhöhen:

Um feststellen zu können, ob Pharmafirmen einen „fairen Preis“ für ihre Produkte erheben, sind verlässliche Informationen über die tatsächlichen Kosten von Forschung, Entwicklung, Produktion und Vertrieb unerlässlich. Die Weltgesundheitsversammlung hatte bereits im Mai 2019 mit der Resolution zur „Verbesserung der Transparenz der Märkte für Arzneimittel, Impfstoffe und andere Gesundheitsprodukte“ einen ersten wichtigen Schritt in diese Richtung vollzogen, auf den nun weitere folgen müssen. Die Bundesregierung und die Europäische Kommission sollten darüber hinaus ihre Verträge mit den Impfstoffherstellern vollständig veröffentlichen, um auf diese Weise die ausgehandelten Preise und Konditionen gegenüber der Öffentlichkeit transparent zu machen.

6. Öffentliche Fördergelder für medizinische Forschung und Entwicklung an Bereitschaft zum Technologietransfer und zu fairen Preisen knüpfen:

Die Vergabe öffentlicher Fördergelder an Pharmafirmen und Forschungseinrichtungen sollte in transparenter Weise erfolgen und an konkrete Bedingungen geknüpft sein. Dazu zählen z.B. verbindliche Verpflichtungen zum Teilen der Forschungs- und Entwicklungsergebnisse durch die Teilnahme an Technologiepools wie C-TAP, die Vergabe offener, nicht-exklusiver und ggf. gebührenfreier

Lizenzen sowie Regeln zur transparenten und fairen Preissetzung, um Wucherpreise für lebensnotwendige Medikamente und Impfstoffe zu verhindern.

7. ACT-Accelerator einschließlich COVAX ausreichend finanzieren: COVAX bleibt trotz seiner Defizite gegenwärtig der wichtigste Mechanismus zur Finanzierung und Verteilung von COVID-19-Impfstoffen für die 92 ärmeren Länder des globalen Südens (AMC-Länder). Dazu benötigt COVAX, wie auch die anderen Säulen des ACT-Accelerators (Diagnostika, Therapeutika und Gesundheitssysteme), ausreichende Finanzmittel. Für den 12-Monatszeitraum bis September 2022 ist der Finanzbedarf für ACT-A in Höhe von insgesamt 23,4 Milliarden US-Dollar bei weitem noch nicht gedeckt. Parallel dazu müssen die Governance- und Entscheidungsstrukturen von COVAX aber so umgestaltet werden, dass die AMC-Länder und zivilgesellschaftliche Organisationen effektiver beteiligt werden. Schließlich sollten ACT-A und COVAX grundsätzlich auf den Prüfstand gestellt werden. Dabei sollte insbesondere untersucht werden, inwieweit diese Initiativen mit ihrer umstrittenen Multistakeholder-Struktur zur weiteren Schwächung der WHO als dem eigentlich zentralen zwischenstaatlichen Entscheidungsgremium im Bereich globaler Gesundheit beitragen.

8. Öffentliche Gesundheitsinfrastruktur und soziale Sicherungssysteme stärken: Um die COVID-19-Pandemie zu überwinden, reicht es nicht aus, Impfstoffe für die gesamte Weltbevölkerung zu produzieren und fair zu verteilen. Notwendig ist auch eine funktionsfähige öffentliche Gesundheitsinfrastruktur. In vielen Ländern ist der Gesundheitssektor chronisch unterfinanziert, in vielen war er gerade in den Jahren vor Ausbruch der Pandemie von Sparmaßnahmen und Privatisierung betroffen. Erforderlich ist in vielen Ländern eine substantielle Stärkung der öffentlichen Gesundheitssysteme. Dazu brauchen die Länder einen größeren fiskalischen Spielraum. Dieser kann geschaffen durch Steuerreformen, die Umschichtung von sozial und ökologisch nicht nachhaltigen Subventionen zugunsten von höheren Gesundheitsbudgets, die Bekämpfung von Steuerflucht und Steuervermeidung, durch Schuldenerlasse sowie durch zusätzliche externe Mittel, wie z.B. IWF-Sonderziehungsrechte und höhere EZ-Mittel. Die Bundesregierung sollte in ihrer EZ die Stärkung von öffentlicher Gesundheitsinfrastruktur und sozialen Sicherungssystemen in den Partnerländern aktiv fördern. Zugleich sollte sie sich im IWF und anderen Internationalen Finanzinstitutionen (IFIs) dafür einsetzen, dass deren Beratung und Auflagenpolitik nicht dem Ziel starker öffentlicher Gesundheitssysteme und effektiver sozialer Sicherungssysteme entgegenwirkt.

9. Globale Finanzierung öffentlicher Gesundheitsaufgaben steigern: Um die gegenwärtige Pandemie weltweit zu beenden, auf den Ausbruch künftiger Pandemien besser vorbereitet zu sein und den universellen Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen gewährleisten zu können, sind öffentliche Investitionen in Milliardenhöhe notwendig. Die Spitzen von IWF, Weltbank, WHO und WTO forderten allein zur Bewältigung der akuten Pandemie zusätzliche öffentliche Investitionen in Höhe von etwa 50 Milliarden US-Dollar. Sie würden nicht nur dazu beitragen, die Zahl der Infektionen und Todesfälle zu verringern und die Pandemie schneller zu beenden, sondern auch den wirtschaftlichen Aufschwung zu beschleunigen und bis 2025 weltweit eine zusätzliche Wirtschaftsleistung von etwa 9 Billionen US-Dollar zu erbringen. Wichtige Maßnahmen zur Mobilisierung internationaler Finanzmittel wären substantielle Schuldenerlasse sowie die Umleitung (rechannelling) eines Teils der 650 Milliarden US-Dollar an neuen Sonderziehungsrechten (SZR) des IWF von den reichen in die ärmeren Länder. Die Bundesregierung sollte, unter anderem im Rahmen ihrer G7-Präsidentschaft, hierzu neue Initiativen starten.

10. WHO politisch und finanziell stärken: Die Reaktionen der internationalen Staatengemeinschaft auf die COVID-19-Pandemie haben die Unzulänglichkeiten der globalen Gesundheitsarchitektur überdeutlich gemacht. Die WHO hatte weder das politische Mandat noch die finanziellen Ressourcen, um auf die Pandemie adäquat reagieren zu können. Nun rächte es sich, dass die WHO über Jahre systematisch unterfinanziert war und in einem zunehmend fragmentierten System vertikaler Gesundheitsfonds und -programme immer weiter geschwächt wurde. Es ist notwendig, daraus die Konsequenzen zu ziehen und die WHO politisch und finanziell zu stärken, damit sie auf künftige Pandemien besser vorbereitet ist und auch andere globale Gesundheitsrisiken effektiver bearbeiten kann.

Am 1. Dezember 2021 haben sich die Mitglieder der WHO darauf geeinigt, den Prozess der Aushandlung eines **Übereinkommens zur Stärkung der Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion** zu beginnen. Ob es tatsächlich Fortschritte bringt und dazu beiträgt, die bisherigen strukturellen Schwächen der globalen Gesundheitsarchitektur zu überwinden, ist umstritten. Je nach seiner Ausgestaltung könnte es auch zur weiteren Schwächung der WHO durch die Auslagerung der Pandemievorsorge und -reaktion in Multistakeholder-Gremien mit begrenzter demokratischer Legitimation führen. Die Bundesregierung sollte aktiv darauf hinwirken, dass der Pandemievertrag zu einer Stärkung der politischen und normativen Rolle der WHO und ihrer finanziellen Ausstattung führt.

Denn Dreh- und Angelpunkt für die Stärkung der globalen Gesundheitsgovernance ist die **ausreichende und berechenbare Finanzierung der WHO**. Bislang ist sie mit einem jährlichen Budget von insgesamt etwa 3 Milliarden US-Dollar (2022) massiv unterfinanziert. Hinzu kommt, dass nur noch 16 Prozent des Budgets über Pflichtbeiträge der Mitgliedsstaaten finanziert wird und damit von der WHO flexibel eingesetzt werden kann. Erforderlich sind eine substantielle Aufstockung der Mittel und die deutliche Erhöhung des Anteils der Pflichtbeiträge auf mindestens zwei Drittel des Gesamtbudgets. Die Bundesregierung hat in den Bemühungen um die finanzielle Stärkung der WHO eine bemerkenswerte Führungsrolle übernommen und ist derzeit größter Beitragszahler der WHO. Sie sollte weiter aktiv darauf hinwirken, dass die Widerstände gegen eine finanzielle Stärkung der WHO überwunden werden. Dies könnte auch Signalwirkung für andere Organisationen des UN-Systems haben.

I. Einführung:

Die Welt im dritten Jahr der Pandemie

Die Welt taumelt von einer Pandemiewelle in die nächste. Die Omikron-Variante des SARS-CoV-2-Virus verbreitet sich in Windeseile um den Erdball und führt zu immer neuen Höchstständen bei den globalen Infektionszahlen.

Mehr als 400 Millionen Menschen haben sich nach offiziellen Angaben bislang mit dem Virus infiziert, fast sechs Millionen sind im Zusammenhang mit COVID-19 gestorben.¹ Die Dunkelziffern liegen selbst nach vorsichtigen Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weit darüber.²

Dabei schien einige Monate zuvor das Schlimmste bereits überstanden zu sein. Die Lockdown-Maßnahmen, die über Monate Wirtschaft und Gesellschaft weltweit gelähmt hatten, wurden in vielen Ländern gelockert, in Großbritannien hatte Premier Boris Johnson den 19. Juli 2021 bereits zum „Freedom Day“ erklärt, in Deutschland verkündete die neue Ampelkoalition für den 25. November 2021 das Ende der „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“.

Bis zum Ende des Jahres 2021 hat die Zahl der verabreichten Corona-Impfdosen weltweit neun Milliarden erreicht – im rechnerischen Durchschnitt hätte damit jeder Mensch auf der Erde mindestens einmal geimpft werden können. Die Realität sieht anders aus: Während in den Ländern mit hohem Einkommen über 70 Prozent der Bevölkerung vollständig geimpft waren, waren es nach den offiziellen Statistiken in den Ländern mit niedrigem Einkommen Ende 2021 gerade einmal 4,3 Prozent. Vor allem in einigen afrikanischen Ländern, darunter bevölkerungsreichen Ländern wie Nigeria und Äthiopien, war die Impfquote noch geringer.³

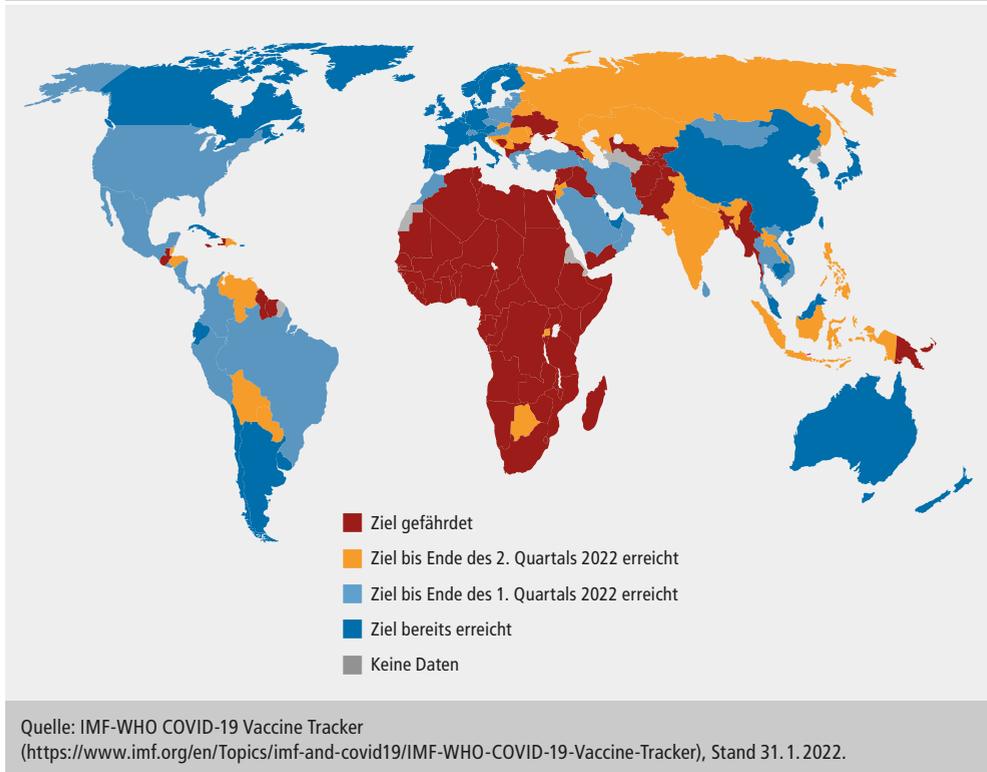
Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) proklamierte Ziel, in jedem Land der Erde bis Ende 2021 mindestens 40 Prozent der Bevölkerung gegen COVID-19 geimpft zu haben, wurde in über 80 Ländern verfehlt.⁴ Es besteht die Gefahr, dass in vielen Ländern auch das Ziel verfehlt wird, bis Mitte 2022 eine 70-prozentige Impfquote zu erreichen. Das gilt für fast den gesamten afrikanischen Kontinent (siehe Abbildung 1). Dabei wurde die Notwendigkeit von Booster-Impfungen infolge neuer Virusvarianten noch nicht einmal berücksichtigt.

1 <https://covid19.who.int/> (Stand: 10.2.2022).

2 <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>

3 <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

4 <https://www.who.int/news/item/07-10-2021-who-un-set-out-steps-to-meet-world-covid-vaccination-targets>

Abbildung 1**Länder, die bis Mitte 2022 eine 70-prozentige COVID-19-Impfquote erreichen**

Gerade Länder des globalen Südens erlebten 2021 einen dramatischen Anstieg der Infektionszahlen. Im Jahr davor waren einige von ihnen von der eigentlichen Pandemie eher noch verschont geblieben – auch infolge drakonischer Lockdownmaßnahmen mit verheerenden sozio-ökonomischen Auswirkungen.

Die neuen Wellen der Pandemie treffen nun auch Länder, die ohnehin nur über marode öffentliche Gesundheitssysteme verfügen. Dabei ist eine funktionsfähige medizinische Infrastruktur, von lokalen Gesundheitsstationen bis zu modernen Krankenhäusern mit gut ausgestatteten Intensivstationen, eine Grundvoraussetzung für die effektive Bekämpfung der COVID-19-Pandemie. Die zweite Grundvoraussetzung besteht in der ausreichenden Produktion und fairen Verteilung von Impfstoffen, um die gesamte Weltbevölkerung gegen das Virus zu immunisieren. Denn es ist eine Binsenweisheit, dass „wir erst sicher [sind], wenn alle sicher sind“.⁵

5 So zum Beispiel der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 6.9.2021 (https://twitter.com/BMG_Bund/status/1434841531479904258).

Die Regierungen hatten sich bereits 2015 in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung verpflichtet, für alle Menschen „den Zugang zu bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen (zu) gewährleisten“ (SDG 3b).⁶ Davon ist die Welt bei der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie weit entfernt. Im brutalen Wettlauf um Corona-Impfstoffe haben die armen Länder bislang den Kürzeren gezogen.

Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Tedros Adhanom Ghebreyesus hatte vor diesem Hintergrund bereits im Januar 2021 gewarnt:

„Die Welt steht am Rande eines katastrophalen moralischen Versagens – und der Preis für dieses Versagen wird in den ärmsten Ländern der Welt mit Leben und Existenzgrundlagen bezahlt werden.“⁷

Im Mai 2021 wurde der WHO-Generaldirektor in seiner Kritik noch deutlicher, als er angesichts der ungleichen Verteilung von Impfstoffen feststellte:

„(...) nicht nur, dass die Welt von einer Impfstoff-Apartheid bedroht ist; die Welt befindet sich in einer Impfstoff-Apartheid. (...) Das Grundproblem besteht im Mangel an Teilen, also ist die Lösung mehr Teilen.“⁸

Die ungleiche Verteilung von Impfstoffen ist ein besonders eklatantes Beispiel für die fatalen Auswirkungen der „enormen Disparitäten von Möglichkeiten, Wohlstand und Macht“ in der Welt, die die Regierungen bereits in der Agenda 2030 als „immense Herausforderung für nachhaltige Entwicklung“ bezeichnet haben.⁹ Ohne die Überwindung dieser Disparitäten wird weder die COVID-19-Pandemie dauerhaft bewältigt noch können die Nachhaltigkeitsziele der Agenda 2030, die SDGs, verwirklicht werden.

Globale Impfgerechtigkeit ist der Schlüssel zur Überwindung der Coronakrise. Wenn die gerechte Verteilung von SARS-CoV-2-Impfstoffen nicht frühzeitig gelingt, könnte dies nach wissenschaftlichen Modellberechnungen zu einer Verdoppelung der weltweiten Sterblichkeitsrate führen.¹⁰

6 UN (2015), SDG 3.

7 <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board> (Übersetzung JM)

8 <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-paris-peace-forum-spring-meeting-17-may-2021> (Übersetzung JM)

9 UN (2015), Pkt. 14.

10 Chinazzi/Davis/Dean et al. (2020).

Globale Impfgerechtigkeit erfordert grundlegende Veränderungen in der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung und der globalen Gesundheitsgovernance. Wenn sie nicht erreicht wird, drohen immer neue Virusmutationen Wirtschaft und Gesellschaft lahmzulegen. Fest steht zudem, dass SARS-CoV-2 nicht das letzte Virus seiner Art bleiben wird. Aktuelle Forschungen zeigen, dass es unzählige Viren gibt, die das Potenzial haben, von Tieren auf den Menschen überzuspringen.¹¹ Wenn die Weltgemeinschaft nicht massiv gegensteuert, stehen ihr weitere Pandemien mit unvorhersehbaren Auswirkungen bevor. Das G20 High Level Independent Panel spricht in seinem Report bereits von einem „Zeitalter der Pandemien“.¹²

Dieser Report liefert eine Momentaufnahme der weltweiten Bekämpfung der COVID-19-Pandemie.

- » Er informiert zunächst über die Entwicklung der globalen Impfstoffproduktion und -verteilungen und analysiert Ursachen und Folgen der weltweiten Ungleichverteilung, insbesondere für die Länder des globalen Südens.
- » Im Anschluss beschreibt er, welche Strategien und Maßnahmen zur Reduzierung des globalen Impfgefälles vorgeschlagen und umgesetzt werden – und welche nicht.
- » Im abschließenden Kapitel skizziert der Report neben notwendigen Sofortmaßnahmen auch längerfristige Strategien und Vorschläge zur weltweiten Pandemieprävention, die über das Impfen hinaus die globale Gesundheitsgerechtigkeit zum Ziel haben.

11 <https://www.geo.de/wissen/gesundheits/zoosen--das-sind-die-gefaehrlichsten-viren-30466204.html> und <https://spillover.global/ranking-comparison/>

12 G20 High Level Independent Panel (2021), S. 5 (Übersetzung JM).

II - Der ungleiche Wettlauf um Impfstoffe

Am 10. Januar 2020 veröffentlichte ein Forscherteam unter Leitung des chinesischen Professors Yong-Zhen Zhang von der Fudan Universität in Shanghai den Gencode des neuartigen Coronavirus im Internet.¹³ Zu diesem Zeitpunkt gab es gerade einmal 41 offiziell registrierte Infizierte, die Gesundheitsbehörde in Wuhan meldete kurz darauf den ersten Todesfall infolge des Virus.¹⁴ Welches globale Ausmaß die von dem Virus verursachte Krankheit (COVID-19) erreichen sollte, war zum damaligen Zeitpunkt kaum vorstellbar. Dennoch begannen nur wenige Tage später Wissenschaftler*innen an verschiedenen Orten der Welt mit der Erforschung eines Impfstoffs gegen das neue Virus, das später den offiziellen Namen SARS-CoV-2 erhielt.

Es begann ein historisch einmaliges Wettrennen. An der Spitze lagen die Biotechnologieunternehmen Moderna aus Cambridge, Massachusetts und BioNTech aus Mainz, das Jenner Institut der Universität Oxford, die chinesischen Firmen Sinopharm und Sinovac, das staatliche russische Gamaleja-Institut, sowie Bharat Biotech und das Serum Institute aus Indien.

Da die kleinen Biotech-Firmen und Forschungsinstitute bei weitem nicht über die notwendigen Produktions- und Vermarktungskapazitäten verfügten, um Impfstoffe für Milliarden von Menschen herzustellen, gingen sie rasch Kooperationen mit größeren Pharmaunternehmen ein. Das Jenner Institut der Universität Oxford schloss einen Vertrag mit dem britisch-schwedischen Unternehmen AstraZeneca, Moderna ging eine 10-Jahresvereinbarung mit der schweizerischen Lonza Group ein, BioNTech unterschrieb am 9. April 2020 einen Vertrag mit dem US-Pharmakonzern Pfizer. Pfizers bis dahin bekanntestes Medikament war das Potenzmittel Viagra. Der Konzern geriet 1996 wegen Medikamententests in Nigeria in die Schlagzeilen, in deren Zusammenhang zahlreiche Kinder starben oder körperliche Schäden davontrugen. John le Carré hat diesen Vorfall in seinem Roman *Der ewige Gärtner* verarbeitet. BioNTech und Pfizer vereinbarten, sich die Entwicklungskosten und den Bruttogewinn aus dem COVID-19-Geschäft zu teilen. Die globalen Vermarktungsrechte erhielt überwiegend Pfizer, während BioNTech die Vertriebsrechte für Deutschland, die Türkei und China behalten sollte.¹⁵

Die Arbeiten an dem neuen Impfstoff erfolgten in Rekordgeschwindigkeit. Dauert normalerweise der Prozess der Impfstoffentwicklung von

13 <https://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319>

14 <https://www.science.org/content/article/chinese-researchers-reveal-draft-genome-virus-implicated-wuhan-pneumonia-outbreak>

15 Kuchler/Mancini/Pilling (2021).

den ersten Forschungen bis zur Massenproduktion etwa zehn Jahre, sollte er nun in weniger als einem Jahr abgeschlossen sein.¹⁶ Die erste Impfung mit einem experimentellen Coronaimpfstoff fand nach Medienberichten bereits am 29. Februar 2020 in Wuhan statt.¹⁷ Erste Tests des Moderna-Impfstoffs begannen im März 2020.¹⁸ BioNTech und andere folgten kurze Zeit später. Die erste Notfallzulassung erhielt der russische Impfstoff Sputnik V des Gamaleja-Instituts im August 2020, noch bevor die klinische Phase III-Tests überhaupt begonnen hatten.¹⁹ Breitenwirksame Impfungen der Bevölkerung begannen in den USA und der EU mit den Notfallzulassungen der Impfstoffe von Moderna und BioNTech im Dezember 2020.

Bis Ende 2021 wurden weltweit rund 30 Impfstoffe von zumindest einer nationalen Gesundheitsbehörde zugelassen.²⁰ Neun von ihnen wurden von der WHO auf die Notfallliste gesetzt (Emergency Use Listing, EUL) und damit offiziell anerkannt.²¹ Von diesen wurden bisher allerdings nur fünf in der EU und drei in den USA zugelassen (siehe Tabelle 1). Darüber hinaus listet die WHO inzwischen insgesamt 137 Impfstoffkandidaten auf, die sich in der Phase klinischer Studien befinden, und 194 in präklinischer Entwicklung.²²

Staatliche Finanzspritzen für die Pharmaindustrie

Die weltweite Impfstoffentwicklung wurde in massivem Umfang mit staatlichen Geldern subventioniert. Allein die US-Regierung gab 2020 mehr als 12 Milliarden US-Dollar für ihre Operation Warp Speed aus, um die Entwicklung, die Herstellung und den Vertrieb von COVID-19-Impfstoffen „in Überlichtgeschwindigkeit“ zu fördern.²³ Nutznießer waren sechs überwiegend US-amerikanische Impfstoffproduzenten (siehe Abbildung 2). Allein Moderna erhielt von der Trump-Administration über 4 Milliarden US-Dollar für die Forschung, Entwicklung und Produktion seines Coronaimpfstoffs. Als Gegenleistung sicherte sich die US-Regierung von den Produzenten vorab 900 Millionen Impfdosen.

16 United States Government Accountability Office (2021), S. 3.

17 Cohen (2020).

18 <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-clinical-trial-investigational-vaccine-covid-19-begins>

19 <https://sputnikvaccine.com/>

20 Umfassende aktuelle Informationen über alle Coronaimpfstoffe stellt der COVID-19 Vaccine Tracker der McGill University zur Verfügung: <https://covid19.trackvaccines.org/>

21 <https://extranet.who.int/pqweb/vaccines/vaccinescovid-19-vaccine-eul-issued>

22 <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>

23 Insgesamt werden die Ausgaben im Rahmen von Operation Warp Speed für Impfstoffe sowie Vor- und Hilfsprodukte (wie Impfstoffampullen) mit rund 18 Milliarden US-Dollar beziffert, Baker/Koons (2020).

Tabelle 1

Weltweit zugelassene Coronaimpfstoffe (Stand 31. 12. 2021)

Produzent	Impfstoff	Land	WHO Emergency Use Listing	Zulassung durch die Europäische Kommission	Zulassung durch die U.S. Food and Drug Administration
BioNTech-Pfizer	Comirnaty	Deutschland/USA	✓	✓	✓
Moderna	Spikevax	USA	✓	✓	✓
AstraZeneca	Vaxzevria	GB/Schweden	✓	✓	✓
Janssen-Cilag International (Johnson & Johnson)	Ad26.COVS.2.S	Belgien	✓	✓	
Novavax	Nuvaxovid	USA	✓	✓	
Serum Institute of India	Covishield	Indien	✓		
Serum Institute of India	Covovax	Indien	✓		
Bharat Biotech	Covaxin	Indien	✓		
Sinovac Life Sciences	CoronaVac	China	✓		
Sinopharm	BBIBP-CorV	China			
CanSino	Ad5-nCOV	China			
Anhui ZL	Recombinant SARS-CoV-2 vaccine	China			
Shenzhen Kangtai Biological Products	KCONECAVAC	China			
Shenzhen Geno-Immune Medical Institute	LV-SMENP-DC	China			
Zyodus Cadila	ZyCov-D	Indien			
Gamaleya	Sputnik V	Russland			
Gamaleya	Sputnik Light	Russland			
Gamaleya	Sputnik M	Russland			
Staatl. Forschungszentrum für Virologie und Biotechnologie (Vector)	EpiVacCorona	Russland			
Tschumakow-Forschungszentrum	Covi-Vac	Russland			
Research Institute of Biological Safety Problems (RIBSP)	QazCovid	Kasachstan			
Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología	Abdala	Kuba			
Finlay Institut	Soberana 2	Kuba			
Finlay Institut	Soberana Plus	Kuba			
Shifa Pharmed Industrial Group	CovIran Barekat	Iran			
Organization of Defensive Innovation and Research (Iranisches Verteidigungsministerium)	FAKHRAVAC	Iran			
Vaxine/CinnaGen	SpikoGen	Australien/Iran			
Medigen	MVC-COV1901	Taiwan			

Quellen: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>, <https://extranet.who.int/pqweb/vaccines/vaccinescovid-19-vaccine-eul-issued> und eigene Zusammenstellung

Noch kurz vor Ende seiner Amtszeit unterzeichnete Donald Trump am 8. Dezember 2020 einen Präsidentenerlass, der die US-Pharmafirmen verpflichtete, Impfstoffe zunächst prioritär in den USA zu verkaufen. Erst nachdem die US-Behörden festgestellt hätten, dass ein ausreichender Vorrat an COVID-19-Impfstoffdosen für alle Amerikaner*innen, die sich impfen lassen wollen, vorhanden sei, solle der Export in andere Länder genehmigt werden.²⁴

Wissenschaftler*innen, wie die Lancet Commission on COVID-19 Vaccines and Therapeutics, kritisierten diese Form des Impfnationalismus heftig und warnten davor, dass sich dadurch die globale COVID-19-Sterblichkeitsrate erheblich erhöhe.²⁵

Abbildung 2

Operation Warp Speed – Die Deals zwischen US-Regierung und Impfstoffproduzenten

Produzent	Finanzielle Unterstützung in Millionen US-Dollar	Impfdosen als Gegenleistung in Millionen
Moderna	4.155	200
Sanofi-GlaxoSmithKline	2.000	100
BioNTech Pfizer	1.950	100
Novavax	1.600	100
Johnson & Johnson	1.456	100
AstraZeneca	1.200	300
Gesamt	12.361	900

Quelle: <https://time.com/5921360/operation-warp-speed-vaccine-spending/>

24 <https://trumpwhitehouse.archives.gov/presidential-actions/executive-order-ensuring-access-united-states-government-covid-19-vaccines/>

25 Lancet Commission on COVID-19 Vaccines and Therapeutics Task Force Members (2021).

Auch europäische Regierungen haben die Forschung und Entwicklung von Corona-Impfstoffen mit hohen Millionenbeträgen gefördert. Nach Schätzungen eines Konsortiums von Wissenschaftler*innen hat die Universität Oxford für ihre Forschung und Entwicklung des AstraZeneca-Impfstoffs von der britischen Regierung mindestens 104 Millionen Britische Pfund (120 Millionen Euro) erhalten.²⁶

In Deutschland hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Juni 2020 ein Sonderprogramm Impfstoffentwicklung mit einem Volumen von bis zu 750 Millionen Euro aufgelegt. BioNTech erhielt 375 Millionen Euro, CureVac aus Tübingen 230 Millionen Euro und die IDT Biologika aus Dessau 114 Millionen Euro.²⁷

Im Gegenzug sicherten sich die Regierungen über Abnahmegarantien und Liefervorverträge vorab enorme Mengen an Impfdosen.

Bilaterale Lieferabkommen an der WHO vorbei

Eigentlich hatte die WHO frühzeitig an die Staaten appelliert, sich auf eine koordinierte Verteilung der Impfstoffe zu einigen. Die verfügbaren Dosen sollten weltweit fair entsprechend der Bevölkerungsgröße der jeweiligen Länder verteilt werden. Die WHO hatte dafür bereits im Sommer 2020 einen Fairen Allokationsrahmen (*Fair Allocation Framework*) entwickelt, dem sich alle Länder anschließen sollten.²⁸ Er sollte ursprünglich im Rahmen der COVAX Facility umgesetzt werden (mehr dazu in Kapitel 2). Angesichts der zu erwartenden Impfstoffknappheit warnte die WHO:

„Wenn es keinen internationalen Plan für eine gerechte Verteilung der Impfstoffe gibt, wird es an einigen Orten zu Hortungen und an anderen zu lebensbedrohlichen Engpässen kommen. Es wird auch zu Preisspitzen kommen.“²⁹

Infolge der nationalen Alleingänge vor allem der reichen Länder ist genau dies geschehen. Die Europäische Kommission, die USA, Großbritannien und zahlreiche weitere Länder haben frühzeitig bilaterale Lieferverträge mit Pharmafirmen unterzeichnet, um sich Impfstoffkontingente zu sichern. Die ersten Deals haben die USA und Großbritannien bereits am

²⁶ Cross/Rho/Reddy et al. (2021).

²⁷ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/forschung/corona-impfstoff-1787044> und <https://www.dzif.de/de/bund-foerdert-covid-19-impfstoffprojekt-von-dzif-und-idt-biologika>

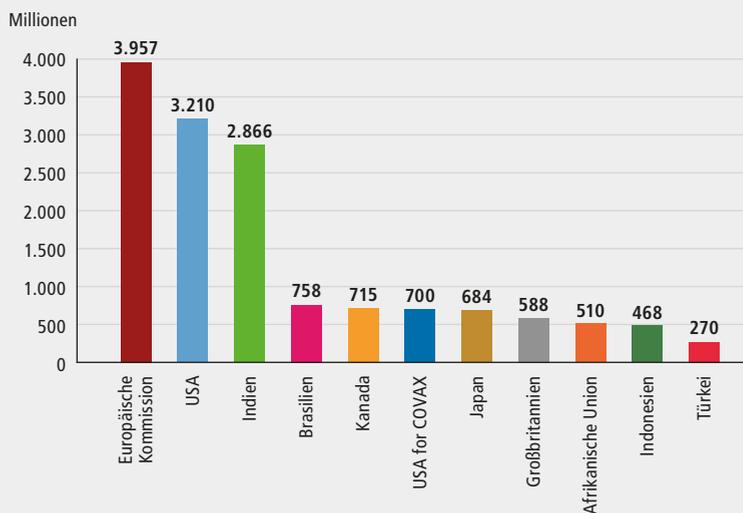
²⁸ WHO (2020).

²⁹ <https://www.who.int/publications/m/item/fair-allocation-mechanism-for-covid-19-vaccines-through-the-covax-facility> (Übersetzung JM).

21. Mai 2020 mit AstraZenca unter Dach und Fach gebracht. Israel, Japan, Kanada, die Schweiz und, mit leichter Verzögerung, die Europäische Kommission folgten wenig später. Nachdem klar wurde, dass ein weltweit koordiniertes Vorgehen nicht möglich war, beteiligten sich auch immer mehr Länder des globalen Südens am ungleichen Wettlauf um Impfstoffe. Mittlerweile (Stand 31.1.2022) gibt es über 500 bilaterale oder multilaterale Liefervereinbarungen.³⁰ Mit ihnen haben sich Regierungen weltweit rund 15 Milliarden Impfstoffdosen gesichert.³¹ Sie würden ausreichen, um die gesamte Weltbevölkerung zweimal zu impfen – wenn die Impfstoffe gerecht verteilt werden würden. Stattdessen horten die reichen Länder Impfstoffe (bzw. Optionen auf Impfstoffe) in einem Ausmaß, der weit über den eigenen Bedarf hinausgeht (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3

COVID-19-Impfstoff-Lieferverträge nach den 10 wichtigsten Empfängerländern/-gruppen (Anzahl der Dosen in Millionen)



Quelle: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>, Stand: 31.1.2022.

30 <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

31 Hinzu kommen Liefervereinbarungen im Umfang von etwa 2,8 Milliarden Impfdosen für COVAX (mehr dazu in Kapitel 2).

Die Europäische Kommission hat bislang Lieferverträge bzw. Vorabkaufverträge (*Advance Purchase Agreements*) über etwa vier Milliarden Impfdosen abgeschlossen (siehe Tabelle 2). Das entspricht acht Impfdosen pro Kopf der EU-Bevölkerung. Die Deals erläutert die Kommission folgendermaßen:

„Im Gegenzug für das Recht, innerhalb eines bestimmten Zeitraums eine bestimmte Anzahl von Impfstoffdosen ankaufen zu können, finanziert die Kommission einen Teil der Vorlaufkosten der Impfstoffhersteller in Form von Abnahmegarantien. Die bereitgestellten Mittel werden als Anzahlung für die Impfstoffe betrachtet, die tatsächlich von den Mitgliedstaaten erworben werden.“³²

Tabelle 2

Lieferverträge der Europäischen Kommission mit Impfstoffproduzenten (Impfdosen in Millionen, Stand 31. 12. 2021)

Datum	Produzent	Gesicherte Impfdosen in Millionen	Optionale Impfdosen in Millionen
27.8.2020	AstraZeneca	300	
18.9.2020	Sanofi Pasteur GSK	300	
23.9.2020	Novavax	100	100
8.10.2020	Janssen	200	
11.11.2020	BioNTech-Pfizer	200	100
24.11.2020	Moderna	160	
17.02.2021	BioNTech-Pfizer	200	100
17.02.2021	Moderna	150	
20.05.2021	BioNTech-Pfizer	900	900
22.06.2021	Moderna	150	
06.07.2021	Janssen	36,7	
10.11.2021	Valneva	27	33
alle Produzenten		2.723,7	1.233
		3.956,7	

Quelle: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>³³ und eigene Recherchen.

³² https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_20_2081

³³ Die Europäische Kommission hatte zusätzlich eine Liefervereinbarung mit dem Tübinger Unternehmen CureVac über 405 Millionen Impfdosen abgeschlossen, die aber nicht umgesetzt wird, weil sich CureVac aus dem Verfahren zurückgezogen hat.

Deutschland hat nach Angaben der Bundesregierung aus den Verträgen der Europäischen Kommission bislang 663,9 Millionen Impfdosen im Gesamtwert von ca. 12,5 Mrd. Euro bestellt (siehe Tabelle 3). Das entspricht acht Impfdosen pro Kopf der Bevölkerung.³⁴

Auch die Schweiz hat sich bislang acht Impfdosen pro Kopf der Bevölkerung gesichert, Großbritannien könnte mit den vertraglich vereinbarten Dosen seine Bevölkerung 9-mal impfen, die USA 10-mal und Kanada sogar 18-mal.³⁵

Der WHO-Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus kritisierte diese Praxis scharf, aber leider ohne Erfolg:

„Auch wenn sie von gerechtem Zugang sprechen, präferieren einige Länder und Unternehmen weiterhin bilaterale Abkommen, umgehen COVAX, treiben die Preise in die Höhe und versuchen, sich an die Spitze der Warteschlange zu setzen. Das ist falsch.“³⁶

Tabelle 3

Von Deutschland bestellte Impfdosen (Stand 31. 12. 2021)

Produzent	Bestellte Impfdosen (in Millionen)	Lieferzeitraum
AstraZeneca	ca. 56,3	2021
BioNTech-Pfizer	ca. 367,3	2021–2023
Moderna	ca. 120,3	2021/2022
Johnson & Johnson (Janssen)	ca. 55	2021/2022
Sanofi Pasteur GSK	ca. 20	2022
Valneva	ca. 11	2022
Novavax	bis zu 34	2022

Quelle: Bundesregierung (2022a), S. 2.

34 Bundesregierung (2022a), S. 2.

35 Eigene Berechnung auf Grundlage von <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

36 <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board> (Übersetzung JM)

Der Markt macht den Preis

Was die Lage für viele Länder des globalen Südens noch schwieriger macht, ist die enorme Preisspanne bei den Impfstoffen. Auch wenn die Lieferverträge geheim sind, wurden in den letzten Monaten immer mehr Preisinformationen offengelegt. UNICEF veröffentlicht sie kontinuierlich auf seinem Vaccine Market Dashboard (<https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>). Die billigste Dosis des COVID-19-Vaccines kostete demnach 2,19 US-Dollar (AstraZeneca), die teuerste 40 US-Dollar (Moderna). Dabei verlangen die Produzenten keine Einheitspreise, sondern variieren ihre Preise je nach Abnahmemenge und Verhandlungsmacht des Abnehmers.

Die Financial Times berichtet, dass Pfizer in den Verhandlungen mit der US-Regierung ursprünglich einen Preis von 100 US-Dollar pro Impfdosis verlangt hatte. Am Ende begnügte sich der Konzern in seinem ersten Vertrag mit der US-Regierung mit einem Preis von 19,50 US-Dollar. Das entsprach etwa dem Preisniveau des Moderna-Impfstoffs, war aber im Durchschnitt noch immer viermal so hoch wie eine Dosis des Johnson&Johnson-Impfstoffs und fünfmal so hoch wie eine Dosis von AstraZeneca.³⁷

Nachdem das Jenner-Institut der Universität Oxford einen Exklusivvertrag mit AstraZeneca eingegangen war, erklärte das Unternehmen, es werde die Impfstoffe während der Pandemie zum Selbstkostenpreis verkaufen. Auch Johnson & Johnson versprach, während der Pandemie mit seinem Impfstoff keinen Gewinn erzielen zu wollen. Da die entsprechenden Finanzinformationen aber vertraulich behandelt werden, lässt sich nicht überprüfen, ob die Impfstoffe tatsächlich zum Selbstkostenpreis verkauft werden.³⁸

Pfizer und BioNTech haben sich auf eine solche Selbstverpflichtung erst gar nicht eingelassen. Sie haben lediglich angekündigt, in den Jahren 2021 und 2022 insgesamt eine Milliarde Impfdosen der US-Regierung zum Selbstkostenpreis zu liefern, damit diese sie den ärmsten Ländern kostenlos zur Verfügung stellen kann.³⁹ BioNTech erklärte dazu:

„Die Unternehmen setzen sich weiterhin für einen gleichberechtigten und erschwinglichen Zugang zu COVID-19-Impfstoffen für alle Menschen weltweit ein. Sie arbeiten aktiv mit Regierungen und Partnern aus dem Bereich der globalen Gesundheit

37 Kuchler/Mancini/Pilling (2021).

38 Hancock (2020).

39 https://s28.q4cdn.com/781576035/files/doc_financials/2021/q3/Q3-2021-PFE-Earnings-Release.pdf

zusammen und haben sich verpflichtet, in den Jahren 2021 und 2022 insgesamt zwei Milliarden Dosen für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen bereitzustellen.“⁴⁰

Das bedeutet freilich, dass über 70 Prozent der geplanten Gesamtproduktion von BioNTech-Pfizer (drei Milliarden Dosen 2021 und vier Milliarden Dosen 2022) in die reichen Länder fließen, und auch die Hälfte der für die ärmeren Länder vorgesehenen Dosen an diese zu Marktpreisen verkauft wird.

Gelegentlich gewähren die Produzenten ausgerechnet den reichen Ländern Vorzugsbedingungen, während Länder des globalen Südens zum Teil höhere Preise zahlen müssen. Die Europäische Kommission bekam beispielsweise eine Charge des AstraZeneca Impfstoffs für 2,19 US-Dollar, während Argentinien 4,10 US-Dollar und Südafrika 5,25 US-Dollar zahlen mussten. Wesentlich teurer sind allerdings die mRNA-Impfstoffe von BioNTech-Pfizer und Moderna. Die Afrikanische Union musste für eine Dosis des BioNTech-Pfizer-Impfstoffs 6,75 US-Dollar bezahlen, die Europäische Kommission sogar bis zu 23,15 US-Dollar. Botswana musste für 500.000 Dosen des Moderna-Impfstoffs 14,44 Million US-Dollar ausgeben, d.h. 28,88 US-Dollar pro Dosis, während die USA den Impfstoff von Moderna fast zum halben Preis (15 US-Dollar) bekamen. Kuwait legte für jede Dosis des Moderna-Impfstoffs sogar 40 US-Dollar auf den Tisch.

Bei den Preisen anderer Impfstoffhersteller gibt es ähnliche Unterschiede. Die Preise pro Dosis der chinesischen Hersteller Sinopharm und Sinovac liegen zwischen 9 und 36 US-Dollar, der russische Impfstoff Sputnik V kostet zwischen 3 und 27 US-Dollar pro Dosis. Dagegen liegen die Preise des Serum Institute of India mit 3 bis 5 US-Dollar weit darunter (siehe Abbildung 4).

Restriktive Vertragsbedingungen der Pharmafirmen

Eine weitere Hürde bei der Impfstoffbeschaffung bildeten die restriktiven Vertragsbedingungen, die einige Pharmafirmen, allen voran Pfizer, gegenüber den Regierungen formulierten. Die Verträge unterliegen zwar in der Regel der strikten Geheimhaltung, es gelang jedoch dem Bureau of Investigative Journalism⁴¹ und Public Citizen⁴², einige Verträge, die Pfizer abgeschlossen hat, publik

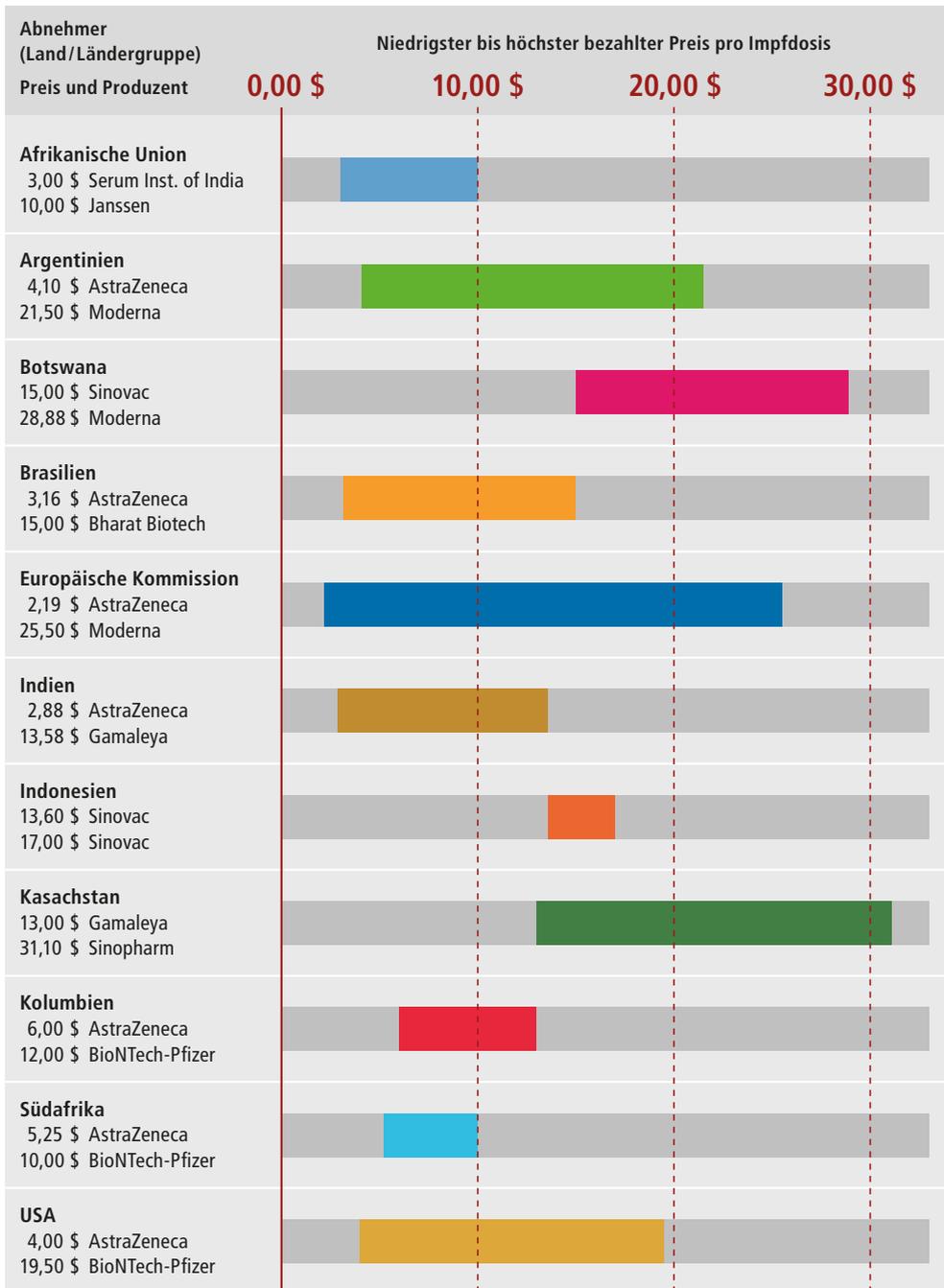
40 <https://investors.biontech.de/de/news-releases/news-release-details/biontech-veroeffentlicht-ergebnisse-des-dritten-quartals-2021>

41 Davies/Furieux/Ruiz/Langlois (2021)

42 Rizvi (2021).

Abbildung 4

Die Preisdifferenzen von Corona-Impfstoffen (ausgewählte Länderbeispiele)

Quelle: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

zu machen, unter anderem mit Brasilien, Argentinien, Chile, Kolumbien, Großbritannien, den USA und der Europäischen Kommission.

Demnach mussten sich Regierungen vertraglich verpflichten, Pfizer gegenüber allen Klagen und Schadensersatzforderungen im Zusammenhang mit dem geistigen Eigentum von Impfstoffen zu verteidigen und schadlos zu halten. Außerdem verlangte Pfizer unter anderem von Brasilien und Argentinien, staatliche Vermögenswerte als Sicherheiten für künftige Rechtskosten zu hinterlegen. Mehrere Verträge enthalten die Klausel, dass die Regierungen ausdrücklich und unwiderruflich auf jedes Recht auf Immunität verzichten, das sie oder ihre Vermögenswerte haben oder in Zukunft erwerben könnten (*„expressly and irrevocably waives any right of immunity which either it or its assets may have or acquire in the future“*).⁴³ Im Falle Brasiliens, Chiles, Kolumbiens und der Dominikanischen Republik schließt dies sogar die Immunität gegen die vorsorgliche Beschlagnahme von Vermögenswerten ein (*„immunity against precautionary seizure of any of its assets“*).⁴⁴

Nach Angaben der Washington Post haben unabhängige Juristen die Vertragsbedingungen überprüft und einige Forderungen als „extrem“ bewertet.⁴⁵ „Es ist fast so, als ob das Unternehmen die Vereinigten Staaten bitten würde, den Grand Canyon als Sicherheit zu hinterlegen,“ urteilte beispielsweise Lawrence Gostin, Professor für öffentliches Gesundheitsrecht an der Georgetown University.⁴⁶

Das Unternehmen wies diese Vorwürfe zurück. „Pfizer hat nicht interveniert und hat absolut nicht die Absicht, in diplomatischen, militärischen oder kulturell bedeutsamen Vermögenswerten eines Landes zu intervenieren,“ erklärte Sharon Castillo, eine Sprecherin von Pfizer. „Etwas Gegenteiliges zu behaupten ist unverantwortlich und irreführend.“⁴⁷

Ähnlich Vorwürfe gegen Pfizer kamen aber auch aus anderen Regionen. In Südafrika sprach der ehemalige Gesundheitsminister Zweli Mkhize von „unangemessenen Forderungen“ Pfizers, als der Konzern von der südafrikanischen Regierung die Finanzierung eines Entschädigungsfonds verlangte, um ihn gegenüber Schadensersatzansprüchen zu schützen.⁴⁸

Eine weitere Vertragsklausel betrifft mögliche Impfstoffspenden. So ist es der brasilianischen Regierung beispielsweise untersagt, Spenden des Pfizer-Impfstoffs aus anderen Ländern anzunehmen oder Pfizer-Impfstoffe

43 Ebd., S. 10.

44 Ebd., S. 11.

45 Taylor (2021).

46 Zitiert nach Taylor (2021). (Übersetzung JM)

47 Ebd. (Übersetzung JM).

48 Kuchler/Mancini/Pilling (2021).

von anderen Ländern zu kaufen, ohne die Erlaubnis von Pfizer zu haben. Gleichzeitig ist es der brasilianischen Regierung untersagt, den Impfstoff ohne Genehmigung von Pfizer zu spenden oder weiterzuverkaufen.⁴⁹

Impfquote in armen Ländern unter fünf Prozent

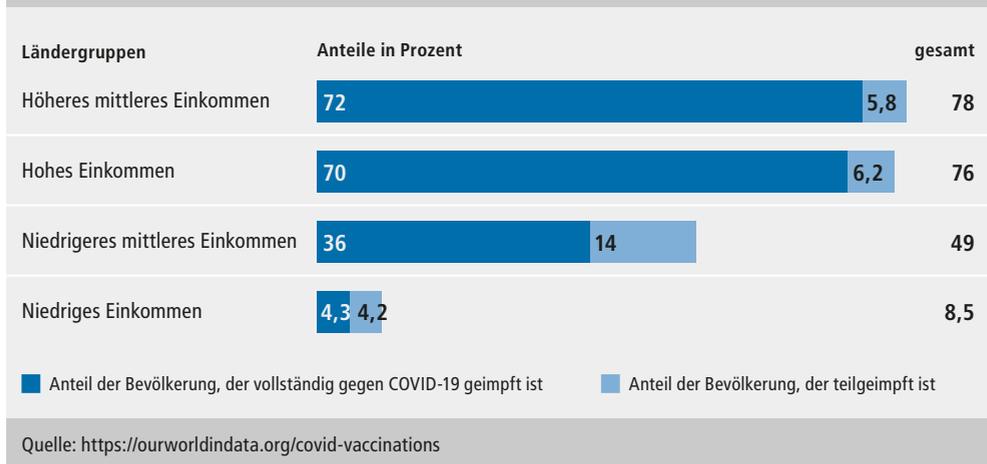
Die massive Nachfragekonkurrenz, die begrenzten Produktionskapazitäten der wenigen Anbieter, die für ärmere Länder oft unbezahlbaren Preise, sowie rechtliche und logistische Hindernisse hatten das ganze Jahr 2021 hindurch zur Folge, dass vor allem die Länder mit niedrigem Einkommen im globalen Wettlauf um Impfstoffe den Kürzeren zogen.

Bis Ende 2021 wurden weltweit etwa neun Milliarden Dosen eines COVID-19-Impfstoffs verabreicht. Doch während in Ländern mit hohem und höherem mittlerem Einkommen mehr als 70 Prozent der Menschen vollständig geimpft waren, lag der Anteil in den Ländern mit niedrigem Einkommen bei gerade einmal 4,3 Prozent (siehe Abbildung 5).

Von den weltweit 20 Ländern, in denen über 95 Prozent der Bevölkerung Ende 2021 keinen vollständigen Impfschutz hatten, liegen bis auf zwei (Haiti und Papua-Neuguinea) alle in Afrika (siehe Tabelle 4 und Kasten 1).

Abbildung 5

Anteil der Bevölkerung, die gegen COVID-19 geimpft wurde
(nach Ländergruppen, Stand 1. 1. 2022)



49 Rizvi (2021), S. 7f.

Kasten 1

Afrika in der Pandemie

In der ersten Phase der COVID-19-Pandemie 2020 schien es, als ob Afrika vergleichsweise glimpflich durch die Krise kommen würde. Die offiziellen Infektions- und Todeszahlen blieben niedrig. Als Erklärung dafür wurde das Zusammenspiel verschiedener Faktoren genannt: Die vergleichsweise junge Bevölkerung, die weniger anfällig für schwere Krankheitsverläufe ist, das warme Klima und die zum Teil dünne Besiedelung, die eine rasche Ausbreitung des Virus erschwerten. Hinzu kamen die vielfältigen Erfahrungen mit früheren Pandemien.⁵⁰ Eine Rolle spielten zudem die drastischen Lockdownmaßnahmen und Schulschließungen in vielen afrikanischen Ländern, für die allerdings die Bevölkerung, insbesondere die Kinder, einen hohen sozialen und ökonomischen Preis zahlen mussten. In den Medien war angesichts der niedrigen Fallzahlen bereits die Rede vom „afrikanischen Corona-Wunder“.⁵¹

Die offiziellen Zahlen sagen allerdings nicht die ganze Wahrheit. Da nur geringe Testkapazitäten bestehen, kann die Zahl der tatsächlich Infizierten noch nicht einmal annähernd ermittelt werden. Häufig werden Verstorbene rasch begraben, bevor die genaue Todesursache festgestellt werden kann. Das WHO-Büro im kongolesischen Brazzaville schätzt, dass in Afrika sechs von sieben COVID-19-Erkrankungen unentdeckt bleiben.⁵² Die Afrika-Direktorin der WHO, Matshidiso Moeti, spricht angesichts der schlechten Datenlage davon, „im Blindflug“ zu agieren.⁵³

Wie hoch die Zahl der Infizierten in afrikanischen Ballungsräumen tatsächlich ist, lassen einige punktuelle Untersuchungen zum Beispiel in Nairobis dichtbesiedeltem Stadtteil Kibera, einem der größten Slums Afrikas, erahnen. Dort haben sich schätzungsweise bereits 50-70 Prozent aller Erwachsenen mit dem Coronavirus infiziert.⁵⁴

Das heißt aber nicht, dass die Krise damit überwunden ist und Entwarnung gegeben werden kann. Vor dem Hintergrund der Ausbreitung der Omikron-Variante wies die IWF-Chefin Kristalina Georgieva darauf hin, dass mit jeder Welle in Afrika mehr Menschen infiziert wurden und der zeitliche Abstand zwischen den Wellen abnahm („each wave is larger and faster“).⁵⁵ Gerade die dritte und vierte Welle der Pandemie haben einige afrikanische Länder, wie Südafrika und Kenia, massiv getroffen.

Um zu verhindern, dass sich neue und eventuell gefährlichere Virusvarianten bilden, führt an flächendeckenden Impfungen der Bevölkerung in allen afrikanischen Ländern kein Weg vorbei. Zu diesem Zweck wäre der Aufbau einer eigenen COVID-19-Impfstoffproduktion auf dem afrikanischen Kontinent dringend erforderlich – und möglich.

50 Mutapi (2021)

51 So z. B. bei Hoffmann (2021a).

52 Schönherr (2021).

53 Ebd.

54 Zitiert nach Hoffmann (2021a).

55 https://blogs.imf.org/2022/01/12/support-for-africas-vaccine-production-is-good-for-the-world/?utm_medium=email&utm_source=govdelivery

Tabelle 4

Die 20 Länder mit der niedrigsten Impfquote
 (Vollständig geimpfter Bevölkerungsanteil in Prozent)

Burundi	0,03		Papua-Neuguinea	2,46
Demokratische Republik Kongo	0,13		Mali	2,48
Tschad	0,48		Madagaskar	2,70
Haiti	0,65		Sudan	2,75
Guinea-Bissau	1,15		Uganda	2,99
Äthiopien	1,35		Burkina Faso	3,38
Südsudan	1,60		Malawi	3,66
Nigeria	2,16		Syrien	4,66
Tansania	2,21		Sierra Leone	4,73
Kamerun	2,42		Somalia	4,95

Quelle: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (jeweils aktuellste Werte aus dem Zeitraum 8. 12. 2021 – 5. 1. 2022)

Historische Gewinne der Impfstoffproduzenten

Während die Weltwirtschaft infolge der Pandemie in eine tiefe Rezession stürzte und die Zahl der Menschen, die in extremer Armut leben müssen, um mindestens 100 Millionen gestiegen ist,⁵⁶ machte das Oligopol der Impfstoffproduzenten 2021 exorbitante Gewinne – zumindest diejenigen, die in der Entwicklung eines Coronaimpfostoffs erfolgreich waren. Sie profitierten davon, dass die Nachfrage nach Impfstoffen das Angebot bei weitem übertraf und sich auf dem Markt Preise durchsetzen ließen, die die Produktionskosten oft um ein Vielfaches überstiegen. Nach Schätzungen einer von Public Citizen veröffentlichten Studie betragen die Produktionskosten für mRNA-Impfstoffe zwischen 1,18 US-Dollar (BioNTech–Pfizer) und 2,88 US-Dollar (Moderna).⁵⁷ Die von den Regierungen gezahlten Preise waren zum Teil mehr als 10-mal so hoch (siehe oben).

Zu den größten Gewinnern des Impfstoffbooms gehören die Marktführer Pfizer und BioNTech. Der US-Pharmakonzern **Pfizer** verzeichnet für

56 <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/covid-19-leaves-legacy-rising-poverty-and-widening-inequality>

57 Kis/Rizvi (2021).

2021 einen sprunghaften Umsatzanstieg um 95 Prozent von 41,7 Milliarden US-Dollar auf 81,3 Milliarden US-Dollar.⁵⁸ Davon entfallen allein 36,9 Milliarden US-Dollar auf den COVID-19-Impfstoff Comirnaty und das COVID-19-Medikament Paxlovid. Pfizers Nettogewinn stieg 2021 gegenüber dem Vorjahr um 140 Prozent auf 21,979 Milliarden US-Dollar.⁵⁹ Mit anderen Worten: Die Pandemie bescherte Pfizer 2021 einen Extragewinn von über 12 Milliarden US-Dollar (siehe Abbildung 6). 8,7 Milliarden US-Dollar flossen als Cash-Dividende direkt an die Anteilseigner.⁶⁰ Für 2022 rechnet Pfizer mit einem weiteren Umsatzanstieg auf 100 Milliarden US-Dollar und entsprechenden Rekordgewinnen.⁶¹ Über 50 Milliarden US-Dollar Umsatz macht das Unternehmen mit den beiden COVID-19-Produkten, davon rund 32 Milliarden US-Dollar mit Comirnaty und 22 Milliarden US-Dollar mit Paxlovid. Und auch für den Zeitraum 2025–2030 sieht sich Pfizer als ein „Wachstumsunternehmen“, dessen Umsatz vor allem durch „dauerhafte COVID-19-Einnahmen“ angetrieben wird.⁶²

Pfizers deutscher Partner **BioNTech** erlebte 2021 ebenfalls einen massiven Anstieg von Umsatz und Gewinn. In den neun Monaten bis zum 30. September 2021 erzielte BioNTech einen Gesamtumsatz von 13,444 Milliarden Euro, verglichen mit 136,9 Millionen Euro im Vorjahreszeitraum. Der Nettogewinn wuchs in den ersten drei Quartalen 2021 auf 7,126 Milliarden Euro, verglichen mit einem Nettoverlust in Höhe von 351,7 Millionen Euro im gleichen Vorjahreszeitraum.⁶³

Zusammen machten Pfizer und BioNTech damit 2021 einen Nettogewinn von weit über 30 Milliarden US-Dollar, der überwiegend auf das Geschäft mit dem Coronaimpfstoff zurückzuführen ist.

Der Börsenwert von BioNTech überstieg im August 2021 erstmals die Schwelle von 100 Milliarden US-Dollar.⁶⁴ Der Mitbegründer, CEO und einer der Hauptaktionäre von BioNTech Uğur Şahin wurde infolge der Pandemie zum Milliardär. Er gehört laut US-Magazin Forbes zu den mindestens 40 neureichen Milliardären, die ihr Vermögen von Unter-

58 https://annualreview.pfizer.com/files/Pfizer-Annual-Review-2020_Interactive-PDF.pdf
https://s28.q4cdn.com/781576035/files/doc_financials/2021/q4/Q4-2021-PFE-Earnings-Release.pdf

59 Ebd.

60 Pfizers größte Anteilseigner waren 2021 die institutionellen Investoren Vanguard Group Inc (8,1%), BlackRock Inc. (7,3%) und State Street Corp. (5,0%) (<https://www.investopedia.com/articles/company-insights/082316/top-10-shareholders-pfizer-pfe.asp>).

61 Pfizer (2022), S. 6.

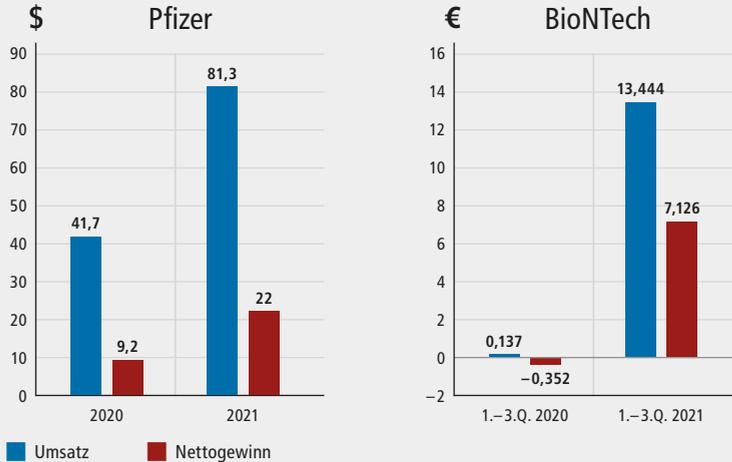
62 Pfizer (2022), S. 12.

63 <https://investors.biontech.de/de/news-releases/news-release-details/biontech-veroeffentlicht-ergebnisse-des-dritten-quartals-2021>

64 <https://www.wiwo.de/unternehmen/industrie/boersenwert-biontech-ueberspringt-100-milliarden-dollar-marke/27485444.html>

Abbildung 6

Umsatz und Nettogewinn von Pfizer und BioNTech 2020 und 2021 (in Milliarden US-Dollar bzw. Euro)



Quellen: https://s28.q4cdn.com/781576035/files/doc_financials/2021/q4/Q4-2021-PFE-Earnings-Release.pdf und <https://investors.biontech.de/de/news-releases/news-release-details/biontech-veroeffentlicht-ergebnisse-des-dritten-quotals-2021> (das Jahresergebnis 2021 lag für BioNTech bei Redaktionsschluss noch nicht vor)

nehmen beziehen, die an der Bekämpfung von COVID-19 beteiligt sind.⁶⁵ Sie gehören zu den Hauptprofiteuren der Pandemie.

Zu den Verlierern gehören vor allem die Menschen in den Ländern des globalen Südens, die infolge der Coronakrise unter sinkenden Staatseinnahmen und steigender Schuldenlast zu leiden haben. Ihre Regierungen müssen ohnehin knappe öffentliche Mittel dafür verwenden, überbeuerte Impfstoffe zu kaufen – oder sie gehen im ruinösen Impfwettlauf leer aus. Die Situation wird sich noch verschärfen, wenn regelmäßige Booster-Impfungen flächendeckend notwendig werden. Was für die Pharmakonzerne einer Lizenz zum Gelddrucken gleichkommt, bedeutet für die öffentlichen Haushalte und die Gesundheitsversorgung eine massive Belastung. Wissenschaftler*innen warnten vor diesem Hintergrund bereits im Februar 2021 in einem Artikel in The Lancet:

„Wenn Regierungen in Situationen mit beschränkten Ressourcen Mittel von anderen Impfprogrammen oder grundlegenden Gesundheitsdiensten abziehen, um COVID-19-Impfstoffe und

65 <https://www.forbes.com/sites/giacomotognini/2021/04/06/meet-the-40-new-billionaires-who-got-rich-fighting-covid-19/?sh=5c12de4417e5>. Oxfam hat in einem Papier vom neun Impfmilliardäre <https://www.oxfam.org/en/press-releases/covid-vaccines-create-9-new-billionaires-combined-wealth-greater-cost-vaccinating>

Impfprogramme zu finanzieren, könnten die Gesundheitsbudgets beeinträchtigt werden, was sich langfristig negativ auf die Gesundheit und die wirtschaftliche Entwicklung auswirken würde.“⁶⁶

Dies kann nur verhindert werden, wenn die weltweiten Produktionskapazitäten für Impfstoffe gesteigert, die Marktpreise gesenkt und die finanzielle Unterstützung vor allem für die ärmeren Länder des globalen Südens substanziell erhöht werden.

Was auf dem Spiel steht und getan werden muss, hat die Geschäftsführende Direktorin des Internationalen Währungsfonds (IWF) Kristalina Georgieva im Oktober 2021 in ungewohnt deutlichen Worten beschrieben:

„Wir stehen vor einem globalen Aufschwung, der durch die Pandemie und ihre Auswirkungen ‚behindert‘ wird. Wir sind nicht in der Lage, richtig voranzukommen – es ist, als ob wir mit Steinen in den Schuhen laufen!

Das unmittelbarste Hindernis ist das ‚große Impfgefälle‘ [*The Great Vaccination Divide*] – zu viele Länder mit zu wenig Zugang zu Impfstoffen, so dass zu viele Menschen vor Covid ungeschützt sind. (...)

Wir können immer noch die vom IWF, der Weltbank, der WHO und der WTO vorgeschlagenen Ziele erreichen: mindestens 40 Prozent der Menschen in jedem Land bis Ende dieses Jahres [2021] und 70 Prozent bis zur ersten Hälfte des Jahres 2022 zu impfen.

Aber wir brauchen einen größeren Schub.

Wir müssen die Lieferung von Impfdosen in die Entwicklungsländer drastisch erhöhen. Die reicheren Länder müssen ihre Spendenzusagen sofort einlösen. Und gemeinsam müssen wir die Produktion und den Vertrieb von Impfstoffen steigern und Handelsbeschränkungen für medizinisches Material aufheben. Zusätzlich zu den Impfstoffen müssen wir auch die Finanzierungslücke von 20 Milliarden Dollar für Tests, Rückverfolgung und Therapeutika schließen.

Wenn wir das nicht tun, werden große Teile der Welt ungeimpft bleiben, und die menschliche Tragödie wird weitergehen. Das würde den Aufschwung bremsen. Die Verluste beim globalen BIP könnten in den nächsten fünf Jahren auf 5,3 Billionen Dollar ansteigen.“⁶⁷

66 Wouters/Shadlen/Salcher-Konrad et al. (2021) (Übersetzung JM).

67 Georgieva (2021) (Übersetzung JM).

III. Initiativen zur Reduzierung des globalen Impfgefälles

Eine wesentliche Bedingung für die Bewältigung der COVID-19-Pandemie ist die flächendeckende Produktion und faire Verteilung von Impfstoffen und Medikamenten. Die Regierungen hatten sich schon in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung dazu verpflichtet, „den Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle (zu) erreichen.“ (SDG 3.8)

Ziel 3 der Agenda 2030: Gesundheit und Wohlergehen



SDG 3.8 Die allgemeine Gesundheitsversorgung, einschließlich der Absicherung gegen finanzielle Risiken, den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten und den Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle erreichen

SDG 3.b Forschung und Entwicklung zu Impfstoffen und Medikamenten für übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten, von denen hauptsächlich Entwicklungsländer betroffen sind, unterstützen, den Zugang zu bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen gewährleisten, im Einklang mit der Erklärung von Doha über das TRIPS-Übereinkommen und die öffentliche Gesundheit, die das Recht der Entwicklungsländer bekräftigt, die Bestimmungen in dem Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums über Flexibilitäten zum Schutz der öffentlichen Gesundheit voll auszuschöpfen, und insbesondere den Zugang zu Medikamenten für alle zu gewährleisten.

Nach Ausbruch der Pandemie hat die WHO binnen weniger Monate gemeinsam mit der globalen Impfallianz Gavi und dem Globale Fonds, philanthropischen Stiftungen wie der Bill & Melinda Gates Foundation, internationalen Dachverbänden der Pharmaindustrie und anderen globalen Gesundheitsakteuren eine neue Initiative unter dem Namen Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator gestartet.⁶⁸ Ihr Ziel sollte die Entwicklung, Produktion und gerechte Verteilung von COVID-19-Impfstoffen, Medikamenten und Tests sowie die Unterstützung der Gesundheitssysteme beim Umgang mit dem Coronavirus sein.⁶⁹

Bei der Gründungsveranstaltung der Initiative am 24. April 2020 unterstrich die damalige Bundeskanzlerin Angela Merkel, dass es sich um ein

68 <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator>

69 WHO (2021c).

globales öffentliches Gut handle, einen Coronaimpfstoff zu produzieren und ihn dann auch in alle Teile der Welt zu verteilen.⁷⁰ Sie schloss sich damit dem UN-Generalsekretär António Guterres an, der wiederholt forderte, die Impfstoffe zur Bekämpfung der Corona-Pandemie müssten als globales öffentliches Gut betrachtet werden. „Sie müssen überall und für alle Menschen zugänglich und bezahlbar sein“, sagte Guterres beispielsweise am 18. Dezember 2020 in einer Rede vor dem Deutschen Bundestag.⁷¹

Auch der Internationale Ausschuss für Bioethik (International Bioethics Committee, IBC) der UNESCO und die Weltkommission für Ethik des wissenschaftlichen Wissens und der Technik (World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology, COMEST) drängen darauf, dass COVID-19-Impfstoffe als globales öffentliches Gut behandelt werden. Angesichts des Impfgefälles zwischen reichen und armen Ländern fordern sie einen Kurswechsel bei den derzeitigen Impfstrategien, um sicherzustellen, dass Impfstoffe allen Ländern gleichmäßig zur Verfügung stehen und nicht nur denjenigen, die am meisten dafür bieten.⁷² In einer gemeinsamen Stellungnahme vom Februar 2021 lehnen die beiden UNESCO-Gremien jede Form von „Impfstoff-Nationalismus“ und die „räuberische Jagd“ nach Impfstoffen entschieden ab.⁷³ Die pharmazeutische Industrie sei dafür verantwortlich, das mit staatlicher Unterstützung erworbene geistige Eigentum zu teilen, damit die Hersteller in allen Ländern den Zugang zu Impfstoffen für alle ermöglichen können. Außerdem habe sie die Verantwortung, in Fabriken zu investieren, die in der Lage sind, Impfstoffe von höchstmöglicher Wirksamkeit zu produzieren und eine schnelle Verteilung im Bedarfsfall zu ermöglichen. Sie betonen:

„Gesundheit muss anders behandelt werden als andere Märkte und erfordert einen internationalen wirtschaftlichen, wissenschaftlichen und ethischen Rahmen, um Investitionen und Erträge in diesem wichtigen Bereich so zu regeln, dass das Wohlergehen der Marginalisierten nicht beeinträchtigt wird.“⁷⁴

Man sollte ergänzen, dass Impfgerechtigkeit nicht nur ein ethisches, sondern auch ein menschenrechtliches Gebot ist. Mit dem UN-Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt) von 1966 haben sich alle Unterzeichnerstaaten völkerrechtlich verpflichtet, sich im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten auch für den Schutz der Rechte

70 <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/allianz-gegen-covid-19-1746976>

71 <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw51-guterres-811102>

72 <https://en.unesco.org/news/unesco-calls-covid-19-vaccines-be-considered-global-public-good>

73 UNESCO (2021), S. 4.

74 Ebd., S. 5.

von Menschen einzusetzen, die nicht auf ihrem Staatsgebiet leben. Diese extraterritoriale Staatenpflicht gilt auch für das Recht auf das „Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ (Artikel 12(1)). Der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat dazu in einer Erklärung zu COVID-19 im Dezember 2020 festgestellt, die Staaten haben

„(...) die Pflicht zur internationalen Zusammenarbeit und Unterstützung, um den allgemeinen und gerechten Zugang zu Impfstoffen zu gewährleisten, wo immer er benötigt wird. Der pandemische Charakter von COVID-19 stärkt diese Verpflichtung der Staaten. Daher müssen die Staaten ihre internationale Zusammenarbeit verstärken, um so schnell wie möglich weltweit einen allgemeinen und gerechten Zugang zu Impfstoffen gegen COVID-19 zu gewährleisten, auch für die Bevölkerung der am wenigsten entwickelten Länder, die möglicherweise nicht über die finanziellen Mittel verfügen, um ihrer Bevölkerung den Zugang zu Impfstoffen zu garantieren.“⁷⁵

Regierungen und internationalen Organisationen haben auf all diese Aufrufe zur Solidarität und zur fairen Verteilung von Impfstoffen und Medikamenten mit verschiedenen Initiativen reagiert – bislang allerdings nur mit begrenztem Erfolg. Die wichtigsten betreffen

- » Den Technologietransfer im Rahmen des **COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP)**
- » Die vorläufige Aussetzung des Patentschutzes für COVID-19-relevante Impfstoffe, Medikamente und Geräte in der WTO („*TRIPS Waiver*“)
- » Die Finanzierung und Bereitstellung von Impfstoffen im Rahmen der **COVAX-Initiative**

1. COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP)

Bereits im Mai 2020 richtete die WHO auf Initiative von Costa Rica den **COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP)** ein.⁷⁶ Mit ihm sollen freiwillige Lizenzen, Studien- und Zulassungsdaten sowie Know-how gebündelt werden, um den Technologietransfer zur Überwindung des Impfstoffmangels zu beschleunigen. Konkret soll C-TAP eine Platt-

75 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2020), Pkt. 9, dt. Übersetzung zitiert nach Kaltenborn/Lieser (2021).

76 <https://www.who.int/initiatives/covid-19-technology-access-pool>. Ein kurzes Erklärvideo der WHO zu C-TAP findet sich hier: <https://www.youtube.com/watch?v=8z3Plp12aUo>

form für Entwickler von COVID-19-Therapeutika, -Diagnostika, -Impfstoffen und anderen Gesundheitsprodukten bieten, um ihr geistiges Eigentum, ihr Wissen und ihre Daten freiwillig mit anderen Produzenten zu teilen. Auf diese Weise können Firmen, die über ungenutzte Kapazitäten verfügen, COVID-19-Gesundheitsprodukte herstellen, indem sie die Rechte zur Herstellung und zum Verkauf der Produkte, das technologische Know-how und den Zugang zu klinischen Daten, die für die Zulassung ihrer Produkte erforderlich sind, erhalten.

Auf diese Weise sollte C-TAP dazu beitragen, Impfstoffe und andere medizinische Technologien zu echten globalen öffentlichen Gütern zu machen. Vorbild war der erfolgreiche Pool für Patente und Lizenzen auf Medikamente zur AIDS-Behandlung, der Medicines Patent Pools (MPP).⁷⁷

C-TAP wird bisher von 44 Ländern unterstützt, darunter von sechs Ländern des globalen Nordens (Belgien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Portugal und Spanien).⁷⁸ Die meisten Länder mit großer Impfstoffproduktion, wie die USA, Deutschland, China und Indien unterstützen die Initiative dagegen nicht. Aus der Pharmaindustrie kommt vehemente Ablehnung, so etwa von Albert Bourla, dem CEO von Pfizer, der die Initiative als „Unsinn“ und „gefährlich“ bezeichnete.⁷⁹

Dagegen hatte sich die Universität Oxford ursprünglich dafür ausgesprochen, für ihren Impfstoff für die Dauer der Pandemie nicht-exklusive, gebührenfreie Lizenzen anzubieten („(...) to offer non-exclusive, royalty-free licences to support free of charge, at-cost or cost + limited margin supply as appropriate, and only for the duration of the pandemic, as defined by the WHO.“)⁸⁰

Adrian Hill, der Direktor des Jenner Instituts der Universität Oxford erklärte noch im April 2020: „Ich persönlich glaube nicht, dass es in einer Zeit der Pandemie exklusive Lizenzen geben sollte.“⁸¹

Kurze Zeit später besann sich das Institut anders und ging einen Exklusivvertrag mit dem Pharmakonzern AstraZeneca ein. Für dessen Vorstandsvorsitzenden Pascal Soriot ist geistiges Eigentum (intellectual property, IP)

77 <https://medicinespatentpool.org/>

78 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/covid-19-technology-access-pool/endorsements-of-the-solidarity-call-to-action>

79 Zitiert nach Silverman (2020).

80 <https://innovation.ox.ac.uk/technologies-available/technology-licensing/expedited-access-covid-19-related-ip/>

81 <https://www.nytimes.com/2020/04/27/world/europe/coronavirus-vaccine-update-oxford.html>

„ein grundlegender Bestandteil unserer Industrie, und wenn man IP nicht schützt, gibt es im Grunde für niemanden einen Anreiz zur Innovation. Wichtig ist, dass die Unternehmen ihre Produkte freiwillig und ohne Gewinn zur Verfügung stellen, so wie wir es jetzt im Falle einer Pandemie oder Krise tun, wenn es nötig ist.“⁸²

Charles Gore, der Geschäftsführer des Medicines Patent Pools (MPP), der mit C-TAP zusammenarbeitet, sieht in dem mangelnden Engagement von Regierungen und Pharmafirmen einen Spiegel für das bisherige Versagen der globalen Pandemiebekämpfung:

„Leider haben wir zu wenig gesehen von ‚Lasst uns das Alles gemeinsam als Welt machen‘, und zu viel von ‚Ich zuerst‘.“⁸³

Immerhin haben C-TAP und MPP im November 2021 eine Lizenzvereinbarung mit dem Spanischen Nationalen Forschungsrat (CSIC) über eine serologische COVID-19-Antikörpertechnologie abgeschlossen. Es handelt sich dabei um die erste transparente, weltweite, nicht-exklusive Lizenz für ein COVID-19-Testverfahren.⁸⁴ Von dieser Initiative abgesehen fristet C-TAP aber weiterhin ein Schattendasein.

2. TRIPS Waiver

Angesichts der dramatischen Diskrepanz zwischen dem globalen Impfstoffbedarf und den knappen Produktionskapazitäten haben Indien und Südafrika im Oktober 2020 in der Welthandelsorganisation (WTO) die Initiative ergriffen, den Patentschutz für COVID-19-relevante Impfstoffe, Medikamente und medizinische Geräte vorübergehend aufzuheben. Dies soll durch eine Ausnahmegenehmigung (*Waiver*) im Rahmen des Übereinkommens über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums (TRIPS) geschehen.⁸⁵ Mit dem *TRIPS Waiver* soll es vor allem Herstellern im globalen Süden ermöglicht werden, Medikamente und Impfstoffe schneller und kostengünstiger zu produzieren. Mehr als 100 Länder unterstützen diese Initiative. Unter ihnen ist seit Mai 2021 auch die USA⁸⁶ – trotz massiven Widerstands der amerikanischen Pharmalobby unter dem Dach der Pharmaceutical Research and

82 Zitiert nach Silverman (2020) (Übersetzung JM).

83 <https://www.theguardian.com/world/2021/jan/22/who-platform-for-pharmaceutical-firms-unused-since-pandemic-began> (Übersetzung JM)

84 <https://www.who.int/news/item/23-11-2021-who-and-mpp-announce-the-first-transparent-global-non-exclusive-licence-for-a-covid-19-technology>

85 <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q://IP/C/W669.pdf&Open=True>

86 <https://ustr.gov/node/10649>

Manufacturers of America (PhRMA).⁸⁷ Auch die Bill & Melinda Gates Foundation und Bill Gates selbst haben sich immer wieder gegen jegliche Lockerung des Patentschutzes ausgesprochen.⁸⁸ Erst nachdem klar wurde, dass die US-Regierung den TRIPS Waiver unterstützt, passte auch die Gates Foundation ihre Position an. Ihr CEO Mark Suzman erklärte im Mai 2021

„angesichts der erschütternden Ausbrüche in Indien und Brasilien und des Mangels an Impfstoffen in afrikanischen Ländern (...), dass viel mehr getan werden muss. Dem gerechten Zugang zu Impfstoffen sollten keine Hindernisse im Wege stehen, auch nicht in Bezug auf geistiges Eigentum, weshalb wir eine enge Ausnahmeregelung während der Pandemie befürworten.“⁸⁹

Vor allem die EU, Großbritannien die Schweiz und die bei ihnen beheimateten Pharmakonzerne und -verbände sind weiterhin dagegen.⁹⁰ Sie argumentieren, dass nicht die Patente, sondern mangelnde Produktionskapazitäten die größte Hürde darstellten.⁹¹

Während innerhalb der EU Frankreich sich für den TRIPS Waiver ausgesprochen hat,⁹² kam von deutscher Seite erheblicher Widerstand. Die damalige Bundeskanzlerin Angela Merkel erklärte noch im September 2021 bei der Eröffnungsfeier des *WHO Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence* in Berlin:

„Ich glaube nicht, dass der Weg ist, jetzt die Patentrechte einfach aufzuheben, sondern ich glaube, dass der Weg ist, Erkenntnisse zu teilen, Teilhabe zu ermöglichen, schnell Lizenzen zu vergeben und vor allen Dingen auf dem afrikanischen Kontinent die Substanz trainierter, ausgebildeter Personen zu verbessern – und damit auch die Fähigkeiten im gesamten pharmazeutischen Bereich. Man muss ja nicht gleich mit mRNA-Impfstoffen anfangen – obwohl man das natürlich auch kann –, sondern es gibt ja eine ganz breite Palette von Fähigkeiten, die dort auch angesiedelt sein müssen.“⁹³

87 <https://phrma.org/-/media/Project/PhRMA/PhRMA-Org/PhRMA-Org/PDF/P-R/20210305-PhRMA-Letter-to-President-Biden.pdf>

88 Vgl. z. B. <https://www.devex.com/news/gates-foundation-reverses-course-on-covid-19-vaccine-patents-99810>

89 <https://www.gatesfoundation.org/ideas/media-center/press-releases/2021/05/covid-vaccine-access?sf143352959=1> (Übersetzung JM)

90 Ein umfassende Sammlung von Dokumenten und Stellungnahmen zum TRIPS Waiver findet man auf folgender Website des Third World Network: https://www.twn.my/title2/intellectual_property/trips_waiver_proposal.htm.

91 Vgl. z. B. <https://www.tagesschau.de/ausland/europa/eu-gipfel-impfstoff-coronavirus-101.html>

92 <https://www.lifesciencesipreview.com/news/france-backs-covid-19-vaccine-ip-waiver-4482>

93 <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/rede-von-bundeskanzlerin-dr-angela-merkel-1957066>

Dabei zeigen Untersuchungen, zum Beispiel der NGO Knowledge Ecology International (KEI), dass es in zahlreichen Ländern des globalen Südens Produktionsstätten gibt, die zur Herstellung von COVID-19-Impfstoffen genutzt oder ausgebaut werden könnten.⁹⁴ Human Rights Watch machte im Dezember 2021 eine Liste von 120 Unternehmen in Afrika, Asien und Lateinamerika publik, die technisch dazu in der Lage wären, mRNA-Impfstoffe herzustellen, wenn der dazu notwendige Technologietransfer stattfinden würde.⁹⁵ Sie alle wurden von der Europäischen Arzneimittelagentur, der US Food and Drug Administration und/oder der WHO für gute Herstellungspraxis (*good manufacturing practices, GMP*) zertifiziert und erfüllen damit höchste internationale Standards. Auf der Liste stehen 55 Produktionsstätten in Indien, 34 in China, sowie Firmen in Südkorea, Vietnam, Malaysia, Bangladesch, Thailand, Indonesien, Ägypten, Tunesien, Marokko, Senegal, Südafrika, Brasilien, Argentinien, Chile und Kuba.

Die Autoren der Liste räumen ein, dass nicht jede der 120 Firmen tatsächlich interessiert und finanziell in der Lage wäre, einen mRNA-Impfstoff zu produzieren. Sie betonen aber:

„Die Logik, die dieser Liste zugrunde liegt, ist dennoch überzeugend: Wenn ein spanisches Unternehmen wie Rovi, das sterile Injektionspräparate herstellt und keine Erfahrung in der Herstellung von biologischen Arzneimitteln oder Impfstoffen hat, den Impfstoff von Moderna herstellen kann, dann gibt es keinen Grund, warum ein Unternehmen mit einem ähnlichen Profil in Marokko, Südafrika, Brasilien, Indien oder Bangladesch nicht dasselbe tun kann – sofern es einen vollständigen Technologietransfer von Moderna erhält, wie es Rovi hat.“⁹⁶

Human Rights Watch schlussfolgert:

„Die Liste macht deutlich, dass eine ausgeweitete Produktion von mRNA-Impfstoffen außerhalb der USA und Europas möglich ist. Sie zeigt auch, dass die Unternehmen, die sichere und wirksame mRNA-Impfstoffe gegen das Coronavirus entwickelt haben, ihr Know-how und ihre Technologie nicht in ausreichendem Maße an Hersteller weitergeben, die entsprechende Produktionskapazitäten haben.“⁹⁷

94 <https://www.keionline.org/covid-19-vaccine-manufacturing-capacity>

95 Prabhala/Alsalhani (2021).

96 Ebd. (Übersetzung JM)

97 <https://www.hrw.org/de/news/2021/12/15/ueber-100-unternehmen-koennten-mrna-impfstoffe-gegen-covid-19-herstellen>

Die marktbeherrschenden Produzenten von Coronaimpfstoffen setzen statt dessen auf Lizenzverträge und ähnliche Arrangements mit Firmen im globalen Süden, wie zum Beispiel AstraZeneca mit dem Serum Institute of India und BioNTech mit Shanghai Fosun Pharmaceutical in China und der brasilianischen Firma Eurofarma (gemeinsam mit Pfizer).⁹⁸ Nach eigenen Worten haben BioNTech-Pfizer mittlerweile ein globales Lieferketten- und Produktionsnetzwerk für ihren COVID-19-Impfstoff aufgebaut, das sich über vier Kontinente erstreckt und mehr als 20 Produktionsstätten umfasst.⁹⁹

Über die Vergabe von Lizenzen behalten die Produzenten die volle Kontrolle darüber, in welche Länder ihre Impfstoffe zu welchen Preisen verkauft werden. Das beeinträchtigt allerdings die rasche und kostengünstige Verbreitung der Impfstoffe. Die Lizenzvergabe erfolgte bislang schleppend und intransparent. Die globale Impfstoffknappheit konnte über die Vergabe von Lizenzen bislang nicht behoben werden.

Auch aus diesem Grund wandten sich im September 2021 mehr als 140 ehemalige Staats- und Regierungschef*innen sowie Nobelpreisträger*innen in einem offenen Brief an die Kanzlerkandidat*innen Annalena Baerbock, Olaf Scholz und Armin Laschet und forderten sie auf, dass Deutschland seine Haltung zur vorgeschlagenen TRIPS-Ausnahmeregelung ändert und „dies zur politischen Aufgabe einer künftigen Regierungskoalition zu machen“.¹⁰⁰ Zu den Unterzeichner*innen des Briefes gehören der ehemalige französische Präsident François Hollande, der ehemalige britische Premierminister Gordon Brown, der Wirtschaftsnobelpreisträger Joseph Stiglitz und die Literaturnobelpreisträgerin Elfriede Jelinek.

Auch das Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, das vom Generaldirektor der WHO im September 2020 eingerichtet worden war, hat sich für den TRIPS Waiver ausgesprochen. Seine Vorsitzenden Helen Clark, die ehemalige Premierministerin von Neuseeland, und Ellen Johnson Sirleaf, die ehemalige Präsidentin von Liberia, stellten unmissverständlich fest:

„Die globale Gesundheit darf nicht zur Geisel einer Pharmaindustrie werden, die Patente für vielversprechende Produkte aufkauft (die häufig ursprünglich mit erheblichen öffentlichen Geldern in Universitäten und Forschungseinrichtungen entwickelt wurden) und sie

98 <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-announce-collaboration-brazils>

99 <https://investors.biontech.de/de/news-releases/news-release-details/biontech-veroeffentlicht-ergebnisse-des-dritten-quartals-2021>

100 <https://peoplesvaccinealliance.medium.com/ehemalige-staats-und-regierungschef-innen-und-nobelpreistr%C3%A4ger-innen-fordern-regeln-zum-schutz-490398dfa989>

im Interesse des Profits weiterentwickelt. Dieses System schafft nicht das richtige Gleichgewicht zwischen Innovation und globalen öffentlichen Gütern.“¹⁰¹

Winnie Byanyima, Exekutivdirektorin von UNAIDS, warnt angesichts der Opposition gegen den TRIPS Waiver:

„Während die Unternehmen, die mit COVID-Impfstoffen enorme Gewinne erzielen, sich weigern, ihre Wissenschaft und Technologie mit anderen zu teilen, um die weltweite Versorgung mit Impfstoffen zu verbessern, ist die Welt weiterhin dem sehr realen Risiko von Mutationen ausgesetzt, die die vorhandenen Impfstoffe unwirksam machen und alle Menschen erneut in Gefahr bringen könnten.“¹⁰²

In diesem Zusammenhang stellt sich die grundsätzlichere Frage, ob lebenswichtige Medikamente, die der Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit dienen, überhaupt patentiert werden sollten. Sollten sie nicht grundsätzlich als globale öffentliche Güter betrachtet werden, insbesondere dann, wenn, wie im Falle der COVID-19-Impfstoffe, die Forschung und Entwicklung mit Milliarden öffentlicher Gelder gefördert wurde?

Jonas Salk, der 1955 den ersten Impfstoff gegen Kinderlähmung (Polio) entwickelte, hatte darauf eine klare Antwort. Als er in einem Interview gefragt wurde, wem das Patent auf seinen Polio-Impfstoff gehörte, antwortete er: „Nun, den Menschen, würde ich sagen. Es gibt kein Patent. Könnten Sie die Sonne patentieren?“¹⁰³ Die Konsequenz daraus müsste auch eine grundsätzliche Reform der TRIPS-Regeln der WTO sein.

Ebendies fordern die rund 9.000 Unterzeichner*innen eines Aufrufs, der sich unter dem Slogan „Patente töten“ für die Aufhebung des Patentschutzes auf alle unentbehrlichen Medikamente einsetzt.¹⁰⁴ Initiiert wurde der Aufruf von der BUKO Pharma-Kampagne und medico international (Deutschland), Outras Palavras (Brasilien), dem People’s Health Movement und der Society for International Development. Die Unterzeichner*innen des Aufrufs setzen sich für grundlegende Reformen in der globalen Gesundheitspolitik ein, um sie an den Menschenrechten und den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen auszurichten. Arzneimittel sollten generell als globale öffentliche Güter behandelt und die Macht von

101 Clark/Johnson Sirleaf (2021), S. 20 (Übersetzung JM).

102 <https://www.oxfam.org/en/press-releases/covid-vaccines-create-9-new-billionaires-combined-wealth-greater-cost-vaccinating> (Übersetzung JM)

103 Zitiert nach: <https://www.thenation.com/article/society/the-covid-19-vaccine-should-belong-to-the-people/> (Übersetzung JM)

104 <https://www.patents-kill.org/deutsch/> Transparenzhinweis: Der Autor dieser Studie gehört zu den Erstunterzeichner*innen des Aufrufs.

Pharmaunternehmen im öffentlichen Interesse begrenzt werden. Hierfür seien die Entkoppelung von Forschungskosten und Preis bei Medikamenten unabdingbar, um neue Anreizmechanismen zu setzen, die Innovationen fördern und zugänglich machen. Konkret setzen sich die Unterzeichnerinnen für folgende Sofortmaßnahmen ein:¹⁰⁵

- » Die Einrichtung eines globalen Patentpools für die einfache und kostengünstige Handhabung von Lizenzverträgen, angesiedelt bei der WHO.
- » Die Verbesserung von Daten- und Preistransparenz in Forschung, Entwicklung und Verkauf, um Wissen breit zugänglich zu machen und Preise fair zu gestalten.
- » Eine sozialverträgliche Lizenzierung bei allen mit öffentlichen Mitteln geförderten medizinischen Forschungs- und Entwicklungsvorhaben.
- » Die Förderung einer lokalen und öffentlichen pharmazeutischen Produktion durch die Unterstützung von Ländern des Südens beim Aufbau eigener Produktionskapazitäten u. a. durch Technologietransfer und Anschubfinanzierungen und die Schaffung leistungsfähiger regionaler Verteilungssysteme für Medikamente und Medizinprodukte.

Unterdessen gehen die Diskussionen über den TRIPS Waiver in der WTO auch 2022 weiter. Informelle Verhandlungen zwischen Vertreter*innen der USA, der EU, Indiens und Südafrikas im Dezember 2021 hatten keinen Durchbruch gebracht. Indien und Südafrika forderten dort weiterhin die Aussetzung der TRIPS-Bestimmungen

„in Bezug auf Gesundheitsprodukte und -technologien einschließlich Diagnostika, Therapeutika, Impfstoffe, Medizinprodukte, persönliche Schutzausrüstungen, ihre Materialien oder Bestandteile sowie ihre Herstellungsverfahren und -mittel zur Verhütung, Behandlung oder Eindämmung von COVID-19.“¹⁰⁶

Die USA stimmten lediglich der vorläufigen Aussetzung des Patentschutzes für Impfstoffe zu, nicht aber für anderen Produkte und Technologien, wie Medikamente und medizinische Ausrüstungen. Und die EU blieb bei ihrer grundsätzlichen Ablehnung jeglicher Ausnahmeregelung. Sie plädiert stattdessen dafür, die Nutzung von Zwangslizenzen im Rahmen des TRIPS-Übereinkommens zu erleichtern. Die Flexibilität des TRIPS-Übereinkommen stelle während der Pandemie ein legitimes

¹⁰⁵ Ebd.

¹⁰⁶ <https://www.twn.my/title2/wto.info/2021/ti211210.htm> (Übersetzung JM).

Instrument dar, das bei Bedarf rasch genutzt werden könne.¹⁰⁷ Jurist*innen und Gesundheitsexpert*innen halten dies allerdings für unzureichend. Eine Studie der London School of Economics stellt beispielsweise fest, dass

„die bestehenden TRIPS-Flexibilitäten im Bereich der Zwangslizenzen nicht in der Lage sind, den gegenwärtigen Pandemiekontext angemessen zu berücksichtigen, und zwar sowohl in Bezug auf das Verfahren als auch auf den rechtlichen Inhalt.“¹⁰⁸

Die MSF Access Campaign von Ärzte ohne Grenzen kritisiert in einem Briefing, dass Zwangslizenzen aufwändig und zeitraubend seien, weil sie für jedes Produkt und jedes Land einzeln angewendet werden müssten und es oft erhebliche regulatorische Hindernisse zu überwinden gäbe.¹⁰⁹

Dennoch hält auch die neue Bundesregierung offenbar an der Ablehnung des TRIPS Waivers fest. Bundeswirtschaftsminister Robert Habeck äußerte sich dazu bei einer Pressekonferenz am 26. Januar 2022 folgendermaßen:

„Ich bin der Meinung, nachdem (...) ich jetzt Wirtschaftsminister war und auch mit den Unternehmen noch mal intensiv gesprochen habe, dass uns das nicht helfen würde. Jedenfalls die Versorgung der mRNA-Impfstoffe wird mit der Aussetzung der Patente nicht besser werden, weil die Produktion und Aufbau von Produktionskapazitäten lange braucht und an hohe Kenntnisse gebunden ist, an die Schulung von Menschen, wie an dauerhafte Kühlketten von -80° , und deswegen glaube ich, der schnellste Weg zur Versorgung von Ländern, die es nicht so dicke haben (...) ist: Die Produktion zu unterstützen, mit den produzierenden Unternehmen eine Vereinbarung zu treffen, dass für diese Länder die Impfstoffe zu Selbstkostenpreis abgegeben werden, und ein Finanzinstrument zu entwickeln, diesen Selbstkostenpreis dann zu sponsern.“¹¹⁰

Hoffnungen liegen nun auf neuen Impfstoffen, die patentfrei zur Verfügung gestellt werden sollen. So haben die texanischen Wissenschaftler*innen Peter J. Hotez und Maria Elena Bottazzi den Corona-

107 https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_21_2801

108 Thambisetty et al. (2021), Abstract (Übersetzung JM).

109 <https://msfaccess.org/analysis-eu-position-compulsory-licensing-and-trips-waiver-covid-19-pandemic>. Siehe auch die „Sieben Gründe, warum die EU das TRIPS-Abkommen nicht blockieren sollte“ von Human Rights Watch (<https://www.hrw.org/de/news/2021/06/07/sieben-gruende-warum-die-eu-das-trips-abkommen-nicht-blockieren-sollte>).

110 <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Videos/2022/20220126-vorstellung-des-jahreswirtschaftsberichts-2022/20220126-vorstellung-des-jahreswirtschaftsberichts-2022.html> (ab Min. 57:00).

Spaltimpfstoff Corbevax entwickelt, der nach ihren Angaben ohne Patente oder Auflagen an die indische Firma Biological E. Limited lizenziert wurde.¹¹¹ In Indien hat er bereits im Dezember 2021 eine Notfallzulassung erhalten. Hotez und Bottazi gehen davon aus, dass dort ab Februar 2022 100 Millionen Dosen pro Monat produziert werden können. Lizenzen wurden auch an Unternehmen in Indonesien und Bangladesch vergeben. Der Impfstoff wurde zudem bereits für die Produktion in afrikanischen Ländern wie Botswana lizenziert.¹¹²

Die südafrikanische Biotech-Firma Afrigen Biologics and Vaccines arbeitet derzeit als Mitglied des auf WHO-Initiative eingerichteten südafrikanischen mRNA Vaccine Hub an Afrikas erstem eigenen Corona-Impfstoff.¹¹³ Dieser soll den mRNA-Impfstoff von Moderna nachahmen und verbessern. Ziel ist es, dadurch die Abhängigkeit von der westlichen Pharmaindustrie zu verringern. Der Impfstoff soll als eine Art „Open-Source-Technologie“ zur Verfügung gestellt werden. Allerdings wird die Phase der klinischen Tests für den Impfstoffkandidaten erst 2023 beginnen.¹¹⁴ Für viele Opfer der Pandemie kommt er dann zu spät.

3. Die COVAX-Initiative: Impfstoffe für die ärmsten Länder

Um die Entwicklung, Produktion und den gerechten Zugang zu COVID-19-Tests, -Behandlungen und -Impfstoffen zu beschleunigen, hat die WHO gemeinsam mit anderen Organisationen aus dem Bereich globale Gesundheit die Initiative **Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A)** ins Leben gerufen. Die Gründungsveranstaltung wurde im April 2020 gemeinsam vom Generaldirektor der WHO, dem französischen Präsidenten, der Präsidentin der Europäischen Kommission und der Bill & Melinda Gates Foundation ausgerichtet.

Mit ACT-A verschob sich das Zentrum des globalen Coronakrisenmanagements von der WHO zu einer Multistakeholder-Initiative mit eigener Governance- und Entscheidungsstruktur.¹¹⁵ Die WHO ist hier nur einer von mehreren Partnern neben der globalen Impfallianz Gavi, der Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), der Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND), dem Globalen Fonds, Unitaid, dem Wellcome Trust, der Bill & Melinda Gates Foundation, UNICEF und der Weltbank.

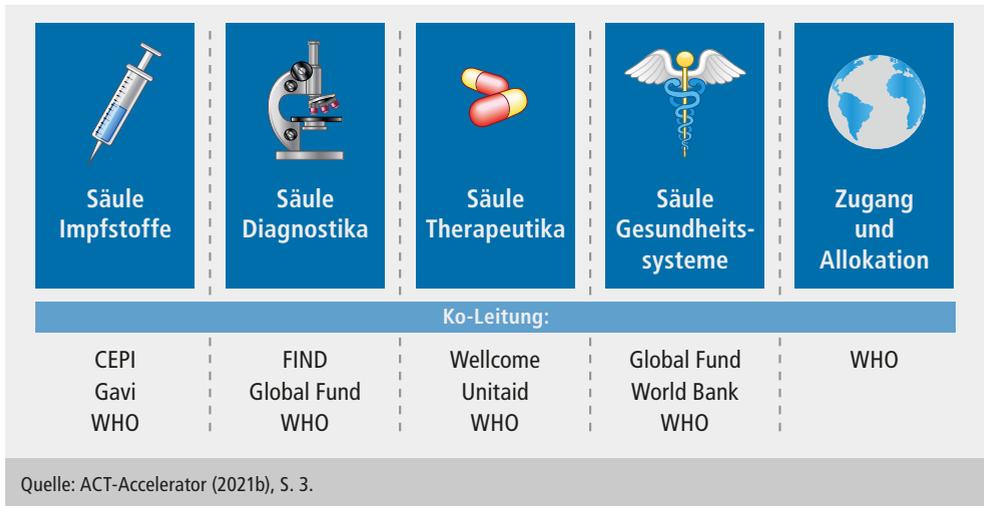
111 <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/lizenzfreier-corona-impfstoff-aus-den-usa-in-indien-zugelassen-130717/>

112 <https://www.scientificamerican.com/article/a-covid-vaccine-for-all/>

113 <https://www.who.int/news/item/21-06-2021-who-supporting-south-african-consortium-to-establish-first-covid-mrna-vaccine-technology-transfer-hub>

114 <https://healthpolicy-watch.news/south-africas-mrna-vaccine-hub/>

115 ACT-Accelerator (2021b).

Abbildung 7**Die Säulen des Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A)**

Quelle: ACT-Accelerator (2021b), S. 3.

ACT-A umfasst vier Bereiche („Säulen“): Die Säulen Diagnostika, Therapeutika und Impfstoffe sowie die bereichsübergreifende Säule Gesundheitssysteme siehe Abbildung 7). Jede Säule wird von 2–3 Partnerorganisationen geleitet. Darüber hinaus ist die WHO federführend bei der bereichsübergreifenden Arbeitsgruppe zum Thema Zugang und Zuteilung (*Access and Allocation workstream*).¹¹⁶

Die **Säule Diagnostika** wird gemeinsam von FIND und dem Globalen Fonds unter Beteiligung der WHO geleitet. Sie zielt darauf ab, neue Diagnostika zu identifizieren und erschwingliche, qualitativ hochwertige Schnelltests vor allem für die Bevölkerung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen auf den Markt zu bringen. Bisher ist das nur in begrenztem Maße gelungen. Ähnlich wie bei Impfstoffen gibt es auch bei Schnelltests ein massives Gefälle zwischen armen und reichen Ländern. ACT-A berichtet, dass von 3,5 Milliarden Schnelltests (bis Oktober 2021) nur 0,4 Prozent in Ländern mit niedrigem Einkommen durchgeführt wurden.¹¹⁷

Die **Säule Therapeutika** wird von Unitaid und dem Wellcome Trust unter Beteiligung der WHO geleitet. Ziel ist die Entwicklung, Herstellung, Beschaffung und Verteilung von Medikamenten zur Behandlung von COVID-19 für die Bevölkerung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen.

¹¹⁶ <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator>

¹¹⁷ ACT-Accelerator (2021a), S. 2.

Die **Säule Gesundheitssysteme** (*Health Systems Connector*) wird von der Weltbank, dem Globalen Fonds und der WHO geleitet. Sie zielt darauf ab, nationale Gesundheitssysteme und lokale Netzwerke zu stärken. Als weiteres Ziel wird die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung mit persönlicher Schutzausrüstung für Gesundheitspersonal und medizinischem Sauerstoff in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen genannt.

Das zentrale Element von ACT-A ist die **COVAX Fazilität**, die die **Impfstoff-Säule** der Initiative bildet. COVAX wird gemeinsam von CEPI, Gavi und der WHO geleitet. UNICEF ist der wichtigste Logistik-Partner. Medienberichten zufolge geht die Gründung von COVAX zurück auf Gespräche der Leiter von CEPI und Gavi, Richard Hatchett und Seth Berkley, beim Weltwirtschaftsforum in Davos im Januar 2020.¹¹⁸ Ihre Grundidee war eine globale Initiative zur Unterstützung der Entwicklung von COVID-19-Impfstoffen durch Vorabvereinbarungen mit Pharmaunternehmen und zur Verteilung der Impfstoffe an alle Länder der Welt, unabhängig davon, ob sie dafür bezahlen können oder nicht.

Das ursprüngliche und sehr ehrgeizige Ziel von COVAX war es, allen Ländern der Welt einen fairen und gerechten Zugang zu COVID-19-Impfstoffen zu garantieren. COVAX sollte, basierend auf einem von der WHO entwickelten Fairen Zuteilungsrahmen (*Fair Allocation Framework*), für die gepoolte Beschaffung und gerechte Verteilung von COVID-19-Impfstoffen zuständig sein.¹¹⁹

Das *Fair Allocation Framework* der WHO sah ursprünglich zwei Phasen vor:

„1. eine anfängliche proportionale Zuteilung von Dosen an die Länder, bis alle Länder genügend Dosen erreicht haben, um 20 Prozent ihrer Bevölkerung abzudecken;

„2. eine Folgephase zur Ausweitung der Versorgung auf andere Bevölkerungsgruppen. Bei anhaltenden schwerwiegenden Versorgungsengpässen würde ein gewichteter Zuteilungsansatz gewählt, der die COVID-Bedrohung und -Anfälligkeit eines Landes berücksichtigt.“¹²⁰

Aufgrund der unilateralen Alleingänge der reichen Länder bei der Impfstoffbeschaffung ist COVAX mit dem ursprünglichen Anspruch einer

118 <https://time.com/6096172/covax-vaccines-what-went-wrong/>

119 <https://www.who.int/publications/m/item/fair-allocation-mechanism-for-covid-19-vaccines-through-the-covax-facility>

120 <https://www.who.int/publications/m/item/fair-allocation-mechanism-for-covid-19-vaccines-through-the-covax-facility> (Übersetzung JM)

globalen Koordinationsfunktion vollständig gescheitert. Von den 17,5 Milliarden Impfdosen, deren Lieferung weltweit bis Ende 2021 vereinbart war, entfielen nur 16 Prozent (2,8 Milliarden) auf COVAX. Den Rest sicherten sich die Länder über bilaterale Lieferverträge an COVAX vorbei, allen voran die Europäische Kommission. Vor diesem Hintergrund wirkt das verbale Bekenntnis ihrer Präsidentin Ursula von der Leyen wenig glaubwürdig:

„Um das Coronavirus zu besiegen, müssen die Impfstoffe so schnell wie möglich alle Teile der Welt erreichen. COVAX ist unser bestes Mittel, um den allgemeinen und gerechten Zugang zu COVID-19-Impfstoffen zu gewährleisten.“¹²¹

Die Aufgabe von COVAX ist nun vor allem, COVID-19-Impfstoffe für die 92 Niedrig- und Middle-Income-Länder des globalen Südens bereitzustellen. Dies geschieht im Rahmen des COVID-19 Vaccines Advance Market Commitment (COVAX AMC).¹²² Bis Ende 2021 sollten ursprünglich mindestens zwei Milliarden COVID-19-Impfdosen bereitgestellt werden, davon bis Anfang 2022 mindestens 1,8 Milliarden an diese 92 Länder.¹²³

Dieses Ziel wurde deutlich verfehlt. COVAX hat sich zwar bisher (Stand: Januar 2022) etwa fünf Milliarden Impfdosen über Lieferverträge, Kaufoptionen oder Impfstoffspenden einzelner Länder gesichert (siehe Tabelle 5), bis Ende 2021 wurden aber lediglich eine Milliarde Impfdosen über COVAX an 144 Länder ausgeliefert.¹²⁴

Dies kam für die Verantwortlichen von COVAX nicht völlig überraschend. Die Nachrichtenagentur Reuters zitierte schon im Dezember 2020 interne Dokumente für den Vorstand von Gavi, in denen davor gewarnt wird, dass aufgrund von Finanzierungsschwierigkeiten, Lieferengpässen und regulatorischen Hürden Menschen in einigen armen Ländern bis 2024 keinen Zugang zu COVID-19-Impfstoffen bekämen.¹²⁵

COVAX selbst spricht von 2021 als „einem Jahr der Rückschläge aufgrund von Exportbeschränkungen, Impfstoffhortung sowie behördlichen und produktionsbedingten Verzögerungen“.¹²⁶ Gerade bei den

121 <https://www.gavi.org/sites/default/files/covid/covax/Gavi-COVAX-AMC-Investment-Opportunity.pdf>, S. 33.

122 <https://www.gavi.org/gavi-covax-amc>

123 <https://www.who.int/news/item/27-05-2021-covax-joint-statement-call-to-action-to-equip-covax-to-deliver-2-billion-doses-in-2021>

124 <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

125 Guarascio (2020).

126 COVAX Global Supply Forecast, 14. Dezember 2021 (<https://www.gavi.org/sites/default/files/covid/covax/COVAX-Supply-Forecast.pdf>), S. 3 (Übersetzung JM).

Tabelle 5**Lieferverträge von COVAX mit Impfstoffproduzenten**
(Impfdosen in Millionen, Stand 31.12.2021)

Datum	Produzent	Gesicherte Impfdosen in Millionen	Optionale Impfdosen in Millionen	Impfstoffspenden (angekündigt) in Millionen
4.6.2020	AstraZeneca	170		
6.8.2020	Serum Institute of India	300	700	
29.9.2020	Serum Institute of India	160	390	
30.9.2020	Janssen	200		
22.1.2021	BioNTech-Pfizer	40		
3.5.2021	Moderna	34		
6.5.2021	Novavax	350		
10.6.2021	BioNTech-Pfizer	300		
10.6.2021	BioNTech-Pfizer (über Spende der USA)			200
30.6.2021	Clover	64	350	
12.7.2021	Sinopharm	119	51	
12.7.2021	Sinovac	133	247	
22.9.2021	BioNTech-Pfizer (über Spende der USA)			500
12.10.2021	Moderna	116,5		
12.10.2021	Moderna	96,5	233	
10.12.2021	Moderna	40	130	
Alle Produzenten		2.123	2.101	700
		4.924		

Quelle: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

mRNA-Impfstoffen von BioNTech-Pfizer und Moderna stand COVAX zunächst weit hinten in der Warteschlange. Größter Lieferant für COVAX war zunächst das Serum Institute of India, das allein eine Milliarde von AstraZeneca lizenzierte Impfstoffe an COVAX liefern sollte. Nach dem verheerenden Ausbruch der Pandemie in Indien im März 2021 verhängte die dortige Regierung jedoch ein Exportverbot für Impfstoffe, das die Auslieferung an COVAX erheblich verzögerte.¹²⁷

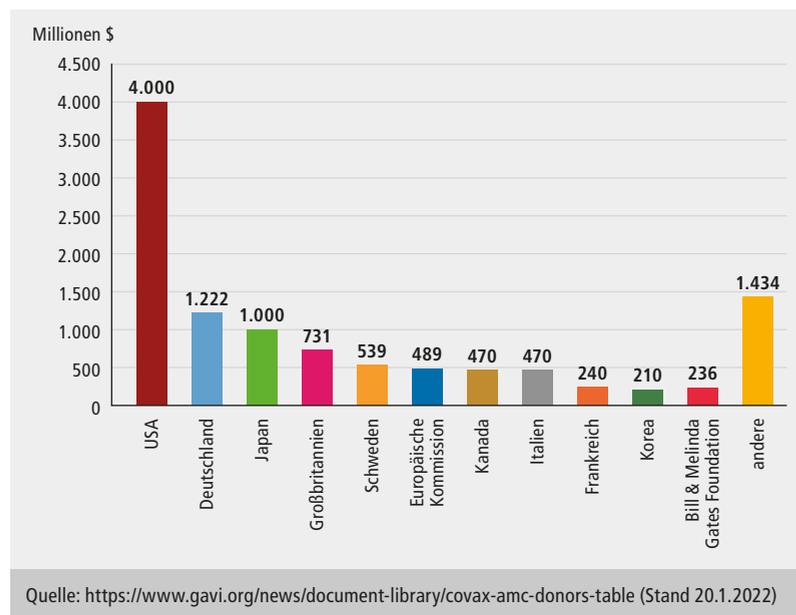
127 <https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/indien-blockiert-export-von-impfstoffen-17262880.html>

Die **Finanzierung von COVAX** erfolgt in erster Linie durch freiwillige Beiträge an die COVAX AMC. Sie hat bisher Finanzierungszusagen in Höhe von 11,041 Milliarden US-Dollar erhalten (Stand: 31.12.2021).¹²⁸ Größte Geber sind die USA, Deutschland, Japan, Großbritannien, Schweden, die Europäische Kommission, Kanada und Italien (siehe Abbildung 8). Größter nichtstaatlicher Geldgeber ist die Bill & Melinda Gates Foundation. Die bisher zugesagten Mittel reichen aber bei weitem nicht aus, um für rund vier Milliarden Menschen in den 92 ärmsten Ländern in ausreichendem Umfang Impfstoff zu beschaffen. Gavi schätzt, dass damit lediglich eine Impfquote von etwa 45 Prozent erreicht werden könnte.¹²⁹

Für alle vier Säulen seiner Aktivitäten erhielt ACT-A bis zum 29. Oktober 2021 von öffentlichen und privaten Geldgebern insgesamt 18,7 Milliarden US-Dollar. Damit bestand gegenüber dem ursprünglich kalkulierten Bedarf für diese Phase eine Finanzierungslücke von 14,5 Milliarden US-Dollar.¹³⁰ Deutschland stellte ACT-A in den Jahren 2020 und 2021 nach

Abbildung 8

Die wichtigsten Geldgeber von COVAX (Beitragszusagen an die Gavi COVAX AMC in Mio. US-\$)



128 <https://www.gavi.org/news/document-library/covax-amc-donors-table>

129 <https://www.gavi.org/news/media-room/world-leaders-launch-call-renewed-support-vaccination-2022-part-global-fight>

130 <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>

Angaben des BMZ knapp 2,1 Milliarden Euro zur Verfügung.¹³¹ Das waren rund 13 Prozent der Gesamtmittel.¹³²

Für den 12-Monatszeitraum bis September 2022 bezifferte ACT-A den Finanzbedarf nun auf 23,4 Milliarden US-Dollar.¹³³ Davon waren bis zum 21. Januar 2022 lediglich 582 Millionen US-Dollar gedeckt.¹³⁴ Auch deswegen starteten die Träger von COVAX einen Aufruf, die Impfkampagne 2022 mit mindestens 5,2 Milliarden US-Dollar zusätzlich zu unterstützen.¹³⁵

Zusätzlich zu den freiwilligen Finanzbeiträgen erhält COVAX vermehrt auch „Sachspenden“ in Form von überschüssigen Impfdosen aus reicheren Ländern. Bislang haben 34 Länder angekündigt, bis Ende 2022 1,627 Milliarden Impfdosen zu spenden.¹³⁶ Bis zum 17. Januar 2022 erhielt COVAX offizielle Spendenangebote im Umfang von 922 Millionen Impfdosen. Davon wurden 442 Millionen Dosen an Länder auf der AMC-Liste ausgeliefert.

Die Bundesregierung hat bisher rund 95,4 Millionen Impfdosen aus deutschen Lieferverträgen an COVAX übertragen (Stand 6. Januar 2022).¹³⁷ Zusätzlich hat sie 7,66 Millionen Impfdosen bilateral an sechs Länder gespendet (siehe Tabelle 6).

Andere Länder, allen voran China, wickeln ihre Impfstoffspenden vollständig außerhalb von COVAX ab. Der chinesische Präsident Xi Jinping kündigte im November 2021 an, dass China 600 Millionen Impfdosen an afrikanische Länder spenden werde. Zusätzlich würden 400 Millionen Impfdosen in gemeinsamer Produktion von chinesischen Firmen und relevanten afrikanischen Ländern bereitgestellt.¹³⁸

Die Politik, zuerst die eigene Bevölkerung durchzuimpfen und dann dem Rest der Welt die überschüssigen gehorteten Impfdosen zu spenden, wird von verschiedener Seite kritisiert. Der WHO-Generaldirektor stellte in diesem Zusammenhang fest:

131 <https://www.bmz.de/de/entwicklungspolitik/corona-pandemie/covid-impfungen-weltweit>

132 2,494 Mrd. US-Dollar von insgesamt 18,658 Mrd. US-Dollar (<https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>).

133 ACT-Accelerator (2021a), S. 31ff.

134 <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>

135 <https://www.gavi.org/news/media-room/world-leaders-launch-call-renewed-support-vaccination-2022-part-global-fight>

136 <https://www.gavi.org/news/document-library/covax-dose-donation-table>

137 Bundesregierung (2022a), S. 5.

138 Xi Jinping (2021).

Tabelle 6**Impfstoffspenden der Bundesregierung**
(Stand: 6.1.2022)

Empfänger	Impfdosen
COVAX	95,4 Mio.
Vietnam	2,6 Mio.
Ukraine	1,512 Mio.
Ägypten	1,5 Mio.
Ghana	1,5 Mio.
Thailand	347.100
Namibia	201.600

Quelle: Bundesregierung (2022a), S. 5.

„Dieser ‚me-first‘-Ansatz gefährdet nicht nur die ärmsten und verletzlichsten Menschen der Welt, er ist auch selbstzerstörerisch. Letztlich werden diese Maßnahmen die Pandemie, die Einschränkungen, die zu ihrer Eindämmung nötig sind, und das menschliche und wirtschaftliche Leid nur verlängern. Impfgerechtigkeit ist nicht nur ein moralisches Gebot, sondern auch ein strategisches und wirtschaftliches Gebot.“¹³⁹

Problematisch ist zudem, dass manche Länder COVAX offensichtlich als „Resterampe“ für fast schon abgelaufene Impfstoffe ansehen. Darauf wiesen der African Vaccine Acquisition Trust (Avat), die Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC) und COVAX im November 2021 in einer gemeinsamen Stellungnahme hin.¹⁴⁰ Darin heißt es, dass die meisten Spenden von COVID-19-Impfstoffdosen nach Afrika ad hoc, ohne Vorankündigung und mit Dosen, die nur eine kurze Haltbarkeitsdauer haben, erfolgten. Dies mache es für die betroffenen Länder extrem schwierig, Impfkampagnen zu planen:

„Die Notwendigkeit, kurzfristig zu planen und die Aufnahme von Dosen mit kurzer Haltbarkeitsdauer zu gewährleisten, vergrößert die logistische Belastung der ohnehin schon überlasteten Gesundheitssysteme exponentiell.“¹⁴¹

139 <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board>

140 <https://africacdc.org/news-item/joint-statement-on-dose-donations-of-covid-19-vaccines-to-african-countries/> und Mureithi (2021).

141 Ebd. (Übersetzung JM).

Im Dezember 2021 mussten nigerianische Behörden mehr als eine Million Dosen des AstraZeneca-Impfstoffs mit abgelaufenem Haltbarkeitsdatum vernichten. Verantwortlich dafür seien nach den Worten von Faisal Shuaib, dem Leiter der nigerianischen Gesundheitsbehörde (National Primary Health Care Development Agency, NPHCDA), die Industrieländer, die „diese Vakzine beschafften und sie in ihren Lagern horteten und sie kurz vor deren Verfallsdatum als Spende anboten“.¹⁴² Die nigerianische Regierung hat inzwischen die Konsequenzen gezogen und angekündigt, dass sie nicht länger Schenkungen von Impfstoffen mit kurzer Haltbarkeitsdauer annehmen werde.

Bei einer Sitzung des Entwicklungsausschusses des Europäischen Parlaments (DEVE) am 13. Januar 2022 hat Eteleva Kadilli, Leiterin von UNICEFs Versorgungsabteilung, berichtet, dass allein 15 Millionen Impfstoffdosen, die von der EU gespendet wurden, von den Empfängerländern wegen zu kurzer Haltbarkeit abgelehnt werden mussten.¹⁴³ Überwiegend handelte es sich um Dosen des AstraZeneca-Impfstoffs, die in der EU nicht mehr abgesetzt werden konnten.

COVAX akzeptiert mittlerweile nur noch Impfstoffspenden mit einer Haltbarkeit von mindestens zehn Wochen.

Insgesamt konnte COVAX bisher weder den ursprünglichen Anspruch erfüllen, weltweit einen gerechten Verteilungsmechanismus für Coronaimpfstoffe zu etablieren, noch die heruntergeschraubten Erwartungen, zumindest für die 92 Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen in ausreichendem Umfang Impfstoffe zu liefern. Die Médecins Sans Frontières Access Campaign spricht in einer vorläufigen Bilanz von COVAX als einem „gebrochenen Versprechen an die Welt“.¹⁴⁴

Die Kritik an COVAX betrifft zum Teil externe Faktoren, die von den Trägern der Initiative nicht zu verantworten sind. COVAX konnte die ursprünglich gesteckten Ziele nicht verwirklichen, weil die reicheren Länder gerade in der frühen Phase der Impfstoffproduktion den Markt leergekauft haben und COVAX zunächst nicht über genügend Finanzmittel verfügte, um frühzeitig Impfstoffvereinbarungen auszuhandeln. Exportrestriktionen einiger Länder erschwerten die Impfstoffbeschaffung für COVAX zusätzlich.

Daneben werden aber auch Konstruktionsfehler der Initiative selbst kritisiert. Sie betreffen vor allem die Governance, Entscheidungsstruktur

142 <https://www.rnd.de/politik/corona-nigeria-vernichtet-impfdosen-gespendete-vakzine-kurz-vor-ablauf-VQUSLCXWUWTGLDFFJ4PZT5TKW4.html>

143 <https://www.europarl.europa.eu/committees/de/access-to-covid-19-vaccines-in-developin/product-details/20220124CAN64788>

144 Médecins Sans Frontières Access Campaign (2021).

und Transparenz der Initiative. COVAX hat eine typische Multistakeholderstruktur, in der private Akteure, darunter die Bill & Melinda Gates Foundation und Vertreter*innen der Pharmaindustrie erheblichen Einfluss haben.¹⁴⁵ Die Gates-Stiftung spielt nicht nur eine führende Rolle bei den beiden COVAX-Trägern, der Impfallianz Gavi und der öffentlich-privaten Forschungsallianz CEPI, sie ist auch in mindestens zehn Ausschüssen und Arbeitsgruppen der COVAX Facility mit eigenem Personal vertreten.¹⁴⁶

Dagegen spielen die eigentlichen Zielgruppen von COVAX, die 92 AMC-Länder, in den Entscheidungsprozessen nur eine Nebenrolle. Laut der Médecins Sans Frontières Access Campaign

„(...) sind die Stimmen der AMC-Länder in den strategischen Diskussionen oder Entscheidungsprozessen weitgehend abwesend. Die AMC Engagement Group ist die einzige formelle Möglichkeit für diese 92 Länder, mit COVAX zu interagieren. Diese Gruppe trifft sich nur alle zwei Monate zu Calls mit 300 bis 400 Teilnehmern und bietet kaum Gelegenheit für sinnvolle Diskussionen und Entscheidungsfindung.“¹⁴⁷

Das Sekretariat von COVAX ist bei Impfallianz Gavi angesiedelt, bei der es sich formal um eine private Stiftung nach Schweizer Recht handelt. COVAX hat zwar anfänglich Informationen über seine diversen Gremien und Arbeitsgruppen veröffentlicht,¹⁴⁸ wie und welche Entscheidungen durch wen aber konkret gefällt werden, bleibt weitgehend intransparent. Dabei entscheiden die COVAX-Gremien immerhin über die Verwendung eines Budgets, das mehr als dreimal so groß ist wie der Jahreshaushalt der WHO.

COVAX ist damit ein weiteres Beispiel für die Fragmentierung der globalen Gesundheitsarchitektur. Diese neue Multistakeholderinitiative ist das Resultat einer globalen Gesundheitspolitik, die weniger auf menschenrechtsbasierten Konzepten und der WHO als zentraler Gesundheitsorganisation beruht, sondern vielmehr auf marktbasierter Konzepten in Verbindung mit einem traditionellen Verständnis von Entwicklungshilfe. Die entscheidenden Akteure bei COVAX sind die Geberregierungen, private Stiftungen und Impfstoffproduzenten, während die Länder des globalen Südens einmal mehr auf die Rolle der passiven Empfänger von „Hilfe“ reduziert werden.

145 Gleckman (2021).

146 COVAX (2021).

147 Médecins Sans Frontières Access Campaign (2021), S. 4 (Übersetzung JM).

148 COVAX (2021).

Die Gesundheitsexpertin und WHO-Beraterin Ilona Kickbusch bestätigt, dass die Corona-Pandemie die Schwachstellen des gegenwärtigen Entwicklungshilfemodells aufgezeigt hat: „Globale Gesundheitspolitik lässt sich nicht mit Wohltätigkeit lösen. Es braucht ganz neue Finanzierungsformen.“¹⁴⁹ Damit weist sie vor allem auf die unzureichende Finanzierung der WHO hin.

Auch die Global Health Diplomacy and Cooperation Task Force der Lancet COVID-19 Commission bemängelt die Schwäche der WHO bei der Pandemiebekämpfung und konstatiert, dass die Regierungen der WHO durchaus eine größere Rolle hätten zubilligen können:

„Obwohl in verschiedenen UN-Resolutionen die ‚entscheidende‘, ‚führende‘ und ‚leitende‘ Rolle der WHO bei der Reaktion auf Pandemien hervorgehoben wird, hat COVID-19 gezeigt, dass die Organisation durch die von ihren Mitgliedstaaten auferlegten Beschränkungen sowie durch institutionelle Unzulänglichkeiten behindert wird. (...)“

Die UNGA [UN Generalversammlung] hätte die WHO auffordern können, eine staatlich geführte institutionelle Plattform für die gleichmäßige Verteilung von Impfstoffen, Diagnostika, Medikamenten und Ausrüstung zur Bekämpfung der Pandemie und anderer Epidemien einzurichten. Aber das ist nicht geschehen. Es gab auch keine Autorisierung oder Anleitung, die Ressourcen des bestehenden UN-Systems umzuschichten, um Leben in den ärmsten Ländern zu retten und die WHO zu befähigen, auf Länderebene tätig zu werden.“¹⁵⁰

Zu einer ähnlichen Bewertung kommt auch das Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response in seinem Report 2021. Es fordert eine grundsätzliche politische und finanzielle Stärkung der WHO und die Umwandlung der ACT-A-Plattform „von einem Modell, bei dem die Innovation dem Markt überlassen wird, hin zu einem Modell, das auf die Bereitstellung globaler öffentlichen Gütern ausgerichtet ist.“¹⁵¹

Nun gilt es, aus all diesen Erfahrungen und Analysen die notwendigen Konsequenzen zu ziehen, um dem Ziel globaler Impfgerechtigkeit näher zu kommen und für künftige Pandemien besser gewappnet zu sein.

149 <https://www.swp-berlin.org/publikation/globale-gesundheitspolitik-in-der-corona-pandemie-es-war-ein-beispiel-der-nichtzusammenarbeit>

150 Lancet COVID-19 Commission Global Health Diplomacy and Cooperation Task Force (2021), S. 8 (Übersetzung JM).

151 Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (2021), S. 68.

IV. Schritte zu globaler Impfgerechtigkeit und wirksamer Pandemieprävention

Regierungen und internationale Organisationen haben in beispielloser Weise auf die COVID-19-Pandemie reagiert. Sie haben 17 Billionen US-Dollar für Sofortmaßnahmen, Liquiditätshilfen und Konjunkturpakete mobilisiert, um die Folgen der Pandemie zu bewältigen.¹⁵² In unzähligen Erklärungen haben sie bekräftigt, dass eine Rückkehr zum *business as usual* keine Option sei. Stattdessen wurde der Aufruf der Vereinten Nationen „building back better“ bzw. „recover better“ zu einem Leitmotiv der internationalen Reaktionen auf die Krise.

Aber trotz dieser enormen Mittelmobilisierung blieben die WHO und die globalen Impfkampagnen unterfinanziert. Die WHO benötigte 2021 für Maßnahmen zur Bekämpfung der akuten Pandemie im Rahmen ihres Strategic Preparedness and Response Plans (SPRP) 1,96 Milliarden US-Dollar. Damit sollten vor allem Aktivitäten auf Länderebene unterstützt werden, u. a. durch medizinische Notfallteams, die Ausbildung von Gesundheitspersonal und technische Hilfe, beispielsweise bei der Sauerstoffversorgung. Bis Ende des Jahres hat sie lediglich 67 Prozent davon erhalten (1,32 Milliarden US-Dollar). Es blieb eine Finanzierungslücke in Höhe von 645 Millionen US-Dollar (mit Abstand größter Beitragszahler für den COVID-19 Appeal der WHO war übrigens Deutschland mit zugesagten Mitteln in Höhe von 400,67 Millionen US-Dollar).¹⁵³

Infolge der mangelnden Unterstützung für den COVID-19 Technologie-Pool (C-TAP) und der Weigerung der EU und anderer, den Patentschutz für COVID-19-relevante Impfstoffe, Medikamente und medizinische Geräte vorübergehend aufzuheben, ging viel wertvolle Zeit verloren, um Produktionskapazitäten in den Ländern des globalen Südens auszubauen.

Aber solange sich immer neue Varianten des SARS-CoV-2-Virus bilden und weitere Wellen der Pandemie die Welt erschüttern, ist die Krise nicht überwunden. John Nkengasong, der Direktor der Africa Centres for Disease Control and Prevention hat zurecht festgestellt:

„Die Welt hatte Glück mit Omikron. Es ist unvorstellbar, was passiert wäre, wenn diese hochansteckende Variante eine so schwere Krankheit wie Delta verursacht hätte. Beim nächsten Mal haben wir vielleicht nicht mehr so viel Glück. Die Welt kann es sich nicht leisten, jemals wieder so unvorbereitet zu sein.“¹⁵⁴

152 <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19>

153 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/donors-and-partners/funding>

154 Nkengasong (2022) (Übersetzung JM).

Kurzfristig ist es daher weiterhin die dringendste Aufgabe, die globale Impfkampagne weltweit zu beschleunigen. Die WHO hat als Ziel ausgegeben, dass bis Mitte 2022 mindestens 70 Prozent der Weltbevölkerung vollständigen Impfschutz erhalten sollen.¹⁵⁵ Die Kosten für die Impfung der Menschen in den ärmeren Ländern des globalen Südens (low and low-middle income countries - LICs, LMICs) schätzt sie auf 55 Milliarden US-Dollar. Ein wesentlicher Teil dieser Summe müsste von der internationalen Gemeinschaft aufgebracht werden. Aber es geht nicht nur um die Bereitstellung von Impfstoffen. Notwendig sind auch Diagnostika, Medikamente, medizinische Geräte und zusätzliches Gesundheitspersonal.

Über die notwendigen Sofortmaßnahmen für globale Impfgerechtigkeit hinaus sind weitergehende Schritte notwendig, um künftigen Pandemien vorzubeugen, anderen gefährlichen Gesundheitsrisiken wie antimikrobiellen Resistenzen wirksam zu begegnen und eine umfassende Primärversorgung (*Primary Health Care*) durch zu stärkende öffentliche Gesundheitssysteme insgesamt sicherzustellen. Diese Schritte sollten auf dem One-Health-Ansatz aufbauen, der für ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit steht und das Zusammenspiel der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt in den Blick nimmt (mehr dazu Kasten 2). In diesem Zusammenhang müssen auch die strukturellen Ursachen globaler Gesundheitsprobleme verstärkt berücksichtigt werden.

Kasten 2

One Health: Ganzheitlicher Ansatz für die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt

von Karolin Seitz¹⁵⁶

Die COVID-19-Pandemie hat uns die enge Verbindung zwischen Mensch, Tier und Umwelt deutlich vor Augen geführt, bestehende Herausforderungen in der globalen Gesundheit besonders sichtbar werden lassen und verschärft. Die Zerstörung von Naturräumen und Verdrängung von Arten, der Wildtierhandel, ressourcenintensive Lebensweisen und -verhältnisse, nicht-nachhaltige Ernährungssysteme und insbesondere die industrielle Landwirtschaft und Massentierhaltung sind Ursachen für die Entstehung von Zoonosen, aber auch von zahlreichen anderen, übertragbaren und nicht-übertragbaren, chronischen Krankheiten.

Der One-Health-Ansatz nimmt genau dieses Zusammenspiel der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt in den Blick. Der Ansatz betont den Mehrwert einer trans-, multi- und interdisziplinären Zusammenarbeit zu den genannten Themenbereichen.

155 WHO (2021b).

156 Siehe auch das umfassendere Briefing zu dem Thema von Seitz (2021).

Ein multi-dimensionaler One-Health-Ansatz hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und wird nun von verschiedenen Akteuren als Ansatz zur Prävention und Reaktion auf zukünftige Pandemien gesehen. Frankreich und Deutschland haben einen hochrangigen Expert*innenrat zu One Health in die Wege geleitet. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) hat One Health als neues Initiativthema verkündet und eine entsprechende Strategie dazu erarbeitet. Und auch die neue globale Gesundheitsstrategie der Bundesregierung macht One Health zu einem Schwerpunktthema.

Im Zuge der Corona-Pandemie hat das Thema globale Gesundheit deutlich an Aufmerksamkeit und Bedeutung gewonnen, der Diskurs um die Überwindung der COVID-19-Krise wird allerdings oft auf Pandemieprävention und -bekämpfung eingengt. Die politischen Initiativen beschränken sich weitgehend auf das Krisenmanagement. Statt Gesundheit holistisch aufzufassen und sich auf die Erfüllung des Menschenrechts auf Gesundheit zu konzentrieren, wird zunehmend die Vermeidung zukünftiger Pandemien in den Fokus gerückt und die Symptome statt der Ursachen behandelt. Ein ganzheitlich ausgerichteter Ansatz liegt den globalen Nachhaltigkeitszielen (SDGs) zugrunde, wird aber durch die Corona-Pandemie in den Hintergrund gerückt.

Die Verengung der globalen Gesundheit auf einzelne Aspekte und Ansätze war auch vor der Corona-Pandemie deutlich sichtbar und wird insbesondere verstärkt durch die Interessen einiger Akteure der globalen Gesundheit, darunter aus der chemischen und pharmazeutischen Industrie. So sind es oft begrenzte und kurzfristige, meist technische Lösungsansätze, die im Sinne einer *Versicherheitlichung* (Betrachtung von Gesundheitsthemen unter außen- und sicherheitspolitischer Sicht), der Vertikalisierung (Fokussierung auf die Bekämpfung eines spezifischen Gesundheitsproblems, meist einer Krankheit) oder der *Medikalisierung* (Betrachtung von Gesundheitsproblemen als rein medizinisches Problem) von Gesundheit vorangetrieben werden.

Eine holistische Umsetzung des One-Health-Ansatzes muss über Maßnahmen der vorwiegend medizinisch-technischen Verhinderung von Übertragung und Eindämmung von Zoonosen und Antibiotikaresistenzen hinausgehen und insbesondere die strukturellen Ursachen globaler Gesundheitsprobleme in den Blick nehmen und Lösungsstrategien entwickeln. Dafür müssen vor allem nachhaltigkeits- und gerechtigkeitsbasierte Ansätze – wie zum Beispiel an der Schnittstelle Landwirtschaft die Agrarökologie – unterstützt werden, die negativen Folgewirkungen auf Umwelt, Klima und die Gesundheit von Mensch und Tier vorbeugen und diese vermeiden. Öffentliche Dienstleistungen für die Gesundheit und Gesunderhaltung von Menschen, Tieren und Umwelt müssen gestärkt werden und schließlich muss politisch kohärent und rechen-schaftspflichtig gegenüber der Bevölkerung gehandelt werden.

Internationale Kommissionen und zivilgesellschaftliche Initiativen haben in ihren Berichten und Manifesten konkrete Vorschläge zur Pandemiebekämpfung und -prävention formuliert. Zu den wichtigsten Initiativen zählen

- » die Lancet COVID-19 Commission¹⁵⁷
- » das Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response¹⁵⁸
- » das G20 High Level Independent Panel¹⁵⁹
- » die weltweite Kampagne für ein „People’s Vaccine“¹⁶⁰

Auf einigen ihrer Empfehlungen basieren die folgenden **10 Punkte für globale Impfgerechtigkeit und Pandemieprävention**. Sie sind auch ein notwendiger Beitrag zur Verwirklichung des Gesundheitsziels der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (SDG 3). Die Empfehlungen richten sich primär an die deutsche Politik, für die nicht zuletzt im Rahmen der EU und der WHO sowie der deutschen G7-Präsidentschaft 2022 besondere Handlungs- und Einflussmöglichkeiten bestehen.

1. Lokale Produktionskapazitäten im globalen Süden steigern

Um kontinuierlich Impfstoffe für mindestens 70 Prozent der Weltbevölkerung zu produzieren und zugleich die Abhängigkeit der Länder des globalen Südens von den westlichen Pharmafirmen zu reduzieren, müssen verstärkt lokale Produktionskapazitäten und leistungsfähige regionale Vertriebssysteme auf- bzw. ausgebaut werden. Länder des globalen Südens müssen dabei durch Technologietransfer und Anschubfinanzierungen im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) unterstützt werden.

Derzeit gibt es nach Recherchen des AccessIBSA Projekts und der Access Campaign von Médecins Sans Frontières über 100 Produktionsstätten in Afrika, Asien und Lateinamerika, die das Potential haben, mRNA-Impfstoffe herzustellen.¹⁶¹ In einigen Ländern, allen voran Indien, werden schon heute COVID-19-Impfstoffe in erheblichem Umfang produziert.

Statt überschüssige Impfstoffdosen zu spenden, sollte die Bundesregierung Länder wie Südafrika, Senegal und Marokko verstärkt darin unterstützen, die eigene Produktion von Impfstoffen und Medikamenten anzukurbeln. Ein Beispiel dafür ist die Unterstützung des BMZ für das Institut Pasteur in Dakar, Senegal beim Aufbau eigener Produktionsstrukturen für COVID-19-Schnelltests und Impfstoffe.¹⁶²

157 <https://covid19commission.org/>

158 <https://theindependentpanel.org/>

159 <https://pandemic-financing.org/>

160 <https://peoplesvaccine.org/>

161 Prabhala/Alsahlani (2021).

162 <https://www.bmz.de/de/aktuelles/archiv-aktuelle-meldungen/aufbau-einer-corona-impfstoffproduktion-in-afrika-84088>

2. COVID-19 Technologie-Pool (C-TAP) und regionale mRNA-Hubs unterstützen

Der von der WHO gegründete COVID-19 Technologie-Pool C-TAP hätte das Potential, eine Plattform für Entwickler von COVID-19-Therapeutika, -Diagnostika, -Impfstoffen und anderen Gesundheitsprodukten zu bieten, um ihr Wissen mit anderen Produzenten zu teilen. Vorbild ist der erfolgreiche Pool für Patente und Lizenzen auf Medikamente zur AIDS-Behandlung, der Medicines Patent Pool (MPP). Regionale Technologietransfer-Hubs, wie der erste afrikanische mRNA-Hub in Südafrika, können eine ähnlich wichtige Funktion haben.

Die Bundesregierung sollte C-TAP und seinen Solidarity Call to Action¹⁶³ ausdrücklich unterstützen. Sie sollte die Vergabe öffentlicher Mittel an deutsche Pharmafirmen im Zusammenhang mit COVID-19 an die Bedingung knüpfen, sich an C-TAP zu beteiligen. Sie sollte im Rahmen der EZ den Aufbau regionaler mRNA-Hubs und ähnlicher Initiativen zur Förderung des Technologietransfers unterstützen.

3. TRIPS Waiver: Patentschutz für COVID-19-relevante Impfstoffe, Medikamente und medizinische Geräte vorübergehend aufheben

Die vorübergehende Aufhebung des Patentschutzes für COVID-19-relevante Impfstoffe, Medikamente und medizinische Geräte durch eine Ausnahmegenehmigung (Waiver) im Rahmen des TRIPS-Übereinkommens würde es Herstellern im globalen Süden ermöglichen, Medikamente und Impfstoffe schneller und kostengünstiger zu produzieren. Wäre die entsprechende Initiative von Südafrika und Indien in der WTO nicht seit Oktober 2020 blockiert worden, hätten mittlerweile Firmen in verschiedenen Ländern des globalen Südens mit der Impfstoffproduktion beginnen können. Menschenleben hätten so gerettet werden können.

Zweifelloos ist der TRIPS Waiver allein keine Lösung, aber er ist eine notwendige Voraussetzung, um Technologie- und Wissenstransfer zu erleichtern und zu einer schnellen Ausweitung der Produktionskapazitäten im globalen Süden zu führen. Das gilt nicht nur für Impfstoffe, sondern auch für COVID-19-Medikamente und andere medizinische Produkte. Die Bundesregierung sollte ihre Opposition gegen den TRIPS Waiver in der WTO und im Verbund der EU daher umgehend aufgeben und die Initiative von Indien und Südafrika aktiv unterstützen.

163 <https://www.who.int/initiatives/covid-19-technology-access-pool/solidarity-call-to-action>

4. Patentsystem für Medikamente grundsätzlich reformieren

Über die Sofortmaßnahmen zur vorübergehenden Aufhebung des Patentschutzes hinaus mehren sich die Stimmen, die internationalen Regelungen zum Schutz geistigen Eigentums mit Blick auf unentbehrliche Arzneimittel grundsätzlich auf den Prüfstand zu stellen. Medikamente, die der Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit dienen, sollten generell als globale öffentliche Güter betrachtet werden, statt ihre Produktion und Preisbildung der Marktlogik oder dem monopolistischen Marktverhalten weniger Anbieter zu unterwerfen. Das gilt insbesondere dann, wenn, wie im Falle der COVID-19-Impfstoffe, die Forschung und Entwicklung mit Milliarden öffentlicher Gelder gefördert wurde.

Es ist ein kaum zu belegender Mythos, dass medizinische Innovationen hauptsächlich vom Streben nach wirtschaftlichem Gewinn getrieben sind und nur durch Konkurrenz, Wettbewerb und die strikte Wahrung des Geschäftsgeheimnisses ermöglicht werden. Im Gegenteil: Wissenschaftliche Fortschritte wurden nicht selten erst durch internationale Kooperation und Transparenz der Forschungsergebnisse ermöglicht. Bei bahnbrechenden medizinischen Erfindungen, wie dem Penicillin oder dem Impfstoff gegen Kinderlähmung, haben die Wissenschaftler bewusst auf das Patentrecht für sich verzichtet.

Die Bundesregierung sollte sich daher daran beteiligen zu prüfen, auf welche Weise unentbehrliche Arzneimittel und Gesundheitstechnologien aus dem Geltungsbereich des TRIPS-Abkommens herausgenommen werden können. Sie sollte zugleich prüfen, mit welchen regulatorischen und finanziellen Mitteln ein kollaboratives Forschungsumfeld gefördert werden kann, das in transparenter Weise tatsächlich der Produktion globaler öffentlicher Güter dient.

5. Transparenz bei Arzneimittelkosten und Lieferverträgen erhöhen

Um feststellen zu können, ob Pharmafirmen einen „fairen Preis“ für COVID-19-Therapeutika, -Diagnostika und -Impfstoffe erheben, sind verlässliche Informationen über die tatsächlichen Kosten von Forschung, Entwicklung, Produktion und Vertrieb unerlässlich. Die Pharmafirmen sollten nicht nur offenlegen, wie hoch die Produktionskosten und die Kosten für klinische Studien sind, sondern auch wie hoch der Anteil der Investitionen ist, der tatsächlich von den Unternehmen getragen wird, und wie hoch der Anteil ist, der von öffentlichen Stellen und gemeinnützigen Organisationen übernommen wird.

Die Weltgesundheitsversammlung hatte bereits im Mai 2019 mit der Resolution zur „Verbesserung der Transparenz der Märkte für Arzneimittel, Impfstoffe und andere Gesundheitsprodukte“ einen ersten wichtigen Schritt in diese Richtung vollzogen, auf den nun weitere folgen müssen.¹⁶⁴

Mehr Preis- und Kostentransparenz ist auch eine notwendige Voraussetzung, um ermitteln zu können, ob Impfstoffe und Medikamente zum Selbstkostenpreis verkauft werden, wie es beispielsweise AstraZeneca für seinen COVID-19-Impfstoff zugesichert hat.

Die Bundesregierung und die Europäische Kommission sollten darüber hinaus ihre Verträge mit den Impfstoffherstellern vollständig veröffentlichen, um auf diese Weise die ausgehandelten Preise und Konditionen gegenüber der Öffentlichkeit transparent zu machen.

6. Öffentliche Fördergelder für medizinische Forschung und Entwicklung an Bereitschaft zum Technologietransfer und zu fairen Preisen knüpfen

Öffentliche Fördergelder an Pharmafirmen und Forschungseinrichtungen können ein wichtiger Beitrag sein, um Arzneimittel und Impfstoffe zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie zu entwickeln und gegenüber künftigen Pandemien und anderen gefährlichen Gesundheitsrisiken besser gewappnet zu sein. Die Vergabe sollte aber in transparenter Weise erfolgen und an konkrete Bedingungen geknüpft sein. Dazu zählen z. B. verbindliche Verpflichtungen zum Teilen der Forschungs- und Entwicklungsergebnisse durch die Teilnahme an Technologiepools wie C-TAP, die Vergabe offener, nicht-exklusiver und ggf. gebührenfreier Lizenzen sowie Regeln zur transparenten und fairen Preissetzung, um Wucherpreise für lebensnotwendige Medikamente und Impfstoffe zu verhindern.¹⁶⁵

7. ACT-Accelerator einschließlich COVAX ausreichend finanzieren

COVAX ist zwar mit seinem Anspruch gescheitert, die gepoolte Beschaffung und gerechte Verteilung von COVID-19-Impfstoffen für alle Länder der Welt basierend auf dem von der WHO entwickelten Fairen

164 Resolution WHA72.8 vom 28. Mai 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329301>). Siehe dazu auch den Artikel des Third World Network nach Annahme der Resolution (<https://www.twn.my/title2/health.info/2019/hi190512.htm>).

165 Siehe dazu auch das umfassende Positionspapier vom Aktionsbündnis gegen AIDS et al. (2020).

Zuteilungsrahmen (*Fair Allocation Framework*) zu garantieren, COVAX bleibt aber gegenwärtig der wichtigste Mechanismus zur Finanzierung und Verteilung von COVID-19-Impfstoffen für die 92 ärmeren Länder des globalen Südens (AMC-Länder).

Um ihre Aufgaben bei der Bewältigung der akuten Pandemie erfüllen zu können, benötigen COVAX wie auch die anderen Säulen des ACT-Accelerators (Diagnostika, Therapeutika und Gesundheitssysteme) ausreichende Finanzmittel. 2021 blieb gegenüber dem ursprünglich kalkulierten Bedarf eine Finanzierungslücke von 14,5 Milliarden US-Dollar,¹⁶⁶ und auch für den 12-Monatszeitraum bis September 2022 ist der Finanzbedarf in Höhe von insgesamt 23,4 Milliarden US-Dollar bei weiten noch nicht gedeckt.¹⁶⁷ Auch deswegen riefen die Träger von COVAX dazu auf, die Impfkampagne 2022 mit mindestens 5,2 Milliarden US-Dollar zusätzlich zu unterstützen.¹⁶⁸

Parallel dazu müssen die Governance- und Entscheidungsstrukturen von COVAX umgehend so umgestaltet werden, dass die AMC-Länder und zivilgesellschaftliche Organisationen effektiver beteiligt werden. Außerdem sollte die Transparenz und externe Kommunikation der Initiative erheblich verbessert werden.

Schließlich sollten die ACT-Accelerator-Plattform und COVAX aber auch grundsätzlich auf den Prüfstand gestellt werden. Dabei sollte insbesondere untersucht werden, inwieweit diese Initiativen mit ihrer umstrittenen Multistakeholder-Struktur zur weiteren Schwächung der WHO als dem eigentlich zentralen zwischenstaatlichen Entscheidungsgremium im Bereich globaler Gesundheit beitragen.

8. Öffentliche Gesundheitsinfrastruktur und soziale Sicherungssysteme stärken

Um die COVID-19-Pandemie zu überwinden, reicht es nicht aus, Impfstoffe für die gesamte Weltbevölkerung zu produzieren und fair zu verteilen. Notwendig ist auch eine funktionsfähige öffentliche Gesundheitsinfrastruktur, um die Impfungen überall auf der Welt tatsächlich durchführen zu können und an COVID-19 Erkrankte bestmöglich zu behandeln. Dies setzt eine ausreichende finanzielle und personelle Ausstattung der öffentlichen Gesundheitssysteme voraus.

166 <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>

167 Ebd.

168 <https://www.gavi.org/news/media-room/world-leaders-launch-call-renewed-support-vaccination-2022-part-global-fight>

In vielen Ländern ist der Gesundheitssektor chronisch unterfinanziert, in vielen war er gerade in den Jahren vor Ausbruch der Pandemie von Sparmaßnahmen und Privatisierung betroffen. In Ländern wie Ecuador, Gabun, Kamerun, Sri Lanka, Griechenland und Spanien haben die Kürzungen der Sozialausgaben zu einer spürbaren Verschlechterung der öffentlichen Gesundheitsversorgung geführt. In Kenia berichten Menschenrechtsorganisationen, dass die von der Regierung unterstützte Expansion des privaten Gesundheitssektors die Kosten in die Höhe getrieben und den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung untergraben hat.¹⁶⁹ Die Coronakrise hat schmerzlich gezeigt, welche fatalen Folgen das für die Bevölkerung hatte.¹⁷⁰

Erforderlich ist in vielen Ländern eine substantielle Stärkung der öffentlichen Gesundheitssysteme. Dazu brauchen die Länder einen größeren fiskalischen Spielraum. Dieser kann geschaffen durch Steuerreformen, die Umschichtung von sozial und ökologisch nicht nachhaltigen Subventionen zugunsten von höheren Gesundheitsbudgets, die Bekämpfung von Steuerflucht und Steuervermeidung,¹⁷¹ durch Schuldenerlasse (siehe Kasten 3) sowie durch zusätzliche externe Mittel, wie z. B. IWF-Sonderziehungsrechte (siehe Kasten 4) und höhere EZ-Mittel.

Selbst der IWF hat als Antwort auf die Pandemie kurzfristig höhere Ausgaben für die Gesundheitsversorgung befürwortet, auch wenn diese vorübergehend zu steigenden Haushaltsdefiziten führen.¹⁷² Wichtig ist nun, dass die Gesundheitsausgaben nicht nach der akuten Krise mit dem Argument der Haushaltskonsolidierung wieder gekürzt werden. Eben dies ist aber zu befürchten: Die Weltbank warnte im Herbst 2021 davor, dass voraussichtlich 52 Länder, darunter vor allem Länder mit niedrigem Einkommen, ihre Staatsausgaben unter das Niveau vor der COVID-Krise senken und davon insbesondere die staatlichen Gesundheitsausgaben betroffen sein werden.¹⁷³

Die Bundesregierung sollte in ihrer EZ die Stärkung von öffentlicher Gesundheitsinfrastruktur und sozialen Sicherungssystemen in den Partnerländern aktiv fördern. Zugleich sollte sie sich im IWF und anderen Internationalen Finanzinstitutionen (IFIs) dafür einsetzen, dass deren Beratung und Auflagenpolitik nicht dem Ziel starker öffentlicher Gesundheitssysteme und effektiver sozialer Sicherungssysteme entgegenwirkt.

169 Center for Human Rights and Global Justice/Economic and Social Rights Centre-Hakijamii (2021).

170 Siehe dazu z. B. auch Brunswijk (2018) und verschiedene Beiträge in den Berichten Spotlight on Sustainable Development (2020) und (2021).

171 Global Alliance for Tax Justice/Public Services International/Tax Justice Network (2021).

172 Razavi, Shahra/Schwarzer, Helmut/Durán-Valverde, Fabio/Ortiz, Isabel/Dutt, Devika (2021).

173 Kurowski/Evans/Tandon et al. (2021).

Kasten 3**Unzureichende Schuldeninitiativen**von Bodo Ellmers¹⁷⁴

Die Coronakrise ist zugleich eine Gesundheitskrise als auch eine Wirtschafts- und Finanzkrise. Die Schuldenproblematik stand daher seit ihrem Beginn auf der Agenda. Im April 2020 hatten die G20 die *Debt Service Suspension Initiative* (DSSI) beschlossen. Die DSSI erlaubte es Ländern mit niedrigem Einkommen, ihren Zahlungsdienst auf bilaterale Schulden vorübergehend einzustellen und die fälligen Raten später nachzuzahlen. Seither wurde die DSSI mehrfach verlängert, lief aber Ende 2021 endgültig aus. 2022 müssen Entwicklungsländer also wieder deutlich mehr Mittel für den Schuldendienst mobilisieren können. Wie viele das nicht können, und damit in akute Schuldenkrisen abrutschen, bleibt abzuwarten. Selbst bei denen, die es können, gehen die Mittel, die an die Gläubiger fließen, für Pandemiebekämpfung und Wiederaufbau verloren.

Die DSSI hatte ohnehin erhebliche Mängel. Besonders ist es nie gelungen, private und multilaterale Gläubiger einzubinden. Gerade die Kredite bei privaten Gläubigern sind am höchsten verzinst, und damit für die Schuldner am teuersten. Die G20 hatten daher komplementär noch im November 2020 das *Common Framework for Debt Treatments beyond the DSSI* verabschiedet. Das Common Framework sollte auch Schuldenerlasse möglich machen und die privaten Gläubiger mit einbeziehen. Mit Äthiopien, Sambia und Tschad hatten sich bald drei Länder für den Prozess beworben.

Mittlerweile hat sich herausgestellt, dass das Common Framework komplett dysfunktional ist. Kein einziges Land konnte den Prozess bislang abschließen. Die optimistische Annahme, private Gläubiger würden sich freiwillig beteiligen, hat sich als Trugschluss erwiesen. Obwohl mehr als die Hälfte der Länder niedrigen Einkommens vom IWF als Länder mit hohem Schuldenkrisenrisiko eingestuft wird,¹⁷⁵ hat sich seit über einem Jahr kein weiteres Land für das wirkungslose Common Framework beworben. Damit ist die Aufgabe, eine wirklich funktionierende Architektur zur Lösung von Schuldenkrisen zu schaffen, weiterhin ein Muss auf der Agenda von G7 und G20. Dies ist in Anbetracht der Konstellation von steigenden Zinssätzen und hohen Schuldenständen dringender als je zuvor.

Frühere Schuldenerlassinitiativen wurden mit dem expliziten Ziel durchgeführt, ärmeren Ländern fiskalische Spielräume zu verschaffen. Die *Heavily Indebted Poor Countries* (HIPC) Initiativen ab den 1990er-Jahren hatten zum Zweck, die Armutsbekämpfung im globalen Süden zu beschleunigen. Auch heute sind Schuldenerlasse eine essenzielle Voraussetzung für die Freisetzung knapper öffentlicher Mittel, die für die Bekämpfung der Pandemie dringend gebraucht werden.

174 Mehr zum Thema: Ellmers (2021b).

175 <https://www.imf.org/external/Pubs/ft/dsa/DSAlist.pdf>

9. Globale Finanzierung öffentlicher Gesundheitsaufgaben steigern

Um die gegenwärtige Pandemie weltweit zu beenden, auf den Ausbruch künftiger Pandemien besser vorbereitet zu sein und den universellen Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen, besonders für unterversorgte und arme Bevölkerungsgruppen, gewährleisten zu können, sind öffentliche Investitionen in Milliardenhöhe notwendig. Die Spitzen von IWF, Weltbank, WHO und WTO forderten in einem gemeinsamen Aufruf im Juni 2021 allein zur Bewältigung der akuten Pandemie zusätzliche öffentliche Investitionen in Höhe von etwa 50 Milliarden US-Dollar.¹⁷⁶ Sie würden nicht nur dazu beitragen, die Zahl der Infektionen und Todesfälle zu verringern und die Pandemie schneller zu beenden, sondern auch den wirtschaftlichen Aufschwung zu beschleunigen und bis 2025 weltweit eine zusätzliche Wirtschaftsleistung von etwa 9 Billionen US-Dollar zu erbringen.¹⁷⁷

In ähnlichem Sinne fordert das G20 High Level Independent Panel für die Pandemieprävention in den kommenden fünf Jahren internationale Finanzmittel in Höhe von 75 Milliarden US-Dollar.¹⁷⁸ Das Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response kalkuliert einen Finanzbedarf von 5-10 Milliarden US-Dollar pro Jahr in den nächsten 10–15 Jahren.¹⁷⁹ Zur Mobilisierung der Mittel sprechen sich beide Panels für die Schaffung eines neuen Fonds aus. Das G20 Panel schlägt einen Global Health Threats Fund vor, das Independent Panel empfiehlt eine International Pandemic Financing Facility (IPFF). Dies würde aber die ohnehin fragmentierte Landschaft der zahlreichen vertikalen Gesundheitsinitiativen mit ihren eigenen Finanzierungsinstrumenten noch um eine zusätzliche Institution mit neuen Strukturen und Entscheidungsmechanismen erweitern.

Anstatt einen weiteren multilateralen Fonds zu schaffen, wäre es daher sinnvoller, die bestehenden Fonds und Strukturen zu nutzen und zu stärken, insbesondere die WHO und ihren bislang unterfinanzierten COVID-19 Response Fund sowie ihren Contingency Fund for Emergencies (CFE).¹⁸⁰

Wichtige Maßnahmen zur Mobilisierung internationaler Finanzmittel für die Länder des globalen Südens wären zudem substantielle Schulden-

176 Die Forderung basiert auf Berechnungen der IWF-Mitarbeiter*innen Agarwal/Gopinath (2021).

177 <https://www.imf.org/en/News/Articles/2021/06/01/pr21150-new-billion-health-trade-finance-roadmap-end-pandemic-secure-global-recovery>

178 G20 High Level Independent Panel (2021), S. 6.

179 Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (2021), S. 57.

180 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/donors-and-partners/funding>

erlasse (siehe Kasten 3) sowie die Umleitung (*rechannelling*) eines Teils der 650 Milliarden US-Dollar an neuen Sonderziehungsrechten (SZR) des IWF von den reichen in die ärmeren Länder (siehe Kasten 4). Die Bundesregierung sollte, unter anderem im Rahmen ihrer G7-Präsidentschaft, hierzu neue Initiativen starten.

Kasten 4

IWF-Sonderziehungsrechte – Finanzspritze zur Krisenbewältigung?

von Bodo Ellmers¹⁸¹

Im August 2021 hat der IWF Sonderziehungsrechte (SZR) im Wert von 650 Milliarden US-Dollar an seine Mitgliedsstaaten ausgeschüttet. Sonderziehungsrechte sind eine globale Reservewährung, die entweder von Zentralbanken als Währungsreserven gehalten werden kann und damit Stabilität fördert, oder sie wird in Hartwährungen umgetauscht und damit für fiskalische Zwecke verwendet. Der IWF wollte damit vor allem seine ärmsten Mitglieder stützen, konnte aber wegen seiner Statuten nur gemäß der IWF-Quote eines Staates ausschütten. Da wirtschaftlich schwache Länder geringere Quoten haben gingen nur drei Prozent der SZR an die Länder niedrigen Einkommens, wo sie dringend gebraucht werden. Mit 43,5 Prozent ging fast die Hälfte der Allokation an die G7-Staaten, wo sie nicht gebraucht werden. Seitdem steht die Umleitung (*rechannelling*) von SZRs an arme Länder auf der Agenda.

Auf dem G7-Gipfel in Carbis Bay 2021 haben die G7 das internationale Ziel bestätigt, SZR im Volumen von 100 Milliarden US-Dollar an ärmere Länder umzuleiten. Länder, die keine SZR abgeben wollen, können auch einen äquivalenten Beitrag aus fiskalischen Mitteln leisten. Dies ist ein Passus, der vor allem auf deutschen Druck hin eingefügt wurde, da sich die Bundesbank gegen die Umwidmung sträubt, und die Bundesregierung dem Konflikt mit der Bundesbank bislang ausgewichen ist. Beim G20 Gipfel in Rom 2021 wurde die Zusage erneuert. Bis dato (Stand: Januar 2022) wurden SZR im Wert von 45 Milliarden US-Dollar fest zugesagt, darunter von G7 Ländern wie Frankreich, Italien und Großbritannien, aber auch von G20-Mitgliedern wie China, und EU-Ländern wie Spanien, Belgien und den Niederlanden.

Die deutsche G7-Präsidentschaft steht vor der heiklen Aufgabe, die Implementation der G7-Vereinbarung sicherzustellen, während man selbst bei der Implementierung hinterherhängt. Auch die indonesische Präsidentschaft wird nicht lockerlassen, da die bedarfsgerechte Verteilung von SZR an ärmere Länder ein zentrales Thema der (finanziellen) Nord-Süd-Solidarität ist, die Indonesiens Präsident Joko Widodo zum Maßstab der indonesischen Präsidentschaft machen will. Auch die Frage, durch welche Kanäle die SZR fließen sollen, wird auf der Agenda stehen. Von zivilgesellschaftlicher Seite wurde vorgeschlagen, die Mittel auch für die Finanzierung von COVAX zu verwenden. COVAX müsste dafür zunächst vom IWF-Vorstand ermächtigt werden, SZR als Zahlungsmittel verwenden zu können.

181 Mehr zum Thema: Ellmers (2021a).

10. WHO politisch und finanziell stärken

Die Reaktionen der internationalen Staatengemeinschaft auf die COVID-19-Pandemie haben die Unzulänglichkeiten der globalen Gesundheitsarchitektur überdeutlich gemacht. Die WHO hatte weder das politische Mandat noch die finanziellen Ressourcen, um auf die Pandemie adäquat reagieren zu können. Nun rächte es sich, dass die WHO über Jahre systematisch unterfinanziert war und in einem zunehmend fragmentierten System vertikaler Gesundheitsfonds und -programme immer weiter geschwächt wurde.

Statt die WHO und ihr oberstes Entscheidungsgremium, die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA), zum zentralen Akteur im globalen COVID-19-Krisenmanagement zu machen, wurden mit dem ACT-Accelerator und COVAX neue Institutionen von öffentlichen und privaten Akteuren mit eigenen Entscheidungsstrukturen geschaffen. Die WHO ist dort nur ein Partner unter vielen.

Die WHO verfügt mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften (International Health Regulations, IHR) zwar bereits seit 1969 (und in der aktualisierten Form seit 2005) über ein völkerrechtliches Instrument, das die Rechte und Pflichten von Ländern im Falle von grenzüberschreitenden Gesundheitsnotfällen festschreibt.¹⁸² Diese Vorschriften haben sich aber in der gegenwärtigen Pandemie als zu schwach und nicht durchsetzungsfähig erwiesen.¹⁸³

Mit ihrem Vorschlag für einen Fairen Allokationsrahmen (*Fair Allocation Framework*) hatte die WHO eine wichtige Grundlage zur gerechten Verteilung von Impfstoffen entwickelt. Reiche Länder und Impfstoffproduzenten haben den WHO-Vorschlag aber konsequent missachtet und durch ihre bilateralen Lieferverträge völlig untergraben.

Es ist notwendig, nun aus all diesen Fehlern und Defiziten die Konsequenzen zu ziehen und die WHO politisch und finanziell zu stärken, damit sie auf künftige Pandemien besser vorbereitet ist und auch andere globale Gesundheitsrisiken effektiver bearbeiten kann.

Der Präsident des Europäischen Rates, Charles Michel, hat in diesem Zusammenhang den Vorschlag für einen **Internationalen Pandemievertrag (International Treaty on Pandemic Preparedness and Response)** unterbreitet. Sein Ziel soll es sein, einen rechtlich verbindlichen Rahmen und verbesserte globale Governancestrukturen für

182 https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1

183 Dentico (2021), S. 5. und Velásquez (2021), S. 102f.

die Pandemievorsorge und -reaktion zu schaffen.¹⁸⁴ Dem Vorschlag haben sich mittlerweile zahlreiche Regierungen angeschlossen.¹⁸⁵ Auch Expertengremien wie das das Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response und das G20 High Level Independent Panel unterstützen die Idee eines Pandemievertrages.¹⁸⁶

Ob er tatsächlich Fortschritte bringt und dazu beiträgt, die bisherigen strukturellen Schwächen der globalen Gesundheitsarchitektur zu überwinden, ist allerdings umstritten. Je nach seiner Ausgestaltung könnte er zu einer tatsächlichen Stärkung der WHO und ihrer Instrumente führen, oder aber zu ihrer weiteren Schwächung durch die Auslagerung der Pandemievorsorge und -reaktion in Multistakeholder-Gremien mit begrenzter demokratischer Legitimation.¹⁸⁷

Am 1. Dezember 2021 haben sich die Mitglieder der WHO darauf geeinigt, den Prozess der Aushandlung eines Übereinkommens zur Stärkung der Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion zu beginnen. Das dafür eingesetzte zwischenstaatliche Verhandlungsgremium soll bis zum 1. März 2022 die Arbeitsverfahren vereinbaren, bis zum 1. August 2022 die Verhandlungsfortschritte erörtern und bei der 76. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2023 einen Fortschrittsbericht mit dem Ziel vorlegen, das Instrument bis 2024 zu verabschieden.¹⁸⁸

Die Bundesregierung sollte in dem Verhandlungsprozess aktiv darauf hinwirken, dass der Pandemievertrag tatsächlich zu einer Stärkung der politischen und normativen Rolle der WHO und ihrer finanziellen Ausstattung führt.

Denn Dreh- und Angelpunkt für die Stärkung der globalen Gesundheitsgovernance ist die **ausreichende und berechenbare Finanzierung der WHO**. Bislang ist sie mit einem jährlichen Budget von insgesamt etwa 3 Milliarden US-Dollar (2022) massiv unterfinanziert, um die an sie gestellten Erwartungen zu erfüllen. Hinzu kommt, dass nur

184 <https://www.consilium.europa.eu/de/policies/coronavirus/pandemic-treaty/> und <https://www.consilium.europa.eu/de/infographics/10-benefits-pandemic-treaty/>

185 Siehe z. B. den Aufruf von 32 Gesundheitsminister*innen, darunter auch der damalige deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn, vom November 2021 (<https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2879>) und die Erklärung arabischer Gesundheitsminister*innen vom Mai 2021 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2021/05/23/an-international-treaty-for-pandemic-preparedness-and-response-is-an-urgent-necessity/>).

186 Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (2021), G20 High Level Independent Panel (2021), Duff et al. (2021).

187 Siehe dazu die umfassende Analyse des Geneva Global Health Hub (G2H2) in Dentico/van de Pas/Patnaik (2021) sowie Dentico (2021).

188 <https://www.who.int/news/item/01-12-2021-world-health-assembly-agrees-to-launch-process-to-develop-historic-global-accord-on-pandemic-prevention-preparedness-and-response>

noch 16 Prozent des Budgets über Pflichtbeiträge (*assessed contributions*) der Mitgliedsstaaten finanziert wird und damit von der WHO flexibel eingesetzt werden kann (2022 ca. 480 Millionen US-Dollar). Beim überwiegenden Teil der Mittel handelt es sich um mehr oder weniger zweckgebundene freiwillige Beiträge (*earmarked contributions*). Dadurch werden der Handlungsspielraum der WHO und ihre Fähigkeit, flexibel auf Krisen zu reagieren, erheblich eingeschränkt.

Erforderlich sind eine substantielle Aufstockung der Mittel und die deutliche Erhöhung des Anteils der Pflichtbeiträge am Gesamtbudget. Das Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response und das G20 High Level Independent Panel fordern eine Erhöhung des Anteils der Pflichtbeiträge auf zwei Drittel des Gesamtbudgets.¹⁸⁹ Eine von der WHO eingesetzte Arbeitsgruppe unter deutscher Leitung (Working Group on Sustainable Finance) hat im November 2021 einen Kompromissvorschlag vorgelegt, demzufolge der Anteil der Pflichtbeiträge schrittweise bis zum Zweijahreshaushalt 2028–2029 auf 50 Prozent erhöht werden soll.¹⁹⁰ Aber selbst über diesen moderaten (und unzureichenden) Vorschlag gab es unter den Mitgliedern der WHO keinen Konsens.

Die Bundesregierung hat in den Bemühungen um die finanzielle Stärkung der WHO eine bemerkenswerte Führungsrolle übernommen. Sie ist derzeit größter Beitragszahler der WHO (Pflicht- und freiwillige Beiträge zusammengerechnet), vor den USA und der Bill & Melinda Gates Foundation.¹⁹¹ Sie sollte in der Weltgesundheitsversammlung, in der EU, der G20 und im Rahmen ihrer G7-Präsidentschaft verstärkt darauf hinwirken, dass die Widerstände gegen eine finanzielle Stärkung der WHO überwunden werden. Dies könnte auch Signalwirkung für andere Organisationen des UN-Systems haben.¹⁹²

Das G20 High Level Independent Panel hat in den Schlussfolgerungen seines Reports in eindringlichen Worten deutlich gemacht, warum eine verstärkte internationale Zusammenarbeit im Bereich globaler Gesundheit unabdingbar ist und was auf dem Spiel steht:

„COVID-19 was not a black swan event. It may also constitute a dress rehearsal for a far worse pandemic, which could come at any time.

189 Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (2021) und G20 High Level Independent Panel (2021).

190 WHO (2021a).

191 <http://open.who.int/2020-21/contributors/contributor>

192 Gulrajani/Haug/Weinlich (2022).

We must prepare for a world where pandemics are more frequent and increasingly dangerous. Preventing them, and never again allowing the human costs and economic damage that we have seen in the current crisis, must be a central obligation of national and global governance.

It fundamentally requires thinking internationally and not just domestically. We cannot prevent or quickly contain the next pandemic through domestic measures alone.

In a historically unprecedented way, security for people around the world now depends on global cooperation. Acting and investing collectively for pandemic security, together with climate change, represents the primary international challenge of our times. Failure to build the basis for international cooperation will make it almost impossible to address these existential challenges.

We must not let exhaustion from efforts to get past the COVID-19 pandemic defer actions to address the growing risks ahead. The threat to humanity is too great.¹⁹³

193 G20 High Level Independent Panel (2021), Pkt. 105–109.

Literatur

- ACT-Accelerator (2021a):** ACT-Accelerator Strategic Plan & Budget, October 2021 to September 2022. Genf: WHO.
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/act-accelerator-strategic-plan.pdf?sfvrsn=70e4d906_5&download=true
- ACT-Accelerator (2021b):** What is the Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator, how is it structured and how does it work? Version: 6. April 2021. Genf: WHO.
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/act-accelerator/act-a-how-it-works-at-6april2021.pdf?sfvrsn=ad5f829f_24&download=true
- Ärzte ohne Grenzen (2021):** Covid-19-Impfstoffe und -Medikamente müssen bezahlbar sein.
<https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/faq/1927>
- Agarwal, Ruchir/Gopinath, Gita (2021):** A Proposal to End the COVID-19 Pandemic. IMF Staff Discussion Note, Mai 2021. Washington, D.C.: IMF.
<https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/SDN/2021/English/SDNEA2021004.ashx>
- Aktionsbündnis gegen AIDS et al. (2020):** Für eine transparente Forschung und Entwicklung sowie faire Verteilung von Covid-19 Arzneimitteln. Positionspapier, Dezember 2020.
<https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/unsere-arbeit/publikationen/positionspapier-covid-19-arzneimittel>
- Baker, Stephanie/Paton, James (2021):** The World's Best Hope to End the Pandemic Still Needs More Doses. In: Bloomberg Businessweek, 3.6.2021.
<https://www.bloomberg.com/news/features/2021-06-03/when-will-covid-pandemic-really-end-covax-says-poor-nations-need-vaccines>
- Baker, Stephanie/Koons, Cynthia (2020):** Inside Operation Warp Speed's \$18 Billion Sprint for a Vaccine. In: Bloomberg Businessweek, 29.10.2020.
<https://www.bloomberg.com/news/features/2020-10-29/inside-operation-warp-speed-s-18-billion-sprint-for-a-vaccine>
- Brunswijk, Gino (2018):** Unhealthy conditions. IMF loan conditionality and its impact on health financing. Brüssel: Eurodad.
<https://www.eurodad.org/unhealthy-conditions>
- Bundesregierung (2022a):** Impfstoffmangel in Deutschland. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Vogler, Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Berlin: Deutscher Bundestag (BT Drucksache 20/454).
<https://dserver.bundestag.de/btd/20/004/2000454.pdf>
- Bundesregierung (2022b):** Politische Schwerpunkte der deutschen G7-Präsidentschaft 2022. Berlin.
<https://www.g7germany.de/resource/blob/974430/2000068/be22c645010baa6c4bf7c7efd41a7a11/2022-01-21-g7-programm-data.pdf?download=1>
- Bundesregierung (2020):** Pressestatement von Bundeskanzlerin Merkel im Rahmen der WHO-Spenden-Videokonferenz. Mitschrift der Pressekonferenz. 24. April 2020, Berlin. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/pressekonferenzen/pressestatement-von-bundeskanzlerin-merkel-im-rahmen-der-who-spenden-videokonferenz-1746960>
- Center for Human Rights and Global Justice/Economic and Social Rights Centre-Hakijamii (2021):** Wrong Prescription. The Impact of Privatizing Healthcare in Kenya. Nairobi/New York.
https://chrgj.org/wp-content/uploads/2021/11/Report_Wrong-Prescription_Eng_.pdf
- Chinazzi, Matteo/Davis, Jessica T./Dean, Natalie E. et al. (2020):** Estimating the effect of cooperative versus uncooperative strategies of COVID-19 vaccine allocation: a modeling study. Boston: Northeastern University.
https://www.mobs-lab.org/uploads/6/7/8/7/6787877/global_vax.pdf

Clark, Helen/Johnson Sirleaf, Ellen (2021): Losing time: End this pandemic and secure the future Progress six months after the report of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. Geneva.
https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/11/COVID-19-Losing-Time_Final.pdf

Cohen, Jon (2020): China's vaccine gambit. In: Science, 25. 11.2020.
<https://www.science.org/content/article/global-push-covid-19-vaccines-china-aims-win-friends-and-cut-deals>

COVAX (2021): COVAX: The Vaccine Pillar of the Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator. Structure and Principles.
https://www.gavi.org/sites/default/files/covid/covax/COVAX_the-Vaccines-Pillar-of-the-Access-to-COVID-19-Tools-ACT-Accelerator.pdf

Cross, Samuel/Rho, Yeanuk/Reddy, Henna et al. (2021): Who funded the research behind the Oxford–AstraZeneca COVID-19 vaccine? In: BMJ Global Health 2021;6:e007321.
<https://gh.bmj.com/content/6/12/e007321>

Davies, Madlen/Furneaux, Rosa/Ruiz, Iván/Langlois, Jill (2021): ‚Held to Ransom‘: Pfizer Demands Governments Gamble with State Assets to Secure Vaccine Deal. Bureau of Investigative Journalism, 23.2.2021.
<https://www.thebureauinvestigates.com/stories/2021-02-23/held-to-ransom-pfizer-demands-governments-gamble-with-state-assets-to-secure-vaccine-deal>

Dentico, Nicoletta (2021): The WHO pandemic treaty: responding to needs or playing COVID-19 geopolitics? Spotlight on Sustainable Development 2021 Briefing.
https://www.globalpolicy.org/sites/default/files/download/Spotlight_Briefing-Nicoletta_Dentico.pdf

Dentico, Nicoletta/van de Pas, Remco/Patnaik, Priti (2021): The politics of a WHO pandemic treaty in a disenchanted world. Genf: G2H2.
<https://g2h2.org/posts/whypandemictreaty/>

Deutscher Bundestag (2021): 227. Sitzung vom 06.05.2021, TOP 21, ZP 10–12. Internationale Impfstrategie. Berlin.
<https://www.bundestag.de/mediathek?videoid=7519800#url=bWVkaWF0aGVrb3Zlcmxhe-T92aWRlb2lkPTc1MTk4MDA=&mod=mediathek>

Deutschlandfunk (2021): Bullmann (SPD): Aufhebung des Patentschutzes überfällig.
<https://www.deutschlandfunk.de/corona-impfstoffe-bullmann-spd-aufhebung-des-patentschutzes-100.html>

Duff, Johnathan H/Liu, Anicca/Saavedra, Jorge et al. (2021): A global public health convention for the 21st century. In: The Lancet Health Policy, Volume 6, Issue 6, e428–e433, June 01, 2021.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00070-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00070-0)

Dyer, Owen (2021): Covid-19: Countries are learning others paid for vaccines. In: BMJ 2021;372:n281.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n281>

Ellmers, Bodo (2021a): IWF-Sonderziehungsrechte. Mit historischer Finanzspritze aus der Coronakrise? Briefing. Aachen/Berlin/Bonn: Brot für die Welt/Global Policy Forum/MISER EOR.
https://www.globalpolicy.org/sites/default/files/download/Briefing_0921_IWF-Sonderziehungsrechte.pdf

Ellmers, Bodo (2021b): The new debt crisis and what to do about it. Policy proposals and political opportunities. Briefing. Aachen/Berlin/Bonn/Düsseldorf: Brot für die Welt/erlassjahr.de/Global Policy Forum/MISER EOR.
https://www.globalpolicy.org/sites/default/files/download/Briefing_0621_Debt_Crisis.pdf

Europäischer Rat (2021): G7 Leader's statement, 19 February 2021.
<https://www.consilium.europa.eu/de/press/press-releases/2021/02/19/g7-february-leaders-statement/>

Fukuda-Parr, Sakiko/Buss, Paulo/Yamin, Ely Alicia (2021): Pandemic treaty needs to start with rethinking the paradigm of global health security.
<https://gh.bmj.com/content/6/6/e006392>

G20 High Level Independent Panel (2021): A Global Deal for our Pandemic Age. Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response.
www.pandemic-financing.org

Georgieva, Kristalina (2021): Overcoming Divides and Removing Obstacles to Recovery. October 5, 2021. Washington, D.C.: IWF.
<https://www.imf.org/en/News/Articles/2021/10/05/sp100521-md-curtain-raiser-overcoming-divides-and-removing-obstacles-to-recovery>

Gleckman, Harris (2021): COVAX, a global multistakeholder group that poses political and health risks to developing countries and multilateralism. Amsterdam: FOEI/TNI.
<https://longreads.tni.org/covax>

Global Alliance for Tax Justice/Public Services International/Tax Justice Network (2021): The State of Tax Justice 2021. Bristol.
<https://taxjustice.net/reports/the-state-of-tax-justice-2021/>

Guarascio, Francesco (2020): Exclusive-WHO vaccine scheme risks failure, leaving poor countries with no COVID shots until 2024. In: Reuters, 16.12.2020.
<https://www.reuters.com/article/health-coronavirus-who-vaccines-exc%E2%80%A6aving-poor-countries-with-no-covid-shots-until-2024-idUSKBN28Q1LF>

Gulrajani, Nilima/Haug, Sebastian/Weinlich, Silke (2022): Fixing UN financing: a Pandora's box the World Health Organization should open. ODI/DIE.
<https://odi.org/en/publications/fixing-un-financing-a-pandoras-box-the-world-health-organization-should-open/>

Hancock, Jay (2020): They Pledged to Donate Rights to Their COVID Vaccine, Then Sold Them to Pharma. In: Kaiser Health News, 25.8.2020.
<https://khn.org/news/rather-than-give-away-its-covid-vaccine-oxford-makes-a-deal-with-drugmaker/>

Hawksbee, Luke/McKee, Martin/King, Lawrence (2022): Don't worry about the drug industry's profits when considering a waiver on covid-19 intellectual property rights. In: BMJ 2022;376:e067367.
<https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067367>

Hoffmann, Heiner (2021a): Das afrikanische Corona-Wunder. In: Spiegel, 4.11.2021
https://www.spiegel.de/ausland/hohe-durchseuchung-und-niedrige-sterblichkeit-in-afrika-a-5b16ecd0-1803-4659-8405-3696c0ef55cb?sara_ecid=soci_upd_wbMbjhOSvViISjc8RPU89NcCvtlFcj
<https://www.globalpolicy.org/en>

Hoffmann, Heiner (2021b): Wo der Impfstoff knapp ist – und doch weggeschmissen wird. In: Spiegel, 21.4.2021.
<https://www.spiegel.de/ausland/corona-impfungen-in-afrika-im-suedsudan-und-malawi-muessen-impfdosen-weggeschmissen-werden-a-bc1e1e59-9bde-4e53-94a5-32aff4693294>

Holder, Josh (2021): Tracking Coronavirus Vaccinations Around the World. In: The New York Times.
<https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-vaccinations-tracker.html>

IMF/WHO (o.J.): COVID-19 Vaccine Tracker. Washington, D.C./Genf.
<https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/IMF-WHO-COVID-19-Vaccine-Tracker>

IMF/WTO (o.J.): COVID-19 Vaccine Trade Tracker. Washington, D.C./Genf.
https://www.wto.org/english/tratop_e/covid19_e/vaccine_trade_tracker_e.htm

Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (2021): COVID-19: Make it the Last Pandemic. Genf.
https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf

Kaltenborn, Markus/Lieser, Marion (2021): Globale Verantwortung in der Pandemie. Blog vom 12. Januar 2021. Berlin: Oxfam.
<https://www.oxfam.de/blog/globale-verantwortung-pandemie>

Kis, Zoltán/Rizvi, Zain (2021): How to Make Enough Vaccine for the World in One Year. Washington, D.C.: Public Citizen.
<https://www.citizen.org/article/how-to-make-enough-vaccine-for-the-world-in-one-year/>

Koch, Tanja (2021): Coronavirus-Impfung: Diese Länder haben gar keine Impfdosen erhalten. In: Frankfurter Rundschau.
<https://www.fr.de/wissen/coronavirus-impfung-impfdosen-afrika-pandemie-covid-19-tschat-covax-90529571.html>

Kuchler, Hannah/Mancini, Donato Paolo/Pilling, David (2021): The inside story of the Pfizer vaccine: 'a once-in-an-epoch windfall'. In: Financial Times, 30.11.2021.
<https://www.ft.com/content/0cea5e3f-d4c4-4ee2-961a-3aa150f388ec>

Kurowski, Christoph/Evans, David B./Tandon, Ajay et al. (2021): From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington, D.C.: World Bank.
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298>

Lancet Commission on COVID-19 Vaccines and Therapeutics Task Force Members (2021): Operation Warp Speed: implications for global vaccine security. In: Lancet Glob Health. 2021;9(7):e1017–e1021. doi:10.1016/S2214-109X(21)00140-6
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7997645/>

Lancet Commission on Essential Medicines Policies (2016): Essential medicines for universal health coverage. In: Lancet 2017; 389: 403–76.
<https://www.thelancet.com/commissions/essential-medicines>

Lancet COVID-19 Commission Global Health Diplomacy and Cooperation Task Force (2021): Global diplomacy and cooperation in pandemic times: Lessons and recommendations from COVID-19.
<https://covid19commission.org/s/GHD-Final-Note-Dec-2021.pdf>

Médecins Sans Frontières Access Campaign (2021): COVAX: A Broken Promise to the World. Issue Brief. Genf.
<https://msfaccess.org/covax-broken-promise-world>

Mehdi, Faouzi et al. (2021): An international treaty for pandemic preparedness and response is an urgent necessity. In: thebmjopinion, 23.5.2021.
<https://blogs.bmj.com/bmj/2021/05/23/an-international-treaty-for-pandemic-preparedness-and-response-is-an-urgent-necessity/>

Mureithi, Carlos (2021): Why mass vaccine donations to Africa aren't working. In: Quartz Africa, 1 December 2021.
<https://qz.com/africa/2096934/why-mass-vaccine-donations-to-africa-arent-working/>

Mutapi, Francisca (2021): COVID-19 shows why African data is key for the continent's response to pandemics. In: The Conversation, 18.10.2021.
<https://theconversation.com/covid-19-shows-why-african-data-is-key-for-the-continent-response-to-pandemics-169197>

Nkengasong, John (2022): There Will Be Another Variant. Here's What the World Can Do Now. In: New York Times, 20.1.2022.
<https://www.nytimes.com/2022/01/20/opinion/covid-variant-omicron.html>

Office of the United States Trade Representative (2021): Statement from Ambassador Katherine Tai on the Covid-19 Trips Waiver. Washington.
<https://ustr.gov/node/10649>

Pfizer (2022): Fourth Quarter 2021 Earnings Teleconference, February 8, 2022. Presentation.
https://s28.q4cdn.com/781576035/files/doc_financials/2021/q4/Q4-2021-Earnings-Charts-FINAL.pdf

Prabhala, Achal/Alsalhani, Alain (2021): Pharmaceutical manufacturers across Asia, Africa and Latin America with the technical requirements and quality standards to manufacture mRNA vaccines. AccessIBSA project/Médecins Sans Frontières.
<https://accessibsa.org/mrna>

- Razavi, Shahra/Schwarzer, Helmut/Durán-Valverde, Fabio/Ortiz, Isabel/Dutt, Devika (2021):** Social policy advice to countries from the International Monetary Fund during the COVID-19 crisis: Continuity and change. ILO Working Paper 42. Genf: ILO.
https://www.ilo.org/global/publications/working-papers/WCMS_831490/lang--en/index.htm
- Rizvi, Zain (2021):** Pfizer's Power. Washington, D.C.: Public Citizen.
<https://www.citizen.org/wp-content/uploads/Pfizer-power-Oct-19-final-web.pdf>
- Robinson, Mary (2021):** Vaccine waiver is a moment of truth for EU values. In: Politico, 1 December 2021.
<https://www.politico.eu/article/vaccine-waiver-eu-values-coronavirus/>
- Schönherr, Markus (2021):** Experten warnen: Afrika „fliegt blind“ durch die Pandemie. In: Redaktionsnetzwerk Deutschland, 10.11.2021.
<https://www.rnd.de/gesundheit/corona-lage-in-afrika-experten-warnen-vor-blindflug-QFO2ALQ4MNARFGRROMVLTLLKKWY.html>
- Seitz, Karolin (2021):** Wege aus der globalen Gesundheitskrise. Mit dem One-Health-Ansatz für gesunde Menschen, gesunde Tiere und eine gesunde Umwelt weltweit. Aachen/Berlin/Bonn: Brot für die Welt/Global Policy Forum/MISEREOR.
https://www.globalpolicy.org/sites/default/files/download/Briefing_0521_One_Health.pdf
- Silverman, Ed (2020):** Pharma leaders shoot down WHO voluntary pool for patent rights on Covid-19 products. In: STAT, 28.5.2020.
<https://www.statnews.com/pharmalot/2020/05/28/who-voluntary-pool-patents-pfizer/>
- Spotlight on Sustainable Development (2021):** Demanding justice beyond rhetoric. Time to overcome contradictions and hypocrisy in the COVID-19 crisis. Beirut/Bonn/Ferney-Voltaire/Montevideo/New York/Penang/Rome/Suva.
<https://www.2030spotlight.org/en>
- Spotlight on Sustainable Development (2020):** Shifting policies for systemic change - Lessons from the global COVID-19 crisis. Beirut/Bonn/Ferney-Voltaire/Montevideo/New York/Penang/Rome/Suva.
<https://www.2030spotlight.org/en>
- Tagesschau (2021):** EU-Vorbehalte gegen Patentfreigabe.
<https://www.tagesschau.de/ausland/europa/eu-gipfel-impfstoff-coronavirus-101.html>
- Taylor, Adam (2021):** In secret vaccine contracts with governments, Pfizer took hard line in push for profit, report says. In: Washington Post, 19.10.2021.
<https://www.washingtonpost.com/world/2021/10/19/secret-vaccine-contracts-with-governments-pfizer-took-hard-line-push-profit-report-says/>
- Thambisetty, Siva/McMahon, Aisling/McDonagh, Luke/Hyo Yoon Kang/Dutfield, Graham (2021):** The TRIPS Intellectual Property Waiver Proposal: Creating the Right Incentives in Patent Law and Politics to end the COVID-19 Pandemic. LSE Legal Studies Working Paper No. 06/2021. London School of Economics.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3851737
- Third World Network (2021):** Door opens for TRIPS waiver textual negotiations. In: SUNS #9345 dated 12 May 2021.
<https://twn.my/title2/wto.info/2021/ti210513.htm>
- Tooze, Adam (2021):** Welt im Lockdown. Die globale Krise und ihre Folgen. München: C.H.Beck.
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2020):** Statement on universal and equitable access to vaccines for the coronavirus disease (COVID-19). Genf (UN Dok. E/C.12/2020/2).
<https://undocs.org/E/C.12/2020/2>
- UNESCO (2021):** UNESCO's Ethics Commissions Call for Global Vaccines Equity and Solidarity. Paris.
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000375608>
- UNICEF (o.J.):** COVID-19 Vaccine Market Dashboard. New York.
<https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

United Nations Human Rights Council (2021): Ensuring equitable, affordable, timely and universal access for all countries to vaccines in response to the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Draft Resolution A/HRC/46/L.25/REV.1. <https://undocs.org/pdf?symbol=en/A/HRC/46/L.25/REV.1>

United States Government Accountability Office (2021): Operation Warp Speed. Accelerated COVID-19 Vaccine Development Status and Efforts to Address Manufacturing Challenges. Washington, D.C.: GAO. <https://www.gao.gov/products/gao-21-319>

Usher, Ann Danaïya (2020): South Africa and India push for COVID-19 patents ban. In: The Lancet, World Report, Vol. 396, Issues 10265, S. 1790-1791, December 05, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32581-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32581-2)

Velásquez, Germán (2021): Vaccines, Medicines and COVID-19. How Can WHO Be Given a Stronger Voice? Genf: South Centre. https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2022/01/Vela%CC%81squez2022_Book_VaccinesMedicinesAndCOVID-19.pdf

WHO (2021a): Draft Report of the Working Group on Sustainable Financing. Genf: WHO (WHO Dok. EB/WGSF/5/3). https://apps.who.int/gb/wgsf/pdf_files/wgsf5/WGSF_5_3-en.pdf

WHO (2021b): Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022. Genf. <https://www.who.int/publications/m/item/strategy-to-achieve-global-covid-19-vaccination-by-mid-2022>

WHO (2021c): What is the Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator, how is it structured and how does it work? Genf. [https://www.who.int/publications/m/item/what-is-the-access-to-covid-19-tools-\(act\)-accelerator-how-is-it-structured-and-how-does-it-work](https://www.who.int/publications/m/item/what-is-the-access-to-covid-19-tools-(act)-accelerator-how-is-it-structured-and-how-does-it-work)

WHO (2020): WHO Concept for fair access and equitable allocation of COVID-19 health products. Final working version 9 September 2020. Genf. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-covid19-vaccine-allocation-final-working-version-9sept.pdf?sfvrsn=e1d0376_6&download=true

Wouters, Olivier J./Shadlen, Kenneth C./Salcher-Konrad, Maximilian et al. (2021): Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. In: The Lancet, 12.2.2021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00306-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00306-8)

Wulf, Andreas (2021): Covid-19 response: A story of moral failure. Frankfurt/Main: Medico International. <https://www.medico.de/en/a-story-of-moral-failure-18097>

Velásquez, Dr. Germán and Nirmalya Syam (2021): A New WHO International Treaty on Pandemic Preparedness and Response: Can It Address the Needs of the Global South?. South Centre, Policy Brief, No. 93, May 2021. <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2021/05/PB-93.pdf>

Xi Jinping (2021): Uphold the Tradition of Always Standing Together And Jointly Build a China-Africa Community With a Shared Future in the New Era. Keynote Speech at the Opening Ceremony of the Eighth Ministerial Conference of The Forum on China-Africa Cooperation. Beijing. https://www.fmprc.gov.cn/mfa_eng/zxxx_662805/202111/t20211129_10458609.html

Weitere Informationen:

2030AGENDA.de

Infos zu den SDGs

Start Publikationen **Aktionen** Veranstaltungen Links Über uns Kontakt



8 Punkte für eine globale Agenda strukturellen Wandels in der COVID-19-Pandemie

Von Jens Martens

Regierungen haben weltweit mit beispielloser Intensität auf die COVID-19-Pandemie reagiert. Sie haben damit bewiesen, dass sie handlungsfähig sind und der Privatwirtschaft nicht das Feld überlassen müssen, wenn der politische Wille dazu vorhanden ist. Jetzt braucht es eine zweite Welle der politischen Reaktionen auf die Pandemie, die nicht nur auf die Erholung der Wirtschaft zielt, sondern vielmehr die global notwendigen systemischen Veränderungen in Gang setzt.

Building back better?

In zahlreichen Erklärungen haben die meisten Regierungen bekräftigt, dass eine Rückkehr zu *business as usual* nach der Krise keine Option sei. Stattdessen ist der **Aufruf der UNO „Building back better“** zu einem Leitmotiv der internationalen Reaktionen auf die COVID-19-Krise

aktuell

PRESS RELEASE - Shifting policies for systemic change - Lessons from the global COVID-19 crisis



www.2030agenda.de

Globale Impfgerechtigkeit

Schlüssel zur Überwindung der COVID-19-Pandemie

Die Regierungen haben sich in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung verpflichtet, für alle Menschen „den Zugang zu bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen (zu) gewährleisten“.

Davon ist die Welt bei der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie weit entfernt. Im brutalen Wettlauf um Corona-Impfstoffe haben die Länder des globalen Südens bislang den Kürzeren gezogen.

Wenn es so weiter geht, werden viele Länder das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) proklamierte Ziel verfehlen, bis Mitte 2022 eine 70-prozentige Impfquote zu erreichen. Das gilt für fast den gesamten afrikanischen Kontinent.

Globale Impfgerechtigkeit ist der Schlüssel zur Überwindung der Coronakrise. Sie ist gleichermaßen eine menschenrechtliche Pflicht und eine ökonomische Notwendigkeit. Sie erfordert grundlegende Veränderungen in der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung und der globalen Gesundheitsgovernance. Wenn sie nicht erreicht wird, drohen immer neue Virusmutationen Wirtschaft und Gesellschaft lahmzulegen.

Dieser Report liefert eine Momentaufnahme der weltweiten Bekämpfung der COVID-19-Pandemie.

Er informiert über die Entwicklung der globalen Impfstoffproduktion und -verteilungen und analysiert Ursachen und Folgen der weltweiten Ungleichverteilung, insbesondere für die Länder des globalen Südens.

Er beschreibt, welche Strategien und Maßnahmen zur Reduzierung des globalen Impfgefälles vorgeschlagen und umgesetzt werden – und wo es Blockaden und Widerstände gibt.

Er skizziert neben notwendigen Sofortmaßnahmen auch längerfristige Strategien und Vorschläge zur weltweiten Pandemieprävention, die über das Impfen hinaus die globale Gesundheitsgerechtigkeit zum Ziel haben.