

Ethik in der Pandemie*

Einleitung

Wie schön, wieder einmal in Kiel zu sein – wenn auch nur virtuell. Ich spreche heute zu Ihnen als Professorin der Medizinethik und werde versuchen, Ihnen einen kleinen Überblick über einige Themen der Ethik in der Pandemie zu geben. Dabei referiere ich aber auch die Arbeit des deutschen Ethikrats, dem ich im Augenblick vorsitze und in dem wir einige Veröffentlichungen zu ethischen Fragen in der Pandemie erarbeitet haben.

Aber lassen sie mich zunächst ganz kurz mit einem auch persönlichen historischen Rückblick beginnen. Als Medizinethikerin wird man ständig gefragt: Warum Ethik? Wofür braucht man Medizinethik denn? Was ist das eigentlich? Ist das nicht eine Disziplin im Elfenbeinturm? Medizinethik behandle sehr viel Theorie, die weltfremd sei. Das sind Fragen und Kommentare, die die Medizinethik – höflich und freundlich, aber sehr regelmäßig – immer wieder hört. Sehr unpraktisch sei die Medizinethik und sie habe nichts mit der Realität zu tun. Sie schaffe Probleme, wo keine Probleme seien. Medizinethik sei irrelevant. Und manchmal wünschte man sich im Rückblick als Medizinethikerin, das wäre so.

Die vergangenen zwölf Monate haben allen Menschen gezeigt, dass Ethik alles andere als irrelevant, alles andere als praxis- und realitätsfern, kein intellektuelles Glasperlenspiel ist. Man erlebte Ethik im Getöse einer sehr herausfordernden Krise für alle Beteiligten. In der Tat sprechen wir daher heute über Ethik aus einer ganz praktischen Anwendungsperspektive.

Zunächst an dieser Stelle aber noch eine kurze theoretische Einhegung zur Systematisierung: Eine recht eingeführte Definition von Medizinethik lautet: Ethik ist die Theorie des guten und richtigen Handelns in der Medizin. Sehr verkürzt gesprochen beinhaltet Ethik mithin das Nachdenken über die Moral, also die Gesamtheit unserer moralischen Normen, Regeln und Praktiken. Ethik ist somit die Reflektionsebene, ist das Analysieren, das Beschreiben etwa von ethischen Konflikten im jeweiligen Anwendungskontext, die

* Das Video zum Vortrag, der am 22.4.2021 im Rahmen der digitalen Ringvorlesung *Die Coronavirus-Pandemie und ihre Folgen II* der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel gehalten wurde, ist einsehbar unter: <https://doi.org/10.5446/57173>.

Abwägung und Anwendung relevanter ethischer Prinzipien, aber auch die Untersuchung dessen, was es an Regelvorschlägen, was es an geltenden Normen, auch an rechtlichen Regeln gibt, und ihre Überprüfung, Systematisierung. Und schließlich ist die Zielperspektive der angewandten Ethik das prinzipiengeleitete Begründen und Empfehlen von Lösungs- oder Handlungsvorschlägen auf dieser analytischen Grundlage. In vielen Fällen bedeutet das zunächst, dass in diesem durchaus komplexen Prozess sehr viel mehr Fragen als Antworten entstehen. Für die Ethikberatung der Politik, die ethische Politikberatung, die mich im Moment intensiv beschäftigt, reichen aber die Fragen nicht aus. Man muss auch zu Antworten kommen bzw. etwas zu ihnen beitragen, Empfehlungen entwickeln, Lösungsvorschläge machen. Ich werde Ihnen die eine oder andere Antwort im Folgenden noch darlegen – fokussiert aus der Perspektive der angewandten Ethik und beschränkt auf den gegenwärtigen, seit einem Jahr sehr gegenwärtigen Anwendungskontext der Pandemie. Es geht also um die Ethik in der Pandemie, um die Fragen, die die Gesellschaft im Moment umtreiben und bei denen schon früh zu Beginn der Pandemie klar wurde, dass sie zu wichtigen Themen würden. Aber sie waren nicht alle neue Themen, auch wenn man das vielleicht denken könnte.

Es gibt ein ganzes Fach, das sich schon seit Jahrzehnten mit ethischen Fragen von Pandemien beschäftigt: die Public Health-Ethik. Sie ist ein Teilbereich oder ein Schwesternbereich (die Verortung ist noch nicht definitiv) der im weitesten Sinne verstandenen Biomedizinischen Ethik, in der ich auch immer wieder mal gearbeitet habe. Die Public Health-Ethik beschäftigt sich also schon sehr lange mit Fragen des Vermeidens von Pandemien, des Antizipierens der ethischen Konflikte, die auftreten können, und des richtigen Vorgehens, wenn eine Pandemie dann einmal da ist, weil es nicht gelungen ist, sie zu vermeiden. Deswegen waren viele Kolleginnen und Kollegen in diesem Fach, mich eingeschlossen, schon recht früh in dieser Pandemie sprechfähig. Die Struktur der ethischen Fragen und Probleme war nicht neu, wenngleich die Situation natürlich ganz neu war.

Ich habe vor über zehn Jahren mit einer Kollegin ein Buchkapitel zur Solidarität in der Pandemie geschrieben – unser Anwendungsfall war die Schweinegrippe.¹ Damals war nicht davon zu träumen, dass das in dieser Art und Weise und in einer so umfassenden Krise einmal eine Relevanz haben würde. Wir haben jetzt erlebt: Es gibt verschiedene theoretische Vorarbeiten, es gibt sogar praxisorientierte Empfehlungen aus der Public Health- und Medizinethik für pandemische Situationen. Dennoch waren wir die gesamte Pandemie-Zeit über in einer absoluten Ausnahmesituation und sind es noch, in einer Brennglas-Situation, in der alles in Echtzeit passiert, sichtbar, ständig, unter hohem Zeitdruck und unter Bedingungen dynamischer Unsicherheit auf einer kollektiv extrem starken Lernkurve, bei der entschieden, auch ethisch überlegt und abgewogen werden musste.

Gleichzeitig war es eine kollektive, emotionale Extremsituation, die viel zu spät Beachtung gefunden hat. Allmählich erreichen uns jetzt die ersten belastbaren Forschungsdaten

1 Barbara Prainsack, Alena Buyx: *Solidarity: Reflections on an emerging concept in bioethics*. London 2011. <https://www.nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Solidarity-report.pdf> (letzter Zugriff: 4.4.2022).

zu emotionalen und psychischen Auswirkungen in der Bevölkerung, in verschiedenen Gruppen – die sind deutlich nachweisbar. Von spezifischen psychischen Belastungen ganz abgesehen, war von Anfang an auch auf der alltagspraktischen Ebene klar, dass wir alle in einer Ausnahmesituation sind, die uns auch emotional als Individuen anfasst, Entscheidungsträger genauso wie alle anderen.

All diese Ausnahme-Aspekte führen dazu, dass es zu einer Verdichtung und Verstärkung ethischer Fragen und Konflikte kommt. Es gibt immer ethische Fragen und Konflikte in unserem individuellen, wie auch im Leben unserer Gesellschaft. Aber sie sind selten so dicht, so sichtbar, so dringlich wie jetzt. Und selten wird auch sichtbar, dass politisches Handeln ganz unmittelbar immer oder zumindest sehr oft eine ethische Dimension hat. Ethiker haben das immer schon gesagt; das stand aber der Öffentlichkeit vielleicht bisher nicht so vor Augen wie heute. Damit wird noch deutlicher, warum es Ethik allgemein und Medizinethik im Speziellen gibt. Ich hätte mir dennoch nicht gewünscht, dass es eine Krise gibt, die das so offenlegt.

Kommen wir zu den drei Themen, an denen ich in aller Kürze zeigen möchte, wie man in so einer Krise ethisch nachdenken kann: Lockdown vs. Lockerungen, Triage, Impfpriorisierung.

Lockdown vs. Lockerungen

Von Beginn der Pandemie an bis auf den heutigen Tag beschäftigt uns permanent und ständig das Abwägen zwischen Lockdown und Lockerungen – vereinfacht ausgedrückt. Das haben wir in unserer ersten Ad-hoc-Empfehlung vom Deutschen Ethikrat noch unter meinem Vorgänger Peter Dabrock in der letzten Ratsperiode publiziert (Ende März 2020, also sehr früh).² Wir gehörten tatsächlich zu den ersten (inzwischen ist das ein Allgemeinplatz), die einen ernsthaften ethischen Ziel- und Kernkonflikt benannt haben zwischen der Erhaltung eines leistungsfähigen Gesundheitssystems und des Lebens- und Gesundheitsschutzes auf der einen Seite und der Vermeidung bzw. Milderung der Nebenfolgen dieser Maßnahmen für die Bevölkerung und Gesellschaft auf der anderen Seite. Dieser ethische Ziel- und Kernkonflikt – so offensichtlich er uns heute erscheinen mag – war initial nicht klar beschrieben, jedenfalls war die Existenz dieses ethischen Konfliktes in der öffentlichen Debatte nicht transparent. Der Ethikrat hat damals gesagt, dass in einer Situation der Pandemie starke Einschränkungen gerechtfertigt seien, wenn zentrale Institutionen der Versorgung der gesamten Bevölkerung bedroht sind, nämlich z.B. das Gesundheitssystem, das ja nun gerade wieder zum wiederholten Mal überfordert ist bzw.

2 Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc-Empfehlung. Berlin 2020. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> (letzter Zugriff: 4.4.2022).

überfordert zu sein droht. Solch eine drohende Überlastung, haben wir gesagt, rechtfertigt auch starke Einschränkungen der Grundrechte, wie es sie z.B. im April 2020 gegeben hat.

Aber der gebotene Schutz des menschlichen Lebens gilt nicht absolut! Ihm dürfen, und ich zitiere hier nahezu wörtlich, nicht alle anderen Rechte, z.B. Freiheits- und Partizipationsrechte sowie Wirtschafts-, Sozial- und Kulturrechte, bedingungslos nach- bzw. untergeordnet werden. Das Wort ›bedingungslos‹ ist sehr wichtig, denn ein allgemeines Lebensrisiko ist von jedem zu akzeptieren. ›Nicht bedingungslos‹ bedeutet, dass es kontinuierliche Abwägungsfragen gibt, also ein Ringen um das richtige Maß. Es wird oft als sehr quälend und anstrengend empfunden – auch von mir als Bürgerin –, diese Prozesse tagtäglich live und in Farbe mitzerleben.

Wir haben es also mit einer echten dilemmatischen Situation zu tun. Es gibt keine gute Lösung, bei der man sagt: Das ist die eine Lösung, die keine Schäden produziert. Denn egal in welche Richtung man entscheidet, immer entstehen Schäden. Deswegen haben wir angesichts dieses anstrengenden Prozesses darauf hingewiesen, dass es verschiedene Elemente der Solidarität zu berücksichtigen gilt, beispielsweise welche Gruppen wie stark belastet werden. Wir sehen, dass sich das sehr wandelt, vor allem für die alten und vulnerablen Populationen. Ein Jahr nach Pandemie-Beginn sind nun die älteren Menschen zum Großteil bereits durch die Impfung gut geschützt. Jetzt sehen wir immer stärker, wie sehr die jüngeren Generationen und ihre Einrichtungen, die Kinder, Schulen, Kindertagesstätten, Eltern, Familien leiden und belastet sind. Da gab es Verschiebungen von Vulnerabilität und Belastung. Wir haben darauf hingewiesen, dass die Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen immer gewahrt sein muss, dass immer abgewogen werden muss, ob und wie lange eine Maßnahme durchgezogen werden darf, dass sie immer wieder begründet werden muss, dass es eine Ziel- und Zeitperspektive geben muss. All solche Abwägungsprozesse sind uns jetzt aus den alltäglichen öffentlichen Debatten bekannt. Sie sind aber durch Ethik-Expertise öffentlich gefordert und begründet worden. Das sind ganz genuine ethische Forderungen. Deswegen ist dieser mühsame Prozess, den wir alle erleben, im Großen und Ganzen als solcher ethisch richtig. Lassen Sie mich da bitte unterstreichen, dass das keine Aussage ist über die Corona-Politik oder einzelne Entscheidungen innerhalb des letzten Jahres. Das ist keine inhaltliche, sondern eine prozedurale Aussage – wir kommen um dieses Ringen um das richtige Maß nicht herum.

Triage

Darum kann man auch nicht um ein zweites Thema herumkommen, dass für mich als zugleich klinische Ethikerin das schlimmste, das schwierigste Thema ist: die sogenannten ›Triage‹. Dies ist ein Begriff, dessen Bedeutung die meisten Menschen überhaupt nicht kannten – ein Begriff, den in der Medizin die Kolleginnen und Kollegen aus der Katastrophen-Medizin kannten zur Beschreibung von etwas, das dort eingeführt ist,

nämlich, dass man bei kurzzeitiger Überlastung von Versorgungsstrukturen oder einem Großschadensereignis (z.B. einem riesigen Unfall oder Katastrophenfall) sehr, sehr viele und sehr schwer verletzte Patientinnen und Patienten auf einmal medizinisch versorgen muss. Und da geht es in der Katastrophen-Medizin um eine Reihung nach Dringlichkeit (Triagierung). Das ist ethisch eine sehr herausfordernde Situation. In der Regel übernehmen leitende Notärztinnen und Notärzte vor Ort diese Triagierung. Aber das ist etwas, das kurzzeitig entsteht und dann durch Aufbieten von zusätzlichen Ressourcen meistens relativ schnell aufgehoben werden kann: Es kommen weitere Rettungskräfte, Kranke werden verlegt, es kommt weiteres medizinisches Personal hinzu.

Das war aber beispielsweise in Bergamo eine Zeit lang nicht so. Sie alle erinnern sich an diese furchtbaren öffentlichen Bilder. Bergamo ist ein Beispiel, aber auch in New York, in Frankreich und in anderen Gegenden der Welt hat es bestürzende Berichte darüber gegeben, dass nicht nur kurzfristig für ein, zwei Tage an einer Stelle eine schlimme Überlastung entstand, sondern es anhaltend eine absolute Knappheitssituation gab. Das heißt, egal wie sehr man sich um die optimale Ausnutzung aller vorhandenen Ressourcen bemühte, um die Steigerung aller vorhandenen Ressourcen der Versorgung, hatte man immer noch nicht genug Kapazität, um bedarfsgerecht zu versorgen. Für solch einen Zustand gab es keine Richtlinien. Bei einer ganz frühen Recherche habe ich damals nur eine alte kanadische Publikation aus einer Public Health-Ethik-Perspektive und einen Schweizer Katastrophenplan gefunden. Aber es gab für diese Art der medizinischen Triage aufgrund einer absoluten, andauernden Knappheitssituation keine konsentierten Empfehlungen.

Diese Knappheit drohte bei uns schon im ersten Lockdown. Wir konnten sie immer abwenden, auch wenn es zumindest regional zum Teil schon eng wurde. Auch jetzt (April 2021) sind wir wieder in einer besorgniserregenden Situation mit regionalen medizinischen Versorgungsengpässen. Das ist sehr unterschiedlich in Deutschland und nicht flächendeckend der Fall. Aber die intensivmedizinische Kapazität ist schon wieder sehr belastet. Das ist ethisch – alle diejenigen die klinisch versorgen, können das glaube ich nachvollziehen – eine der furchtbarsten Situationen, die man sich vorstellen kann: Entscheidungen zu treffen, wenn man nicht alle behandeln kann. Und in einer solchen Situation – das ist etwas, das wir in der praktischen klinischen deutschen Hochleistungsmedizin seit dem zweiten Weltkrieg nicht kennen konnten – käme es dann zu einer Erweiterung der Grundorientierung des ärztlichen Handelns: weg vom exklusiven Fokus auf das individuelle Wohl des einzelnen Patienten, für den man sozusagen die optimale, bestmögliche Versorgung geben möchte – ein wirkmächtiges medizinrechtliches und ärztliches ethisches Prinzip –, hin zu einer Erweiterung auch auf die öffentliche Gesundheit. Man blickt also gleichzeitig auch auf andere Patienten statt nur auf den Patienten, den man jeweils vor sich hat, weil man weiß, man kann ihn und alle anderen Patienten optimal versorgen. In der Triage-Situation kann man aber eben nicht alle Patientinnen und Patienten gut versorgen und muss deshalb möglichst an alle denken, und die vorhandenen, knappen Ressourcen so gut und gerecht wie möglich verteilen.

Vor diesem Hintergrund haben wir vom Deutschen Ethikrat gesagt – das ist eine noch immer laufende Debatte! –, dass der Staat qua unserer Verfassung für so etwas keine ma-

teriellen Vorgaben formulieren sollte. Unsere Verfassung schließt eine Reihe von Kriterien aus, die damals zu Beginn dieser Pandemie in den ersten Papieren standen: Es gab z. B. ein Papier einer österreichischen Fachgesellschaft, es gab etwas aus der Schweiz, es gab aus Italien sehr früh erste Papiere, um den Ärztinnen und Ärzten etwas an die Hand zu geben. Da spielte das Alter eine große Rolle. Und das haben wir ganz klar schon wegen der Vorgaben unserer Verfassung ausgeschlossen: Alter als unabhängiges Kriterium sowie auch Geschlecht, soziale Rolle oder die Lebensdauer. Wenn jemand zum Beispiel eine Krebserkrankung und absehbar nur noch fünf, sechs Jahre zu leben hat, dann darf das keine Rolle spielen, weil wir diese Art Kriterium nicht einsetzen dürfen, um Leben zu bewerten.

Wir haben auch noch einige andere begriffliche Sortierungen eingeführt. So haben wir gesagt, dass es einen Unterschied zu der ›Ex-ante-Triage‹ gibt, also der eben beschriebenen, klassischen Triage, bei der auf einmal ganz schnell ganz viele Patienten kommen, die ich nicht alle retten kann. Das ist zwar ethisch auch schon furchtbar, aber das ist rechtlich, so versichern mir die Kollegen der Jurisprudenz, noch abbildbar. Dann macht man medizinisch das Beste, was man tun kann, man bemüht sich nach medizinischen Kriterien darum, möglichst viele Patienten in dieser Situation, die meistens auch schnell wieder vorbeigeht, möglichst gut zu versorgen. Bei absoluter, andauernder Knappheit hat man es aber mit einer weit schlimmeren Situation zu tun, nämlich potentiell mit einer sogenannten ›Ex-post-Triage‹: Das heißt, alle Kapazitäten sind dauerhaft belegt und es kommen ständig neue Patienten nach. Da muss ich mich als Arzt in Bergamo dann beginnen zu fragen, ob ich bei jemandem, den ich bereits behandle, die Behandlung beenden sollte, z. B. weil der, den ich behandle, vielleicht noch sechs Wochen intensivmedizinische Betreuung braucht und zehn andere in der Zeit mit besserer Überlebensaussicht kommen, die vielleicht jeweils nur wenige Tage Intensivstation bräuchten.

Das sind Situationen, die diejenigen, die philosophisch ›angehaucht‹ sind, an eine ganze Reihe von Gedankenexperimenten erinnern, die sich die philosophische, medizinorientierte Gerechtigkeitstheorie überlegt hat. Zu diesen philosophischen Fragen habe ich selber im Rahmen meines Magisterstudiums geschrieben, überlegt und diskutiert – deontologische versus konsequentialistische Gerechtigkeitstheorien etc. Aber das ist etwas, was wir in der Situation in Deutschland nie hatten und von dem wir bis heute noch nicht so ganz präzise erfasst haben, ob das und inwieweit das überhaupt von unserem Rechtsrahmen erfasst ist. Es wäre vermutlich, jedenfalls rechtlich, gegenwärtig nicht zulässig. Das haben wir festgehalten und gesagt, was man machen sollte, wenn diese Situation trotzdem kommt.³

Wir standen am Anfang der Pandemie kurz davor, dass diese Situation eintritt. Und wir können derzeit leider nicht ausschließen, dass eine derartige Situation wieder auf uns zukommen könnte. Diesbezüglich hat der Ethikrat, wie erwähnt, festgestellt, dass der Staat keine materiellen Vorgaben machen darf. Er darf keine Kriterien entwickeln und sozusagen als Staat vorgeben, welches Leben, aufbauend auf diesen Kriterien, gerettet

3 Deutscher Ethikrat, Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. (wie Anm. 2).

werden sollte und welches nicht. Der Staat darf Leben so nicht bewerten, nicht Leben gegen Leben stellen. Würde das aber trotzdem notwendig sein, müsste es dafür dennoch nachvollziehbare und begründbare Prinzipien geben. Das klingt widersprüchlich, aber wir haben damals dargelegt, dass diese Festlegungen dann auf einer anderen Ebene der Normkonkretisierung passieren müssten. Hierüber gibt es beispielsweise auf der Ebene von Fachgesellschaften eine intensive Debatte. Wir haben damals auf die zu dieser Zeit ganz frisch geschriebene erste Empfehlung der sieben Fachgesellschaften unter der Leitung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin verwiesen.⁴ Auch die Akademie für Ethik in der Medizin hat daran mitgewirkt. Die Fachgesellschaften haben eine Handreichung für die Situation der Triage entwickelt.

Darin sind materielle Kriterien enthalten, dort steht, dass erstens die klinische Erfolgsaussicht, und zwar verstanden als unmittelbare Überlebenswahrscheinlichkeit mit Blick auf die notwendige intensivmedizinische Behandlung, ein wesentliches Kriterium sei. Und das wird nicht irgendwie aus dem Bauch heraus entschieden, sondern dafür kann man verschiedene, lange eingeführte klinische Scores einsetzen. Diese Scores erlauben die Vorhersage, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Patient eine akute intensivmedizinische Behandlung überlebt. Die allgemeine, insgesamt langfristige Erfolgsaussicht der Therapie dürfte jedoch nicht einbezogen werden, denn damit würde zumindest indirekt auch die erwartbare Lebensdauer mit einbezogen. Bei diesem Vorgehen wären dann aber chronisch erkrankte Patienten oder Patienten mit einer lebenslimitierenden Behinderung oder Erkrankung von vornherein benachteiligt. Das zweite genannte Kriterium ist das Mehraugenprinzip, dergestalt, dass die Entscheidungen nicht auf den Schultern eines einzelnen Arztes oder einer einzelnen Ärztin ruhen, sondern im Team getroffen werden sollen.

Viele Krankenhäuser nutzen diese Empfehlung der Fachgesellschaften. Sie wurde auch intensiv kritisiert, dann mehrfach überarbeitet; inzwischen ist sie eine S1-Leitlinie.⁵ Sie hat eine gewisse Verbindlichkeit für die medizinische Praxis und liegt als Orientierungsrahmen vor. Viele Häuser, darunter auch das Münchner Klinikum rechts der Isar, in dem ich arbeite, haben das in konkrete Handlungsleitfaden, Prozesshandbücher und ähnliches übersetzt. Dies wurde für den Fall, dass es an der eigenen Klinik umgesetzt werden müsste, vorbereitet. Denn nur weil man eine Handreichung oder Handlungsempfehlungen hat, heißt das nicht, dass dieser Prozess einfach wäre – im Gegenteil.

Offen gelassen hat der Ethikrat, ob die ›Ex-post-Triage‹ nicht doch gesetzlich geregelt werden sollte. Das ist eine Debatte, die wir gerade nochmals re-visitiert haben. Wir haben nach einem Jahr im letzten Monat (März 2021) erneut eine Veranstaltung zur Triage

4 DIVI – Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin: Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen (25.3.2020). <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200325-covid-19-ethik-empfehlung-v1.pdf> (letzter Zugriff: 4.4.2022).

5 S1-Leitlinie *Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie - Klinisch-ethische Empfehlungen* (Stand: 14.12.2021). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/040-013.html> (letzter Zugriff: 4.4.2022).

durchgeführt und Expertinnen und Experten herangezogen, die uns berichtet haben, wie der aktuelle Stand der Debatte ist; die Diskussion war sehr intensiv. Vieles ist offen: Die Bundesärztekammer hat klar gesagt, dass wir eine gesetzliche Regelung bräuchten. Hierüber streiten sich die Juristinnen und Juristen. Viele andere Fachleute sagen, das sei keine gute Idee, weil der Staat solche Entscheidungen nicht fällen oder vorgeben sollte. Stattdessen solle man das den Expertinnen und Experten vor Ort, die es tatsächlich oder zum Großteil umsetzen müssen, überantworten – basierend auf transparenten und gut begründeten Grundlagen. Andere widersprechen und postulieren, so etwas gehöre in den Bundestag und müsse auch parlamentarisch diskutiert werden. Ich bin gespannt darauf, was die Diskussion am Ende meines Vortrags dazu ergeben wird.

Impfpriorisierung

Kommen wir zum dritten und letzten Thema, eines das uns auch am heutigen Tag wieder sehr umtreibt: das Thema der Verteilung des großartigen, leider aber noch sehr knappen Gutes des Impfstoffes. Ich sage das extra so positiv – bei allem Verständnis dafür, wie suboptimal die Impfkampagne in Deutschland gelaufen ist, wie quälend es ist, auf die Impfung zu warten, und wie schwierig es ist, mit dieser Knappheit umzugehen, insbesondere, wenn man auf andere Länder schaut, die zum Teil schneller sind. All das beiseitegelassen, ist mir wichtig, noch einmal kurz zu betonen, was das für eine unglaubliche Menschheitsleistung ist, dass wir weniger als ein Jahr nach Beginn dieser Pandemie so wirksame und sichere Impfstoffe haben.

Wir haben uns im Ethikrat frühzeitig mit diesem Thema beschäftigt und ich erinnere mich an sehr viele Diskussionen, etwa im Spätsommer letzten Jahres (2020), in denen wir noch wenig wussten und auf eine Wirksamkeit vergleichbar mit den Grippeimpfstoffen – 60 bis 70 Prozent Vermeidung schwerer Verläufe – hofften. Jetzt reden wir über Impfstoffe, deren Wirksamkeit deutlich jenseits der 90 Prozent bei der Vermeidung schwerer Verläufe liegt – nicht nur in den Zulassungsstudien, sondern sogar in der ›freien Wildbahn‹. Diese Erkenntnisse beruhen auf einer unerhört guten Datenbasis, weil inzwischen viele hunderte Millionen Dosen weltweit verimpft wurden. Entsprechend gibt es ungewöhnlich belastbare Daten, die das Herz jedes forschenden Mediziners erfreuen.

Dennoch war es von Anfang an absehbar, dass die Impfstoffe initial knapp sein würden. Und es gibt eine große Debatte, die können wir gern in der Diskussion weiterführen, was man hätte tun müssen, um die Kapazität gleich von Anfang an zu steigern und die Produktion zu stärken. Es sind berechtigte Fragen und Diskurse. Jedenfalls war klar, dass es am Anfang nicht genug Impfstoff geben würde. Und das bedeutet, man muss priorisieren und auch in diesem Bereich reihen und verteilen. Das kann man nicht allein auf der Grundlage medizinischer Überlegungen machen, sondern man muss, weil es letztlich um Gesundheits- und Lebensschutzchancen geht, die rechtsethischen Grundlagen,

die in unserem Land herrschen, berücksichtigen und miteinbeziehen. Deshalb hat uns der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Oktober letzten Jahres gebeten, Empfehlungen für diese Priorisierung auszuarbeiten. Uns, das sind der Deutsche Ethikrat, die Ständige Impfkommission (STIKO), also das Gremium, das sich in Deutschland mit allem rund um das Thema Impfstoffe beschäftigt und das inzwischen alle kennen – womit die STIKO vermutlich auch nie gerechnet hat –, sowie die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina. In dieser Kombination von medizinischem und ethisch-rechtlichem Fachwissen haben wir uns zu diesem Zweck zusammengesetzt. Auch das ist noch nie da gewesen, dass drei Gremien diese Thematik in dieser Weise gemeinsam bearbeitet und ein Positionspapier geschrieben haben. Wie alle bisher erwähnten Papiere ist auch dieses online auf der Webseite des Deutschen Ethikrats verfügbar.⁶ Das kann man sich gerne anschauen.⁷ Wir haben darin in aller Kürze die wesentlichen rechtsethischen Prinzipien, die eine Rolle spielen, die sich ergebenden Impfziele und die Empfehlung zur Priorisierung ausgearbeitet – jedenfalls den groben rechtsethischen Rahmen.

Das relevante rechtsethische Prinzip ist das der Selbstbestimmung, das uns auch dazu geführt hat, eine allgemeine Impfpflicht auszuschließen. Grund dafür ist, dass die informierte Einwilligung, die freiwillige Einwilligung in die Impfung, ein sehr hohes Gut ist, das es nach Möglichkeit zu erhalten gilt.

Darüber hinaus gilt das Prinzip der Schadensvermeidung in unterschiedlichster Art: einerseits der abgewandte Schaden vom Individuum durch den Schutz, den eine Impfung bietet – uns war zu diesem Zeitpunkt allerdings noch gar nicht bewusst, wie gut diese wirkt. Andererseits geht es aber auch um Schadensvermeidung für die Gesellschaft auf unterschiedlichen Ebenen und für unterschiedliche Gruppen. Es war anfangs ebenfalls nicht klar, inwieweit die Impfstoffe bei Hochbetagten überhaupt wirken. Das war alles noch unklar. Wir haben das Positionspapier also in einer dynamischen Situation des Wissens (mit einigem Unwissen) verfasst.

Das Prinzip der Wohltätigkeit (der Benefizienz) war weniger relevant. Das ist sonst sehr wirkmächtig in medizinethischen und rechtlichen Kontexten, hier aber in den Hintergrund getreten, weil es in diesem Fall nicht um die optimale Versorgung Einzelner, sondern um die möglichst gute Versorgung Vieler, einen möglichst guten Schutz Vieler ging und geht.

Wir haben uns auch das Prinzip der Gerechtigkeit in unterschiedlichster Weise angeschaut sowie das der Rechtsgleichheit – einerseits das Gleichbehandlungsgebot, andererseits das ganz basale Gebot der Gerechtigkeit, dass Gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln ist, was überhaupt erst rechtfertigt, dass man priorisieren darf, wenn bestimmte Menschen ganz besonders starken Risiken für schwere Erkrankungen ausgesetzt sind.

6 Webseite des Deutschen Ethikrats: <https://www.ethikrat.org/> (letzter Zugriff: 4.4.2022).

7 Positionspapier der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommission, des Deutschen Ethikrats und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina: Wie soll der Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff geregelt werden? Berlin, Halle/Saale 2020. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/gemeinsames-positionspapier-stiko-der-leopoldina-impfstoffpriorisierung.pdf> (letzter Zugriff: 4.4.2022).

In ähnliche Richtung weist das Prinzip der Solidarität, das darauf gerichtet ist, dass wir alle gemeinsam zurückstehen zugunsten bestimmter, besonders vulnerabler Gruppen, für diejenigen, die dann in der Priorisierung vorrangig gereiht werden – jedenfalls temporär.

Das alles fließt zusammen in einem medizinisch-ethischen Hybridkriterium, nämlich dem der Dringlichkeit.

Wir haben vier Impfziele ausgewiesen. Ich muss vorweg dazu sagen, dass wir zu dem Zeitpunkt noch nicht wussten, ob die Impfung verhindert, dass man das Virus übertragen kann. Die sogenannte Infektiosität oder die Unterdrückung der Transmission war noch nicht ausreichend aufgeklärt. Das hat sich inzwischen sehr positiv entwickelt, wobei es noch immer nicht abschließend geklärt ist. Das Robert Koch-Institut hat aber schon gesagt, dass man im Schnitt weniger ansteckend ist als nach einem negativen Schnelltest zum Beispiel. Und die Daten, die man jetzt aus Israel und aus Großbritannien bekommt, die sehen sehr gut aus. Auch das Unterdrücken der Transmission scheint also gut zu funktionieren. Die Virusübertragung findet kaum noch statt. Ob sie gar nicht mehr stattfindet, ist schwierig zu sagen, insbesondere mit Blick auf die Mutanten. Aber jedenfalls ist es viel besser, als das, was wir damals erwartet hatten. Wir haben das Positionspapier am 9. November 2020 publiziert. Da hatten die meisten Expertinnen und Experten noch eine 50- bis 70-prozentige Reduktion erwartet. De facto ist jetzt schon klar, dass es erfreulicherweise mehr ist.

Unter anderem deswegen sehen die Impfziele auch so aus, wie sie aussehen. Das primäre Ziel hinsichtlich der Erkrankung COVID-19 ist die Verhinderung schwerer Verläufe und Todesfälle. Das zweite ist der Schutz derjenigen, die sich im Beruf besonders exponieren und sich besonderen Risiken aussetzen, selbst zu erkranken oder zu versterben – die sogenannte berufliche Indikation. Nachrangig, aber trotzdem mit aufgenommen wurde die Verhinderung von Transmission und der Schutz in Umgebungen mit vielen vulnerablen Personen und hohem Ausbruchspotenzial – da wo ganz viele Menschen zusammenkommen. Wir haben damals an die Fleischindustrie und solche Bereiche gedacht. Bezüglich der Transmission konnten wir nur hoffen, aber keine sicheren Aussagen treffen. Klar war hingegen, dass dort ein besonderer Schutz nötig ist, wo viele Menschen sehr eng beisammen sind – auch durch die besonderen Risiken, sich nicht nur anzustecken, sondern im Zuge dessen auch schwere Verläufe zu haben, die mit der Viruslast zu korrelieren schienen. Das war damals schon klar. Schließlich wurde auch die Aufrechterhaltung staatlicher Funktionen und des öffentlichen Lebens als Impfziel festgelegt. Das waren die vier Ziele.

Daraus haben wir den Vorschlag für die Impfpriorisierung erarbeitet. Drei bevorzugte Gruppen wurden darin benannt:

1. Menschen mit signifikant erhöhten Risiken für schwere Verläufe bzw. Todesfälle. Das galt für Menschen in Einrichtungen der Langzeitpflege, Menschen hohen Alters, die ein 1000-fach erhöhtes Risiko gegenüber jungen gesunden Erwachsenen hatten. Die Situation ändert sich gerade ein bisschen mit den Mutanten. Aber die Vorschläge erfolgten eben auf Basis der damals vorliegenden Evidenz. In diese Gruppe gehören daneben übrigens auch andere Menschen, mit anderen Risikokonstellationen und bestimmten Vorerkrankungen.

2. Mitarbeitende im Gesundheitswesen, allerdings nicht alle, sondern vor allem die mit erhöhten Risiken.
3. Menschen mit Schlüsselfunktionen in basalen Bereichen der Daseinsvorsorge und der Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen – auch dort mit Blick auf potentiell erhöhte Risiken (beispielsweise Lehrerinnen und Lehrer, Polizistinnen und Polizisten, Kassiererinnen und so weiter und so fort).

Diesen Rahmen haben wir in der beschriebenen Art und Weise begründet und dann veröffentlicht. Aufbauend auf diesem groben Gerüst hat die STIKO im Anschluss eine, wie ich sagen muss, überraschend fein ausdifferenzierte und sehr umfangreiche Priorisierungsliste erarbeitet, indem sie die ganze Evidenz gesichtet haben, die es hinsichtlich der Frage gab, wer denn jetzt genau erhöhte Risiken hat. Daraus wurde die erste STIKO-Empfehlung gemacht.⁸ Und diese wurde dann in die Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit, in die Impfverordnung, gegossen.⁹ Da gab es schon Abweichungen. Die Politik muss nicht alles perfekt umsetzen, was wir oder ähnliche Gremien empfehlen, wir beraten ja nur; Politik entscheidet und verantwortet dann auch die Entscheidungen. Die STIKO-Empfehlung und die Verordnung sind dann bekanntlich kontinuierlich überarbeitet worden. Wie Sie alle wissen, hat man erstens immer wieder neue Evidenz bekommen. Und zweitens führte es zu Verschiebungen, dass man dazulernte, wie sich Risiken durch das Virus präziser darstellen – mit besserer Evidenz. Darüber hinaus hat es politische Entscheidungen gegeben, Priorisierungen bestimmter Gruppen zu verändern. Wir sind jetzt, glaube ich, in der vierten oder fünften Version der STIKO-Empfehlung, weil auch neue Impfstoffe hinzukamen, weil man mehr über die Eignung der Impfstoffe für bestimmte Gruppen erfuhr, über bestimmte Nebenwirkungen etc. Das musste alles mitberücksichtigt werden. Wir haben schon im initialen Papier gesagt, dass unser rechts-ethischer Rahmen ein lebendes Dokument und nicht in Stein gemeißelt ist. Und auch die konkreten Empfehlungen, die auf diesem Rahmen aufbauen, müssen im Lichte neuer Evidenz immer wieder angepasst werden. Ich freue mich sehr, dass wir alle am heutigen Tag die politische Verlautbarung gehört haben, dass die für die anfängliche Phase der erheblichen Knappheit erarbeitete Priorisierung, deren zeitliche Befristung wir immer betont haben, angesichts der steigenden Menge zur Verfügung stehenden Impfstoffes bald aufgehoben werden kann.¹⁰

8 Sabine Vygen-Bonnet et al.: Beschluss und Wissenschaftliche Begründung der Ständigen Impfkommission (STIKO) für die COVID-19-Impfempfehlung, in: *Epidemiologisches Bulletin* 2 (2021), S. 3–63. <https://doi.org/10.25646/7755.2>.

9 Bundesministerium für Gesundheit: Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronImpfV) vom 18. Dezember 2020), in: *Bundesanzeiger* vom 21.12.2020 (letzter Zugriff: 4.4.2022).

10 Sie wurde Anfang Juni 2021 aufgehoben. Siehe hierzu z. B. die Pressemeldung *Impf-Priorisierung aufgehoben* der Bundesregierung vom 7.6.2021. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/corona-impfung-priorisierung-entfaellt-1914756> (letzter Zugriff: 17.6.2022).

Fazit

Ich hoffe, ich konnte Ihnen mit diesem kleinen Ritt durch die Themen zeigen, dass ethische Politikberatung in Krisen Orientierung geben, aber vor allem auch Begründungen untersuchen und bereitstellen kann für Entscheidungen – um diese letztlich zu verbessern. Sie trifft aber keine Vorentscheidungen und entscheidet nicht selbst. Sie übernimmt daher auch nicht die Entscheidungsverantwortung. Die Entscheidungen und die Verantwortung bleiben bei der Politik, die sich aus unterschiedlicher Richtung beraten lässt. Ganz wichtig aus ethischer Perspektive wird es bleiben, dass Entscheidungen immer wieder neu adjustiert, eventuell sogar revidiert werden. Ethische Debatte und ethische Analyse können die öffentliche Debatte fördern, wie man im Zusammenhang mit den Impulsen des Ethikrates hoffentlich an verschiedenen Stellen gemerkt hat. Sie kann auch helfen, Vertrauen zu schaffen, wenn man versteht, was die Gründe hinter bestimmten Entscheidungen oder hinter bestimmten Empfehlungen sind. Das wird sicherlich noch eine ganze Weile so weitergehen.

Zu den sogenannten Impfprivilegien haben wir dann auch noch eine Empfehlung herausgegeben.¹¹ Ich bin sicher, dass wir darüber auch noch in der Diskussion sprechen. Momentan arbeiten wir im Ethikrat daran, wie wir einen Pfad zurück in die Normalität finden können, ob und in welcher Art und Weise wir einen gesamtgesellschaftlichen Heilungsprozess anstreben müssen und ob bzw. welche Kompensationen für diese sehr, sehr belastende Zeit gerade für bestimmte Branchen, Bereiche und Gruppen anstehen. Irgendwann werden wir uns dann vielleicht auch mal wieder mit der guten alten klassischen Medizinethik beschäftigen. Noch ist das aber kaum absehbar. Jedoch ich bin guter Hoffnung, dass wir da bald hinkommen werden. Und ich möchte an dieser Stelle nicht nur meinen Kolleginnen und Kollegen im Ethikrat, sondern vor allem auch all denjenigen, von denen ich weiß, dass sie in der Klinik für uns alle seit sehr langer Zeit Unfassbares leisten, ganz explizit danken. Ich bin sicher, davon sind einige heute auch hier. Danke.

Diskussion

Frage: Danke für diesen sehr informativen, sehr klar strukturierten Vortrag! Er hat uns in die wesentlichen Themen hineingeführt, die in der öffentlichen Diskussion der letzten Wochen und Monate besprochen wurden. Dank auch für die vielen, teilweise sehr persönlichen Erfahrungsberichte, die Sie uns gegeben haben. Es haben uns eine Fülle von Fragen erreicht, die sich zum Teil am Aufbau Ihres Vortrages entlang systematisieren

11 Deutscher Ethikrat: Besondere Regeln für Geimpfte? Ad-Hoc-Empfehlung. Berlin 2021. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-besondere-regeln-fuer-geimpfte.pdf> (letzter Zugriff: 4.4.2022).

lassen. Einige Fragen beziehen sich auf den ersten Teil Ihres Vortrages, wo Sie auf die Frage eingegangen sind, was Ethik überhaupt leisten kann und wie Ethik funktioniert. Zudem hatten Sie ganz am Anfang auch in Bezug auf Ihre eigene Wahrnehmung der Krise darauf hingewiesen, dass die psychische, die emotionale Belastung vielleicht am Anfang etwas im Hintergrund stand. Diesbezüglich hat ein Zuschauer gefragt, welche Rolle Psychologie und Emotionen in der ethischen Betrachtung spielen? Werden diese Aspekte in die ethische Betrachtung einbezogen oder bleibt die Ethik diesen Aspekten gegenüber kalt? Wägt man ethisch ähnlich ab wie ein Jurist?

Antwort: Die Frage adressiert ›Community-Based reasoning‹. In den Gremien kommen viele verschiedene Menschen zusammen. Dabei färbt – das ist jetzt ein tugend-ethischer Punkt – die jeweilige Haltung von Menschen auch ihre Einschätzung. Und deswegen kommt in solchen Gremien eine Vielfalt unterschiedlicher ethischer, aber auch emotionaler Haltungen zusammen. Uns hat das alle sehr bewegt, das will ich ganz offen sagen. Dass man da irgendwie kalt abwägt und wie Justitia blind die Waage in der Hand hält, das ist sicherlich nicht so. Aber in der Begründung darf man sich nicht von Emotionen leiten lassen. Die Begründung muss überprüfbar sein. Sie muss an Kriterien oder Prinzipien orientiert sein. Da darf man nicht sagen: Ich fühle jetzt irgendwie, dass das so oder so richtig ist, sondern man muss erklären können, warum. Und da können selbstverständlich solche Dinge wie besondere psychische Belastungen für bestimmte Gruppen eine Rolle spielen. Inhaltlich spielen emotionale Motive und psychologische Faktoren eine erhebliche Rolle. Es geht hier um Belastungen, gerade beim ersten Thema ›Lockdown versus Lockerung‹. Das ist etwas, was wir von Anfang an schon gesagt haben, nämlich wie wichtig es ist, dass nicht nur körperlich-gesundheitliche Belastungen eine Rolle spielen, sondern dass selbstverständlich psychische Belastungen auch gesundheitliche Belastungen sind und mitberücksichtigt werden müssen. Aber die Ethik als solche versteht sich, wenn es um die Begründung geht, als wissenschaftliche Disziplin. Da dürfen keine Bauchgefühle oder emotionalen Zustände die Entscheidung leiten, sondern das muss argumentierbar, das muss überprüfbar sein und den allgemeinen Rationalitätskriterien wissenschaftlichen Vorgehens Genüge tun. Die Entscheidungen müssen entsprechend auch von jemandem nachvollziehbar sein, der vielleicht emotional anders strukturiert oder aufgestellt ist. Kalt wirkt es dann vielleicht auf dem Papier, wenn man es liest. Aber es sei hier festgehalten: Kalt war dieser Prozess sicherlich nicht.

Frage: Die Zuschauer zu Hause fragen sich trotzdem, wie dieser Prozess, den Sie gerade beschrieben haben, tatsächlich stattfindet. Sie hatten im Rahmen Ihres Vortrags am Anfang darauf hingewiesen, dass es um ein Abwägen geht, was auch immer wieder neu an die Situation, die Entwicklung der Pandemie angepasst werden musste und muss. Da erhob sich die Frage, wie man damit umgeht, dass sich das gesuchte richtige Maß im Zeitverlauf verschieben kann – auch dadurch, dass man bestimmte Dinge tut oder unterlässt. Man könnte aus einer Metaperspektive fragen, ob die Verhältnismäßigkeit selbst ein absolutes Kriterium sein kann, das man der ethischen Debatte zugrunde legt.

Antwort: Das ist eine metaethisch interessante Frage. Ich antworte jetzt aber trotzdem ganz simpel: Die Verhältnismäßigkeit ist uns qua Verfassung vorgegeben. Ganz pragmatisch, aus dem berichteten Entscheidungs- und Handlungskonzept: Es gibt Dinge, die sind nicht verhandelbar, wie beispielsweise die Struktur einer Verhältnismäßigkeitsprüfung. Wenn Grundrechte eingeschränkt werden, muss die Verhältnismäßigkeit dieser Maßnahmen geprüft werden – das wurde sie im Übrigen auch. Ich höre das manchmal von Kommentatoren in Talkshows, dass sie sagen, man habe das völlig ziehen lassen und es sei alles total unverhältnismäßig, was hier passiert ist. Es hat mindestens 10.000 Gerichtsverfahren gegeben, die einzelne Maßnahmen immer wieder angeschaut haben. Da ist eine ganze Menge an Beschwerden und Verfahren weggeboxt worden über die Zeit, aber es wurden auch Maßnahmen von Gerichten zurückgepfiffen. Die Gerichte haben sich also weiß Gott nicht herausgehalten. Unser Rechtsstaat hat funktioniert. Juristische Verhältnismäßigkeitsprüfungen hat es im Großen wie im Einzelnen gegeben, gerade jetzt auch wieder bei der sogenannten ›Bundesnotbremse‹. Zudem würde ich persönlich diese gesellschaftliche Debatte, die wir seit Monaten führen – und jetzt spreche ich als Ethikerin –, auch als eine Art der ethischen und gesellschaftlichen Verhältnismäßigkeitsprüfung ansehen – nicht im strikt juristischen oder verfassungsrechtlichen Sinne, sondern weil wir die ganze Zeit gemeinsam als Gesellschaft darum ringen, was wir als verhältnismäßig verstehen. Dabei gibt es sehr unterschiedliche Positionen in der Gesellschaft. Das nehmen wir, denke ich, alle wahr und das zeigt uns auch die sozialwissenschaftliche Forschung. Deswegen hat die Verhältnismäßigkeitsprüfung sowohl im strikteren juristischen Sinne als auch im gesellschaftlichen Sinne eine ganz wesentliche Rolle während dieser gesamten Pandemie gespielt. Damit ist nicht gesagt, dass etwas gut oder schlecht gelaufen ist. Ich glaube jedoch, sie ist von einer so erheblichen Bedeutung gewesen, dass ich es für verfehlt halte, wenn Menschen in Deutschland sagen, wir hätten die Verhältnismäßigkeit und damit letztlich die Rechtsstaatlichkeit untergraben oder ähnliches. Dem ist nicht so!

Frage: Sie haben gerade gesagt, dass die Gerichte diese Verhältnismäßigkeit unter die Lupe genommen haben. Ein Zuhörer hat auch darauf hingewiesen, dass die Juristen bei Abwägungen quasi einen klaren Kanon haben, an dem sie sich orientieren, nämlich die Grundrechte. Und es wird gefragt, auf was sich eine ethische Abwägung bezieht. Was ist dann das Pendant zu den Grundrechten in der Ethik?

Antwort: Wir haben im Ethikrat auch Verfassungsrechtler. Wir machen sozusagen eine Mischung – unser Ansatz ist immer rechtsethisch. In der Ethik gibt es kein Äquivalent zum Kanon der Grundrechte; nebenbei: Verfassungsrechtler interpretieren die Grundrechte auch z.T. sehr unterschiedlich. Es gibt aus meiner Perspektive drei wesentliche ethische Paradigmen: Pflichtenethik (Deontologie), Folgenethik (Konsequentialismus) und Tugendethik. Das sind die drei ethischen Grund-Paradigmen in der westlich-kontinentalen Tradition. Und dann gibt es noch ein paar andere. Die Protagonisten streiten sich seit langem. Was aber die angewandte Ethik und auch die Medizinethik als Teil der ange-

wandten Ethik mit aufgebaut hat, ist, dass wir einen gewissen Kanon haben an 1. Vorgehensweisen und 2. Inhalten auf einer mittleren Ebene. Das heißt nicht auf der Ebene der Letztbegründungen. Was für die Juristen die Grundrechte sind, sind für manche Ethiker übrigens die Menschenrechte. Wenn wir uns nicht auf diese Ebene der Letztbegründungen einigen, was für die Ethik schwierig ist, dann hat sich das Beschriebene als Maßstab bewährt, gerade für solche Gremienarbeit, die Antworten geben muss und nicht um dieses Antwortgeben herumkommt. Es geht nicht darum, lange zu versuchen, den Deontologen davon zu überzeugen, dass er total unrecht hat oder nicht. Es gibt stattdessen Konvergenztheorien sogenannter mittlerer Reichweite. Wenn man ›Butter bei die Fische geben muss‹, dann eignet sich ein prinzipienorientierter Ansatz mit Prinzipien mittlerer Reichweite. Und das sind Prinzipien wie z.B. die Selbstbestimmung. In der Medizinethik ist der ›Vier-Prinzipien‹-Ansatz von Tom L. Beauchamp und James F. Childress relevant.¹² Neben diesem Ansatz gibt es verschiedene Ansätze, die nicht nur diese vier Prinzipien aufgreifen. Jedenfalls gibt es eine Reihe von Prinzipien mittlerer Reichweite, auf die man sich verständigen kann, auch wenn man Verfechter unterschiedlicher Ethiktheorien oder Letztbegründungen ist. Diese Prinzipien sagen uns viel für die ethische Analyse und Debatte, sie strukturieren diese und aus ihnen lassen sich dann wiederum feinkörnige Regeln ableiten. Die Prinzipien sind ein Kanon, der weit verbreitet und akzeptiert ist, und wir benutzen den im Ethikrat eigentlich immer. Er hilft in dieser äußerst interdisziplinären Diskussion sehr. Im Ethikrat kann man sagen, wenn man uns nach unserer Methode fragt, dass es am ehesten um ein sogenanntes weites Überlegungsgleichgewicht geht. Es sind die erwähnten Prinzipien mittlerer Reichweite, die primär leiten. Dann schaut man noch auf die Alltagsmoral, aber auch auf die Ebene der positiv geltenden Normen: Menschenrechte, Verfassungsrecht und so weiter. Deontologische Einhegungen, bestimmte rote Linien, überschreitet man gar nicht. Aber das ist jetzt schon sehr philosophietheoretisch. Hoffentlich reicht diese Antwort halbwegs aus für diese interessante Frage.

Frage: Aus dem Auditorium bezieht sich eine Frage auf Ihre Ausführung zur Triage: Wird nicht von Seiten der Ethik und des Ethikrates die Triage falsch diskutiert, indem der Fokus auf der Frage liegt, wie sich das Dilemma managen lässt, sowohl durch Leitlinien als auch durch die Suche nach rechtlichen Regelungen? Zugespitzt: Vergisst man vor lauter Diskussion um adäquate Kriterien oder Prinzipien der Triage nicht die Diskussion um das Vermeiden der Triage?

Antwort: Ich bin dankbar für die Möglichkeit, diesen Aspekt nachzutragen. Das haben wir im Papier ausgeführt. Man muss zunächst alles versuchen, um die Triage überhaupt zu vermeiden. Und da gibt es ganz berechtigte Fragen, ob das erfolgt ist. Ich weiß aus eigener Anschauung, dass in der Praxis viel erfolgt ist. Das wird im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein nicht anders gewesen sein. Es gibt sozusagen Stufen, die man beschreiten kann, bis quasi jeder OP eine Intensivstation ist. Und alles andere, was nicht

12 Tom L. Beauchamp, James F. Childress: Principles of biomedical ethics. New York 1979.

absolut notwendig ist, wird runtergefahren. Die Kapazitäten werden sozusagen auf die schwerstkranken Patienten konzentriert. Darunter fallen Viele, das sind nicht nur COVID-Patienten. Das ist auch so ein übliches Missverständnis. Hierunter fallen alle, die intensivmedizinische Versorgung brauchen, COVID- und Nicht-COVID-Patienten. Ziel ist es, so viele Kapazitäten zu generieren, wie man kann, was wiederum eine eigene ethische Herausforderung darstellt. Im Bemühen um das Vermeiden der Triage nimmt man auch Schäden für Patientinnen und Patienten in Kauf, die nicht ganz so dringlich erkrankt sind, die dann Vorsorgeuntersuchungen oder zum Beispiel auch wichtige Operationen oder Behandlungen nicht bekommen. Das führt auch zu Schäden, also auch das ist ethisch nicht einfach. Man muss sich zunächst bemühen, die Ressourcen optimal zu nutzen, auszubauen und zu verstärken. Da ist viel passiert. Denken Sie an das Bettenregister der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI-Intensivregister), das es vorher nicht gab.¹³ Wir wussten in Deutschland grob, wie es aussieht mit der Bettenbelegung. Jetzt wissen wir das tagesaktuell. Das ist einer der wenig besprochenen großen Erfolge, die schon relativ früh in der Pandemie erzielt wurden. Wir reden sehr viel darüber, was nicht gut gelaufen ist; diese tagesaktuelle digitale Registrierungsmöglichkeit unserer Intensivbetten-Kapazitätsauslastung ist gut gelaufen. Es macht mir im Übrigen bei dieser berechtigten Frage Sorge, wenn man immer über Kapazitäten und Betten, aber nicht oder kaum über Personal redet. De facto sind es Menschen, die Pflege ganz besonders, die die stationären Kranken versorgen. Nicht nur bei den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, sondern auch in der Pflege gibt es starke Engpässe, Probleme und unglaubliche Belastungen. Denn hinsichtlich der Intensivpflege, da kann ich mich noch an meine Zeit als Medizinstudentin erinnern, habe ich mir immer gedacht: Gott sei Dank ist die erfahrene Intensivpflegerin um die Ecke. Die ›schmeißt‹ das im Zweifel, wenn ich irgendeinen Blödsinn mache. Das sind höchst-qualifiziert ausgebildete Fachkräfte. Und wenn Sie beginnen die Ressourcen zu erhöhen, um Triage zu vermeiden, dann bedeutet das, Sie holen Pflegepersonal aus anderen Bereichen und stecken die in die Intensivmedizin. Das ist traumatisierend für dieses nicht vorbereitete Personal, was ich selbst im Klinikum beobachten kann. Wir haben das hier die ganze Zeit mitbegleitet. Ich habe eine Oberärztin für klinische Ethik, die mir ›in Echtzeit‹ viel darüber berichtet, wie es auf den (Intensiv-)Stationen aussieht. Und die größte Sorge besteht darin, dass das Personal ausbrennt. Die sind komplett fertig nach diesem Jahr der absoluten Höchstbelastung. Deswegen stimmt es zwar, dass man irgendwie theoretisch alles tun muss, um die Triage zu vermeiden. Nur dauert die Ausbildung zum Intensivpfleger Jahre. Da macht man nicht mal ›Schnipp‹ und auf einmal hat man die. Deswegen müssen wir intensiv in der Gesellschaft darüber diskutieren, dass wir es nicht geschafft haben, die Situation der Pflege insgesamt in Deutschland zu verbessern. In diesem Beruf gab es bekannterweise vorher schon große Probleme. Aber das ist aus meiner Sicht eine der ganz dringlich anzugehenden Aufgaben. Ich glaube nämlich, dass viele Kolleginnen und

13 Webseite des DIVI-Intensivregisters: <https://www.intensivregister.de> (letzter Zugriff: 17.6.2022).

Kollegen das jetzt noch irgendwie überstehen und dann weg sind. Das macht mir Sorgen. Das machen die nicht jetzt mitten in der schlimmsten Situation. Die verlassen nicht das »sinkende Schiff«. Aber ich mache mir Sorgen gerade um diese Berufsgruppe. Deswegen ist das mit der Erhöhung von Ressourcen sehr voraussetzungsreich. Das muss uns klar sein: Es ist eine brennende Baustelle für die Zukunft.

Frage: Sie haben sich auch vor der Pandemie schon mit dem Thema Solidarität beschäftigt, haben mit Barbara Prainsack 2017 auch ein Buch dazu veröffentlicht.¹⁴ Solche Appelle an die Solidarität scheinen mir wie ein Mantra zu sein, das uns fast durch die gesamte Pandemie begleitet hat. Sie haben selber die Solidarität mit den Risikogruppen erwähnt. Aber in der letzten Zeit war auch immer wieder die Rede von der Solidarität bei der Impfverteilung: reiche Länder versus ärmere Länder. Sie sind auch in der Weltgesundheitsorganisation (WHO) tätig. Sie haben sich mit Public Health auch auf globaler Ebene beschäftigt. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit dieser Appelle zur Solidarität ein, gerade wenn man das auf so einen globalen Maßstab ausrichtet? Tragen diese Appelle überhaupt? Oder sind das nett formulierte Appelle, die dann in der Praxis ins Leere laufen? Wie schätzen Sie die Funktion der Solidarität in dieser Diskussion ein?

Antwort: Ganz kurz vorweg: Ich bin in einer Expertengruppe tätig, die einen Bericht im Auftrag der WHO schreibt, ich arbeite aber nicht in der WHO.

Bei der Beantwortung der Frage beziehe ich mich tatsächlich nicht nur auf meine eigene Forschung zum Thema der Solidarität, sondern auch auf viele andere Forscherinnen und Forscher. Sehr früh in der Pandemie konnte man feststellen und haben wir vom Ethikrat gesagt: Es gibt ein großes Solidaritätspotenzial in der Gesellschaft. Das hat sich u.a. gerade auch im ersten Lockdown gezeigt. Das Solidaritätspotenzial muss man aber hegen und pflegen. Solidarische Ressourcen sind nicht unendlich. Ich habe selbst schon im ersten Lockdown eine Studie begonnen und dann im zweiten Lockdown dazu eine Interviewstudie gemacht.¹⁵ Das hat sich auch erschöpft, wir sehen das jetzt im Moment überall. Dazu gibt es derzeit viel sozialwissenschaftliche Forschung. Den Menschen ist viel Solidarität abverlangt worden. Das ist sehr anstrengend. Und obwohl es initial beglückend war, zu sehen, wie hoch das solidarische Potenzial ist, gibt es zunehmend mehr Menschen, die sagen: »Nicht mehr mit mir. Ihr könnt mich alle mal.« Das sieht man auch in den Befragungsstudien. Und selbst diejenigen, die aus tiefstem Herzen solidarisch und prosozial eingestellt sind, finden es schwer. Meine Prognose aus der Beschäftigung mit diesem Thema seit inzwischen 15 Jahren ist: Das wird sich wieder erholen. Da schuldet die Politik den Bürgern aus meiner Sicht eine Zeit, in der wir alle gemeinsam unsere solidarischen Reserven wieder auffüllen können. Wir brauchen einen gesellschaftlichen Heilungsprozess. Und jetzt zum Internationalen, zum Globalen: Viele verstehen Solidari-

¹⁴ Barbara Prainsack, Alena Buyx: *Solidarity in biomedicine and beyond*. Cambridge 2017. <https://doi.org/10.1017/9781139696593>.

¹⁵ Webseite der SOLPAN-Studie: <https://www.get.med.tum.de/solpan> (letzter Zugriff: 4.4.2022).

tät als supererogatorisch, sozusagen jenseits dessen, was man abfordern kann. Das sehe ich nicht so. Allerdings steht die globale Solidarität, der wir verpflichtet sind, in einem gewissermaßen unlösbaren Konflikt mit der Schutzpflicht von Staaten ihrer eigenen Bevölkerung gegenüber. Die ist bei uns verfassungsrechtlich niedergelegt. Da kommt man nicht so schnell dran vorbei. Gleichzeitig bejahen Viele Solidaritätspflichten auch globaler Art. Aber da gibt es eben wenig Handhabe zu sanktionieren, wenn diese ausbleibt. Als Ethikerin finde ich das wunderbar, dass wir in der EU einen grundlegend solidarischen Ansatz beim Beschaffen von Impfdosen gefahren sind und auch noch fahren. Das war aus meiner Sicht alternativlos, auch mit Blick auf die Weltgemeinschaft. Nur kann ich auch Leute verstehen, die sagen: Die EU exportiert mehr Impfstoff als sie im eigenen Land behält. Und England hat noch keine einzige Dosis exportiert. Warum machen wir das eigentlich? Das ist eine berechtigte Frage, insbesondere vor dem Hintergrund dessen, dass Europa für die Europäer und die Individualstaaten für ihre eigene Bevölkerung eine verbrieft Schutzpflicht haben. Appelle an Solidarität sind richtig. Reiche Staaten reden jetzt auch schon darüber, dass sie dann möglichst bald den ärmeren Staaten Dosen zur Verfügung stellen. Das ist richtig und wichtig. Aber ich glaube, um diese Spannung zwischen Schutzpflicht der eigenen Bevölkerung auf der einen Seite und solidarischer Verpflichtung ärmeren Ländern gegenüber auf der anderen aufzulösen, könnte man mit einem aufgeklärten Eigeninteresse weiterkommen, indem man sagt: »Sei deswegen solidarisch, weil Dir das selbst helfen könnte.« Dies ist eine Art instrumentale Solidarität (zu dem Thema globale Solidarität habe ich 2017 auch mal einen Artikel verfasst).¹⁶ Genau das sehen wir jetzt, plötzlich hat das in der Praxis Relevanz. »Seid solidarisch, damit ihr nicht selber leidet.« Denn wenn diese Pandemie nicht weltweit vorbei ist, ist sie nicht vorbei. Und wenn beispielsweise in Brasilien, Indien, Chile oder sonst wo – wobei Chile super geimpft hat, aber trotzdem schlimme Zahlen aufweist – irgendwelche Mutationen entstehen, die uns die Impfstoffe zerhauen, dann hat niemand etwas davon – auch die reichen Staaten nicht. Deswegen müssen wir alle gemeinsam ein solidarisches Verhalten an den Tag legen, auch wenn manchen Menschen Solidarität egal ist und manche denken ›America first‹ oder wer auch immer ›first‹. Selbst wenn Menschen so denken, sollten sie eigeninteressiert und somit trotzdem solidarisch handeln. Denn wir sitzen als Weltgemeinschaft in einem Boot. Und das sollten sich jene überlegen, die fragen: Kann es eine globale Solidarität jemals geben? Muss es, denn wir sind inzwischen genuin mit dem letzten Winkel der Welt verbunden. Was dort passiert, geht uns alle an. Ich erhoffe mir, und das ist wie ein frommer Wunsch, dass das ein Prozess unseres Lernens für die nächsten Jahrzehnte ist, auch mit Blick zum Beispiel auf den Klimawandel. Weil uns diese Verknüpftheit der Welt jetzt so vor Augen geführt wurde. Die Zyniker sagen: »Das kannst du vergessen. Das haben alle sofort wieder vergessen und verdrängt.« Aber ich bin ganz zuversichtlich, dass in diesem Schlimmsten, Schlechten wenigstens etwas Gutes sein könnte, nämlich, dass wir daraus lernen für die Zukunft.

16 Peter G. N. West-Oram, Alena Buyx: Global Health Solidarity, in: Public Health Ethics 10,2 (2017), 212-224. <https://doi.org/10.1093/phe/phw021>.

Frage: Wie wäre Ihre Einschätzung bezüglich einer Impfpflicht, falls die Impfbereitschaft nicht hoch genug wäre, um eine ›Herdenimmunität‹ zu erreichen? Wie lässt sich hier der Konflikt von Selbstbestimmung und Schadensvermeidung lösen? Ich schätze mal, wir haben eine hohe Impfbereitschaft, sodass wir nicht in diese Situation kommen. Aber fängt dann die Public Health- oder Public-Ethik an?

Antwortet: Das haben wir relativ klar differenziert. Ich setze grundsätzlich voraus, dass wir nicht noch Killermutanten bekommen, die uns das alles zerhauen, dass die Impfstoffe wirken, sodass man selbst geschützt ist (wonach es im Moment aussieht); und ich erwarte die Erreichbarkeit von Herdenimmunität und steigender Impfbereitschaft (trotz der paar ›Wobbles‹ wegen AstraZeneca, was Menschen verunsichert hat - erst alle unter 60-Jährigen, dann nur über 60-Jährige usw.). Selbst wenn wir die Krankheit nicht bekommen sollten, sind die Risiken extrem unterschiedlich für sehr unterschiedliche Gruppen. Wir hätten ein Impfangebot für alle mit sehr effektiven Impfstoffen. Die sind sogar im Moment umsonst, es gibt nicht irgendeinen sozialen Gradienten, dass jemand das nicht bezahlen kann. Das bleibt dann nur noch eine reine Privatentscheidung. Und da haben wir vom Ethikrat gesagt: Das sollte und darf eine private Entscheidung sein. Wir würden in dieser Situation keine allgemeine Impfpflicht begründen wollen, weil die Risiken sehr unterschiedlich sind und weil wir etwas haben, womit wir alle schützen können. Wenn es zum Beispiel so wäre, dass das Impfen nur teilweise schützt oder es sehr Viele gäbe, die man gar nicht geschützt bekommt, wie man es ursprünglich von Menschen ganz hohen Alters gedacht hat, wäre das eine andere Situation, weil es dann um den Schutz Dritter ginge. Aber das tut es jetzt nicht, weil jeder, auch Kinder und Jugendliche, vermutlich sehr effektiv geschützt werden kann. Kinder und Jugendliche muss man derzeit (Ende April 2021) immer noch ausklammern, aber die werden zukünftig auch geimpft werden können. Ein Argument für eine beschränkte Impfpflicht könnte man für einen bestimmten, beruflichen Kontext aufbauen - auch dort aber nur dann, wenn es keine andere Möglichkeit gibt, diejenigen zu schützen, mit denen jemand im Beruf arbeitet. Das wären z. B. berufsbezogene Impfpflichten, etwa in der Altenpflege. Da gibt es eine besondere Verantwortung der Beschäftigten gegenüber den Menschen, mit denen sie arbeiten. Aber selbst bei den hoch Betagten scheint die Impfung zu wirken, so dass aus meiner Sicht die Argumente, jedenfalls ethisch, gegenwärtig nicht ausreichend sind. Das ist übrigens aus meiner Sicht ein Paradebeispiel für sehr interdisziplinäre Überlegungen, dass für die ethische Bewertung empirische Dinge sehr wichtig sind. Bei der Masern-Impfpflicht zum Beispiel geht die ethische Bewertung anders aus. Masern sind viel ansteckender. Sie sind auch für bestimmte Gruppen ganz besonders gefährlich. Die Herdenimmunität, die man da braucht, liegt bei ca. 95 oder 96 Prozent. Es gibt einfach viele, ja ganze Gruppen, die sich nicht oder noch nicht impfen lassen können, aber gleichzeitig schon gefährdet sind. Das ist empirisch eine andere Konstellation als bei COVID, wobei auch ich hier sagen muss: »Watch that space.« Denn Mutation ist weiter ein Thema, die Situation kann sich verändern. Aber im Moment würde ich eine allgemeine Impfpflicht ablehnen und für eine berufsbezogene Impfpflicht sehe ich derzeit auch keine Grundlage.

Frage: Zuletzt benutzten Sie den Ausdruck ›Impfprivileg‹. Ich würde gerne wissen, ob der Begriff tatsächlich verwendet wird. Bettina Schöne-Seifert hat in einem sehr schönen Essay gesagt,¹⁷ die Rede von Impfprivilegien sei gewissermaßen das falsche ›Framing‹ des Problems. Es gehe darum, dass Geimpfte im Grunde ihre Rechte wieder zurückerhalten. Da bitte ich einfach nur um Aufklärung, weil mir nicht ganz klar war, wie es sich in diesem Kontext mit diesem Ausdruck ›Impfprivileg‹ verhält, der meines Erachtens auf das ganz falsche Gleis führt.

Antwort: Es wird sehr viel von Impfprivilegien gesprochen. Wenn ich darüber spreche, sage ich immer, das ist ein ganz falscher Begriff. Es geht um die Rücknahme von Freiheitsbeschränkungen. Das ist kein Privileg, überhaupt nicht. Wir haben ›besondere Regeln‹ in unserer Empfehlung vom Ethikrat gesagt,¹⁸ überwiegend in Anführungszeichen, genauso wie beim Begriff ›Sonderrechte‹. Das sind alles eigentlich falsche Ausdrücke. Und Bettina Schöne-Seifert hat das wunderbar erörtert. Sie kommt zu einer etwas anderen Einschätzung als der Deutsche Ethikrat. Aber auch wir haben uns sehr zurückhaltend positioniert. Das will ich jetzt in den letzten drei Sätzen noch sagen: Auch wir haben in unserem Papier schon angelegt, dass, je sicherer man weiß, dass Menschen nicht mehr ansteckend sind, desto eher zu bedenken und dann irgendwann auch geboten, ethisch geboten sei, die Freiheitsbeschränkungen aufzuheben. Und wir scheinen in diese Situation zu kommen, z.B. bei den harten Quarantäneregeln, die fallen werden. Sie werden sich rein rechtlich gar nicht halten lassen. Maskenpflicht allerdings ist nach meiner Meinung keine so starke Grundrechtsbeschränkung. Nach Einschätzung des Ethikrates ist es auch den Geimpften noch eine Weile zuzumuten, wenn man die Maskenpflicht noch braucht. Der Bereich dazwischen, da kann man diese Gerechtigkeitsintuition der Menschen schon verstehen, die sagen: »Moment mal, ich habe jetzt meine Grundrechte eine Weile zurückgestellt. Ich habe das voll unterstützt mit der Priorisierung, finde ich alles super. Aber jetzt sagt ihr, nicht nur seid ihr jetzt schon vor mir geschützt, sondern jetzt wollt ihr auch noch eure Grundrechte wieder voll ausüben können. Und ich bin nicht geschützt und meine Grundrechte kann ich auch nicht voll ausüben?« Das wäre dieser doppelte Nachteil der noch nicht geimpften Menschen und der doppelte Vorteil der bereits geimpften Menschen. Ich finde, es ist ein nicht ganz irrelevantes Argument. Das haben wir vom Ethikrat sehr stark diskutiert. Ich spreche jetzt mal ein bisschen persönlich: Ich finde es bedenkenswert, dass man in diese Schieflage kommt. Das ist hoffentlich nur eine Sache für ein paar Wochen oder Monate. Aus der Sicht des Ethikrates bräuchte es eine Gleichstellung über Tests. Das ist jetzt aktuell, das steht nicht im Papier. Im Moment der dritten Welle reden wir nicht über Lockerungen, sondern im Moment reden wir über das Gegenteil. Da müssen wir vielleicht noch ein paar Wochen warten. Das wird jedoch ganz sicher kommen. Diese Diskussion ist wichtig und wird schon vorbereitet. Das ist nur noch eine Frage der Zeit, bis das dann hoffentlich in einer sinnvoll abgestuften Art und Weise passiert.

17 Bettina Schöne-Seifert: Privilegien, die allen nützen, in: [faz.net](https://www.faz.net) (11.3.2021, 8:46 Uhr).

18 Deutscher Ethikrat: Besondere Regeln für Geimpfte? (wie Anm. 11).

Update Frühjahr 2022

Vieles hat sich seit dem hier niedergelegten Vortrag noch verändert, vieles wurde gelernt. Um nur einen Komplex herauszugreifen:

Inzwischen weiß man, dass die Impfung zwar die Übertragung reduziert, aber nicht ganz vermeidet. Die Impfung schützt vor allem vor schweren Verläufen gut. Allerdings lässt der Impfschutz langsam nach, insbesondere bei älteren und vorerkrankten Menschen, so dass inzwischen eine weitere ›Booster‹-Impfung empfohlen wird, für die über 70-Jährigen sogar noch eine zusätzliche vierte. Nachdem mit den Mutanten im Herbst 2021 die Situation weiter schlechter wurde und sich gleichzeitig deutlich weniger Menschen impfen ließen als erwartet und erhofft, hat sich der Deutsche Ethikrat der Frage von Impfpflichten nochmals angenommen. In Anbetracht der besonderen beruflichen Verantwortung und angesichts vieler Infektionen, Erkrankungen und Todesfälle in Einrichtungen der Alten- und Langzeitpflege, in denen nicht geimpfte Mitarbeitende tätig sind, empfahl er mit großer Mehrheit eine berufsbezogene Impfpflicht.¹⁹ Nach Sichtung der veränderten empirischen Situation sowie der sorgfältigen Analyse der verschiedenen ethischen Argumente (etwa zur gerechten Verteilung von Belastungen zwischen Menschen, die nicht geimpft sind und verpflichtet würden, und Menschen, die geimpft sind aber ggf. in vollen Krankenhäusern nicht behandelt werden könnten bzw. unter weiteren Maßnahmen gegen die Pandemie leiden müssten), empfahl der Ethikrat im Dezember 2021 mehrheitlich eine Ausweitung dieser Impfpflicht. Ein Teil des Rates empfahl dies für Menschen über 50 Jahre, ein anderer Teil für alle impfbaren Menschen ab 18.²⁰ Das Thema bleibt auch mit Blick auf die im Januar zunehmend auftretende Omikron-Variante kontrovers; bisher ist die Frage politisch nicht abschließend entschieden.

Autorin

Prof. Dr. Alena Buyx 

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Technische Universität München, a.buyx@tum.de

Alena Buyx ist Direktorin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin an der Technischen Universität München (TU München) und von 2016 an Mitglied des Deutschen Ethikrates, seit 2020 dessen Vorsitzende. Sie hat Medizin und Philosophie sowie Soziologie an der Universität Münster, der York University und am Uni-

19 Deutscher Ethikrat: Zur Impfpflicht gegen Covid-19 für Mitarbeitende in besonderer beruflicher Verantwortung. Ad-Hoc-Empfehlung. Berlin 2021. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-berufsbezogene-impfpflicht.pdf> (letzter Zugriff: 4.4.2022).

20 Deutscher Ethikrat: Ethische Orientierung zur Frage einer allgemeinen gesetzlichen Impfpflicht. Ad-Hoc-Empfehlung. Berlin 2021. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-allgemeine-impfpflicht.pdf> (letzter Zugriff: 4.4.2022).

versity College in London studiert. Im Jahr 2005 erhielt sie ihre medizinische Approbation und wurde promoviert. Von 2006 bis 2008 arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin in Münster, dann ein Jahr an der Harvard Medical School in den USA. Sie war von 2009 bis 2012 stellvertretende Direktorin des englischen Ethikrats Nuffield Council on Bioethics in London. Die Habilitation fand 2013 im Fach Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin statt. Von 2012 bis 2014 leitete sie in Münster mit Förderung des Emmy-Noether-Programms der Deutschen Forschungsgemeinschaft eine Gruppe, die sich über Bioethik und politische Philosophie verständigt hat. Außerdem war sie Research Fellow der School of Public Policy am University College. Von 2014 bis 2018 arbeitete Alena Buyx als Professorin für Medizin, Ethik und Co-Direktorin des Instituts für Experimentelle Medizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. 2018 wechselte sie an die TU München. Sie verfolgt in all ihren Forschungstätigkeiten einen interdisziplinären Ansatz und kooperiert mit klinischen Kollegen ebenso wie mit Juristen, Sozialwissenschaftlern, Philosophen, Gesundheitsökonomen und Theologen. Sie ist in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien Mitglied. Ferner berät sie große Forschungskonsortien.

Open Access

Der Beitrag ist unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International veröffentlicht. Den Vertragstext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>. Bitte beachten Sie, dass einzelne, entsprechend gekennzeichnete Teile des Beitrags von der genannten Lizenz ausgenommen sein bzw. anderen urheberrechtlichen Bedingungen unterliegen können.