

Ethische Fragen der Priorisierung von SARS-CoV-2-Impfungen*

Einleitung

Das heutige Thema, ethische Fragen der Priorisierung von SARS-CoV-2-Impfungen, haben wir vor einigen Monaten abgesprochen. Ich muss gestehen, dass ich zu diesem Zeitpunkt gar nicht so sicher war, ob das Thema tatsächlich jetzt, Anfang Mai 2021, noch aktuell sein würde. Ich war davon ausgegangen, dass die Bevölkerung entweder schon weitgehend durchgeimpft sein würde oder zumindest die Fragen der Priorisierung geklärt wären. Sie haben aber vielleicht mitbekommen, dass der Deutsche Bundestag heute (6. Mai 2021) diskutiert hat – nicht direkt über die Priorisierung von Impfungen, sondern über Fragen, die sich in der Folge ergeben. Heute wurde die *COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung* diskutiert,¹ die erweiterte Freiheiten für Geimpfte vorsehen soll. Ich glaube, sehr viel aktueller kann das Thema heute nicht sein.

Die SARS-CoV-2-Impfung kann mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit schwere COVID-19-Krankheitsverläufe und -Todesfälle verhindern und mit hoher Wahrscheinlichkeit die Übertragung der SARS-CoV-2-Infektion auf andere Personen verringern, sodass sie eine sehr effektive oder vielleicht sogar die effektivste Strategie zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie darstellt. Dabei handelt es sich um eine Strategie – und das unterscheidet sie von vielen anderen Infektionsschutzmaßnahmen –, die mit vergleichsweise wenigen populationsbezogenen Nebenwirkungen und Schadenspotenzialen verbunden ist. Gerechtigkeitsethische Fragen ergeben sich allerdings im ganzen Verlauf der Anwendung dieser Strategie. Jetzt am Anfang sind die Impfstoffe noch begrenzt verfügbar, weil die Produktion nicht so schnell starten kann. Die Logistik der Impfung erfordert ihre Zeit,

* Das Video zum Vortrag, der am 6.5.2021 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/10.5446/57160>.

1 Verordnung zur Regelung von Erleichterungen und Ausnahmen von Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19: <https://www.gesetze-im-internet.de/schhausnahm/BjNR612800021.html> (letzter Zugriff am 1.4.2022).

sodass sich daraus die Frage ergibt, wie die begrenzt verfügbaren Impfstoffe priorisiert werden können. Die zweite Frage, die ich gerne heute diskutieren möchte, weil sie gerade so aktuell ist und ich dazu ein paar Überlegungen habe, die etwas von den gegenwärtigen Diskussionslinien abweichen, ist folgende: Wäre es angesichts der jetzt allmählich steigenden Impfraten, wenn ein immer größerer Teil der Bevölkerung durchimpft ist, nicht ethisch gerechtfertigt, selektiv Freiheitseinschränkungen zurückzunehmen für die Menschen, die bereits geimpft wurden und damit einen weitgehenden Schutz vor der COVID-19-Erkrankung erlangt haben?

Festlegung der Impfreiheitenfolge

Beginnen wir zunächst mit der Frage der Priorisierung der SARS-CoV-2-Impfung. Dazu ein paar wenige Vorbemerkungen: Wichtig ist, dass hier nur die Impfreiheitenfolge priorisiert wird. Es wird also nicht festgelegt, wer die Impfung bekommt und wer nicht, sondern es geht tatsächlich nur um den Zeitpunkt. Wer nicht gleich geimpft wird, weil er nicht zu den hochpriorisierten Gruppen gehört, wird keine unmittelbaren negativen Folgen erleiden. Denn er kann sich weitgehend mit den etablierten Infektionsschutzmaßnahmen schützen. Das trifft nicht für alle, aber die meisten Nichtgeimpften zu, sodass die Frage der Priorisierung der SARS-CoV-2-Impfung, die schon sehr kontrovers und öffentlichkeitswirksam diskutiert wurde, aus meiner Sicht eine geringere ethische Brisanz aufweist als zum Beispiel die Frage der Priorisierung von Intensivbetten, wo es tatsächlich unmittelbar um Leben und Tod geht. Weil jetzt viel diskutiert wird, ob man die Priorisierung aufheben sollte, möchte ich auf das Problem hinweisen, dass sich Menschen vordrängeln, die nach der Priorisierungsliste noch gar nicht dran wären. Darauf sollten wir mit einer gewissen Gelassenheit reagieren, weil diejenigen, die nicht gleich geimpft werden, nicht unbedingt auch gleich von schwerer Krankheit bedroht sind.

An welchen ethischen Prinzipien sollten sich die Priorisierungen nun orientieren? Es gibt ein Positionspapier einer gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO), des Deutschen Ethikrates und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina.² Dort sind viele ethische Aspekte benannt, die zu berücksichtigen sind. Ich würde diese Überlegungen aber gerne noch etwas stärker fokussieren: Die Nutzenmaximierung sollte eines der vorrangigen Prinzipien für die Impfpriorisierung sein, also die Frage, wie wir die Impfstoffe so zuteilen können, dass möglichst viele gesundheitliche und gesellschaftliche Schäden möglichst schnell vermieden werden, um die durch COVID-19 bedingte Morbidität und Mortali-

2 Wie soll der Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff geregelt werden? Positionspapier der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommission, des Deutschen Ethikrates und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_Positionspapier_COVID-19-Impfstoff_final.pdf (letzter Zugriff am 1.4.2022).

tät in einem möglichst großen Ausmaß zu senken. Ich finde es dabei wichtig, dass die Impfung nicht nur das Ziel hat, gesundheitlichen, sondern Schaden für die Gesellschaft, insbesondere Schaden, der durch weitreichende Lockdown-Maßnahmen entsteht, zu verhindern. Erstaunlicherweise wird das Prinzip der Nutzenmaximierung in der gemeinsamen Stellungnahme nicht genannt. Dabei erscheint es bei einer populationsbezogenen Perspektive gerechtfertigt, mit den nur begrenzt verfügbaren Ressourcen – in diesem Fall den SARS-CoV-2-Impfstoffen – zu versuchen, den größtmöglichen Nutzen für die Bevölkerung zu erzielen. Das wäre dann der Nutzen, der darin besteht, möglichst viel gesundheitlichen und gesellschaftlichen Schaden zu verhindern. Allerdings sollte diese Nutzenmaximierung mit gewissen gerechtigkeithischen ›Constraints‹, also Einschränkungen, durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass diejenigen, die gemäß der Nutzenmaximierung nicht vorrangig zu berücksichtigen sind, nicht komplett ausgeschlossen werden. Als relevantes Kriterium wäre hier insbesondere der individuelle Schutzbedarf zu nennen, demgemäß diejenigen Personen vorrangig zu impfen wären, die ein hohes Morbiditäts- oder Mortalitätsrisiko haben, sowie diejenigen, die berufsbedingt ein besonders hohes Infektionsrisiko tragen.

Das zweite ethische Kriterium, das einen gerechtigkeithischen ›Constraint‹ darstellt, wäre der gleiche Zugang zur Impfung. Alle Mitglieder der Gesellschaft sollten gleichermaßen Zugang zu der Impfung haben. Zu beachten sind dabei insbesondere sozial benachteiligte Gruppen. So wurden beispielsweise bei Menschen mit geringem Einkommen deutlich niedrigere Impfquoten beobachtet.³ Denkbar wäre es beispielsweise, bestimmte Bevölkerungsgruppen bzw. Menschen in benachteiligten Wohngebieten bei den Impfkampagnen besonders zu berücksichtigen.⁴

Als Drittes müssen wir gewährleisten, dass die Priorisierungen in einem fairen Verfahren durchgeführt werden. Die Priorisierungsentscheidungen sollten also von dafür legitimierten Institutionen getroffen werden. Das wären insbesondere das Robert Koch-Institut mit der STIKO und auf der Umsetzungsebene das Bundesministerium für Gesundheit. Die Entscheidungen sollten zudem transparent und evidenzbasiert sein. Sie haben vielleicht mitverfolgt, dass die STIKO immer wieder ihre Impfeempfehlungen aktualisiert hat, vor allem mit Blick auf die Risikoprofile der verschiedenen Impfstoffe. Das hat teilweise für Irritationen gesorgt. Letztendlich sollten wir genau diese Anpassungen als Bürgerinnen und Bürger erwarten. Es sollte das Vertrauen in diese Institutionen stärken, denn es zeigt, dass auf aktuelle Evidenzänderungen zügig reagiert wird. Angesichts der schlecht vorhersehbaren Entwicklung der Pandemie ist dies angemessen und im Interesse aller.

3 Pressemitteilung des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung: Geringverdienende geraten bei Impfungen ins Hintertreffen – Impfungen am Arbeitsplatz wichtiger Baustein für die Impfkampagne (7.7.2021). <https://www.boeckler.de/de/pressemitteilungen-2675-geringverdienende-geraten-bei-impfungen-ins-hintertreffen-34122.htm> (letzter Zugriff: 1.4.2022).

4 Harald Schmidt et al.: Is It Lawful and Ethical to Prioritize Racial Minorities for COVID-19 Vaccines?, in: JAMA 324,20 (2020), S. 2023-2024. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.20571>.

Zudem sollten die Priorisierungsentscheidungen konsistent sein, d.h. über verschiedene Situationen hinweg sollten die gleichen Kriterien zur Anwendung kommen. Bislang kaum realisiert wurde die letzte Anforderung, die Möglichkeit zur Partizipation. Als Bürgerinnen und Bürger haben wir bislang kaum Möglichkeiten gehabt, in einer strukturierten Art und Weise mitzuentcheiden, welche Personengruppen zuerst geimpft werden sollen.

Impfziele

Aus den allgemeinen ethischen Prinzipien muss man dann konkreter ableiten, welche Bevölkerungsgruppen bei der Impfung priorisiert werden sollen. Hierfür hat die STIKO in der bereits erwähnten Stellungnahme entsprechende Vorgaben gemacht. Erstens sind Personen mit hohem Risiko für schwerwiegende Verläufe und Todesfälle vorrangig zu impfen. Zweitens sind Personen zu schützen, die einem besonders hohen berufsbedingten SARS-CoV-2-Expositionsrisiko ausgesetzt sind. Drittens ist es wichtig, die Transmission, also die Ausbreitung der Infektion, zu verhindern und Personen zu schützen, die besonders vulnerabel sind. Die vierte Zielsetzung besteht in der Aufrechterhaltung staatlicher Funktionen und des öffentlichen Lebens. Dafür müssen dann Personen durch die Impfung geschützt werden, die eine wichtige Rolle spielen für das Funktionieren des öffentlichen Lebens. Das können Menschen sein, die in kritischer Infrastruktur wie bei Feuerwehr und Polizei arbeiten. Auf Grundlage dieser allgemeineren Impfziele hat die STIKO einen Stufenplan mit Impfindikationsgruppen zur Priorisierung der COVID-19-Impfung in Deutschland erarbeitet (Tab. 1).

Eine detaillierte kritische Würdigung des Stufenplans ist im vorliegenden Beitrag nicht möglich. Ich möchte deshalb nur ein paar wenige Punkte ansprechen, die aus meiner Sicht diskussionswürdig sind. Beispielsweise könnte man argumentieren, dass es vergleichsweise gute Schutzmöglichkeiten für ältere Menschen gibt, wenn sie noch selbständig zu Hause leben. Man könnte deshalb überlegen, ob es gerechtfertigt wäre, nicht generell Personen mit hohem Alter zu priorisieren, sondern nur diejenigen, die sich selbst nicht ausreichend schützen können, etwa weil sie in einer Senioren- oder Pflegeeinrichtung leben. Das hätte dann den Vorteil, dass man schneller mehr Impfstoffe verfügbar hätte für zum Beispiel Personal aus dem Bildungs- und Erziehungsbereich. Und das wiederum könnte es erlauben, Bildungs- und Erziehungseinrichtungen früher wieder zu öffnen.⁵

5 Vgl. z.B. Dieter Cassel, Volker Ulrich: Corona-Impfpriorisierung: personalisiert oder institutionalisiert? Genese und Probleme der Regelung des Impfstoffzugangs nach §§2 bis 4 Coronavirus-Impfverordnung, in: RPG - Recht und Politik im Gesundheitswesen 27,1 (2021), S. 1-24.

Tab. 1: Stufenplan und Impfindikationsgruppen zur Priorisierung der COVID-19-Impfung in Deutschland

Stufe	Personengruppe
1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ BewohnerInnen von Senioren- und Altenpflegeheimen ▶ Personen im Alter von ≥ 80 Jahren ▶ Personal mit besonders hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen* ▶ Personal in medizinischen Einrichtungen mit engem Kontakt zu vulnerablen Gruppen* ▶ Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege ▶ Andere Tätige in Senioren- und Altenpflegeheimen mit Kontakt zu den BewohnerInnen
2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personen im Alter von $\geq 75 - 79$ Jahren ▶ Personal mit hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen* ▶ Personen in Institutionen mit einer Demenz oder geistigen Behinderung ▶ Tätige in der ambulanten oder stationären Versorgung von Personen mit Demenz oder geistiger Behinderung ▶ Personen mit Down-Syndrom (Trisomie 21)
3	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personen im Alter von $\geq 70 - 74$ Jahren ▶ Personen nach Organtransplantation ▶ Personen mit Vorerkrankungen mit hohem Risiko** ▶ BewohnerInnen und Tätige in Gemeinschaftsunterkünften ▶ Enge Kontaktpersonen von Schwangeren ▶ Enge Kontaktpersonen bzw. Pflegende von Personen mit hohem Risiko ▶ Personal mit moderatem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen* und in Positionen, die für die Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur besonders relevant sind
4	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personen im Alter von $\geq 65 - 69$ Jahren ▶ Personen mit Vorerkrankungen mit moderat erhöhtem Risiko** und deren engste Kontaktpersonen ▶ Personal mit niedrigem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen* ▶ LehrerInnen ▶ ErzieherInnen ▶ Personen mit prekären Arbeits- und/oder Lebensbedingungen
5	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personen im Alter von $\geq 60 - 64$ Jahren ▶ Personal in Schlüsselpositionen der Landes- und Bundesregierungen ▶ Beschäftigte im Einzelhandel ▶ Beschäftigte zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit mit erhöhtem Expositionsrisiko ▶ Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur
6	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Alle übrigen Personen im Alter von < 60 Jahren

Tabelle veröffentlicht unter der Lizenz [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Quelle: Sabine Vygen-Bonnet et al.: Beschluss der STIKO zur 1. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung, in: Epidemiologisches Bulletin 2 (2021), S. 3-71, hier S. 4. <https://doi.org/10.25646/7820.2>.

Herausforderungen der Priorisierung

Es gab verschiedene Herausforderungen bei der Umsetzung der Priorisierung. Nicht alle Risikopersonen konnten erfasst werden und es wurde dann mit entsprechenden Einzelfallregelungen nachgesteuert. Es wurde relativ schnell klar, dass die aufwendige Priorisierung die Impfkampagne nicht verzögern darf. Man musste pragmatische Lösungen finden. Sie erinnern sich vielleicht daran oder kennen die Diskussionen, die über die zusätzlichen Dosen geführt wurden, die aus den Impffläschchen gezogen werden können: Sollte deren Vergabe streng priorisiert werden oder war es möglich, in diesen Fällen von der Priorisierungsreihenfolge abzuweichen? Ich glaube, dass hier tatsächlich häufig pragmatische Lösungen gefunden wurden.

Was außerdem für viele Auseinandersetzungen sorgte, war die Priorisierung in Hinblick auf den Impfstoff selbst, nachdem sich herausgestellt hatte, dass die Impfstoffe vom Nutzen-Risiko-Potenzial nicht alle gleich sind. Aufgrund fehlender Daten zur Wirksamkeit wurde der Impfstoff von AstraZeneca zum Beispiel zunächst nur für unter 65-Jährige empfohlen. Mit der zunehmenden Verfügbarkeit von Sicherheitsdaten wurde die Empfehlung geändert und der Impfstoff nur für über 65-Jährige empfohlen. Überlegt wurde überdies, ob man Frauen ganz herausnimmt aus der Impfempfehlung wegen der schweren, aber extrem seltenen Nebenwirkung einer Sinusvenenthrombose.

Das erschwert zusätzlich die Umsetzung der Priorisierung. Hier müssen wieder pragmatische Anpassungen vorgenommen werden, um zu verhindern, dass die Impfkampagne ins Stocken gerät – nicht zuletzt, nachdem wir inzwischen eine zunehmende Durchimpfung der Hochrisikogruppen haben. In dieser Situation wäre es durchaus gerechtfertigt, die Priorisierung etwas zu verlagern – weg vom Schutz der Risikogruppen hin zu einem Vorrang für die schnelle, pragmatische Impfung großer Teile der Bevölkerung. Erste Schritte in diese Richtung wurden in der Folge unternommen, indem zum Beispiel die Betriebsärzte in den Unternehmen SARS-CoV-2-Impfungen durchführen. Damit wurden und werden dann auch jüngere Menschen geimpft, die nach der strengen Priorisierung noch gar nicht an der Reihe gewesen wären.

Rücknahme der Freiheitseinschränkungen von Geimpften?

Mit zunehmendem Fortschritt der Impfkampagne wurde kontrovers diskutiert, u.a. auch im Deutschen Bundestag,⁶ wie mit den bestehenden Freiheitseinschränkungen umzugehen ist, wenn ein wachsender Anteil der Bevölkerung eine oder beide SARS-CoV-2-Impfungen bekommen und damit einen weitgehenden Schutz vor der Infektion hat. Der Einschätzung des Robert Koch-Instituts zur Folge ist das Risiko einer Virusübertragung durch die Impfungen stark vermindert: Vollständig geimpfte Personen würden »in Bezug auf die Epide-

6 Bundestag beschließt Ausnahmen für Corona-Geimpfte und -Genesene (6.5.2021). <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw18-de-infektionsschutz-839000> (letzter Zugriff: 1.4.2022).

miologie der Erkrankung keine wesentliche Rolle mehr spielen«,⁷ also bei der Ausbreitung der SARS-CoV-2-Infektionen. Das ist jetzt der Anlass, darüber nachzudenken, ob vielleicht eine selektive Rücknahme von Freiheitseinschränkungen für SARS-CoV-2-Geimpfte ethisch vertretbar oder vielleicht sogar geboten wäre, weil diese das Virus nur noch mit einer ganz geringen Wahrscheinlichkeit übertragen können. Sofern man das grundsätzlich für vertretbar hält, wäre im Anschluss zu klären, unter welchen Voraussetzungen.

Zwei konfligierende ethische Verpflichtungen treffen aufeinander, die gegeneinander abgewogen werden müssen. Auf der einen Seite haben wir die Verpflichtung, Freiheitseinschränkungen so weit wie möglich zu minimieren. Dies kann man zum einen deontologisch begründen mit der Autonomie und den Freiheitsrechten des Einzelnen, zum anderen aber auch konsequentialistisch. Denn die Freiheitseinschränkungen beeinträchtigen das öffentliche Leben und damit das Wohlergehen der Menschen. Es gibt Schäden für die individuelle Gesundheit, direkte psychische Schäden, aber auch Folgeschäden wie eine schlechtere Behandlung bei anderen Erkrankungen oder negative Auswirkungen auf das wirtschaftliche und kulturelle Leben. Das sind dann Folgen, die wiederum negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Wir wissen zum Beispiel, dass Langzeitarbeitslose deutlich höhere Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken haben.

Dieser Verpflichtung, Freiheitseinschränkungen möglichst schnell zurückzunehmen, widerspricht auf der anderen Seite das Gebot, beim Pandemie-Management Personengruppen gleich zu behandeln. Das kann man wiederum deontologisch begründen mit Gerechtigkeitserwägungen. Freiheitseinschränkungen haben Auswirkungen auf die Chancen, die die Menschen wahrnehmen können. Hier ist es gerechtigkeitsethisch geboten, dass diese möglichst gleichverteilt sind bei freiheitseinschränkenden Pandemie-Kontrollmaßnahmen. Auch hier gibt es zudem konsequentialistische, also folgenorientierte Argumente. Ungleichheiten in den Freiheitseinschränkungen können den Zusammenhalt und die Solidarität in der Gesellschaft unterminieren und damit negative Auswirkungen auf das Pandemie-Management haben – weil die Bevölkerung dann nicht mehr bereit ist, die Infektionsschutzmaßnahmen mitzumachen und das eigene Verhalten an diesen Schutzmaßnahmen auszurichten.

Rücknahme der Freiheitseinschränkungen: Gleich- versus selektive Ungleichbehandlungen

Aus dieser Konfliktkonstellation wird deutlich: Die Gleichbehandlung ist kein absolutes Gebot, weil die Verpflichtung zur Minimierung von Freiheitseinschränkungen so stark sein kann, dass selektive Freiheitseinschränkungen in bestimmten Fällen ethisch gerecht-

7 Thomas Harder et al.: Wie gut schützt die COVID-19-Impfung vor SARS-CoV-2-Infektionen und -Transmission? Systematischer Review und Evidenzsynthese, in: *Epidemiologisches Bulletin* 19 (2021), S. 13-23. Der Beitrag wurde am 6.5.2021 vorab online veröffentlicht: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/19_21.pdf (letzter Zugriff: 17.6.2022).

fertigt sein können. Das wären dann gerechtfertigte Ungleichbehandlungen. Im Anschluss muss man sich dann fragen, unter welchen Bedingungen diese Ungleichbehandlung von Geimpften und Nichtgeimpften gerechtfertigt ist.

Dazu ist es ganz interessant, sich einmal anzusehen, wie hier argumentiert wird. Die damalige Bundesjustizministerin Christine Lambrecht hatte schon relativ früh im Jahr 2021 gefordert, dass vollständig Geimpfte und von ›Corona‹ Genesene von Auflagen für private Treffen und nächtlichen Ausgangsbeschränkungen ausgenommen werden sollten. Wie hatte sie das begründet? Wenn belegt sei, dass von beiden Gruppen keine besondere Gefahr mehr ausgehe, müssten die Einschränkungen der Grundrechte zurückgenommen werden. Es wird also damit argumentiert, dass bei jemandem, der geimpft ist und damit andere Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr durch eine SARS-CoV-2-Infektion gefährden kann, die freiheitseinschränkende Maßnahmen und damit die Einschränkungen der Grundrechte nicht mehr gerechtfertigt seien.⁸

Ich bin nicht sicher, ob diese Argumentation so ganz richtig ist, wenn man sich die Rechtfertigung für die Einschränkung der Freiheitsrechte ansieht. Die Freiheitsrechte wurden nicht aufgrund individueller Fremdgefährdung eingeschränkt, wie das zum Beispiel bei einem Patienten wäre, der eine offene Lungentuberkulose hat. In diesem Fall werden die Freiheitsrechte des Tuberkulosepatienten eingeschränkt, weil er als Einzelperson andere direkt gefährdet. Die Rechtfertigung der Freiheitseinschränkungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie-Kontrolle war aber anders. Sie waren durch das Pandemie-Management innerhalb der Bevölkerung legitimiert, weil es anders nicht möglich war, die Pandemie soweit unter Kontrolle zu bringen, dass schwere Verläufe und Todesfälle sowie die Überlastung des Gesundheitswesens effektiv verhindert werden konnten. Die Rechtfertigung der Freiheitseinschränkungen ergab sich also nicht aus dem Gefährdungspotenzial des Einzelnen, sondern aus dem Ziel, die Pandemie insgesamt innerhalb der Bevölkerung ausreichend zu kontrollieren – und damit aus einer bevölkerungsbezogenen Perspektive.

Demzufolge kann man die Rücknahme der Einschränkungen von Freiheitsrechten nicht mit dem fehlenden Gefährdungspotenzial Einzelner begründen, sondern muss wieder einen populationsbezogenen Blickwinkel einnehmen. Wir müssen uns fragen, ob die Freiheitseinschränkungen, die wir im Moment noch haben, erforderlich und vor allem ›alternativlos‹ für die Kontrolle der Pandemie sind. Nicht die Rücknahme, sondern die Aufrechterhaltung von Freiheitseinschränkung ist ethisch rechtfertigungsbedürftig.

8 Justizministerin Lambrecht will mehr Freiheiten für Geimpfte, in: [Spiegel.de](https://www.spiegel.de) (7.4.2021, 14.31 Uhr, letzter Zugriff: 1.4.2022).

Einschränkungen von Freiheitsrechten für Ungeimpfte?

Dies verändert die ethische Kernfrage. Wir müssen nicht fragen, ob es gerechtfertigt ist, Geimpften Freiheitsrechte zurückzugeben, sondern wir müssen uns fragen: Sind die erheblichen Freiheitseinschränkungen für Nichtgeimpfte noch erforderlich, um angesichts der zunehmenden Durchimpfung der Bevölkerung, insbesondere der Hochrisikogruppen, eine ausreichende Pandemie-Kontrolle in der Bevölkerung zu erreichen? Für die Beantwortung dieser bevölkerungsbezogenen Frage sind noch drei weitere ethische Voraussetzungen zu berücksichtigen. Erstens stellen Freiheitseinschränkungen eine *Ultima Ratio* bei der der Pandemie-Bekämpfung dar. Sie sind nur dann gerechtfertigt, wenn weniger restriktive Maßnahmen der Pandemie-Kontrolle versagen, insbesondere ein Einsatz von Antigen-Schnelltests oder eine digitale Kontaktnachverfolgung. Es ist aus meiner Sicht ein großes Versäumnis, dass man es in Deutschland nicht geschafft hat, eine vernünftige digitale Kontaktnachverfolgung zu etablieren.

Die zweite Voraussetzung ist, dass der ethische Maßstab für die Frage, ob Freiheitseinschränkungen gerechtfertigt sind, die Anzahl der Schwerkranken und Todesfälle durch COVID-19 sein muss sowie die Überlastung des Gesundheitssystems. Denn wenn das Gesundheitssystem überlastet ist, können Schwerkranke nicht mehr angemessen versorgt werden. Die Bundesnotbremse oder die Frage, wann die Schulen wieder in Präsenzunterricht eintreten bzw. in Wechselunterricht übergehen können, wird aber an der Sieben-Tage-Inzidenz festgemacht. Für sich genommen ist diese jedoch ethisch irrelevant. Sie ist nur insofern relevant, als sie mit der Anzahl der Schwerkranken und Todesfälle korreliert. Sie haben sicher verfolgt, dass sich dieses Verhältnis jetzt laufend verändert, gerade in dem Maße, wie wir Hochrisikogruppen geimpft haben und sie damit vor schweren Erkrankungen und Todesfällen schützen können. Die Sieben-Tage-Inzidenz kann für sich genommen somit keine hinreichende Rechtfertigung für Freiheitseinschränkungen sein.

Meiner Meinung nach ist das aus ethischer Sicht ein Webfehler der Bundesnotbremse. Ein angemessenerer Maßstab wäre z. B. die Anzahl der Neuaufnahmen auf die Intensivstationen. Diese Kennzahl könnte anzeigen, wie viele Menschen in einer Population schwer erkranken. Je mehr es werden, desto mehr ist es geboten, effektive Infektionsschutzmaßnahmen durchzuführen und gegebenenfalls individuelle Freiheiten einzuschränken.

Die dritte wichtige ethische Voraussetzung wird leider viel zu wenig systematisch berücksichtigt bei Entscheidungen über Infektionsschutzmaßnahmen: die negativen Auswirkungen von Freiheitseinschränkungen. Wie bereits erwähnt, sind hier indirekte Gesundheitsschäden ebenso zu beachten wie Beeinträchtigungen des wirtschaftlichen und kulturellen Lebens. Der Nutzen der Freiheitseinschränkungen im Sinne einer Verhinderung schwerer Krankheitsverläufe und Todesfälle durch COVID-19 muss gegenüber den negativen Auswirkungen für das Individuum und das gesellschaftliche Leben abgewogen werden.

Zwischenfazit

Rechtfertigungsbedürftig ist aus meiner Sicht die Aufrechterhaltung der Freiheitseinschränkungen für Nichtgeimpfte und nicht die Rücknahme von Freiheitseinschränkungen für Geimpfte. Der ethische Maßstab muss die Anzahl von Schwerstkranken und Todesfällen durch COVID-19 und nicht die Sieben-Tages-Inzidenz sein. Was heißt dies mit Blick auf die ethische Kernfrage? Selektive Freiheitseinschränkungen für Nichtgeimpfte wären dann ethisch gerechtfertigt, wenn ein ausreichender Infektionsschutz nicht mit weniger restriktiven Maßnahmen wie zum Beispiel Schnellteststrategien oder Kontaktnachverfolgung erreicht werden kann. Wenn immer mehr Menschen geimpft sind, wenn die Inzidenzen der SARS-CoV-2-Infektion sinken, wenn die Anzahl schwerkranker Patienten auf den Intensivstationen abnimmt, müssen wir uns fragen, ob die Freiheitseinschränkungen generell noch gerechtfertigt sind. Wenn man aber die Freiheitseinschränkungen lockert, wenn man das gesellschaftliche Leben insgesamt öffnet, könnte es dennoch gerechtfertigt sein, die Freiheiten für Nichtgeimpfte einzuschränken, um einen ausreichenden Infektionsschutz hinzubekommen – aber eben nur dann, wenn das nicht mit weniger restriktiven Maßnahmen in vergleichbarer Weise möglich ist.

Evidenz-Basis von Infektionsschutzmaßnahmen

Inwieweit Freiheitseinschränkungen aus Gründen des Infektionsschutzes noch gerechtfertigt sind, lässt sich allerdings gar nicht so einfach beurteilen. Warum? Aus ethischer Sicht sollte die Beurteilung nach Möglichkeit evidenzbasiert erfolgen. Die ist deshalb so wichtig, weil die Infektionsschutzmaßnahmen erhebliche Nebenwirkungen haben. Man sollte deshalb hinreichend sicher wissen, was die positiven Effekte der Maßnahmen sind, im Sinne einer reduzierten Morbidität und Mortalität durch COVID-19, und welche Risiken und Nebenwirkungen dafür in Kauf genommen werden müssen.

Die Anforderung, evidenzbasiert zu entscheiden, ist aber bei COVID-19 nur schwer zu realisieren. Das liegt zum einen daran, dass die Pandemie ein ›Moving Target‹ ist. Die Pandemie verändert sich. In der letzten Veranstaltung dieser Ringvorlesung wurden beispielsweise Escape-Varianten des Virus angesprochen.⁹ Das Virus verändert sich, ist möglicherweise virulenter, möglicherweise wird es schwerwiegendere Erkrankungen zur Folge haben. Es ist denkbar, dass die bisher etablierte Impfung nicht mehr so gut wirkt gegen diese Varianten. Auf der anderen Seite kann der Erreger auch weniger gefährlich werden, wie die Erfahrungen mit der Omikron-Variante zeigen. Man muss

⁹ Siehe hierzu den Beitrag *Ausbreitung von COVID-19 und Strategien der Eindämmung* von Viola Priesemann in diesem Band. <https://doi.org/10.38072/978-3-928794-82-4/p7>. Vgl. auch den Beitrag *Epidemiologie der Coronavirus-Pandemie* von André Karch im vorliegenden Band: <https://doi.org/10.38072/978-3-928794-82-4/p8>.

folglich die Strategien laufend anpassen, und das in der Regel auf einer begrenzten Evidenzgrundlage.

Zum anderen hätten wir tatsächlich besser sein können. Es gibt zu wenig systematische Untersuchungen des Pandemie-Verlaufs, insbesondere der Effekte verschiedener Pandemie-Managementstrategien. Man hätte etwas mutiger verschiedene Schutzkonzepte parallel umsetzen und entsprechend wissenschaftlich evaluieren sollen, mit Blick auf ihre Wirksamkeit und mögliche Nebenwirkungen. Die Orientierung, die wir vor allem haben, sind Modellierungen. Modellierungen können sehr hilfreich sein bei fehlenden Studiendaten, aber es sind und bleiben Modelle, die auf vielen, zum Teil unsicheren Annahmen beruhen. Zudem wird die Komplexität bei bevölkerungsbezogenen Maßnahmen oft so groß, dass man gar nicht alle möglichen Einflussfaktoren modellieren kann.

Wir müssen damit notwendig Entscheidungen unter Unsicherheit treffen – und die Frage ist, wie wir dies in einer ethisch vertretbaren Art und Weise tun können. Auf den ersten Blick erscheint es naheliegend, eine risikoaverse Strategie zu wählen. Die Politik in Deutschland hat nach meiner Einschätzung bislang zu einer risikoaverse Strategie hinsichtlich der pandemiebedingten Gefahren tendiert. Mit allen Mitteln wird versucht, die Anzahl der Schwerkranken und Todesfälle durch COVID-19 möglichst gering zu halten. Das ist durchaus nachvollziehbar, die Strategie hat aber ihren Preis – die bereits angesprochenen negativen Folgewirkungen, die bislang nicht ausreichend in die Abwägung einbezogen wurden. Eine alternative Strategie wäre nicht unbedingt risikofreudig, würde aber die Risiken durch die Infektionsschutzmaßnahmen stärker berücksichtigen. Entsprechend könnte man mutiger unter kontrollierten Bedingungen öffnen, mit einem guten Monitoring, um gegensteuern zu können, wenn man merkt, dass die Anzahl der Schwerkranken stark ansteigt, mit klar definierten Abbruchkriterien. Möglicherweise erhöhen sich dadurch die pandemiebedingten Risiken etwas, aber diese mögliche (nicht sichere!) Risikoerhöhung erscheint mir gerechtfertigt, auch durch die auf diese Weise mögliche Generierung dringend benötigter Evidenz hinsichtlich der erwünschten und unerwünschten Effekte weniger restriktiver Pandemie-Managementansätze.

Meiner Meinung nach müssen wir hier analog der Rechtfertigung klinischer Studien argumentieren. Alle Medikamente müssen vor der breiten Anwendung in verschiedenen Phasen systematisch getestet werden. In den ersten Phasen ist die Testung für die Studienteilnehmenden mit einem erhöhten Risiko verbunden. Dieses nimmt man unter streng kontrollierten Bedingungen in Kauf, weil der mögliche Schaden, wenn man die Medikamente ohne systematische Testung einsetzen würde, viel größer wäre. Ich glaube, dass wir dieses Denken stärker auch auf die bevölkerungsbezogenen Public Health-Maßnahmen übertragen sollten. Wir sollten etwas mehr Mut haben, verschiedene Infektionsschutzstrategien auszuprobieren und systematisch zu evaluieren, um dann die Evidenz zu generieren, die wir brauchen, um wirklich verantwortliche Entscheidungen treffen zu können.

›Öffnen mit Sicherheit‹ – ein Modellprojekt

Das Tübinger Modellprojekt ›Öffnen mit Sicherheit‹, das sechs Wochen lang im März und April 2021, also während der dritten Welle der COVID-19-Pandemie, durchgeführt wurde, ist ein Beispiel für eine solche Evidenzgenerierung. Einzelhandel, Außengastronomie und bis zu einem bestimmten Zeitpunkt auch körpernahe Dienstleistungen und Kultureinrichtungen wie Theater und Kino waren geöffnet für Personen mit einem tagesaktuellen negativen Corona-Schnelltest. Dafür gab es neun Teststationen mit kostenlosem Testangebot in der Innenstadt. Jeder, der da negativ getestet wurde, bekam das Tübinger Tagesticket, das später zu einem einfacher zu kontrollierenden digitalen Ticket mit QR-Code am Handgelenk umgestellt wurde. Das Projekt wurde leider am 24. April 2021 durch die Bundesnotbremse beendet. Dies ist auch aus ethischer Sicht problematisch, weil damit eine seltene Gelegenheit zunichtegemacht wurde, ein Modell der Pandemie-Kontrolle längerfristig zu testen, das versuchte, einen vergleichbaren Infektionsschutz mit weniger Einschränkungen des öffentlichen Lebens zu erzielen.

Das Tübinger Modellprojekt wurde kontrovers diskutiert und verschiedentlich für gescheitert erklärt. Inzwischen sind die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Pilotprojekts publiziert.¹⁰ Dabei wurde der Landkreis Tübingen mit einer simulierten Region mit vergleichbaren Charakteristika hinsichtlich der Sieben-Tage-Inzidenz verglichen. In die simulierte Region sind Daten eingeflossen von zwei Universitätsstädten, die ähnliche Strukturen aufweisen, nämlich Freiburg und Heidelberg, dazu zwei weitere Stadt- und vier Landkreise. Der Verlauf der Sieben-Tage-Inzidenz zeigte um Ostern herum einen vorübergehend deutlichen Anstieg der berichteten Fälle, der aber nach Ostern wieder auf ein Niveau zurückging, das dem der synthetischen Kontrollregion entsprach. Anschließend kam es indes zu einem deutlichen Anstieg der Inzidenzen im Landkreis Tübingen im Vergleich zu der simulierten Kontrollregion, der nicht allein auf die vermehrte Testung zurückgeführt werden kann. Vielmehr wurde der Anstieg der Fallzahlen nach Einschätzung der Autoren der wissenschaftlichen Begleitstudie durch die vermehrten sozialen Kontakte während des Modellprojekts verursacht. Ein Teil des Anstiegs war dabei wohl auch durch wachsende Inzidenzen in den anderen Gemeinden im Landkreis Tübingen bedingt. Leider sind die Auswirkungen der steigenden Inzidenzen auf die aus ethischer Sicht vor allem relevante, durch COVID-19 bedingte Morbidität und Mortalität nicht berichtet. Interessant wäre es auch gewesen, mögliche positive Auswirkungen auf das soziale und wirtschaftliche Leben in Tübingen zu erfassen.

10 Marc Diederichs et al.: Is large-scale rapid CoV-2 testing a substitute for lockdowns?, in: PLoS One 17,3 (2022), e0265207. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265207>.

Freiheitseinschränkungen für Nichtgeimpfte? Vorteile für Geimpfte?

Ich möchte abschließend versuchen, zumindest eine tendenzielle Antwort auf die ethische Kernfrage zu geben, ob die erheblichen Freiheitseinschränkungen für Nichtgeimpfte noch erforderlich sind, um angesichts der zunehmenden Durchimpfung der Bevölkerung eine ausreichende Pandemie-Kontrolle zu erreichen. Die Antwort steht allerdings unter dem Vorgehalt begrenzter empirisch-vergleichender Informationen zum Nutzen und Schaden verschiedener Infektionsschutzmaßnahmen.

Aus folgenden Gründen erscheinen mir selektive Freiheitseinschränkungen für Nichtgeimpfte ethisch nicht mehr gerechtfertigt:

- Wir haben eine weitgehende Durchimpfung der Hochrisikogruppen, die vorrangig vor schwerwiegenden COVID-19-Verläufen zu schützen sind.
- Die Anzahl der Intensivpatienten sinkt langsam, sodass eine Überlastung des Gesundheitswesens nicht (mehr) zu erwarten ist.
- Wir können damit rechnen, dass die Infektionszahlen saisonal bedingt sinken werden.

Es gibt aber Bereiche, in denen Ungleichheiten ethisch vertretbar sein könnten, beispielsweise, wenn man die Testpflicht bei der Öffnung des Handels oder von Theatern für Geimpfte aussetzen würde. Das wäre mit Blick auf die Lebenschancen der Menschen eine nur wenig bedeutsame Ungleichheit. Letztlich profitieren Nichtgeimpfte zudem davon, wenn Geimpfte nicht getestet werden müssen, weil dann der Andrang an den Teststationen nicht so groß ist.

Fazit

Die Priorisierung begrenzt verfügbarer SARS-CoV-2-Impfstoffe sollte sich nach meiner Einschätzung ethisch am Grundsatz der Nutzenmaximierung mit gerechtigkeitsethischen Einschränkungen orientieren.¹¹ Angesichts der zunehmenden Durchimpfung der Hochrisikogruppen wäre es geboten, die Priorisierung entsprechend anzupassen, also eine Repriorisierung vorzunehmen und das Hauptgewicht auf eine schnelle Durchimpfung der Bevölkerung zu legen.

Freiheitseinschränkungen und ihre Rücknahme sind nur aus einer Bevölkerungsperspektive hinsichtlich der Pandemie-Kontrolle zu rechtfertigen, nicht aus individueller Perspektive mit Blick auf die Gefährdung von Dritten. Der primäre Fokus der Diskussion

¹¹ Vgl. hierzu ausführlicher Georg Marckmann: Nutzenmaximierung mit gerechtigkeitsethischen Einschränkungen: Perspektiven einer ethisch vertretbaren Kosten-Nutzen-Bewertung, in: Das Gesundheitswesen 71 (2009), S2-S8. <https://www.doi.org/10.1055/s-0029-1220734>.

sollte deshalb nicht auf der Rücknahme von Freiheitseinschränkungen für Geimpfte liegen, sondern auf der Fortführung von Freiheitseinschränkungen für Nichtgeimpfte. Diese Frage hätte auch der Deutsche Bundestag vorrangig diskutieren müssen anstatt über die Rücknahme von Freiheitseinschränkungen zu debattieren.

Ich habe in diesem Zusammenhang versucht zu begründen, dass selektive Freiheitseinschränkungen gerechtfertigt werden können, wenn ein ausreichender Infektionsschutz nicht mit weniger restriktiven Maßnahmen erreicht werden kann. Ich hatte darauf hingewiesen, dass diese Entscheidung jedoch schwierig zu treffen ist, weil sie unter erheblicher empirischer Unsicherheit getroffen werden muss. Ethisch wäre es daher dringend geboten, mehr Evidenz zur Wirksamkeit von Infektionsschutzmaßnahmen zu generieren. Das ist möglich, wenn wir Öffnungen unter verschiedenen kontrollierten Bedingungen durchführen, also mit dem Einsatz verschiedener Infektionsschutzmaßnahmen. Dies könnte mit einem etwas erhöhten Infektions- und Erkrankungsrisiko verbunden sein, aber das Risiko würde meines Erachtens aufgewogen durch den Nutzen, den man mit der Evidenzgenerierung schaffen kann.

Danksagung

Meine Überlegungen zum zweiten Teil meines Beitrags, den selektiven Freiheitseinschränkungen, beruhen wesentlich auf einem *Policy Brief*, der gerade heute im Rahmen des Kompetenznetzes ›Public Health COVID-19‹ veröffentlicht wurde.¹² Ausdrücklich möchte ich meinen Co-Autoren Verina Wild und Jan-Christoph Heilinger danken.

Diskussion

Frage: Eine der ersten Fragen, die hereinkamen, betrifft ein aus ethischer Perspektive sehr wichtiges Thema, das jetzt im Vortrag nicht direkt adressiert wurde, aber in der Diskussion zurzeit eine Rolle spielt: Bei den Infekten soll es eine erhebliche Differenzierung hinsichtlich des sozialen Status geben. So soll kürzlich die Sieben-Tages-Inzidenz in einem noblen Wohnviertel in Köln bei null, zugleich die in Köln-Chorweiler bei über 500 gelegen haben. Die EU-Behörden weisen auf diese Unterschiede hin. Die Frage lautet: Warum wurde und wird dieser Gesichtspunkt eines typischerweise sozial unterschiedlichen Infektionsgeschehens in den Impfeempfehlungen nicht berücksichtigt?

12 Georg Marckmann, Jan-Christoph Heilinger, Verina Wild: Public Health-Ethik und Covid-19. Ungleichbehandlung Geimpfter und Nicht-Geimpfter: wann ist sie ethisch gerechtfertigt? (4.5.2021). https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/Policy_Brief_Ungleichbehandlung_Geimpfter_und_Nicht_Geimpfter.pdf (letzter Zugriff: 1.4.2022).

Antwort: Ich habe das Thema der sozialen Ungleichheiten bei den gerechtigkeitsethischen ›Constraints‹ mit erwähnt, also bei den drei ethischen Kriterien Nutzenmaximierung, gerechtigkeitsethische Erwägungen und Schutz von vulnerablen Gruppen. Ich hatte beispielsweise Menschen erwähnt, die in ›Unterkünften‹ untergebracht sind, wo sie sich selbst schlecht schützen können. Dieser soziale Gradient, den es offenbar auch bei COVID-19 gibt – wie generell bei den Gesundheitschancen –, ist bislang unzureichend berücksichtigt. Vielleicht liegt dies daran, dass wir grundsätzlich diesen sozialen Gradienten zu wenig auf dem Schirm haben. Es ist wieder eine Frage, wie konsequent wir Gesundheit bezogen auf bestimmte (Sub-)Population denken. Der soziale Gradient geht unter, wenn wir Gesundheit nur am Einzelnen festmachen. Wir hätten die sozialen Determinanten vielleicht eher auf dem Schirm gehabt, wenn das Public Health-Denken, das bevölkerungsbezogene Denken, in Deutschland stärker etabliert wäre. Aus meiner Sicht ist es ethisch geboten, die sozialen Determinanten bei der Priorisierung mitzuberücksichtigen. Dabei ist es dann nicht so ganz einfach, das zu operationalisieren, weil wir keine flächendeckenden Daten haben, welche Gruppen besonders benachteiligt sind oder nicht. Aber von der ethischen Verpflichtung her ist das klar geboten.

Frage: Im vergangenen Sommer und Herbst waren viele Lokale und Veranstaltungsorte mit Hygienekonzepten geöffnet. Wie beurteilen Sie die Entscheidung, dann doch wieder einen Lockdown einzuführen, obwohl sich bestimmt viele Restaurants und dergleichen mit den Hygienekonzepten große Mühe gegeben haben?

Antwort: Das ist das Problem bei einem umfassenden Lockdown, der alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens gleichermaßen betrifft. Begründet wird das mit der gewünschten Reduktion von Kontakten. Was aber de facto passiert, ist sehr undifferenziert. Ich glaube, dass wir die erste Phase der Pandemie zu wenig genutzt haben, um systematisch Evidenz zu generieren und besser zu wissen, wo die Ansteckungen herkommen. Ist das eher der private Raum, ist das die Arbeit oder sind es kulturelle Veranstaltungen? Es gab schon ein paar Hinweise, dass kulturelle Veranstaltungen wie beispielsweise Theateraufführungen mit entsprechenden Schutzmaßnahmen nur sehr wenig zum Pandemie-Geschehen beigetragen haben. Aus ethischer Sicht erscheint es deshalb nicht gerechtfertigt, das öffentliche Leben allgemein herunterzufahren. Man hätte das sehr viel differenzierter machen müssen, was aber schwieriger umzusetzen ist. Von der Sache her wäre es aber geboten gewesen. Die Salzburger Festspiele wurden beispielsweise im letzten Sommer mit einem entsprechenden Schutzkonzept durchgeführt. Wenn ich richtig informiert bin, gab es bei 75.000 verkauften Tickets nur einen einzigen registrierten Fall von COVID-19. Darüber hinaus wurden keine Infektionen beobachtet, was sehr dafür spricht, dass wir die Infektionsmaßnahmen etwas differenzierter hätten ausrichten sollen.

Frage: Mir ist das Konzept der Priorisierung nicht klar. Wenn Priorisierungen populationsbezogen gerechtfertigt werden, geht es vermutlich um den Schutz der Population insgesamt. Warum werden dann nicht vor allem die wichtigsten Funktionen in Staat und

Wirtschaft geschützt und dort vor allem jüngere Menschen? Ich denke hier an einen priorisierten Schutz des Personals im Gesundheitswesen, bei der Feuerwehr, der Polizei etc. Stattdessen setzt man gerade die sozial meist benachteiligten Beschäftigten in den Supermärkten praktisch ungeschützt einem Infektionsrisiko aus. Nach der Relevanz wird gar nicht gefragt, trotz der behaupteten Nutzenmaximierung insgesamt. Offenbar liegt dem Schutzkonzept ein dahinterliegendes, aber im Einzelnen nicht offengelegtes Wertesystem zugrunde. Was also ist das eigentliche Schutzkonzept?

Antwort: Diese Frage bezieht sich wahrscheinlich auf die Priorisierung, die von der STIKO und dem Bundesministerium für Gesundheit vorgegeben ist. Ich glaube, dass dieses Priorisierungskonzept mehr medizinisch und weniger bevölkerungsbezogen orientiert ist, weil man vor allem diejenigen Gruppen priorisiert hat, die ein hohes Risiko für schwerwiegende Verläufe haben. Es ist naheliegend, dass jemand aus klinischer Perspektive Menschen priorisiert, die schwer krank werden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit an COVID-19 versterben, und dass man das Personal impft, das mit diesen Personen umgeht, zum einen, weil es stark exponiert ist und somit selbst ein hohes Infektionsrisiko hat, zum anderen, weil das Personal notwendig ist, um überhaupt die Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten. Und da kommt ein bisschen die instrumentelle Bedeutung mit hinein, die in der Frage angesprochen ist. Man hätte das anders akzentuieren können, mehr mit Blick auf die Verhinderung von Schäden in der Bevölkerung, und zwar nicht zur Verhinderung gesundheitlicher Schäden, sondern vor allem sozialer Schäden, wie etwa negative Auswirkungen auf die Bildungschancen.

Ich bin nicht sicher, ob man jetzt insbesondere Politiker oder diejenigen, die in der Verwaltung tätig sind, hätte impfen müssen, denn man muss immer berücksichtigen, was für Möglichkeiten diese Personen haben, sich selbst zu schützen. Diejenigen, die in der öffentlichen Verwaltung sind – viele haben im Homeoffice gearbeitet –, konnten vieles über Videokonferenzen erledigen und damit Kontakte effektiv reduzieren. Diejenigen, die im Bereich von Bildung und Erziehung tätig sind, hätten aber auf jeden Fall höher priorisiert werden sollen – zum einen, weil man dann früher und mehr Bildungseinrichtungen hätte öffnen können, und zum anderen, weil das Personal im Bildungs- und Erziehungsbereich selbst ein relativ hohes Expositionsrisiko hat. Über einen längeren Zeitraum hinweg gab es die Vorgabe, sich nur mit einem weiteren Haushalt zu treffen. Ein Lehrer, der in Präsenz unterrichtet, der trifft sich mit 25 oder mehr Haushalten in einem Raum – zwar mit Abstand und Maske, aber möglicherweise ist der Raum noch schlecht belüftet. Insofern hätte man sich etwas stärker von dem überwiegend medizinisch orientierten Blick in der Priorisierung lösen müssen.

Frage: Könnte es sein, dass die Dissens-Positionen, die wir innerhalb der Medizin erleben, etwas mit unterschiedlichen Perspektiven zu tun haben? Auf der einen Seite haben wir Kliniker, die immer Argumente haben und berichten, was sie tagtäglich auf den Intensivstationen zu sehen bekommen. Auf der anderen Seite stehen die Public Health-Mediziner, die auf ganze Populationen blicken. Könnte es sein, dass unterschiedliche Beurteilungen im Einzelfall durch diese epistemischen Perspektiven generiert werden?

Antwort: Tatsächlich gab es in Deutschland im Jahr 2020 keine oder nur eine geringe Übersterblichkeit durch COVID-19. Es sterben also kaum mehr Menschen im Vergleich zu den Jahren 2016 bis 2019, so dass der populationsbezogene Effekt der Pandemie auf die Sterblichkeit im Jahr 2020 gar nicht so gravierend war – auch aufgrund der konsequent ergriffenen Maßnahmen zur Pandemie-Bekämpfung. Demgegenüber muss man ernst nehmen, dass das Personal auf den Intensivstationen unter sehr schwierigen Bedingungen sich selbst erheblichen Risiken aussetzen musste, um sich um die hohe Anzahl schwerkranker COVID-19-Patienten zu kümmern. Insofern darf man diese beiden Perspektiven nicht gegeneinander ausspielen. Wir müssen die Pandemie kontrollieren, um zu verhindern, dass wir viele Schwerkranke haben, die wir aufgrund einer Überlastung des Gesundheitswesens nicht behandeln können. Aber wir müssen eben auch darauf achten, dass wir diese notwendige Kontrolle der Pandemie mit Maßnahmen erreichen, die weniger eingreifen in das öffentliche Leben bzw. das Leben der Menschen. Hier die richtige Balance zu finden, ist die zentrale Herausforderung der Pandemie-Bekämpfung.

Frage: Was ist überhaupt die Größe ›Bevölkerung‹? Ist der nationale Blick auf die Bevölkerung, also hier die Menschen in Deutschland, überhaupt ethisch angemessen bei einer Pandemie?

Antwort: Streng genommen nicht. Die Pandemie ist wirklich eine globale Herausforderung. Insofern muss man bei allen länderbezogenen Maßnahmen der Pandemie-Bekämpfung das Geschehen in den Nachbarländern und letztlich weltweit beachten. Wir können uns als Land nicht isolieren. Auch Neuseeland ist es trotz der Insellage nicht gelungen, das Coronavirus dauerhaft aus dem Land fernzuhalten. Eigentlich müssten wir auch bei der Priorisierung von Impfungen diese länderübergreifende Perspektive im Blick haben. Man kann kritisieren, dass sich Deutschland nicht wie andere Länder, insbesondere die USA, am Anfang gleich ausreichend Impfdosen gesichert hat. Jedoch hätte das bei einer insgesamt begrenzten Impfstoffproduktion wieder Opportunitätskosten gehabt. Möglicherweise hätte ein solches Verhalten die Verfügbarkeit von Impfstoffen an anderer Stelle in der Welt reduziert, was wiederum negative Auswirkungen auf Deutschland hätte haben können. Allein aus pragmatischen Gründen werden wir nicht auf eine nationale Priorisierung innerhalb Deutschlands verzichten können, da wir als Nationalstaat die meisten Möglichkeiten haben, Pandemie-Kontrollmaßnahmen den regionalen Anforderungen entsprechend zu gestalten. Das sind dann entweder Verordnungen auf der Ebene des Bundes oder der Länder. In Deutschland wurde immer wieder kontrovers diskutiert, ob es richtig ist, wenn einzelne Bundesländer eigene Wege gehen angesichts einer globalen Pandemie. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der gleiche Erreger in unterschiedlichen sozialen Systemen, in unterschiedlichen politischen Systemen, in unterschiedlichen Regionen zu ganz unterschiedlichen Ausprägungen der Pandemie führt. Wenn man international die verschiedenen Inzidenzkurven vergleicht, hat jedes Land seinen eigenen Verlauf. Diese Varianz lässt sich nicht durch die Biologie des Virus erklären. Sie zeigt vielmehr, dass eine solche Pandemie kein Naturphänomen, sondern

letztendlich ein vor allem gesellschaftliches Phänomen ist – und zwar nicht ein lokales gesellschaftliches, sondern ein globales gesellschaftliches. Dies erfordert dann auch bei den ethischen Fragen eine entsprechend globale Perspektive.

Frage: Eine Frage mit Blick auf die ›Long COVID‹-Symptomatik. Es ist ein Gedankenexperiment, aber ganz interessant: Gesetzt den Fall, es gelänge der Forschung, Risikogruppen für ›Long COVID‹ zu identifizieren. Ließe es sich dann rechtfertigen, diese bei der Impfpriorisierung und bei eventuell künftig notwendigen jährlichen Auffrischimpfungen besonders zu berücksichtigen?

Antwort: Auf jeden Fall. Letztendlich sollte ja die übergeordnete Zielsetzung darin bestehen, möglichst viel gesundheitlichen und gesellschaftlichen Schaden zu verhindern. Dazu müssen wir wissen, bei welchen Personengruppen das Schadensrisiko am größten ist. Dabei wäre es sicher geboten, neben der Sterbewahrscheinlichkeit durch eine akute Erkrankung stärker die Langzeitmorbidität zu berücksichtigen. Sofern es gelingt, die Gruppen mit einem hohen ›Long COVID‹-Risiko einigermaßen verlässlich zu identifizieren, sollten diese bei der Impfung entsprechend priorisiert werden, weil dies einen Beitrag dazu leisten würde, den gesundheitlichen Schaden durch die COVID-19-Pandemie zu reduzieren.

Frage: Anfangs wurde erwähnt, die Debatte um Rücknahme von Einschränkungen dränge sich aufgrund einer steigenden Impfrate nun besonders auf. Ist dies nun Ausdruck der Abwägung mit dem Fairness-Aspekt, dass man möglichst vielen Menschen erst einmal ein Impfangebot machen sollte, bevor man solche starken Ungleichheiten zulässt? Was wäre hier ein akzeptabler Schwellenwert der Impfrate?

Antwort: Ich habe versucht, deutlich zu machen, dass wir stärker darauf schauen sollten, ob angesichts der Gesamtsituation der Pandemie freiheitseinschränkende Infektionsschutzmaßnahmen noch gerechtfertigt sind. Das ist ein anderes Kriterium als die Anzahl der Geimpften innerhalb der Bevölkerung. Im Moment erleben wir eine deutliche Reduktion der Inzidenzen bundesweit. Ich glaube nicht, dass das nur an der zunehmenden Durchimpfung liegt, sondern wahrscheinlich hängt das noch mit saisonalen Effekten zusammen. Wir sollten diesen Gesamtblick haben und dann prüfen, wann es möglich ist, die freiheitseinschränkenden Infektionsschutzmaßnahmen durch andere, weniger einschränkende Maßnahmen zu ersetzen. Eine Option wäre beispielsweise ein Testkonzept für die Nichtgeimpften. Die Geimpften bräuchten sich nicht testen lassen, sofern sie ein vergleichbares Risikos der Übertragung der Infektion haben wie negativ Getestete. Das ist der erste Punkt in der *COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung*, bei dem wir tatsächlich relativ zügig vorangehen sollten. Einige Bundesländer haben bereits entsprechende Schritte eingeleitet.

Frage: Zur öffentlichen Diskussion um Impfstoff-Patente: Inwieweit sind Patente auf Impfstoffe in Pandemie-Zeiten überhaupt ethisch oder normativ legitimierbar, insbesondere unter der Prämisse, so schnell wie möglich zu impfen? Selbst aus nationalem Egoismus

wäre daran gelegen, jede überhaupt mögliche Dosis zu produzieren, insbesondere unter der Annahme von Virusmutationen, die dann wieder importiert werden und die Erfolge der Impfkampagne beschädigen oder zunichtemachen könnten. Was rechtfertigt in einer solchen Sondersituation einer Pandemie den Patentschutz?

Antwort: Hierzu gibt es zwei Argumentationslinien: Die eine Argumentationslinie ist wieder sehr konsequentialistisch: Ist es so, dass der Patentschutz die Maximierung der Impfstoff-Produktion verhindert? Wenn das der Fall wäre (was ich nicht mit Sicherheit sagen kann), dann gäbe es angesichts der negativen Auswirkungen der Pandemie sowohl direkt auf die Gesundheit als auch indirekt auf das gesellschaftliche Leben sehr starke Argumente, die Produktion loszukoppeln von den Patenten. Es verschiedene Möglichkeiten, wie man das machen könnte, z.B. durch vorübergehende Lizenzierungen oder Zwangspatente

Die andere Argumentationslinie ist eher deontologisch und geht von der Überlegung aus, warum es den Patentschutz überhaupt gibt. Der Patentschutz soll den pharmazeutischen Unternehmen, die einen relativ hohen Aufwand mit Forschung und Entwicklung betrieben haben, die Möglichkeit geben, bei dann sehr niedrigen Produktionskosten die hohen finanziellen Investitionen wieder einzuspielen. Ohne den Patentschutz würde der Preis im Wettbewerb den meist marginalen Produktionskosten entsprechen. Das pharmazeutische Unternehmen hätte dann keine Möglichkeit, die Entwicklungskosten durch entsprechende Gewinne auszugleichen.

Dieses Argument entfällt weitgehend, wenn man bedenkt, in was für einer riesigen Stückzahl die Impfstoffe jetzt produziert werden. Die pharmazeutischen Unternehmen könnten damit die Kosten für Forschung und Entwicklung auch so ohne Probleme wieder einspielen, sodass die Begründung des Patentschutzes hier wegfällt.

Frage: Selbst wenn man den Patentschutz also für Medikamente generisch verteidigen möchte, trifft es in diesem Falle nicht zu? Und hinzu kommt im Grunde noch das Argument, dass selbst die generische Rechtfertigung des Patentschutzes Ausnahmen aus besonders starken Gründen rechtfertigen würde? Das heißt, das wären zwei unabhängige Argumente und beide würden zur gleichen Schlussfolgerung führen, nämlich dass man hier tatsächlich überlegen müsste, wie man mit dem Patentschutz umgeht.

Antwort: Zu beiden Fragen: Ja.

Frage: Wie kann gerechtfertigt werden, dass die wirtschaftlich stärkeren Länder ihre Bevölkerung weitgehend durchimpfen und viele andere Länder kaum über Impfstoff und Impfdosen verfügen?

Antwort: Das zu rechtfertigen ist schwierig, zumindest wenn man eine globale ethische Perspektive einnimmt. Das ist ein Ergebnis der globalen Ungleichheiten in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und der Produktionskapazitäten. Insofern gäbe es jetzt mit Blick auf die globale gesundheitliche Bedrohung der Pandemie gute ethische Gründe zu sagen, dass die reichen Länder eine moralische Verpflichtung haben, dieser Imbalance entgegenzuwirken. Hier noch ein zweites Argument, das wahrscheinlich im wohlverstan-

denen Eigeninteresse wäre: Aufgrund der starken globalen Mobilität haben wir selbst große Probleme, die Inzidenzen niedrig zu halten, wenn in anderen Regionen der Welt, wie jetzt zum Beispiel in Indien, die Inzidenzzahlen extrem hoch sind. Es wäre also nicht nur gerechtigkeitsethisch geboten, dass sich reiche Länder um den globalen Zugang zu Impfstoffen kümmern, sondern auch im wohlverstandenen Eigeninteresse.

Frage: Nur sehr selten höre ich medial davon, dass eine globale Perspektive berücksichtigt wird, wenn es um die Auswirkungen unserer Maßnahmen geht, beispielsweise auf Lieferketten in der Welt, wenn es bei uns einen Lockdown gibt. Gibt es eine Instanz, die solche Folgen ermittelt und findet das Berücksichtigung bei politischen Entscheidungen?

Antwort: Wenn man fordert, die globale Dimension der Probleme bei der Pandemie-Bekämpfung stärker zu berücksichtigen, braucht man entsprechende Strukturen für die Umsetzung. In Europa käme hierfür vor allem die EU in Frage. An der Diskussion über eine gemeinsame Strategie der Impfstoffbeschaffung konnte man sehen, wie schwierig es angesichts nationaler Egoismen ist, hier Einigkeit zu erzielen. Übergeordnet fehlen solche Strukturen weitgehend. Es gibt zwar die Vereinten Nationen (UNO) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO), aber die UNO ist bezüglich der Exekutive eher schwach. Bei der Gesundheit wäre die WHO die einschlägige, global koordinierende Organisation. Aber sie ist ebenfalls hinsichtlich der exekutiven Möglichkeiten eingeschränkt. Vielleicht sollten wir im Nachgang zur COVID-19-Pandemie noch einmal überlegen, wie wir global besser aufeinander abgestimmt und solidarisch agieren können.

Frage: Es wurde argumentiert, dass wir etwas mutiger öffnen sollten. Dabei stand auch das Argument im Vordergrund, wir sollten um der Evidenz willen mutiger öffnen. Das heißt, wir sollten nicht so sehr um der Freiheit willen öffnen, sondern im Grunde aus epistemischen Gründen, zur Evidenzgenerierung. Wird da nicht ein bisschen sehr die Public Health-Medizin-Sicht betont, die sagt: Das ist ein schönes Public Health-Experiment, das wir hier durchführen können, es ist ein Reallabor, das wir da betreiben. Dann aber müsste man sagen, was genau der Nutzen der Evidenzgenerierung ist. Der Nutzen kann wieder ein gesundheitlicher sein, er kann ein epistemischer sein oder er könnte ein gesamtgesellschaftlicher sein. Also was ist die Argumentationsstrategie und was ist am Ende der Nutzen der Evidenzgenerierung?

Antwort: Hier man muss unterscheiden zwischen einer generellen Öffnung, die man kaum beforschen können wird, und Pilotprojekten unter streng kontrollierten Bedingungen. Ich hatte mich für die Öffnung in einzelnen Pilotregionen ausgesprochen, um dadurch Wissen zu generieren. Dieses Wissen soll am Ende nicht Wissen um seiner selbst willen sein, also nicht nur einen rein epistemischen Wert haben, sondern es soll dazu dienen, bei den Maßnahmen, die wir ergreifen und die teilweise ganz erhebliche Nebenwirkungen haben, besser zu wissen, ob wir die Ziele, die wir anstreben, tatsächlich auch erreichen – und ob es möglicherweise weniger eingreifende bzw. schädliche Maßnahmen gibt, um das definierte Ziel zu erreichen.

Ich vergleiche das nochmals mit der klinischen Medizin. Mit dem ersten Lockdown setzten wir ein sehr nebenwirkungsreiches Medikament ein und haben vor allem auf den Nutzen geschaut: Wie können wir die Inzidenzen kontrollieren und eine Überlastung des Gesundheitssystems effektiv verhindern? Die Schadenspotenziale der Maßnahmen hat man aber meines Erachtens zu wenig geprüft und gegenüber dem Nutzen abgewogen. Das würde jeder Kliniker beim Einsatz einer nebenwirkungsreichen Therapie machen, beispielsweise in der Onkologie. Was wir auch nicht gemacht haben, was in der Medizin aber immer zum Standard gehört, ist, systematisch zu prüfen, welche Behandlungsalternativen es gibt und welches Nutzen-Schaden-Potenzial sie jeweils aufweisen. Dann können wir eine gut begründete Auswahl der Behandlung – bzw. analog der Infektionsschutzmaßnahmen – treffen. Wir haben im Prinzip eine Behandlungsstrategie durchgeführt ohne die Alternativen sowie die Nebenwirkungen systematisch zu prüfen. Wenn das ein Arzt machen würde, wäre das in der Regel ein Kunstfehler – in diesem Falle analog ein Public Health-Kunstfehler.

Diesen Fehler kann man verhindern oder zumindest von der Wahrscheinlichkeit her reduzieren, wenn wir mehr Wissen über die Wirksamkeit und die Schadenspotenziale von bevölkerungsbezogenen Maßnahmen haben. Dazu müssen wir mehr ausprobieren, und zwar nicht nur mehr ausprobieren, sondern vor allem mehr systematisch beobachten. Es gibt zwei Möglichkeiten, relevante Evidenz zu generieren. Das eine ist die sorgfältige Beobachtung. Anhand einer repräsentativen Kohorte könnten wir beispielsweise beobachten, wo Infektionen auftreten, was die Treiber des Pandemie-Geschehens sind und wo weniger Infektionen auftreten. Außerdem müssen wir Interventionen testen. Die interessante Frage ist, ob wir dann auch ein randomisiertes Design wählen könnten, um das Risiko für verzerrte Ergebnisse zu reduzieren. Wäre es beispielsweise vertretbar, zufällig eine Schule auswählen, die Distanzunterricht macht, eine, die Wechselunterricht macht, und eine, die Präsenzunterricht mit entsprechenden Schutzmaßnahmen praktiziert? Damit werden interessante forschungsethische Fragen aufgeworfen. In der klinischen Forschung muss der einzelne Proband immer selbst nach entsprechender Aufklärung darüber entscheiden können, ob er teilnehmen möchte oder nicht. Das wäre bei Public Health-Maßnahmen vermutlich nur eingeschränkt möglich. Auch wir Bürgerinnen und Bürger in Tübingen wurden nicht einzeln gefragt, ob wir dem Pilotprojekt ›Öffnen mit Sicherheit‹ zustimmen. Das hat unser Oberbürgermeister gemeinsam mit dem Stadtrat entschieden. Zwar konnten nicht alle einzeln zustimmen oder ablehnen, aber zumindest wurde die Entscheidung von einer entsprechend legitimierten Institution getroffen.

Frage: In jedem Falle ist das ein neues Konzept, der Public Health-Kunstfehler. Die nächste Frage betrifft nochmals das Tübinger Modell: Wäre es bei Versuchen wie in Tübingen nicht sinnvoll und wissenschaftlich zu rechtfertigen, vor Beginn des Versuches gewissermaßen Kontrollmechanismen festzulegen – vielleicht Abbruchkriterien?

Antwort: Auf jeden Fall. Ich weiß nicht genau, ob es und welche Abbruchkriterien es gab. Die Inzidenzen wurden genau verfolgt, allerdings wurde in der Regel nur über die Kreisinziden-

zen berichtet. Die Öffnung betraf aber nicht den gesamten Kreis, sondern nur die Stadt Tübingen. Von der Sache her wäre aber auf jeden Fall ein gutes Monitoring geboten, mit vorab klar definierten Kriterien, wann das Experiment abgebrochen werden sollte – wie bei einer klinischen Studie. Dabei ist wieder eine interessante Frage, anhand welcher Kennzahl der Abbruch bestimmt werden soll. Soll es die Sieben-Tage-Inzidenz sein, die einen bestimmten Wert überschreitet, die Anzahl der auf die Intensivstation neu aufgenommenen Patienten oder die Anzahl der Todesfälle? Hier wären noch einige Fragen im Detail zu klären.

Frage: Noch eine Frage zur Ethik: Es wird häufig vom Nutzen für die Gesellschaft gesprochen und gesundheitlicher und gesellschaftlicher Nutzen unterschieden. Liegt dem Ganzen also ein rein utilitaristisches Konzept zugrunde? Und wer legt eigentlich den Nutzen jeweils fest? Die Frage erfolgt unter Verweis auf die Wirtschaftskonzepte von Adam Smith und David Hume, bei denen der gesamtgesellschaftliche Nutzen als Beiprodukt entsteht. Ich füge mal hinzu, dass Jeremy Bentham, John Stuart Mill und Henry Sidgwick immer gefragt haben, wie das utilitaristische Kalkül überhaupt möglich ist, gerade wenn es um heterogene und inkommensurable Dinge geht.

Antwort: Ich habe nicht einem konsequenten Utilitarismus das Wort geredet. Ein solcher Ansatz wäre tatsächlich mit den erwähnten Problemen behaftet, dass man sich überlegen muss, was denn der relevante Nutzen ist, wie man ihn messen, wie man ihn über verschiedene Individuen hinweg aggregieren kann. Meine Idee war eher, bestimmte relevante ›Outcomes‹ zu definieren und diese als Grundlage für die ›Maximierungs-Strategie‹ zu nehmen. In Frage kämen schwere Erkrankungsfälle, Todesfälle sowie negative Auswirkungen auf die Wirtschaft und das kulturelle Leben. Dann müssen wir uns überlegen, wie wir diese Ziele bestmöglich erreichen können. Das wäre eine Nutzenmaximierung, bei der man vorher definiert, was als relevant angesehen wird und wo man pragmatische Einschränkungen im Nutzenkalkül vornimmt. Zudem habe ich betont, dass man gerechtigkeithethische Einschränkungen benötigt. Diese sollen verhindern, dass diejenigen Menschen in unserer Gesellschaft, die keinen relevanten Beitrag zum Gesamtnutzen leisten können, benachteiligt werden. Man muss also noch bedarfsorientierte und an der Chancengleichheit orientierte Erwägungen mitberücksichtigen. Diese Kombination wäre aus meiner Sicht nicht nur für die Pandemie-Bekämpfung, sondern auch für andere gesellschaftliche Fragen eine gute Strategie.

Frage: Ist das nicht im Grunde die alte Idee von Julian Nida-Rümelin, die wir vor vielen Jahren mal in Tübingen gemeinsam diskutiert haben, also dass man erst bestimmte deontologische ›Constraints‹ erfüllen muss und wenn die als erfüllt unterstellt werden dürfen, man dann konsequentialistisch-pragmatisch Nutzen maximieren darf.

Antwort: Das ist jetzt andersherum argumentiert. Da würde man mit den deontologischen ›Constraints‹ anfangen und anschließend prüfen, welche Spielräume dann noch bleiben. Der Grundgedanke ist aber ganz ähnlich, verbindet er doch konsequentialistische, folgenorientierte Argumente mit pflichtenorientierten, deontologischen Argumenten. Es wäre interessant zu prüfen, welche Unterschiede sich dabei in der Anwendung ergeben.

Frage: Priorisierung macht nur dann Sinn, wenn der Impfstoff knapp ist und es zugleich genug Menschen gibt, die eine Impfung erhalten wollen. Müsste man also bei denkbaren zwangsweise notwendigen Impfungen in der gleichen Reihenfolge verfahren wie beim Vorhandensein eines freiwilligen Nachfrageüberhangs? Oder müsste man dann grundsätzlich anders vorgehen? Anders formuliert: Wenn wir eine Zwangsimpfung einführen würden, müssten wir dann ganz anders priorisieren?

Antwort: Meine Intuition war zunächst einmal, Nein zu sagen. Aber es macht schon einen Unterschied, ob man sich freiwillig impfen lässt oder ob man sich impfen lassen muss. Tatsächlich wird auch über eine Impfpflicht diskutiert, insbesondere für das Gesundheitspersonal. Eine Impfpflicht lässt sich dann besser begründen, wenn sie über den Schutz der geimpften Person hinaus auch dem Schutz anderer Menschen dient. Vielleicht würde man bei einer Impfpflicht dann mit den Personengruppen beginnen, die durch eine Infektion Dritte gefährden könnten, weil da die Pflicht am ehesten ethisch begründbar wäre.

Frage: Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier hat in einer seiner vielen Reden gesagt, COVID bringe vieles in unserer Gesellschaft an die Oberfläche. Plötzlich werden Dinge transparent, an die wir vielleicht nicht immer gedacht haben. In Ihrem Vortrag machten Sie folgenden Gegensatz sehr deutlich: Es gibt auf der einen Seite die freiheitliche Intention, wie ich sie mal nennen möchte, die von der Justizministerin sowie von Bettina Schöne-Seifert und anderen vertreten wird. Gemeint ist, dass man im Grunde sagt: Der ›Burden of Proof‹ ist ganz eindeutig dort, wo die Freiheit eingeschränkt wird, und nicht die Wiederherstellung der Rechte ist begründungsbedürftig. Das ist die eine, die liberale Intention. Aber auf der anderen Seite haben viele Menschen in unserer Gesellschaft offenbar sehr egalitäre Intentionen. Deswegen diese ganze Debatte um Privilegien. Privilegien sind Ungleichheiten, die auf dem Prüfstand nicht gerechtfertigt werden können. Könnte es also sein, dass COVID im Grunde eine sehr alte Debatte zwischen Freiheit und Gleichheit wieder an die Oberfläche unseres politischen Bewusstseins hebt und dass wir, wenn wir COVID irgendwann einmal hinter uns haben, verstärkt überlegen sollten, ob wir eher eine freiheitliche oder eine stärker egalitäre Gesellschaft sein wollen. Wie ist das zu bewerten?

Antwort: Da ist sicher etwas dran. Schließlich machen Gesellschaften in verschiedenen Ländern einen jeweils unterschiedlichen ›Trade-off‹, das heißt, sie balancieren die konkurrierenden Werte, das Freiheitliche und das Egalitäre, anders aus. Das erklärt vielleicht auch, warum Länder in der Pandemie-Bekämpfung ganz unterschiedliche Wege gehen. Eine interessante Frage ist natürlich, ob das einen nachhaltigen Effekt auf unsere Gesellschaft haben wird, dass wir jetzt gezwungen sind, uns einmal mit diesen grundlegenden Fragen auseinanderzusetzen. Unabhängig davon stellt sich meines Erachtens die Frage, was wir aus dem Umgang mit der Pandemie für unsere politische Kultur lernen können.

Um das vielleicht noch einmal abschließend zu betonen: Die Abwägungen, die wir bei Public Health-Maßnahmen treffen, sind ungleich schwieriger als die Abwägungen, die

wir in der klinischen Medizin treffen müssen. Da haben wir Nutzenpotenziale und Risiken, die beim gleichen Individuum zusammenfallen. Das Individuum selbst kann dann entscheiden, ob das Nutzen-Schaden-Potenzial ausreichend gut ist, um eine bestimmte Behandlung zu machen. Bei Public Health-Maßnahmen sind die Auswirkung viel größer. Es sind viel mehr Menschen betroffen, die Nutzen- und Schadenspotenziale betreffen nicht die gleichen Personen. Die unverzichtbare Nutzen-Schaden-Abwägung ist deshalb viel schwieriger. Hinzu kommt noch, dass wir in der Public Health-Perspektive nicht nur die gesundheitlichen, sondern auch die gesellschaftlichen Effekte mitberücksichtigen müssen. Diese gegeneinander abzuwägen, ist ebenfalls extrem schwierig. Ich habe in meinem Vortrag kritisiert, dass diese Abwägung von politischer Seite nicht explizit genug gemacht wurde. Ich möchte diese Kritik nicht zu stark machen, weil ich Verständnis dafür habe, wie schwierig diese Abwägungen sind. Politisch ist es viel einfacher zu sagen: Wir wollen verhindern, dass die Intensivstationen überlastet sind. Dann haben wir ein klar definiertes Ziel und daran richten wir unsere Maßnahmen aus. Es ist ethisch indes nicht wirklich befriedigend, weil unser Blick dann zu eng ist. Insofern glaube ich, dass wir uns sowohl in der Ethik als auch in der Politik noch deutlich weiterentwickeln können.

Autor

Prof. Dr. Georg Marckmann , MPH

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig Maximilians-Universität München, marckmann@lmu.de

Georg Marckmann hat Medizin und Philosophie in Tübingen studiert, bevor er einen Abstecher in die USA gemacht hat. Dort hat er an der Harvard University einen Master in Public Health erworben. Nach der Assistenzzeit und Habilitation in Tübingen ist er seit 2010 Direktor des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er hat eine Reihe von Ämtern inne, z. B. die Präsidenschaft der Akademie für Ethik in der Medizin (seit 2012). Georg Marckmann gehört zu den ersten Autoren und Wissenschaftlern in Deutschland, die sich ganz explizit mit Fragen der sogenannten Public Health-Ethik, also jenen Fragen, die uns in der Coronapandemie alle sehr stark beschäftigten und beschäftigen, auseinandersetzt. Dies betrifft besonders Allokationsfragen im Gesundheitswesen oder das Streitthema Impfung.

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.