

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

Medizin und Ethik in der Pandemie

Peter Dabrock

„NOT KENNT KEIN GEBOT“?
ETHISCHE PERSPEKTIVEN DER
PANDEMIE-BEKÄMPFUNG

Harriet A. Washington

RASSISMUS
IM GESUNDHEITSSYSTEM
DER VEREINIGTEN STAATEN

Philipp Osten

ETHIK DES IMPFENS.
IMPFENTSCHEIDUNGEN,
ETHISCHE KONFLIKTE UND
HISTORISCHE HINTERGRÜNDE

Mira Chang

ETHIK UND
RECHTSRAHMEN GLOBALER
ARZNEIMITTELVERSUCHE

Daniela Angetter-Pfeiffer

LEBEN ODER STERBEN?
TRIAGE IM WANDEL DER ZEIT

Annette Riedel · Sonja Lehmeyer

ETHISCHE
HERAUSFORDERUNGEN
FÜR DIE PFLEGE IN DER
COVID-19-PANDEMIE

APuZ

ZEITSCHRIFT DER BUNDESZENTRALE
FÜR POLITISCHE BILDUNG

Beilage zur Wochenzeitung Das **Parlament**

Medizin und Ethik in der Pandemie

APuZ 24-25/2021

PETER DABROCK

„NOT KENNT KEIN GEBOT“? ETHISCHE PERSPEKTIVEN DER PANDEMIE-BEKÄMPFUNG

Die Gesellschaft steht in der Corona-Pandemie im Spannungsfeld zwischen individuellen Freiheitsrechten und kollektivem Gesundheitsschutz. Aufgabe der Ethik ist es, den Diskurs zu begleiten, indem sie Pluralität fördert, Nachdenklichkeit erzeugt und Orientierung bietet.

Seite 04–10

HARRIET A. WASHINGTON

RASSISMUS IM GESUNDHEITSSYSTEM DER VEREINIGTEN STAATEN

Immer wieder wird behauptet, Afroamerikanerinnen und -amerikaner weigerten sich aufgrund der berüchtigten Tuskegee-Studie, an klinischer Forschung teilzunehmen. Dieses Argument verkennt jedoch die strukturellen Defizite des US-Gesundheitssystems und macht aus Opfern Täter.

Seite 27–33

PHILIPP OSTEN

ETHIK DES IMPFENS. IMPFENTSCHEIDUNGEN, ETHISCHE KONFLIKTE UND HISTORISCHE HINTERGRÜNDE

Die Covid-19-Impfung weckt große Hoffnungen. Zugleich ist sie Gegenstand scharfer Debatten. Während für die Verteilung der ersten Dosen ein Konsens auf wissenschaftlicher und politischer Basis gefunden wurde, führt die Diskussion über eine Impfpflicht in die Irre.

Seite 12–19

MIRA CHANG

ETHIK UND RECHTSRAHMEN GLOBALER ARZNEIMITTELVERSUCHE

Im ethisch umstrittenen Feld der Arzneimittelversuche zeigt sich die Abhängigkeit des Globalen Südens besonders deutlich. Ein verbindlicher globaler Rechtsrahmen zum Schutz von Versuchspersonen sollte sich maßgeblich am Menschenrechtsparadigma orientieren.

Seite 34–39

DANIELA ANGETTER-PFEIFFER

LEBEN ODER STERBEN?
TRIAGE IM WANDEL DER ZEIT

Entsteht in einer medizinischen Notlage ein Missverhältnis zwischen Behandlungsbedarf und -kapazitäten, müssen Ärzt:innen entscheiden, wem zuerst geholfen wird. Damit es dabei möglichst gerecht zugeht, wurden unterschiedliche Systeme der Triagierung entwickelt.

Seite 20–26

ANNETTE RIEDEL · SONJA LEHMEYER

ETHISCHE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE PFLEGE IN DER COVID-19-PANDEMIE

In der Pandemie ist das Pflegepersonal nicht nur psychischen und physischen, sondern auch erheblichen moralischen Belastungen ausgesetzt. Professionelle und ethische Reflexion hilft, moralischem Stress vorzubeugen. Das käme letztlich auch den Patient*innen zugute.

Seite 40–45

EDITORIAL

Wer bekommt ein Intensivbett und wird an ein Beatmungsgerät angeschlossen, wenn es nicht genügend Plätze gibt? Ist ein junges Leben mehr wert als ein altes? Wie kann der moralische Stress eines Pflegers gemindert werden, der eine schwerkranke Patientin isolieren muss, sodass sie sich nicht von ihren Angehörigen verabschieden kann? Wie lassen sich Impfstoffe entwickeln, ohne die Probanden als Mittel zum Zweck zu behandeln? Wie wird über Impfpriorisierungen entschieden? Sollen Individuen, um eine sogenannte Herdenimmunität zu erreichen, dazu verpflichtet werden, sich impfen zu lassen? Ist die zeitweise Aufhebung von Patenten auf Impfstoffe geboten, um Entwicklungsländer bei der Eindämmung der Krankheit zu unterstützen?

Die Corona-Pandemie spitzt nicht nur virologische und epidemiologische Fragen zu, sondern auch moralische. Ethik, als die Wissenschaft von der Moral, spielt eine entscheidende Rolle in deren Diskussion. Das zeigt etwa die enorme Aufmerksamkeit, die Gremien wie dem Deutschen Ethikrat in der Pandemie zuteilwird – ebenso wie deren gestiegener Einfluss auf die Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Im Kern geht es in der Pandemie darum, Freiheitsrechte und Bevölkerungsschutz abzuwägen, Eigenverantwortung und staatliche Maßnahmen auszutarieren sowie rationales Denken und individuelle Autonomie zu verbinden. Hinzu kommen Fragen der Verteilungsgerechtigkeit – sowohl innerhalb Deutschlands als auch im globalen Maßstab.

Zwar kann Ethik in der Pandemie keine eindeutigen Antworten geben. Aber sie kann helfen, Missstände in Forschung und Pflege zu identifizieren, Leitlinien zu formulieren – für den Fall einer Triage-Situation oder für die Impfstoffverteilung – und mit guten Gründen gerechtfertigte medizinische Behandlungsmethoden zu entwickeln. Ob bei künftigen Pandemien ähnliche Diskussionen geführt werden, bleibt abzuwarten. Denn nicht zuletzt können sich moralische Einstellungen und ethische Abwägungen im Laufe der Zeit wandeln.

Robin Siebert

ESSAY

„NOT KENNT KEIN GEBOT“?

Ethische Perspektiven der Pandemie-Bekämpfung

Peter Dabrock

„Not kennt kein Gebot“, sagt ein Sprichwort. Hielten wir uns in dieser nun bereits über ein Jahr andauernden Pandemie an dieses Wort, würden wir in Anarchie versinken. Offensichtlich – das zeigen Länge und Ausmaß dieser beispiellosen Krise – zwingen uns bestimmte Lagen, unser Erfahrungswissen ständig zu korrigieren. Dasselbe gilt für Verhaltensstandards. Sie mögen in akuter Not außer Kraft gesetzt werden; dauert jedoch die Not länger an, dann verlangt sie auf höherer Ebene Anpassungen. Das bedeutet: Eine Lage wie die Pandemie (von „Situation“ sollte man angesichts ihrer Zeiterdehnung nicht mehr sprechen) lässt nicht nur die Tragfähigkeit gesellschaftlicher, politischer und moralischer Einstellungsmuster wie unter einem Brennglas erscheinen: Wer unterstützt wen und verzichtet auf eigene Vorteile? Umgekehrt: Wer pocht auf seine etablierten Rechte?

Die Pandemie setzt auch die ethischen Grundorientierungen, die solche Einstellungsmuster auf einer höheren Ebene kritisch hinterfragen, selbst einem Stresstest aus.⁰¹ Einstellungsmuster, die menschliches Handeln und Entscheiden danach bewerten, ob sie jemandem oder einer Gruppe rechtens oder gut, nicht rechtens oder falsch erscheinen, kann man Moral nennen. Ethik, die nicht mit Moral gleichgesetzt werden sollte, ist dagegen die kritische Reflexion über Moral. Zu deren Beurteilung greift sie auf bestimmte formale Kriterien zurück, wie etwa Widerspruchsfreiheit, sachliche Angemessenheit und vor allem die Fähigkeit der Verallgemeinerung einer moralischen Maxime.⁰² Doch auch materielle Kriterien sind wichtig: primär etwa die Achtung der Menschenwürde und daraus unmittelbar abgeleitet der Respekt vor der Selbstbestimmung, aber auch Gesundheits- und Lebensschutz, Gerechtigkeit, Solidarität, Nutzen und Gemeinwohl – um nur die wichtigsten ethischen Kriterien in der Pandemiebekämpfung zu nennen.

ZWISCHEN LEBEN UND FREIHEIT

Der Stresstest der Pandemie besteht darin, diese ethischen Orientierungsmuster in ein für möglichst alle angemessenes Verhältnis zu setzen. So stellte der Deutsche Ethikrat bereits zu Beginn der Pandemie fest, dass sich nahezu alle ethisch relevanten Spannungen und Konflikte der Corona-Krise unter die schwer zu findende Balance zwischen Lebens- und Gesundheitsschutz, Freiheits- und Selbstbestimmungsrechten sowie der Aufrechterhaltung des gesellschaftlichen Lebens drehen.⁰³ Dabei sind es allerdings zahlreiche Detailprobleme, die mit der Dauer der Pandemie zunehmen und angesichts sich deshalb auch verdichtender Komplexität politische Entscheidungen und Steuerung zunehmend erschweren.

Erwähnt seien ohne Anspruch auf Vollständigkeit: Welche freiheitseinschränkende Maßnahmen lassen sich unter Maßgabe des ethischen und verfassungsrechtlichen Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit rechtfertigen, um individuellen und bevölkerungsbezogenen Gesundheits- und Lebensschutz zu rechtfertigen? Welche Risikoschwellen akzeptieren „wir“ (wer immer das Recht hat, dieses Pronomen legitimer- oder öffentlichkeitswirksamerweise für sich zu beanspruchen) im Verhältnis zum allgemeinen Lebensrisiko, ohne deshalb (dauerhaft) Freiheitseinschränkungen akzeptieren zu müssen? Wie viel Freiheit auch zur Selbstgefährdung muss erlaubt sein, ohne deshalb (nie auszuschließende) Fremdgefährdungen überhand nehmen zu lassen? Gibt es bei Therapien und Vorsorgemaßnahmen legitime Kriterien für Vorzugs- oder Nachrangigkeitsbehandlungen, die – beispielsweise bei einer verspäteten Impfung – tödliche Konsequenzen nach sich ziehen können? War es richtig, die Impfpriorisierung maßgeblich am Risiko der Erkrankung und deren Bekämpfung, aber viel weniger an arbeits- oder ausbildungsbedingter Exposition und

mangelnden Möglichkeiten, diese zu verhindern, auszurichten? Soll das in der Gesundheitsversorgung normalerweise leitende Kriterium der medizinischen Notwendigkeit als Dringlichkeit oder als Erfolgsaussicht interpretiert werden? Welche Folgen hätte das eine wie das andere im Falle möglicher Triage, also der Auswahl von Patient:innen bei zu knappen Intensivbetten, für besonders vulnerable Menschen, aber auch für das Zusammenleben der Gesellschaft? Welche Kollateralschäden der Pandemiebekämpfung werden hingenommen im Bereich menschlicher Beziehungen (wenn beispielsweise pflegebedürftige, demente oder gar sterbende Personen in Pflegeeinrichtungen zum Schutz der anderen Bewohner:innen nicht besucht werden dürfen)? Welche Schäden sind hinnehmbar im Bereich der Gesundheit (wenn an sich notwendige Therapien verschoben, vernachlässigt oder unterlassen werden), bei der Bildung (wenn auch nach über einem Jahr keine nachhaltigen Konzepte angesichts des gerade in sogenannten bildungsfernen Milieus drohenden Bildungs- und Betreuungsnotstands vorliegen), im Bereich der Sozialfürsorge (wenn deren Ausfall häuslich-

01 Angesichts der Flut an ethisch relevanten Veröffentlichungen zur Corona-Pandemie ist es schwierig, einen Überblick zu gewinnen. Die folgenden Hinweise sind notwendig selektiv, sollen aber auf grundlegende und weiterführende Literatur aufmerksam machen: Nikil Mukerji/Adriano Mannino, Covid-19: Was in der Krise zählt. Über Philosophie in Echtzeit, Stuttgart 2020; Bernd Kortmann/Günther G. Schulze (Hrsg.), Jenseits von Corona. Unsere Welt nach der Pandemie – Perspektiven aus der Wissenschaft, Bielefeld 2020; Geert Kein/Romy Jaster (Hrsg.), Nachdenken über Corona. Philosophische Essays über die Pandemie und ihre Folgen, Stuttgart 2021. Viele Zeitschriften haben Sonderhefte veröffentlicht, so u. a. Philosophische Rundschau 2/2020, Deutsche Zeitschrift für Philosophie 1/2021, Zeitschrift für Praktische Philosophie 2/2020, Leviathan 1/2021, Zeitschrift für medizinische Ethik 2/2021. Unter www.theologie-und-kirche.de/coronavirus-pandemie.html finden sich nicht nur Links zu theologischen Statements, sondern zu solchen vieler anderer wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Perspektiven. Für den für konkrete Ethik immer wichtigen Blick auf das Verfassungsrecht lohnt ein beständiger Blick auf www.verfassungsblog.de.

02 Ohne hier auf die ethischen Spezialdebatten eingehen zu können, ob und wie Verallgemeinerung moralischer Positionen gelingt, seien in lockerer Anlehnung an Kants Kategorischen Imperativ zumindest zwei Kontrollfragen erwähnt: Kann eine moralische Position in einer vergleichbaren Situation von möglichst allen möglichen Akteuren als begründet angenommen werden? Wird jemand durch eine entsprechende Position oder Entscheidung als pures Mittel zum Zweck missbraucht und damit in seiner Würde missachtet? Weitere Hinweise und Literatur unter www.spektrum.de/lexikon/philosophie/verallgemeinerung/2127.

03 Vgl. Deutscher Ethikrat, Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc-Empfehlung, Berlin 2020.

che Gewalt sprunghaft steigen lässt), im Bereich von Sport, Religion und Kultur (wenn Millionen von Kulturschaffenden ihre Lebensgrundlage verlieren oder wenn weiten Teilen der Bevölkerung die Möglichkeit genommen wird, Sport, Religion und Kultur als ein Element der eigenen Persönlichkeit mit anderen genießend leben zu dürfen)? Welche Schäden sind im Bereich zivilgesellschaftlich-politischer Gesellschaftsgestaltung in Kauf zu nehmen (wenn drängende Fragen etwa zur Klimakrise mehr und mehr in den Hintergrund geraten und so den nachrückenden Generationen Lebensführungsmöglichkeiten genommen werden oder wenn sich angesichts der „Hartnäckigkeit“ der Pandemie, aber auch angesichts erkennbarer *Governance*-Defizite die gesamtgesellschaftliche Stimmungslage signifikant verschlechtert und dies das Vertrauen gegenüber den staatlichen Institutionen und gegenüber breit akzeptierten „Wahrheitsagenturen“ wie vor allem Wissenschaft und Qualitätsmedien erodiert)? Was und wer erhält nicht nur kurzfristig und mit warmen Worten, sondern in spürbarer sozialer und finanzieller Anerkennung die Nobilitierung „Systemrelevanz“, und was bringt eine Gesellschaft mit dieser Zuschreibung zwischen strategischem Selbstinteresse, Absolutionssehnsucht für bisherige Missachtung und ernsthaftem Transformationswillen zum Ausdruck?

KONKRETE ETHIK JENSEITS VON PROTEST UND LEGITIMATION

„Wir“, das heißt die bundesrepublikanische Gesellschaft, haben uns angesichts einer jahrzehntelangen Geschichte von weitgehender wirtschaftlicher Stabilität ohne derartige bevölkerungsmedizinisch tiefe Einschnitte wie die gegenwärtigen angewöhnt, auf das mit dem Balanceakt von Gesundheitsschutz und Freiheitsermöglichung daher kommende Herausforderungsbündel mit der Faustformel zu antworten: So viel Freiheit wie möglich, so wenig Zwang wie nötig.

Die auftretenden Spannungsverhältnisse nicht nur intuitiv, sondern auf Grundlage umfassender Reflexion zu bearbeiten und angemessen ins Verhältnis zu setzen, ist Aufgabe guter Politik. Und diese Aufgabe ist in der sich wechselseitig herausfordernden Spannung zwischen a) auf unterschiedlichen Ebenen (von der kommunalen bis zur europäischen) Entscheidungen treffender Demokratie, b) rechtsstaatlichen Einhegungen und

c) zivilgesellschaftlichen Öffentlichkeiten, die für den demokratischen Rechts- und Sozialstaat den nötigen wie förderlichen Resonanzraum bilden. Eine Ethik der Pandemiebekämpfung hat diesen Versuch von *good governance* kritisch, aber auch konstruktiv zu begleiten, wenn sie nicht in purer Protestkommunikation oder in reiner Legitimationsbeschaffung, neuerdings „ethics washing“ genannt, aufgehen will.

Die Ethik der Pandemiebekämpfung kann sich dann nicht – wie in weiten Teilen der analytischen Philosophie – damit begnügen, allein die innere Konsistenz von Begriffsbildungen oder vermeintliche Kohärenz von Argumentationsgängen zu überprüfen. Sie muss, im Sinne einer konkreten Ethik,⁰⁴ zum einen zwar solch distanzgewinnende Rückfragen stellen, zum anderen aber auch unter Einbeziehung anderer wissenschaftlicher und kultureller Wissensbestände sowie kritischer Selbstreflexion einen Korridor verantwortlicher Handlungsperspektiven eröffnen. Mit dem Motto „Pluralität achten – Nachdenklichkeit erzeugen – Orientierung anbieten“, das sich der Deutsche Ethikrat 2016 für seine Arbeit gegeben hatte, lässt sich das Aufgabenportfolio konkreter Ethik verantwortlichen Handelns in der Pandemie sinnvoll strukturieren.

PLURALITÄT ACHTEN

Angesichts der ethischen Grundspannung, in der Pandemie unter Aufrechterhaltung des gesamtgesellschaftlichen Systems Lebens- und Gesundheitsschutz einerseits und Freiheitsermöglichung andererseits auszubalancieren, muss man nicht nur vor allen Formen moralischer oder politischer „Alternativlosigkeit“ warnen, sondern auch – deskriptiv wie normativ – proaktiv auf Pluralität setzen. Diese Pluralitätsoption ist nicht nur Realität moderner Demokratien oder ein Klugheitsimperativ in einer komplexen Gesellschaft, möglichst viele Kompetenzen und auch Positionen zu berücksichtigen, um höchst komplexen

04 Unter konkreter Ethik verstehe ich eine solche modernitätssensible Ethik, die versucht, moralische Überzeugungen, ethische Prinzipien, in Theorien eingebettete Wissensbestände und Welt- und Menschenbilddeutung möglichst kohärent wie kritisch zusammenzudenken, um daraus einen verantwortbaren Entscheidungskorridor zu ermitteln; vgl. Peter Dabrock, Befähigungsgerechtigkeit. Ein Grundkonzept konkreter Ethik in fundamentaltheologischer Perspektive. Unter Mitarbeit von Ruth Denkhäus, Gütersloh 2012, S. 17–72.

Herausforderungen wie der Corona-Pandemie zu begegnen. Vielmehr ist die Anerkennung unterschiedlicher Positionen auch (bis zu einem gewissen Grade) normativ geboten, wenn sich die Partizipation an öffentlichen Debatten und politischen Entscheidungen aus Menschenwürde und Menschenrechten ableitet. Damit deutet sich aber bereits die Grenze der Berücksichtigung unterschiedlicher Positionen an. Die ist nämlich dann gegeben, wenn Vorschläge für politische Strategien und öffentliches Handeln die verfassungsrechtlichen Grundlagen der hiesigen Rechts- und Gesellschaftsordnung angreifen. In der teils heftigen zivilgesellschaftlichen Pandemiediskussion sind solche Grenzverletzungen erkennbar, wenn nach etabliertem Wissensstand gesundheitsschützende Auflagen missachtet und dadurch andere (zum Beispiel Demonstrationen begleitende Polizist:innen) gefährdet werden oder wenn im Zuge von Protestveranstaltungen demokratiefeindliche oder andere strafrechtlich relevante Äußerungen getätigt werden.

Aber diesseits dieser Grenzüberschreitungen ist die Balance zwischen „Alternativlosigkeit“ und Beliebigkeitspluralismus im Streit um den richtigen Weg der Pandemiebekämpfung oft schwer zu finden. Das liegt nicht nur an externen Faktoren wie Erfolg oder Misserfolg bei der Impfstoff- oder Schnelltestbeschaffung, die sich auf die je akute Stimmung im Land und überdies auf moralische Achtungszuschreibungen auswirken. Vielmehr zeigt sich auch in der Pandemie, dass bei allem moralischen Pluralismus in unserer Gesellschaft bestimmte Einstellungen sich derartig etabliert haben, dass sie im üblichen Wechselspiel aus Lebensformen und institutionellen Settings durch verfassungsgerichtliche Urteile rechtliche Bindungswirkung entfalten und andere konkurrierende moralische Maßstäbe ausstechen können. An einem mit zunehmender Dauer der Pandemie immer virulenter werdenden Beispiel lässt sich dieses Überschreiten der rechtlichen Verbindlichkeitsschwelle von moralischen Einstellungen gut veranschaulichen: Ob Geimpfte (nach dem Nachweis, dass sie selbst die Infektion nicht mehr übertragen können) die ihnen unter den Bedingungen des Infektionsschutzgesetzes als Individuen vorenthaltenen Grundfreiheiten zurückerhalten, weil die Maßnahmen für sie als nicht mehr verhältnismäßig gelten, oder ob man darin eine Privilegierung für Geimpfte sieht, weil die Nicht-Geimpften zweifach benachteiligt sind,

indem sie erstens einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt und ihnen zweitens Kultur- und Bildungsgüter versagt sind, ist nicht nur eine Frage des Framings. Hinter dieser Frage verbirgt sich der ethische Grundkonflikt, ob entweder Freiheitsentfaltung oder Gleichheit, hier verstanden als für alle gleicher Zugang zum öffentlichen Leben (jedenfalls solange noch nicht alle ein Impfangebot erhalten haben), die Maßgabe politischen Entscheidens sein soll. Ethisch ist diese Debatte mit ihren Pro- und Contra-Argumenten durchaus offen. Das gilt allerdings nicht für das (deutsche Verfassungs-)Recht. Denn im Verfassungsrecht hat sich ein klarer Vorrang für individuelle Freiheitsrechte sedimentiert; in einem Urteil aus dem Jahr 2020 sprach das Bundesverfassungsgericht in geradezu feierlichem Ton von der „autonomen Selbstbestimmung“, die es zu schützen gelte.⁰⁵ Damit werden Gleichbehandlungserwartungen, die auf kollektive Solidarität bei nicht persönlich verursachtem Infektionsrisiko setzen, rechtlich hintangestellt. Das ist für eine Ethik, die nicht nur eine breite Konvergenz mit verfassungsrechtlichen Standards sucht,⁰⁶ sondern moralische Einstellungen auf ihre Gründe und ihre Reproduzierbarkeit hin befragt, ein zweischneidiges Schwert. Denn die Solidaritätsressourcen, derer auch der Gebrauch der Freiheit immer wieder bedarf, sind nicht unerschöpflich, sondern müssen gepflegt werden. Dies fällt umso schwerer, zumal die Ungleichbehandlung nicht derart im normativen Fokus des (deutschen) Rechts steht. In vielen ostasiatischen Ländern sind kollektive Maßnahmen vermutlich auch deshalb rechtlich leichter umsetzbar, weil sie – bei aller dort nicht zu missachtenden Pluralität im Einzelnen – moralisch als selbstverständlicher gelten. Vermutlich wird man nach der Pandemie ethisch, rechtlich und politisch fragen müssen, ob der Ausgleich zwischen Freiheit und Solidarität für ähnliche Gefahrenlagen nachjustiert werden muss.

Dass unsere Gesellschaft wesentlich davon lebt, dass Pluralität geachtet werden muss, wird schließlich an den Debatten um die sogenannte Systemrelevanz deutlich. Mit zunehmender Dauer werden beispielsweise Kulturschaffen-

de und für nicht wenige auch religionskulturelle Akteur:innen als systemrelevant erkannt. Die höchst kontroversen Debatten um die sogenannten Querdenker und um die Schauspieler:innen-Aktion #allesdichtmachen zeigen, wie die zeitliche Zerdehnung einer Krisensituation, fehlende berufliche, finanzielle, aber auch Anerkennungsperspektiven gesellschaftliche Diskurse erschweren. Ethisch ist daraus im Umkehrschluss zu folgern: Nichts – selbst wenn dies kurzfristig Zeit kostet und die Rechenschaft der Regierenden schwerer macht – ist so falsch, wie mit fatalen Slogans wie „Öffnungsdiskussionsorgien“ zivilgesellschaftliche Beteiligung zu dämpfen oder gar unterdrücken zu wollen. Dass es viel zu häufig an von den Regierenden organisierten, moderierten und ausgewerteten Beteiligungsmöglichkeiten gefehlt hat, war und ist nicht nur eine verlorene Chance, einzigartige „Vor-Ort“-Expertise etwa von Krankenhaus- und Pflegepersonal, Lehrenden oder Vereinsvorständen zu nutzen, sondern auch ein Mangel an Respekt vor plural verfasseter Öffentlichkeit und dem plural verfassten Souverän politischer Entscheidungen. Anders finden gesellschaftlich schwierig auszuhandelnde und zu verantwortende Maßnahmen nicht den Rückhalt, den sie dringend benötigen.

NACHDENKLICHKEIT ERZEUGEN

Die diskursiven Spannungen ergeben sich nicht nur aus der notorischen weltanschaulichen Pluralität in der Gesellschaft, sondern auch daraus, dass die medizinische wie gesellschaftspolitische Lage derartig komplex ist, dass selbst ähnliche Positionen zu den leitenden moralischen und ethischen Grundorientierungen in der Folge sehr unterschiedliche Standpunkte nach sich ziehen können. Entsprechende Kontroversen, Widerstreite und Zerwürfnisse lassen sich beispielsweise an der festgefahrenen Debatte zwischen Vertreter:innen von Öffnungsstrategien vs. Hardter-Lockdown-Sofort-Ansätzen identifizieren (um tendenziell von Verschwörungserzählungen geleitete sogenannte Querdenker noch gar nicht zu erwähnen).

In diesen Konflikten kann es nicht primäre Aufgabe der Ethik sein, unmittelbar für die eine oder andere Position Partei zu ergreifen. Bevor sie das tut (denn am Ende kann man sich nicht nicht verhalten), gilt es, auf die auf dem Weg von moralischen Überzeugungen zu gesellschaftlicher

05 Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26. 2. 2020, 2 BVR 2347/15.

06 Das ist, was *prima vista* nachvollziehbar ist, weil beide auf der Dialektik von Menschenwürde und Menschenrechten basieren (sollten).

Praxis (in Medizin, Politik, Recht, Wirtschaft und Kultur) liegenden Weggabelungen hinzuweisen. In die eine wie in die andere Richtung weiterschreiten zu können, kann oftmals mit guten, auch wissensbasierten Gründen gerechtfertigt werden. Ethik muss deshalb zunächst dazu beitragen, im gesellschaftlichen Diskurs Komplexitäts- und Differenzsensibilität zu fördern. Das muss aber noch lange nicht bedeuten, dass einem „anything goes“ das Wort geredet wird.

Zur Verdeutlichung dieser ethischen Aufgabe sei auf das Beispiel der Beurteilung von und den Umgang mit wissenschaftlichem Wissen (im Unterschied zu bloßen Behauptungen) verwiesen. Neben sogenannten Querdenkern, deren antiwissenschaftliche Attitüde weit über das Pandemiegeschehen hinausreicht und ein sichtbares Indiz für tieferliegende gesellschaftliche Spaltungen ist, lässt sich auch im Mainstream der Pandemiebekämpfung ein Widerstreit um den Status wissenschaftlichen Wissens und seines politischen Status feststellen. Aus der Sicht komplexitäts- und differenzsensibler Ethik müssen alle Positionen kritisch betrachtet werden, die von

vermeintlich klarer wissenschaftlicher „Faktenlage“ ausgehen und eindeutige politische Folgerungen ziehen wollen. Hier muss (nicht nur) Ethik auf Wissenschaftstheorie und Wissenschaftspraxis verweisen. Die Theorie, sofern sie Naturwissenschaften in den Blick nimmt, muss Überhöhungen wissenschaftlicher Aussagen zu ewigen Wahrheiten dekonstruieren und sie stattdessen auf den ihnen angemessenen Status von zu einem bestimmten Zeitpunkt bestmöglicher, aber grundsätzlich falsifizierbarer Evidenz reduzieren. Zudem ist zu betonen und öffentlich zu kommunizieren, dass schon aus der je berechtigten Perspektive unterschiedlicher Wissenschaften unterschiedliche Konsequenzen gezogen werden können. Das gilt nicht nur für den bekannten Gap zwischen Natur- und Sozialwissenschaften, sondern auch innerhalb der Medizin: Ein virologischer Zugang unterscheidet sich von einem epidemiologischen oder einem intensivmedizinischen. Im Laufe der Pandemie haben sich die Kriterien und Maßeinheiten für infektionspolitische Entscheidungen immer wieder geändert. Erinnerung sei an die absolute Zahl der

Immer informiert.

Bestellen Sie unseren APuZ-Newsletter oder folgen Sie uns bei Twitter!



Infizierten, den R-Wert, die Positivrate, die Altersverteilung, den Sieben-Tages-Inzidenzwert, die Verdopplungsrate und so weiter. Auch die Einschätzung und der Vergleichswert des zeitlichen, sozialen und individuellen Risikos sowie der Vergleichsmaßstab (zum Beispiel das „allgemeine Lebensrisiko“) sind mit guten wissenschaftlichen Gründen und nicht nur aus Weltanschauungsmotiven strittig.

Wegen dieser Strittigkeiten und Uneindeutigkeiten steht es jenen, die sich informieren wollen, aber auch der Politik gut an, nicht nur monomantisch auf *eine* Perspektive wissenschaftlicher Beratung zu setzen. Richtig ist der Ansatz, Expertinnenräte interdisziplinär (und am besten zudem mit der Expertise etwa von Heim-, Kindertagesstätten- oder Schulleitungen) zu besetzen. Formulierungen wie „Meine politische Entscheidung folgt allein *der* Wissenschaft!“ überführen sich dann ihrer unzulässigen Komplexitätsreduktion. Denn *die* Wissenschaft gibt es nicht. Politik hat auf Wissenschaft, die ihren Standards genügt und diese auch kommuniziert, zu hören. Sie darf ihr aber nicht hörig sein.

Deshalb muss – auch das ist ein Imperativ der Wissenschaftsethik – Wissenschaft in ihrer organisatorischen Verfasstheit die Grenzen ihrer eigenen Kommunikation nach innen und außen selbstkritisch reflektieren. Während beispielsweise der Ethikrat in seinen Stellungnahmen nur für sich selbst spricht, hat die Deutsche Nationalakademie Leopoldina mehrfach den Eindruck erweckt, sie spräche mit ihren Empfehlungen für *die* Wissenschaft. Jedenfalls hat man diesen Eindruck, den die Bundeskanzlerin so kommunizierte,⁰⁷ nicht zurückgewiesen. Stellungnahmen von Wissenschaftsorganisationen sind aber, dies gilt es zu bedenken, politische, keine primär wissenschaftlichen Statements. Sie folgen nicht (oder nur selten) den üblichen Begutachtungsverfahren der wissenschaftsinternen Kritik. Wissenschaftler:innen und Wissenschaftsorganisationen müssen hier zur Vermeidung unnötiger Instrumentalisierungen und Enttäuschungen darüber, was Wissenschaft kann und soll (und was nicht), deutlich selbstkritischer mit dem ihnen gegebenen Vertrauenspotenzial umgehen. Vertrauen ist eben eine begrenzte Ressource.

07 Zu diesen wechselseitigen Erwartungen und Erwartungserwartungen vgl. Jörg Phil Friedrich, *Das Ad-hoc-Desaster*, in: *Die Welt*, 12. 12. 2020, S. 22.

ORIENTIERUNG ANBIETEN

Auch wenn Ethik zur Achtung von Pluralität und zur (selbst-)kritischen Nachdenklichkeit sensibilisieren soll, schließt die selbstkritische Haltung ein, dass man nicht standort- und meinungsfrei sein kann: Das bekannte Diktum Paul Watzlawicks „Man kann nicht nicht kommunizieren!“ muss Ethik, bei aller Aufgabe, Distanz zu moralischen Überzeugungen aufzubauen und Komplexität auszuhalten, dann so wenden, dass sie auf der genannten Grundlage einen Kompass anbietet. Dieser ersetzt politische Entscheidungen in der Corona-Pandemie nicht, gibt aber Orientierung für gangbare Wege.

Dabei kann man im lockeren Anschluss an Niklas Luhmanns Idee, dass der Sinnbegriff nach der Zeit-, Raum-, Sach- und Sozialdimension differenziert werden muss, ethische Herausforderungen des gesellschaftlichen Corona-Diskurses und verantwortlicher Pandemiebekämpfung identifizieren:

In zeitlicher Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass ethische Reflexion zwar „in Echtzeit“⁰⁸ stattfinden muss; zugleich sollte diese aber – das zeigen die diversen Politikvorschläge – immer im Wechsel von „auf Sicht fahren“ und längerfristigen Perspektiven verortet sein. Kurzfristigen Corona-Maßnahmen ohne langfristige Perspektiven fehlen Kompass, Rahmen und Nachhaltigkeit. Nur langfristig angelegte Fahrpläne ohne kurzfristige Maßnahmenvorschläge scheitern dagegen an der Gegenwart. Ethik hat die nicht selten störende Aufgabe, bei einseitigen Akzentsetzungen auf die je andere Seite zu verweisen.

Insofern Raum nicht nur eine geografische, sondern auch eine kulturelle Basiskategorie ist, stellt sich in ethischer Perspektive immer wieder die provozierende Frage, wie sich die Fokussierung der Pandemiebekämpfung auf den Raum des Nationalstaates (beziehungsweise der EU) angesichts einer weltweiten Gesundheitskrise rechtfertigen lässt. Dies ist zunächst eine Frage internationaler Gerechtigkeit in der Bekämpfung schweren Leids in besonders betroffenen Weltregionen. Sie bekommt zudem eine ganz eigennützige Drehung mit Blick auf die Pandemiopolitik in den reicheren Ländern, als die unsolidarische Nicht-Unterstützung der sich entwickelnden Länder dazu führen wird,

08 Vgl. Mukerji/Mannino (Anm. 1).

dass dortige Herausforderungen (wie Mutationen des Virus) früher oder später importiert werden.

Neben dem ethisch zu reflektierenden Zeit- und Raumindex verantwortlichen Entscheidens muss in sachlicher Perspektive von allen Beteiligten aus den Bereichen Medizin bis Politik die Multiperspektivität der Pandemiebekämpfung ausgehalten und auch öffentlich kommuniziert werden. Die sachlich und kommunikativ extrem schwierige Aufgabe war und ist (beziehungsweise wäre gewesen) das mutige Eingeständnis in die Gesellschaft hinein, dass bei hinreichender Grundlage auch Entscheidungen und Entscheidungsprozesse geändert werden können müssen. Die Gesellschaft für das Ideal der Wissenschaft zu sensibilisieren, das heißt, stetig darauf hinzuweisen, dass Erkenntnisfortschritt nur via geordnetem und voranschreitendem Fehlermanagement zu erreichen ist, erscheint in der Pandemie und darüber hinaus als eine dringliche und zu vertiefende Aufgabe. Nur damit wird dauerhaft ein starker Wall gegen den erkennbaren Trend gebaut, Wissenschaft als pure Meinung zu diskreditieren. Ohne Vertrauen in die Komplexität von Wissenschaft werden komplexe Probleme in einer komplexen Welt nicht verantwortungsvoll gelöst werden können.

ETHIK ALS BEGLEITERIN GESELLSCHAFTLICHER DELIBERATION

Angesichts der bereits identifizierten zentralen Spannung zwischen Gesundheitsschutz und Freiheitsrechten auf der Grundlage, das gesamtgesellschaftliche Leben nicht zusammenbrechen zu lassen, verdichten sich die Herausforderungen in der sozialen Dimension verantwortlicher Pandemiebekämpfung. Die im Folgenden genannten Beobachtungen markieren solche Punkte, die nicht nur in der Corona-Pandemie besonders gravierendes Konfliktpotenzial für moralisch verantwortliches Handeln, politisches Entscheiden und gesellschaftlichen Zusammenhalt offenbart haben, sondern weit darüber hinaus gesellschaftlicher Neujustierung bedürfen.

⁰⁹ Vgl. Peter Dabrock, Wir werden uns manches nicht verzeihen können, 5.5.2021, www.spiegel.de/a-ad1a3426-f354-4d6c-9730-0d9648f9d141.

¹⁰ Vgl. ebd.

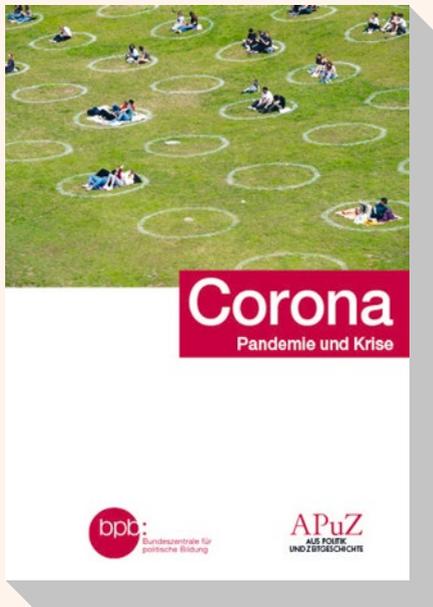
Zunächst hat die Pandemie vielen Menschen, die sich, im Weltmaßstab betrachtet, eines hohen Wohlstandsniveaus erfreuen dürfen, die basale Verletzlichkeit menschlichen Lebens in nie gekannter Weise nahegebracht, oft: unter die Haut gehen lassen. Diese Erfahrung hat nicht nur (jedenfalls zeitweilig) ein Gespür dafür aufkommen lassen, was und wer unverzichtbar ist, sondern auch verdeutlicht: Freiheit und Selbstbestimmung, die wir in unserer Gesellschaft zunehmend als den vornehmsten Ausdruck von Menschenwürde charakterisieren, können nicht ohne Solidarität, Gemeinsinn sowie die Verhinderung von zu großen Differenzen und Spaltungen auf individueller, aber auch kollektiver Ebene realisiert werden. Erkennbar muss in der Aufarbeitung des Pandemiegeschehens das, was man pathetisch den Gesellschaftsvertrag nennt, diskursiv neu verhandelt und auch institutionell neu festgelegt werden.⁰⁹ Dazu zählt sicher auch, dass eines der großen Defizite der Pandemie-Politik, nämlich proaktiv die Quellen der zahlreich vorhandenen Vor-Ort-Expertise nicht anzuzapfen, eklatant zutage getreten ist. Unter Digitalisierungs-, insbesondere Social-Media-Bedingungen zivilgesellschaftliche Partizipationsmöglichkeiten an politischen Entscheidungen effektiv, transparent und kontrolliert zu organisieren, erscheint nach diesem Beteiligungsversagen während der Pandemie als ein höchstes Gebot, will man die rechtsstaatliche Demokratie für zukünftige Herausforderungen rüsten. Richtig ist zwar: In beteiligungsstarken Deliberationen gehen weder Politik noch Ethik auf. Dies gilt sowohl jetzt während der Krise als auch in der dann anstehenden Aufarbeitung des Guten, des Schlechten, des zu Verzeihenden und des nicht Verzeihbaren.¹⁰ Orientierung muss deshalb formal und inhaltlich kriteriengebildet angeboten, aber auch immer zeit-, sach- und sozialbedingt überarbeitet werden. Aber ohne eine Deliberation, die wechselseitige Verletzlichkeit anerkennt, werden sowohl Politik als auch Ethik in der Corona-Pandemie und danach versagen. Diese Deliberation zu begleiten, das ist Aufgabe der Ethik.

PETER DABROCK

ist Professor für Systematische Theologie (Ethik) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Er war von 2016 bis 2020 Vorsitzender des Deutschen Ethikrates.

peter.dabrock@fau.de

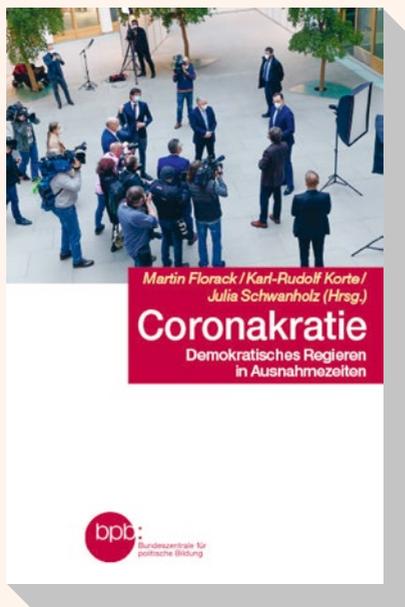
Zum Weiterlesen.



2021
Bestell-Nr. 10714



2021
Bestell-Nr. 10626



2021
Bestell-Nr. 10717



ETHIK DES IMPFENS

Impfentscheidungen, ethische Konflikte und historische Hintergründe

Philipp Osten

Im Februar 2020 wurde die Erkenntnis unausweichlich: Das Coronavirus hatte eine weltweite Pandemie ausgelöst. Fachleute hatten ein solches Szenario lange erwartet. *One Health* heißt das Forschungsfeld, das sich mit neu entstehenden Viren und mit ihrem Ursprung im Tierreich befasst. Laufend aktualisierte Pandemiepläne lagen schon lange bereit, um etwaige kommende Pandemien einzudämmen; die Pläne des Robert Koch-Instituts waren zuletzt 2017 aktualisiert worden.⁰¹ Auch wenn ab und an Maßnahmen etwa gegen die Vogelgrippe öffentlich diskutiert wurden, erschien der allgemeinen Öffentlichkeit die Vorstellung, von einer Seuche bedroht zu sein, wie aus der Zeit gefallen. Den Anachronismus bald durch medizinischen Fortschritt überwunden zu haben, war bereits in den ersten Wochen der Covid-19-Pandemie ein fester Topos. Die Frage „Wann haben wir eine Impfung?“ stand von Anfang an im Mittelpunkt des öffentlichen Diskurses. Der Soziologe Armin Nassehi bemerkte die Überhöhung dieser Erwartung, er schrieb: „Die Impfung ist die Hoffnung. Die Impfung ist nachgerade eschatologisch aufgeladen.“⁰²

Lange bevor genügend Impfstoff vorhanden war, begann die Debatte über eine Impfpflicht. Sie betraf zuerst die Mitarbeiter:innen von Kliniken und Altersheimen, inzwischen hat sie sich auf alle gesellschaftlichen Gruppen ausgedehnt. Kinder und Jugendliche rückten in den Fokus, noch ehe überhaupt ein einziger Impfstoff für sie in Europa zugelassen war.⁰³ Bemerkenswert ist, dass die Diskussion über eine Impfpflicht selten von medizinischer Seite angestoßen wurde, sondern vor allem von Politik und Medien. Aus wissenschaftlicher Sicht gibt es nur wenige Befürworter:innen einer Pflicht zur Covid-Impfung. Bei anderen Vakzinen gibt es sie aber durchaus.

Die Debatte über Impfungen berührt naturwissenschaftliche und gesellschaftliche Aspekte. Beide können sich wandeln. Neue Sichtweisen und Argumente können neue Überzeugungen hervorbringen, und auch wissenschaftliche Befunde können durch neue Erkenntnisse ins Wanken geraten. Das Wissen über Covid-19 und seine Varianten wächst ständig. Zu Beginn der Pandemie musste man sich mit dem behelfen, was wir aus vorangegangenen Seuchen wussten. Primär bestimmten die Erfahrungen mit der Grippe, ganz konkret mit der Influenza-Pandemie der Jahre 1918 bis 1920, unseren Blick auf die Corona-Pandemie. Diese Grippe ging vorbei, ohne dass es eine Impfung gab. Staaten, die im vergangenen Jahr auf eine Durchseuchung ihrer Bevölkerung bei gleichzeitiger Isolation alter und besonders gefährdeter Menschen setzten, orientierten sich an diesem Modell. Belege dafür, dass SARS-CoV-2 sich so verhalten würde wie der Grippeerreger vor 100 Jahren, gab es freilich keine.

Auch die derzeitige Impfdebatte ist von dem Wunsch geprägt, sich auf Erfahrungen zu beziehen. In der Bundesrepublik stand das Beispiel der Masern im Mittelpunkt der Diskussion und bildete die Kulisse, vor deren Hintergrund über Zwang und Freiwilligkeit diskutiert wurde.

STAND DER DEBATTE ZU PANDEMIEBEGINN

Dass genau zu Beginn der Covid-19-Pandemie in Deutschland zum ersten Mal seit der Wiedervereinigung eine Impfpflicht in Kraft trat, war Zufall. In der DDR war es bis zu ihrem Ende vorgeschrieben gewesen, seine Kinder impfen zu lassen.⁰⁴ In Westdeutschland endete die Impfpflicht 1975 mit der Pockenimpfung.

Seit März 2020 jedoch gilt das Masernschutzgesetz. Aus heutiger Sicht scheint die öffentliche

Debatte darüber aus einer fernen Vergangenheit zu stammen – so unvorstellbar erscheint es heute, dass sich staatliche Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung leise und fast unbemerkt vollziehen. Zwar gab es durchaus Diskussionen über die Masern-Impfung in den Fluren von Kindertagesstätten und auf Elternabenden, Zeitungen berichteten, die „Bild“ sprach 2017 von einer großen Aufregung um den Plan von Gesundheitsminister Hermann Gröhe, impfunwilligen Eltern eine Strafe von 2500 Euro anzudrohen. Der Artikel war allerdings nur wenige Zeilen lang.⁰⁵ In der breiten Öffentlichkeit war die Pflicht, Kinder gegen Masern zu impfen, kaum ein Thema. Das verabschiedete Gesetz selbst sieht keine Strafen für impfunwillige Eltern vor, anders als in der DDR. Das Wort „Impfpflicht“ kommt ebenfalls nicht darin vor. Es verbietet Personen ohne Impfnachweis allerdings den Besuch von Betreuungseinrichtungen und die Arbeit dort.

Da spätestens mit der Einschulung die Masern-Impfung unausweichlich würde, sieht das Gesetz eine Ausnahmeregelung für Schüler:innen vor; ein Kindergartenbesuch aber ist für über Einjährige ohne Impfnachweis nicht möglich. Hinzu kommt, dass die Masern-Vakzine ausschließlich in Kombination mit Mumps- und Röteln-Impfstoff erhältlich sind. Im Vorfeld der Entscheidung hatte der Deutsche Ethikrat zwar an eine „allgemeine moralische Pflicht“ zur Impfung appelliert, eine gesetzliche Masern-Impfpflicht (außer für ausgewählte Berufsgruppen) jedoch ausdrücklich nicht empfohlen.⁰⁶

Die Masern-Impfpflicht scheint recht effektiv zu sein.⁰⁷ Doch kam sie auf Umwegen daher. Of-

fenkundig gehört es zum guten Ton, den Körper betreffende Anordnungen des Staates eher unauffällig zu gestalten. Die Kampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ der Kölner Werbeagentur Kaiserkom sollte die Masern-Impfung propagieren und vermied alle Belehrung. Die Krankheit erwähnt sie nur am Rande, die mitgeimpften Mumps und Röteln gar nicht. Inszeniert wurde stattdessen die Abwesenheit einer staatlichen Impfkontrolle. Schon lange werden die Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von Werbeagenturen konzipiert.

Bei der im Dresdner Hygienemuseum konzentrierten Gesundheitserziehung der DDR sah es ähnlich aus. Gesundheitsaufklärung war primär Werbung für die Leistungsfähigkeit und die Vielseitigkeit öffentlicher Angebote. Doch immer wieder gab es Ausnahmen von der Weichzeichnung. Während in der DDR Ende der 1980er Jahre gegen den Rat vieler Expert:innen das Thema Sexualität in Aufklärungskampagnen bewusst tabuisiert wurde (Dramaturg:innen und Journalist:innen wichen mit ihren Anliegen auf Spielfilme und Reportagen aus),⁰⁸ verschaffte sich die Kölner BZgA mit ihrer Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ Respekt. An diese Erfolge knüpft die aktuelle Kampagne zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, „Juckt’s im Schritt?“, an.

Masern-Impfkampagnen betonen beharrlich den Schutz der Geimpften, anstatt zu vermitteln, dass die Vakzinierung Gesunder im Sinne einer Herdenimmunität maßgeblich dem Schutz besonders anfälliger Personen dient. Mumps und Röteln, die beiden Krankheiten, gegen die stets in Kombination mit Masern geimpft wird, werden in den Kampagnen erst gar nicht erwähnt. Denn Mumps ist für Mädchen und Frauen weitgehend (wenn auch nicht vollkommen) ungefährlich, während er bei Jungen und besonders bei erwachsenen Männern Hodentzündungen mit Folgen bis zur Unfruchtbarkeit verursachen kann. Röteln schaden Ungeborenen im Mutterleib, wenn sich Schwangere anstecken. Die Botschaft, dass die Masern-Mumps-Röteln-Impfung zu einigen Teilen aus Altruismus erfolgt, wird in den Kampagnen nicht vermittelt.

Ein weiteres Beispiel für eine sanfte Informationspolitik im Zusammenhang mit Seuchen

01 Vgl. Robert Koch-Institut (RKI), Pandemie-Plan 2016/2017, 19.3.2020, www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Pandemieplan.html.

02 Armin Nassehi, Editorial, in: Kursbuch 206/2021, S. 3.

03 Vgl. Ärztekammer Hamburg gegen vorschnelle Coronaimpfungen bei Kindern, 14.5.2021, www.aerzteblatt.de/nachrichten/123854.

04 Und zwar gegen Tuberkulose, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Kinderlähmung und Wundstarrkrampf.

05 Vgl. Kitas müssen Impfmuffel künftig beim Gesundheitsamt melden, 26.5.2017, www.bild.de/news/aktuelles/news/-51917250.bild.html.

06 Vgl. Deutscher Ethikrat, Jahresbericht 2019, S. 10ff.

07 Vgl. Michael Neugebauer/Matthias Ebert/Roger Vogelmann, Beurteilung des neuen Masernschutzgesetzes in Deutschland: Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 158/2020, S. 74–80.

08 Vgl. Philipp Osten, Politik und Gesundheitsaufklärung in Ausstellungen, Plakaten und Filmen, 1880–1980, in: Heinz-Peter Schmiedebach (Hrsg.), *Medizin und öffentliche Gesundheit: Konzepte, Akteure, Perspektiven*, Berlin 2018, S. 201–230.



Ein Impfzentrum im American Museum of Natural History in New York City, wo im Mai 2021 vor allem Jugendliche ab 12 Jahren geimpft wurden.

Quelle: picture alliance/Globe-ZUMA, Sonia Moskowicz Gordon

ist die nach einer Überarbeitung erfolgte Umbenennung des Bundesseuchengesetzes 2001. Es heißt seitdem Infektionsschutzgesetz („Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen“). Dass es weiterhin effektive seuchenpolizeiliche Maßnahmen legitimiert, drang erst im Frühjahr 2020 mit Vehemenz – und umso überraschender – in das öffentliche Bewusstsein. Das Thema Impfen, zuvor fast ausschließlich unter Fachleuten und Impfgegnergruppen diskutiert, füllt seit dem Sommer 2020 die Titelseiten der Zeitungen – und es sind die in der Herausarbeitung polarer Meinungen geübten Politikressorts, nicht die Wissenschaftsjournalist:innen, die sich des Themas primär annehmen.

In den ersten Monaten der Covid-Pandemie beschäftigten zunächst die Sicherheit der neuen mRNA-Impfstoffe und ihre Testverfahren die Öffentlichkeit. Sobald die ersten Impfstoffe zugelassen worden waren, ging es um ihre Verteilung – sowohl auf internationaler Ebene als auch zwischen den verschiedenen Alters- und Bevölkerungsgruppen. Mit den Berichten über Ne-

benwirkungen kam die Frage hinzu, wem welcher Impfstoff zur Verfügung stehen sollte. Die jüngste Diskussion dreht sich um mögliche Privilegien Geimpfter: Ihnen könnte die Teilhabe an Aktivitäten gestattet werden, die Ungeimpften aufgrund von Eindämmungsverordnungen untersagt sind. Von einzelnen Medien aufgebracht und oft auf Pressekonferenzen angesprochen, steht eine Impfpflicht gegen Covid-19 gegenwärtig gleichwohl nicht ernsthaft zur Debatte.

Im Folgenden werden zunächst die ethischen Entscheidungen im Zusammenhang mit der Corona-Impfung diskutiert. Dabei werden Beispiele aus der Geschichte des Impfens herangezogen – nicht zuletzt, um zu zeigen, wie sehr die jeweils herrschende Meinung über das Impfen von wissenschaftlichen Theorien und von politischen, historischen und sozialen Umständen abhängt.

WER BESTIMMT, WAS ETHISCH IST?

Hinter dem Begriff der Ethik, der nach gutem, richtigem Handeln klingt, verbirgt sich bisweilen

eine hässliche Realität. Ethik ist auch der Versuch, übergreifende Moralvorstellungen und rücksichtslose Menschenökonomie ebenso einzuordnen wie philosophisch begründete Überzeugungen und Forderungen nach Solidarität und Gerechtigkeit. Als Wissenschaft betrachtet ist Ethik also die Theorie der Moral. Von Ethiker:innen wird erwartet, dass sie möglichst objektiv die unterschiedlichen Positionen zu einem Thema darlegen.

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird unter Ethik aber etwas ganz anderes verstanden: die Entwicklung von moralisch fundierten Empfehlungen, Leitlinien und Handlungsanweisungen. In der Medizin können diese bisweilen sehr effektiv durchgesetzt werden. Über die Pflege- und Ärztekammern werden etwa ethische Leitlinien der Berufsorganisationen für all deren Mitglieder verpflichtend. Die normative Ethik stößt jedoch dort an ihre Grenzen, wo sie potenziellen Patient:innen Vorschriften macht. Denn diese sind nicht qua Beruf oder Anstellung einer Organisation beigetreten.

In der medizinethischen Diskussion haben sich zwei Fraktionen herausgebildet. Eine räumt der Autonomie des Einzelnen in Behandlungsentscheidungen oberste Priorität ein, die andere hat eher die Verteilungsgerechtigkeit im Blick. Die brisanteste Konfrontation erfuhr dieser Widerspruch während der Corona-Pandemie im Zusammenhang mit dem Thema der Triage.⁹ Medizinische Fachgesellschaften, aber auch Ethik-Arbeitskreise einzelner Kliniken, entwickelten Kriterien zur Verteilung lebenswichtiger Ressourcen. Der Gesetzgeber hingegen blieb in dieser Frage untätig.

Der Menschenrechtsanwalt Oliver Tolmeitn zweifelte an der Entscheidungskompetenz selbsternannter Ad-hoc-Gremien, weil er in den veröffentlichten Kriterienkatalogen eine besondere Gefährdung von Menschen mit Behinderungen erkannte. Er wandte sich als Vertreter von neun Menschen mit Behinderungen mit einer Beschwerde an das Bundesverfassungsgericht. Das Gericht stellte daraufhin im Juli 2020 fest, dass es „einer eingehenderen Prüfung“ bedürfe, „wie weit der Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers für die Regelung konkreter medizinischer Priorisierungsentscheidungen reicht“.¹⁰

09 Zur Triage siehe auch den Text von Daniela Angetter-Pfeiffer in dieser Ausgabe (Anm. d. Red.).

10 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 16.7.2020, 1 BvR 1541/20, Rn. 1–12.

Ähnliche Konflikte gibt es in Zusammenhang mit der Verteilung von Spenderorganen. Diese erfolgt bis heute durch die Service-Organisation Eurotransplant, obwohl die Leopoldina – die nach der Wiedervereinigung als unabhängiges Beratungsgremium für Politik und Gesellschaft zur Nationalen Akademie der Wissenschaften erhoben wurde – 2015 empfohlen hatte, Entscheidungen dieser Tragweite „einer (halb-)staatlichen Stelle auf Bundesebene“ zu übertragen.

Entscheidungen, die den Schutz des Lebens berühren, sollten in einer Demokratie nur von der Bevölkerung selbst getroffen werden, vertreten durch Parlamente und Regierungen. In Zusammenhang mit der Priorisierung der Covid-Impfstoffe hat man aus diesen Monita gelernt.

IMPFPRIORISIERUNG

Der von Bundesregierung und Bundestag gemeinsam berufene Deutsche Ethikrat nimmt in der Covid-Pandemie eine Sonderstellung ein. Denn üblicherweise haben seine Entscheidungen kein rechtliches Gewicht. Bei der Festlegung der Impfreihenfolge wurden zwar Richtlinien entwickelt, die einer verbindlichen Norm gleichkommen. Allerdings geschah dies in einer gemeinsamen Kommission mit der Leopoldina und der Ständigen Impfkommission, einem vom Robert Koch-Institut koordinierten Expert:innengremium, das durch das Infektionsschutzgesetz seit 2001 dazu legitimiert ist, Impfrichtlinien zu erarbeiten. Das Kriterium eines (halb-)staatlichen Entscheidungsgremiums ist damit erfüllt.

Knapp fünfzig Tage vor Verabreichung der ersten Dosis Comirnaty (dem Vakzin von Pfizer/Biontech) wurde eine Priorisierungsliste bekannt gegeben. Auf den ersten Blick schien sie nicht den klassischen Regeln einer Impfkampagne zu entsprechen, wie sie Ende der 1950er und Anfang der 1960er Jahre in Westdeutschland bei Pockenausbrüchen rasch und dennoch wohlgeplant auf die Beine gestellt worden waren. Das damalige Ziel war gewesen, Personen mit vielen Kontakten möglichst zuerst zu impfen. Die ersten Covid-Impfungen hingegen wurden zum Jahreswechsel 2020/2021, exakt den Vorschriften des Expert:innenpapiers folgend, in Altenheimen durchgeführt.

Bei den ersten Covid-Impfstoffen war zunächst nicht klar, ob und inwieweit sie eine sogenannte sterilisierende Immunität erzeugen,

sie also nicht nur vor schweren Krankheitsverläufen schützen, sondern auch verhindern, dass sich der Erreger in den Geimpften vermehrt und von ihnen übertragen werden kann. Daran musste zunächst gezweifelt werden, da man wusste, dass herkömmliche Coronaviren im Menschen regelmäßig keine zuverlässige Immunität erzeugen. Die für viele andere Impfungen gültige Erkenntnis, dass man sich nicht nur für sich selbst, sondern auch zum Schutz ungeimpfter Dritter impfen lässt, trat damit in den Hintergrund. Oberstes Ziel der Priorisierung war es, die besonders gefährdeten Gruppen zu schützen und die öffentliche Infrastruktur aufrechtzuerhalten. Die Impfung von Klinikmitarbeiter:innen mit Kontakt zu Infizierten erfolgte daher mit ähnlicher Dringlichkeit.

Die in den analogen und digitalen Medien klar erläuterte Priorisierung war gut vermittelbar. Zwar sahen Hamburger:innen mit Neid nach Berlin, da in Hamburg zehntausende Dosen Comirnaty entsorgt wurden – in Berlin aufgrund verschiedener Regulierungen aber nicht. Doch alles in allem erwies es sich als ausgesprochen günstig, dass die Priorisierung bundeseinheitlich erfolgte. Erst mit der Freigabe der noch immer knappen Impfstoffe im Mai 2021 (bundesweit ab dem 7. Juni) begannen die Probleme. Nun sollen Hausärzte die Reihenfolge der Impfungen unter ihren Patient:innen selbst bestimmen – eine höchst undankbare Rolle, hatte doch schon längst eine Debatte darüber eingesetzt, welche „Privilegien“ Geimpfte genießen dürfen. Anders als bei der sensiblen Festlegung der Reihenfolge ist derzeit keine bundeseinheitliche Regelung dieser Frage absehbar. Personen, die den Erreger nicht verbreiten können, würden in der Wahrnehmung ihrer Grundrechte unzulässig beschränkt, wenn Eindämmungsverordnungen auch für sie gelten. Für Einzelne wäre das zu Beginn einer Impfkampagne unter Umständen noch vertretbar. Mit einer wachsenden Zahl Geimpfter verschärft sich das Problem jedoch.

IMPFWANG?

Die Ausrottung der Pocken durch die Kuhpockenimpfung gehört zu den größten medizinischen Erfolgen der Menschheitsgeschichte. Die Pocken waren so ansteckend, dass jede:r sie bekam. Und 17 bis 20 Prozent der Infizierten starben daran. Sie waren ein wesentlicher Grund

dafür, dass um 1800 in vielen Gegenden gerade einmal die Hälfte der Kinder ihren fünften Geburtstag erlebte.¹¹ Die erste Pockenimpfpflicht überhaupt führten 1807 Bayern und Hessen ein. Die überwiegend des Lesens nicht mächtige Bevölkerung wurde in den Kirchen über die Impfungen informiert. Impfarzte blieben für viele die einzigen Mediziner, die sie in ihrem Leben zu Gesicht bekamen. Die Prozedur war brachial: Da Kuhpocken selten waren, wurden die Pockenblasen aufgeritzt, die sich sieben Tage nach einer Impfung bei den Kindern bildeten. Dann wurde das herausquellende Sekret gleichaltrigen Impfungen mit einem kleinen Messer unter die Haut geschoben. Der Akt ging mit staatlicher Kontrolle einher. Beamte der Innenbehörden übertrugen Kirchenbücher in Impflisten, aus ihnen wurden die ersten Melderegister Europas. Eine Impfgegnerschaft formierte sich erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, als die akademische Medizin nicht mehr auf der Grundlage von Philosophie, sondern auf der Basis naturwissenschaftlicher Erkenntnisse argumentierte. Die Diskussion über die Impfpflicht wurde zum Brennglas der Auseinandersetzung über den Alleinvertretungsanspruch der exakten Naturwissenschaften. Die Autonomie freier Entscheidungen, eine der zentralen Forderungen der Aufklärung, geriet in Konflikt mit einer anderen wichtigen Maxime, der Hinwendung zum rationalen Denken. Einen Ausweg aus der zunehmend spaltenden Debatte um die Impfpflicht fand das Britische Unterhaus im Jahr 1907. Der Vaccination Act befreite einzelne Kinder von der Impfung, wenn ihre Eltern ihre Beweggründe und Argumente dagegen ausführlich und schriftlich dargelegt hatten. Danach herrschte Rechtsfrieden. Die Zahl der aus Überzeugung Ungeimpften blieb gering. Ab 1930 waren die Pocken in Großbritannien nicht mehr endemisch. Bei alledem gilt aber: Ausrotten lassen sich nur Krankheiten, die ausschließlich oder ganz überwiegend den Menschen befallen. Die Pocken, die Kinderlähmung und die Masern gehören dazu, die Grippe und Covid-19 nicht.

Welch hohes Konfliktpotenzial die Debatte über eine Impfpflicht heute beinhaltet, zeigte sich im Mai 2021 an einem Beschluss des 124. Deutschen Ärztetages. Die Delegierten sprachen

¹¹ Vgl. Joseph von Schirt, *Medizinische Topographie des Fürstentums Ochsenhausen*, Konstanz 2006.



Pockenimpfzentrum im Pariser Louvre Ende des 19. Jahrhunderts.

Quelle: Medizinhistorisches Museum Hamburg

sich für eine Impfstrategie für Kinder und Jugendliche aus. Sie forderten Politik und Verwaltung auf, die Zulassung von Impfstoffen für diese Gruppe zu beschleunigen, Vakzine bereitzustellen, die für ihre Verteilung erforderliche Logistik in Angriff zu nehmen und für die Impfung von Kindern zu werben. „Die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe erlangen Familien mit Kindern nur mit geimpften Kindern zurück“, so der Ärztetag mahnend.¹² Daraus konstruierte die AfD eine „Forderung des Deutschen Ärztetages nach einer faktischen Impfpflicht für Kinder“.¹³ Die Ressortleiterin für Außenpolitik der „Welt“ interpretierte den Beschluss der Bundesärztekammer ebenso. Sie schrieb: „So wichtig es ist, dass sich die Ärzte für eine rechtzei-

tige Impfstrategie starkmachen: Das Recht auf Bildung und gesellschaftliche Teilhabe für Kinder – und für ihre Eltern – daran zu knüpfen, geht zu weit.“¹⁴ Die Auslegung des Beschlusses zeigt, wie schnell in dieser Debatte Ärzt:innen autoritäre Tendenzen zugeschrieben werden, die sich im Wortlaut des Beschlusses zum Ärztetag jedenfalls nicht finden.

Tatsächlich droht bis zu einer ausreichenden Bereitstellung von Impfstoffen für Kinder und Jugendliche bei hohen Inzidenzwerten die Fortführung von Wechselunterricht in den Schulen (Klassen werden in zwei oder drei Gruppen geteilt, um nicht zu viele Personen in einem Raum zusammenzubringen) und eines engmaschigen Schnelltestregimes. Nur so kann ohne eine Impfung die Gefährdung für Säuglinge, Schwangere und andere Ungeimpfte geringgehalten werden. Dem Ärztetag ging es nur darum, diesen Zustand nicht unnötig zu verlängern.

¹² Beschlussprotokoll zum 124. Ärztetag, 6.5.2021, www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/124-deutscher-aerztetag-2021-als-online-veranstaltung/beschlussprotokoll.

¹³ Jörg Meuthen und Tino Chrupalla zur Forderung des Deutschen Ärztetages nach einer faktischen Impfpflicht für Kinder, 10.5.2021, www.afd.de/joerg-meuthen-und-tino-chrupalla-zur-forderung-des-deutschen-aerztetages-nach-einer-faktischen-impfpflicht-fuer-kinder.

¹⁴ Caroline Turzer, Nehmt die Kinder endlich aus der Verantwortung, 10.5.2021, www.welt.de/debatte/kommentare/article231033281.

Aus Fachkreisen gab es, bis auf wenige Ausnahmen,¹⁵ kaum Forderungen nach einer Impfpflicht gegen Covid-19. Anders in der Politik. Am 10. Januar 2021 sagte der bayerische Ministerpräsident Markus Söder der „Süddeutschen Zeitung“, es gebe „unter Pflegekräften in Alten- und Pflegeheimen eine zu hohe Impfverweigerung“. Der deutsche Ethikrat solle deshalb untersuchen, „ob und für welche Gruppen eine Impfpflicht denkbar wäre“.¹⁶

Unter der wenig diplomatischen Überschrift „Ärzte halten Debatte über Impfpflicht für Gesundheitsberufe derzeit für medizinischen Unsinn“ fasste das „Deutsche Ärzteblatt“ die Diskussion um Söders Vorstoß zusammen. Pedram Emami, der Präsident der Hamburger Ärztekammer, hat die Debatte als überflüssig kritisiert. „Noch wissen wir nicht sicher, ob Geimpfte das Virus nicht trotzdem weitergeben“, sagte er. Erste Daten hierzu würden in den kommenden Wochen erwartet. „Bis dahin handelt es sich um eine virtuelle Diskussion, die nur noch mehr Unruhe in eine ohnehin aufgeheizte Stimmungslage bringt.“¹⁷

HISTORISCHE PARALLELEN

Die aufgeheizte Debatte unserer Tage wird zweifellos durch die Bestimmungen des Masernschutzgesetzes begünstigt. Denn dieses sieht ja tatsächlich vor, den Kindergartenbesuch an eine Impfung zu knüpfen. Aber die Masern-Impfung besitzt Eigenschaften, die nach bisherigem Forschungsstand für die gegenwärtig angebotenen Covid-Impfstoffe nicht angenommen werden können. Und auch die Masern selbst gehorchen einer anderen Epidemiologie. Anhand des Vergleichs lässt sich gut zeigen, dass die Beurteilung von Impfempfehlungen nicht gelingen kann, ohne sich mit den naturwissenschaftlichen Hintergründen, der Epidemiologie und den je spezifischen Eigenschaften der Erreger zu befassen.

15 Für eine Impfpflicht plädierte der Verwaltungsratspräsident der Firma Roche, Christoph Franz. Vgl. dazu Ilka Kopplin/Johannes Ritter, „Wir haben unnötige Opfer gehabt“, 20. 4. 2021, www.faz.net/-17301547.html.

16 Zit. nach Robert Roßmann, Söder sieht Impfen als Bürgerpflicht, 11. 1. 2021, www.sueddeutsche.de/1.5171244.

17 Vgl. Ärzte halten Debatte über Impfpflicht für Gesundheitsberufe derzeit für medizinischen Unsinn, 13. 1. 2021, www.aerzteblatt.de/nachrichten/120113.

Wer mit Covid-19 infiziert ist, steckt nach bisherigen Schätzungen im Durchschnitt etwa drei weitere Personen an.¹⁸ Dieser sogenannte R_0 -Wert gilt aber nur in einer Gruppe von Personen, in der niemand eine Immunität durch Impfung oder durch eine überstandene Infektion besitzt. Günstig beeinflusst wird der Wert unter anderem durch erfolgreiche Eindämmungsmaßnahmen, negativ wirken sich Virusvarianten mit längerer Prävalenz oder höherer Infektiosität aus. Die Masern sind deutlich ansteckender. Sie gehören zu den infektiösesten Krankheiten des Menschen. Ihr R_0 -Wert liegt bei 14. Im Verlauf des 18. Jahrhunderts, als Postkutschen erstmals jeden Ort des Heiligen Römischen Reiches deutscher Nation erreichten, wurden sie ebenso endemisch wie die Pocken. Bevor die Impfung verbreitet war, steckten sich, zumindest in Ballungsräumen, quasi alle Menschen an. Die Überlebenden blieben lebenslang immun. Hatte sich ein hoher Prozentsatz der Bevölkerung infiziert, kam die Epidemie zum Erliegen. Man spricht hier von Herdenimmunität. Sobald aber genügend Kinder „nachgewachsen“ waren, um der Ausbreitung des Virus ein ausreichendes Erregerreservoir zu bieten, kam es erneut zu Ausbrüchen. Alle hoch ansteckenden Krankheiten wurden auf diese Art und Weise mehr oder weniger zu Kinderkrankheiten.

In Deutschland stirbt heute im Durchschnitt jede:r fünfhundertste Infizierte an den Masern. Vor 100 Jahren war es noch jede:r fünfzigste. Damals starben im Deutschen Reich jährlich 45 000 Kinder an den Masern. Als mit Beginn der Weimarer Republik erstmals eine öffentlich finanzierte Kinder- und Jugendfürsorge auf kommunaler Ebene etabliert wurde, begannen Statistiker:innen in Hamburg und München, sich die Zahlen genauer anzusehen. Sie stellten fest: In ärmeren Stadtvierteln lag die Masern-Mortalität zwanzig Mal höher als in gehobenen Wohnquartieren.¹⁹ Die Ursachen hierfür waren vor allem Vorerkrankungen. Die Mangelkrankheit Rachitis grassierte in dunklen Hinterhöfen, Tuberkulose war mit beengten Wohnverhältnissen vergesellschaftet. Kinderärzt:innen zögerten, schwer kranke Kinder in Krankenhäuser einzuweisen, wenn sie die Masern noch nicht

18 Der geschätzte R_0 -Wert liegt zwischen 2,8 und 3,8.

19 Vgl. Rudolf Degkwitz, Ueber Masernschutzserum, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 48/1922, S. 26 f.

überstanden hatten. Zu hoch war die Wahrscheinlichkeit, sich in der Klinik zu infizieren und, geschwächt durch die Grunderkrankung, an den Masern zu sterben. In Ermangelung einer Impfung zapfte der Münchener Assistenzarzt Rudolf Degkwitz den gerade genesenen Masernkranken auf seiner Station Blut ab – und spritzte es neu aufgenommenen Kindern in den Gesäßmuskel. Die aus der Verzweiflung geborene Methode funktionierte, die transferierten Antikörper schützten für ein paar Wochen vor der Infektion.

Die katastrophale Gesundheitssituation des Kaiserreichs mit der damals höchsten Kindersterblichkeit in Europa ist Geschichte. Impfungen haben dazu ebenso beigetragen wie die Verbesserung der allgemeinen Lebensverhältnisse. Die Forderung nach Solidarität ist geblieben. Seuchen sind nach wie vor „die sozialsten aller Krankheiten“.²⁰ Das Schicksal von Menschen mit Vorerkrankungen begründet zwar eine moralische Verpflichtung, sich impfen zu lassen. Und diese Verpflichtung gilt umso mehr für Impfungen, die eine Weitergabe des Erregers blockieren. Eine Corona-Impfpflicht wird aber auch in Zukunft nicht ernsthaft zur Debatte stehen. Solange der Erfolg einer zweifachen Covid-Impfung vorwiegend dem eigenen Schutz dient, kann die Entscheidung darüber mit größerer Berechtigung den Einzelnen überlassen werden, als es etwa bei den Masern der Fall ist. Darüber hinaus gilt: Wenn auf freiwilliger Basis ausreichende Impfquoten erzielt werden, erübrigt sich die Diskussion über eine Impfpflicht.

An Schärfe zunehmen wird die Auseinandersetzung über die Verteilung von Impfstoffen. Sobald in Deutschland genügend Vakzine zur Verfügung stehen, werden Impfprivilegien nicht mehr als Ungerechtigkeit wahrgenommen werden. Doch diese Pandemie ist ein globales Ereignis. Die anfängliche Absage an einen „Impfnationalismus“ blieb auf Europa beschränkt. Monate, bevor ihr Land von einer neuen Virusvariante überrollt wurde, hatten die Vertreter:innen Indiens bei der Weltgesundheits-

organisation (WHO) auf die Freigabe wichtiger Patente für die Impfstoffproduktion gedrängt.²¹ Die Antwort der EU wertete das geistige Eigentum der Patentinhaber jedoch bisher höher als die moralische Verpflichtung, weniger wohlhabenden Regionen zu gestatten, selbst die Produktion von Impfstoffen zu dirigieren. Klassische Nützlichkeitsabwägungen könnten Europa von diesem Egoismus ebenso abbringen wie eine sich andeutende Politikänderung der Vereinigten Staaten in dieser Frage. So ist es durchaus denkbar, dass einige Patentregeln vorübergehend gelockert werden – mit der Motivation, die Entstehung neuer Virusmutationen zu verhindern, gegen die bisherige Impfstoffe potenziell machtlos wären. Wenn die Bedrohung durch die Corona-Pandemie abnimmt, sollte das Thema *Global Health* nicht erneut in den Hintergrund treten.

PHILIPP OSTEN

leitet das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf und das Medizinhistorische Museum Hamburg. Einer seiner Forschungsschwerpunkte ist das Verhältnis von Medizin und Öffentlichkeit. p.osten@uke.de

²⁰ Malte Thiessen, *Immunierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert*, Göttingen 2017, S. 355.

²¹ Vgl. Ann Danaiya Usher, *South Africa and India Push for COVID-19 Patents Ban*, in: *The Lancet* 396/2020, S. 1790f.

LEBEN ODER STERBEN?

Triage im Wandel der Zeit

Daniela Angetter-Pfeiffer

Spätestens seit der Covid-19-Pandemie ist der Begriff „Triage“ auch einer breiten Öffentlichkeit bekannt. Rasch steigende Corona-Infektionszahlen und überfüllte Intensivstationen zwingen Ärzt:innen zu der Entscheidung, welche:r Patient:in ein Intensivbett bekommt, wer an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden kann, wer nur auf einer Normalstation behandelt wird oder gar in häusliche Pflege übergeben werden muss. Mediziner:innen und Pflegepersonal stoßen an ihre physischen Grenzen, technische Geräte und Spitalsbetten fehlen. Bei Patient:innen, bei denen eine medizinische Behandlung völlig aussichtslos erscheint, wird in solch einer Situation dazu übergegangen, schmerzstillend anstatt intensivmedizinisch zu behandeln. Moralisch ist das eine unvorstellbare Belastung.

Doch die Triage ist nicht neu und in der Notfall- und Katastrophenmedizin ein unverzichtbares System zur Rettung möglichst vieler Betroffener. Denn wenn ein Missverhältnis zwischen Patient:innen und Behandlungskapazitäten besteht – sei es, weil es zu wenig Personal, Transportmöglichkeiten oder verfügbare Spitalsbetten gibt –, dann erzwingt die Situation ein Abgehen von der optimalen Individualmedizin zur optimierten Kollektivmedizin. Das Überleben eines möglichst großen Kollektivs hat dann Vorrang vor dem möglichst geringen Schaden des Individuums – und zwar ganz gleich, ob im Kontext von Kriegshandlungen, Naturkatastrophen, Großschadensereignissen, Terroranschlägen, Epidemien oder Pandemien. Alter, Bildung, Einkommen, sozialer Status oder die Art der Krankenversicherung dürfen dabei keine Rolle spielen.⁰¹ Um politisch oder ideologisch motivierten unethischen Selektionen vorzubeugen, hat man bestimmte Sichtungsschemata entwickelt, die eine möglichst gerechte Priorisierung in der Versorgung gewährleisten.

HISTORISCHER ABRISS

Der Begriff „Triage“ stammt aus dem Französischen, bedeutet so viel wie „Auswahl“ und wurde zunächst in der Militärmedizin verwendet.⁰² Wegbereiter hierfür waren der habsburgische Kaiser Maximilian I., der spätere Leibarzt Napoleons I., Dominique Jean Larrey, und der russische Militärchirurg Nikolai Iwanowitsch Pirogow. Unter Kaiser Maximilian I., der als einer der Reformer des Heerwesens in Österreich gilt, fand man Ende des 15., Anfang des 16. Jahrhunderts bereits angestellte Ärzte, die im Kriegsfall mit den Truppen ins Feld zogen. Ihre Aufgabe bestand in erster Linie darin, verletzte Soldaten, deren Überlebenschancen gut standen, möglichst unmittelbar nach der Verwundung zu versorgen und sie rasch wieder einsatzbereit zu machen. Dieses Wissen, im Falle einer Verletzung schnell und professionell behandelt zu werden und somit eine bessere Überlebenschance zu haben, erhöhte die Kampfmoral der Soldaten beträchtlich.⁰³ Im „königlich-preußischen Feldlazareth-Reglement“, das 1787 in Berlin erschienen war, wurde ebenfalls bereits eine Vorform der Triage angedeutet, allerdings eher hinsichtlich der Frage, bei welchen Soldaten eine rasche Feldverwendungsfähigkeit wieder hergestellt werden konnte beziehungsweise wer als hoffnungsloser Fall galt.⁰⁴

Als 1792 die französischen Revolutionstruppen Speyer eroberten, wurden Larrey die damaligen Missstände in der Versorgung verwundeter Soldaten bitter vor Augen geführt. Die Verwundeten mussten bis zum Ende der Schlacht ohne Hilfeleistung auf dem Gefechtsfeld ausharren, oft viele Stunden lang. Wer nicht verblutete oder infolge eines Schocks gestorben war, blieb der Witterung ausgesetzt und wurde erst nach der Schlacht in die für die Verwundetenversorgung adaptierten, behelfsmäßig eingerichteten Lazarette transportiert. Dort zumindest sollten dann möglichst rasch chirurgische Eingriffe erfolgen. Doch die Straßen und Fahrwege waren durch Truppen und Fuhrwerke verstopft, somit

war dieses Vorhaben unmöglich. Aufgrund all dieser Verzögerungen war es inzwischen auch Nacht geworden und die unbeleuchteten Straßen praktisch unpassierbar. Daher dauerte es bis zu 24 oder sogar 36 Stunden, bis Chirurgen mit ihrem Personal und Instrumenten zur Stelle waren. Kaum verwunderlich, dass zahllose Verwundete wegen unzureichender oder zu später ärztlicher Hilfeleistung ihren Verletzungen zum Opfer fielen.

Diese Erfahrung inspirierte Larrey zu der Idee, eine Ambulanz-Einrichtung zu organisieren, die rasche Hilfe direkt auf dem Schlachtfeld gewährleistete. Innerhalb weniger Jahre gelang es ihm, eine solche „fliegende Ambulanz“ aufzustellen, die den Bewegungen der Truppen folgte. Dabei handelte es sich um Ärzte, die mit Pferdewägen auf das Schlachtfeld fuhren, die Verwundeten noch während der Kampfhandlungen einsammelten und vom Gefechtsfeld wegbrachten. Währenddessen verbanden sie bereits stark blutende Wunden und führten gegebenenfalls Notamputationen durch. Bei geübten Chirurgen dauerte eine Hand- oder Beinamputation im besten Fall nicht einmal eine Minute. So gelang es Larrey, die Todesrate auf zehn Prozent zu senken, weshalb er heute auch als „Vater der Notärzte“ bezeichnet wird. Da er aber die Ärzte außerdem dazu drängte, zu entscheiden, welche Soldaten eine Amputation am ehesten überlebten und diese zuerst zu operieren, kann man ihn ebenso gut als „Vater der Triage“ titulieren, auch wenn er den Begriff selbst noch nicht gebrauchte.⁰⁵ Das Wort „Triage“ verwendete erstmals einer seiner Kollegen, der Generalchirurg Pierre-François Percy.

01 Während der Corona-Pandemie wurde der Faktor Alter allerdings doch berücksichtigt, etwa von der italienischen Gesellschaft für Anästhesie, Analgesie, Reanimations- und Intensivmedizin, deren Empfehlungen auf Folgendes hinauslaufen: „Behandlungspriorität sollten, erstens, Patienten mit einer höheren Überlebenschance und zweitens Patienten mit mehr voraussichtlicher Lebenszeit als andere haben. Das heißt, junge Menschen ohne Vorerkrankungen, deren Genesungschancen gut sind, werden vorrangig behandelt, während alte Menschen mit Vorerkrankungen, deren Genesungschancen schlecht sind, nachrangig behandelt werden.“ Malte Lehming, Der Moment, wenn Corona-Ärzte über den Tod entscheiden, 17.3.2020, www.tagesspiegel.de/25650534.html.

02 Vgl. Michael Toursarkissian/Dirk Oldenburg/Michael Benker, Triage – aus militärärztlicher Sicht, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 104/2010, S. 407–410.

03 Vgl. Daniela Angetter, Krieg als Vater der Medizin, Wien 2004, S. 15, S. 31 f.

04 Vgl. Königlich-preußisches Feldlazareth-Reglement, Berlin 1787, S. 66, S. 89 f.

05 Vgl. Angetter (Anm. 3), S. 33 ff.

Er legte dezidiert fest, dass die Evakuierung vom Schlachtfeld aufgrund der Schwere der Verletzung zu erfolgen habe – nicht nach Rang und Vermögen des Soldaten. Eine Überlebenschance gibt es nämlich nur bei frühzeitiger Behandlung.⁰⁶

Heute spielt bei der Beurteilung von Schwerstverletzten zusätzlich die sogenannte *golden hour* eine Rolle. Dies bedeutet, dass bei Schwerverwundeten innerhalb von rund einer Stunde mit einer medizinischen Therapie begonnen werden muss, um eine realistische Aussicht auf Erfolg zu haben. Da bereits Larrey die Dringlichkeit notfallchirurgischer Maßnahmen erkannt hatte, könnte er somit auch noch als Vater der *golden hour* angesehen werden.

Auf ein breiteres Fundament wurde das System der Triage vom russischen Chirurgen Nikolai Iwanowitsch Pirogow gestellt. Pirogow gilt heute – nicht zuletzt aufgrund seiner Erfahrungen als Militärarzt im Krimkrieg (1853–1856) – als einer der Begründer der Feldchirurgie. So entwickelte er eine spezielle Technik zur Fußamputation, die nach ihm benannte Pirogow-Operation.⁰⁷ Darüber hinaus propagierte er die Stabilisierung von Knochenbrüchen durch Gipsverbände und führte die Narkose bei Operationen im Feld ein. Im Rahmen der Triage legte er je nach Schwere der Verletzung fünf Stufen fest, um möglichst viele Soldaten rasch wieder einsatzfähig zu machen: 1) Hoffnungslose, deren Überlebenschancen so gering waren, dass man sie auf dem Schlachtfeld beziehungsweise bei der Truppe beließ; 2) lebensgefährlich Verletzte, die sofort behandelt werden mussten; 3) Verwundete, die ebenfalls rasch behandelt werden sollten, aber einer konservativ-operativen Hilfe bedurften und erst dann an die Reihe kamen, wenn die Patienten der zweiten Gruppe versorgt waren; 4) Verwundete, bei denen eine Hilfeleistung nur wegen eines potenziell schädlichen oder unbequemen Transports notwendig war; und 5) die Gruppe der Leichtverletzten, die beispielsweise lediglich einen Verband benötigten oder die Extraktion einer oberflächlich liegenden Kugel. Diese konnten im Regelfall bei der Truppe verbleiben.⁰⁸

06 Vgl. David Baker/Jean-Bernard Cazalaá/Pierre Carli, Resuscitation Great. Larrey and Percy – A Tale of Two Barons, in: Resuscitation 66/2005, S. 259–262.

07 Vgl. Michael Bueschges et al., Die Amputation nach Pirogow als Alternative zur Unterschenkelamputation?, in: Handchirurgie Mikrochirurgie Plastische Chirurgie 45/2013, S. 67–72.

08 Vgl. Triage. Wer darf überleben – Wer muss sterben?, in: Zeitschrift der Union der Europäischen wehrhistorischen Gruppen 50/2020, S. 8 f.



Dominique Jean Larrey, „Vater der Triage“, führt während der Schlacht von Hanau 1813 eine Notamputation durch. Öl auf Leinwand.

Quelle: picture alliance/akg-images

Eng verbunden mit der Priorisierung des Pirogowschen Behandlungssystems ist der Begriff der „Krankenerstreuung“, der räumlichen Aufteilung der Verletzten oder Erkrankten, um überfüllte Verbandsplätze oder Lazarette unmittelbar im Frontbereich zu vermeiden. In Österreich war hier bereits ab dem 17. Jahrhundert Prinz Eugen ein wichtiger Vorreiter. Weil Sanitätsmaterial überhaupt nicht oder nicht rechtzeitig an die Kriegsschauplätze geliefert wurde beziehungsweise die Aufnahmekapazität der Feldlazarette zu gering war, versuchte er, die erkrankten und verletzten Soldaten möglichst rasch von der Front zu entfernen und in anliegende, nicht von den Kämpfen betroffene Gebiete der Privatpflege zu übergeben. Somit wurden Patienten im Hinterland, abseits der Schlachtfelder, nicht bloß auf mehrere Ärzte und Pflegepersonen aufgeteilt. Es wurden nun auch Privatpersonen zur Pflege herangezogen, sodass jeder betroffene Soldat eine

möglichst rasche und intensive Behandlung und Pflege erhielt.⁹⁹ Auch Pirogow ließ die Soldaten – mit Ausnahme der Hoffnungslosen – mit Pferdeisenbahnen in verschiedene Lazarette im Hinterland transportieren und versuchte so, durch die Verteilung der Verletzten die bestmögliche medizinische Versorgung für alle zu gewährleisten. Damit waren die Anfänge eines Krankenerstreuungssystems geschaffen, das vor allem im Ersten Weltkrieg entscheidend zur zügigen Behandlung von Schwerstverletzten beitragen konnte.¹⁰

Das Pirogowsche System wurde 1866 von der preußischen Armee im Deutschen Krieg angewandt und auch von anderen Armeen übernom-

⁰⁹ Vgl. Angetter (Anm. 3), S. 20 f.

¹⁰ Vgl. Robert Pfeiffer, Triage in Militär- und „Katastrophenmedizin“, in: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 9/1983, S. 95 f.

men.¹¹ Im Ersten Weltkrieg galt das französische System *triage – transport – traitement* (Auswahl – Transport – Behandlung) als Muster, um möglichst viele Soldaten zu retten.¹² 1934 definierten die französischen Ärzte Charles-Martin-Léon Spire und Pierre Lombardy „Triage“ schließlich als die Diagnose der vorhandenen Verletzung, die Beurteilung der Dringlichkeit einer operativen Behandlung, die Beurteilung der Transportfähigkeit und die Angabe, in welche Spitalseinrichtung ein Verwundeter transportiert werden soll – und standen damit dem heutigen System bereits sehr nahe.¹³

MODELLE DER TRIAGE

Die Triage ist bis heute nicht gesetzlich geregelt, was allerdings gerade im Zuge der Corona-Pandemie wünschenswert wäre. Für Einsatzorganisationen stehen jedoch sowohl im militärischen als auch im zivilen Kontext Richtlinien und Algorithmen zur Verfügung, die gerade am Beginn eines Notfallgeschehens oder einer Katastrophe ein wichtiges Hilfsmittel zur Orientierung für eine optimale Patientenversorgung sind.

Nach dem Zweiten Weltkrieg führte die Nordatlantische Allianz Sichtungskategorien ein, die sich auch über ihre Mitgliedstaaten hinaus für die Einordnung von Verletzungen bei Soldat:innen durchgesetzt haben. Dieses **NATO-Schema** teilt Verletzte in die folgenden vier Stufen ein:

T1 Sofortbehandlung: kritische Patient:innen, die noch am Notfallort einer dringenden medizinischen Behandlung bedürfen;

T2 verzögerte (heute: dringende) Behandlung: Patient:innen, die vor Ort möglichst rasch stabilisiert und schnellstens in ein Spital transportiert werden müssen;

T3 minimale Behandlung: Leichtverletzte, deren Behandlung auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann;

T4 abwartende Behandlung: Patient:innen (zum Beispiel solche mit Polytraumata), die erst dann behandelt werden können, wenn ausreichende Kapazitäten an Einsatzkräften zur Verfügung stehen beziehungsweise wenn durch ihre

Behandlung keine Patient:innen, die zur Kategorie „Sofortbehandlung“ gehören, in ihren Überlebenschancen beeinträchtigt werden. Die Überlebenschance der T4-Patient:innen ist daher sehr gering.

Dieses Sichtungssystem war also am Kriterium der Dringlichkeit orientiert, und es war die Aufgabe der Mediziner:innen, aufgrund des Zustands der Patient:innen und der Möglichkeiten der Hilfeleistung die Stufe selbst festzulegen. Ein damals reglementiertes Farbleitsystem (T1 rot, T2 gelb, T3 grün und T4 blau) ist bis heute aktuell und dient mittels Personenleittaschen zur Kennzeichnung der Patient:innen. Darüber hinaus gibt es bei allen Modellen noch die Gruppe der Unverletzten und jene der Toten.¹⁴ Das Modell der NATO ist bis heute die Grundlage aller weiteren Verfahren.

Für den zivilen Katastrophenfall wurde 1983 das **STaRT-Schema** (Simple Triage and Rapid Treatment, „Einfache Triage und schnelle Versorgung“) in Kalifornien entwickelt, das vielfach in der Rettungsmedizin angewandt wird. Dabei werden ohne medizinische Hilfsmittel die Gehfähigkeit, Atmung, Durchblutung und der neurologische Status der Patient:innen überprüft. Das erfolgt durch die Beurteilung der Fähigkeit oder Unfähigkeit der Patient:innen, einfachen Befehlen Folge zu leisten. Aus diesen Kriterien ergibt sich entweder die Notwendigkeit einer Sofortbehandlung noch am Einsatzort oder die Transportpriorität. Die Gruppe der Leichtverletzten umfasst zunächst alle Personen, die aus eigener Kraft den unmittelbaren Schadensraum gehend verlassen können. Diese Betroffenen werden anschließend aber noch einmal evaluiert und gegebenenfalls wird der Gesundheitszustand neu beurteilt.¹⁵

Da dieses System nicht uneingeschränkt für die Beurteilung von Kindern geeignet war, wurde es 1995 für die Altersgruppe der Ein- bis Achtjährigen angepasst (**JumpSTaRT** beziehungsweise STaRT für Kinder). Liegt bei einem Kind ein Atemstillstand vor, aber der Puls ist noch tastbar, werden fünf Beatmungen durchgeführt. Sollten diese Erfolg zeigen, wird das Kind in die Sichtungskategorie T1 eingeordnet. Atmet das Kind, aber der Puls ist nicht tastbar oder reagiert es nicht

¹¹ Vgl. Triage (Anm. 8), S. 9.

¹² Vgl. Toursarkissian/Oldenburger/Benker (Anm. 2), S. 407–410.

¹³ Vgl. Charles Spire/Pierre Lombardy, *Précis d'organisation et de fonctionnement du Service de Santé en temps de guerre. Principes de tactique sanitaire*, Paris 1934².

¹⁴ Vgl. Österreichisches Rotes Kreuz, *Großeinsatz-Management. Rahmenvorschrift*, Wien 2017, S. 14.

¹⁵ Vgl. Sharon E. Mace/Thom A. Mayer, Triage, in: Jill M. Baren et al. (Hrsg.), *Pediatric Emergency Medicine*, Philadelphia 2008, S. 1087–1096.

angemessen auf Schmerzreiz, erfolgt ebenfalls eine Einreihung in die T1-Gruppe.¹⁶

2004 wurde das STaRT- beziehungsweise JumpSTaRT-Schema als mSTaRT von der Berufsfeuerwehr München in Kooperation mit der Ludwig-Maximilians-Universität München zu einem umfassenden Algorithmus, der auf alle Altersgruppen anwendbar ist, modifiziert. Ziel ist eine noch schnellere Einteilung der Patient:innen in die entsprechende Triagegruppe. Sobald eine Aussage positiv beantwortet werden kann, wird auf eine weitere Bearbeitung der Checkliste aus Zeitgründen verzichtet. Sofort behandelt werden müssen alle Patient:innen ohne Atmung, jedoch mit Puls; alle Patient:innen mit einer zu hohen oder zu niedrigen Atemfrequenz; mit einer blutspritzenden Wunde; jene, bei denen kein Radialispuls tastbar ist; sowie jene, die einfache Befehle nicht befolgen können oder an einem Inhalationstrauma leiden. Als nicht dringlich gelten alle Gehfähigen. Patient:innen, die noch keiner Sichtungskategorie zugeordnet sind, fallen unter „dringliche Behandlung“.¹⁷

Aufgrund der Aktualität von Covid-19 und der ständig drohenden Gefahr der Triage auf den Intensivstationen sind die Sichtungssysteme in Krankenhäusern zuletzt verstärkt ins Interesse gerückt. Zu den am weitesten verbreiteten Methoden zählen das Manchester-Triage-System und der Emergency Severity Index.

Beim 1994 entwickelten **Manchester-Triage-System** handelt es sich um ein standardisiertes Verfahren zur Einschätzung von Patient:innen in der Notfallaufnahme, wobei dort die Behandlungsprioritäten festgelegt werden. Da man sich in einem Krankenhaus befindet, wird davon ausgegangen, dass alle Patient:innen in adäquater Zeit behandelt werden können. Im Unterschied zur Rettungsmedizin fällt damit die Sichtungskategorie T4 weg. Deutschland nutzt das System seit 2004, Österreich seit 2009.¹⁸ In Zeiten von

Covid-19 kann die Einhaltung dieses Systems jedoch zur Herausforderung werden.

Beim **Emergency Severity Index** handelt es sich um einen fünfstufigen Triage-Algorithmus, der 1990 an der Harvard Medical School in Boston entwickelt wurde, mit dem Ziel, Patient:innen in kritischem Zustand, die sofort notfallmedizinisch begutachtet werden müssen, von allen anderen zu unterscheiden, die verzögert behandelt werden können, ohne Schaden zu erleiden. Dabei wird bestimmt, ob lebensrettende Interventionen notwendig sind, ob es sich um eine Hochrisikosituation handelt, etwa ob die Patient:innen lethargisch oder desorientiert sind oder über starke Schmerzen klagen. Für alle anderen Patient:innen besteht kein zeitliches Risiko.¹⁹

TERRORISMUS UND „REVERSE TRIAGE“

Im Nachgang der islamistisch motivierten Terroranschläge vom 13. November 2015 in Paris wurden grundlegende Überlegungen dazu angestellt, wie man bei Rettungseinsätzen nach Terroranschlägen im Rahmen der Triage vorgehen soll, immer im Bewusstsein eines möglichen *second hits*, also eines Folgeanschlags auf Einsatzkräfte.²⁰ Im Zuge dessen haben sich die Sicherheitsbehörden mehrerer europäischer Länder entschlossen, bei sogenannten TAG-Lagen, bei denen es um Terror, Amok und Geiselnahmen geht, den Einsatzort in drei Zonen zu teilen: in die „heiße“ beziehungsweise rote Zone, wo nur Spezialkräfte eingreifen, in die „warme“ beziehungsweise gelbe Zone, die einer individuellen Risikoabschätzung bedarf und wo Crash-Rettungen²¹ durchgeführt werden, und letztlich in die „kalte“ grüne Zone, wo mit der Behandlung von Patient:innen begonnen werden kann.

Im Rahmen solcher Einsätze kann das System der „Reverse Triage“ unter Einbeziehung des Eigenschutzes ein bedeutendes Mittel sein, um möglichst viele Menschenleben zu retten. Dieses System

¹⁶ Vgl. U. S. Department of Health and Human Services, Jump-START Pediatric Triage Algorithm, 2.4.2021, www.chemm.nlm.nih.gov/startpediatric.htm#illustration. Siehe auch Lou E. Romig, Pediatric Triage. A System to JumpSTART Your Triage of Young Patients at MCIs, in: *Journal of Ethic and Migration Studies* 27/2002, S. 52–58, S. 60–63.

¹⁷ Karl-Georg Kanz et al., mSTaRT-Algorithmus für Sichtung, Behandlung und Transport bei einem Massenansturm von Verletzten, in: *Notfall + Rettungsmedizin* 3/2006, S. 264–270.

¹⁸ Vgl. Kevin Mackway-Jones/Janet Marsden/Jill Windle (Hrsg.), *Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Das Manchester-Triage-System*, Bern 2018⁴.

¹⁹ Vgl. Florian Grossmann et al., Emergency Severity Index: Deutsche Übersetzung eines validen Triageinstruments, in: *Notfall + Rettungsmedizin* 4/2009, S. 290 ff.

²⁰ Vgl. Matthias Helm et al., Notfallmedizinische Versorgung bei konventionellen terroristischen Anschlägen, in: *Notfallmedizin* up2date 4/2017, S. 363–374.

²¹ Bei der Crash-Rettung wird versucht, Patient:innen möglichst rasch aus der Gefahrenzone herauszuholen, um deren Leben zu retten. Dabei müssen auch gesundheitliche Schäden in Kauf genommen werden – Leben vor Funktion.

folgt dem Prinzip, alle Un- und Leichtverletzten möglichst rasch vom Einsatzort wegzubringen, damit sie die Behandlung der Schwerverletzten nicht behindern. Außerdem können die Un- und Leichtverletzten am raschesten aus einer möglichen Gefahrenzone herausgeholt werden, wodurch ihr Überleben am ehesten sichergestellt werden kann. Den frühen Ansichten des Krankerztreuungssystems kann hier ebenfalls Rechnung getragen werden, da die Gruppe der Leichtverletzten auf möglichst viele und gegebenenfalls auch weiter entfernt liegende Spitäler aufgeteilt werden kann.²²

TRIAGE IN DER PRAXIS: BEISPIEL ÖSTERREICH

Die Basis der Triage in Deutschland wie auch in Österreich bildet das STaRT-System. In Österreich wird die Triage im Katastrophenfall oder bei Großschadensereignissen mit einer hohen Anzahl an Betroffenen, zum Beispiel bei Zugunfällen, Hochwasserereignissen oder Lawinenkatastrophen, von Mediziner:innen oder Sanitäter:innen, im bevorzugten Fall von Notfallsanitäter:innen unternommen. Ziel dabei ist, die richtigen Patient:innen mit dem richtigen Transportmittel in das richtige Krankenhaus oder die entsprechende Abteilung zu bringen – und das möglichst ohne sie später in anderes Spital verlegen zu müssen (Sekundärverlegung). Je nach Erfordernis kann die Triage beziehungsweise eine sogenannte Vorsichtung direkt an der Schadensstelle, an Übergabestellen, wo Patient:innen beispielsweise von der Feuerwehr an die Rettungskräfte übergeben werden, an der Patient:innensammelstelle, an der eingerichteten Triagestelle oder im Behandlungsraum erfolgen. Eine Vorsichtung erfolgt im Regelfall an der Schadensstelle. Für die Beurteilung, ob die Patient:innen gehfähig sind, eine ausreichende Atmung aufweisen und stillbare starke Blutungen zu erkennen sind, oder ob sie als T1- oder T2-Patient:innen zu klassifizieren sind, darf nicht länger als eine Minute benötigt werden.²³

Beginnt die Triage im Schadensraum, so erfolgt dort ehestmöglich die Priorisierung der Rettung und die Beantwortung der Frage, welcher Betroffene

ne aufgrund seines Gesundheitszustands möglichst rasch aus dem Schadensraum herausgeholt werden muss. Sollte es sich beim Schadensraum um eine Gefahrenzone handeln, erfolgt die Begutachtung sowie die darauffolgende Rettung der Patient:innen mit Unterstützung anderer Einsatzorganisationen wie zum Beispiel der Feuerwehr oder der Bergrettung. Nach der Priorisierung erfolgt die Zuteilung zu unterschiedlichen Behandlungsstellen, wo die entsprechenden medizinischen und sanitätshilflichen Maßnahmen erfolgen. Die Behandlungsstellen sollen in einem sicheren Bereich, aber dennoch möglichst nahe der Triagestelle errichtet werden, um die Wege für die Patient:innen kurz zu halten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine ursprüngliche Triageentscheidung gegebenenfalls korrigiert oder aktualisiert werden muss, auch je nach Verfügbarkeit von Ärzt:innen und Sanitätsmannschaften.

Sobald die Transporttauglichkeit der Patient:innen erreicht ist, wird über das geeignete Transportmittel (Rettungsfahrzeug, Notarzteinsetzfahrzeug, Notarztthubschrauber) und die erforderliche Krankenhaus-kategorie entschieden (etwa Neurochirurgie, Gefäßchirurgie, Verbrennungsintensivstation, Kinderabteilung). Grundsätzlich sind die Aufnahmekapazitäten von Patient:innen mit bestimmten Verletzungsmustern in den einzelnen Spitälern für den Großschadens- oder Katastrophenfall geregelt. Sollten die Aufnahmekapazitäten in den Spitälern jedoch überlastet sein, so muss am Einsatzort die Reihenfolge der Transporte festgelegt werden. Dabei wird die Priorität des Abtransports mit den Buchstaben A für hohe Transportpriorität und B für niedrige Transportpriorität nochmals abgestuft.²⁴

Die Triage-Maßnahmen an einem Schadensort wie bei einem Unfall mit einem vollbesetzten Reisezug oder einem Brand in einem Hochhaus sind indes nicht gleichzusetzen mit der Triage auf Intensivstationen im Rahmen der Covid-19-Pandemie. Eine Triagierung von Covid-Patient:innen ist dann notwendig, wenn die maximale Kapazität der Intensivbetten erreicht ist und keine weiteren personellen oder materiellen Voraussetzungen geschaffen werden können, um die Bettenanzahl auszuweiten – eine Situation, wie Italien sie zu Beginn der Pandemie 2020 erlebte. In Österreich betrug die durchschnittliche Verweildauer von Covid-Patient:innen auf Intensivstationen 2020 zwei Wochen. Aufgrund der Virus-Mutationen sind die Patient:innen derzeit rund vier Wochen

²² Vgl. Bundesministerium für Inneres, Generaldirektion für die öffentliche Sicherheit, Abteilung II/13 – Staatliches Krisen- und Katastrophenmanagement und Koordination zivile Sicherheit, „Polizei §SKKM“-Handbuch für Terror-, Amok- und Geisellagen für Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben, Wien 2018.

²³ Vgl. Österreichisches Rotes Kreuz (Anm. 14), S. 17.

²⁴ Vgl. ebd., S. 13f., S. 17ff.



Ankunft eines an Covid-19 erkrankten Patienten im Beatmungszelt der Universitätsklinik Genua im März 2020.

Quelle: picture alliance/italyphotopress

intensivpflichtig. Im schlimmsten Fall zwingt dies Ärzt:innen, bei der Einlieferung von Patient:innen zu entscheiden, ob diese bessere Überlebenschancen haben als solche, die bereits auf Intensivstationen betreut werden und den neuen Patient:innen nun das Beatmungsbett überlassen müssen. Im Prinzip ist dies ähnlich einer Umtriagierung von T1 auf T4. Um diese höchst belastenden Entscheidungen in der Priorisierung der Patient:innenbehandlung möglichst zu vermeiden, versucht man derzeit in Österreich, Patient:innen, sofern sie transportfähig sind, aus jenen Bundesländern, die den kritischen Wert auf den Intensivstationen erreicht haben, mit dem Hubschrauber in andere Bundesländer oder sogar ins Ausland zu verlegen. Auch Österreich hatte, als die Spitalskapazitäten noch ausreichten, Patient:innen aus der Slowakei übernommen und behandelt.

LEBEN STATT STERBEN

Grundsätzlich ging es (Militär-)Ärzten schon allein aufgrund des Hippokratischen Eids immer darum, möglichst viele Menschenleben zu retten. Larrey legte Wert darauf, alle Verwundeten zu begutachten und erst dann nach dem Schweregrad der Verletzung zu entscheiden, wer zuerst geret-

tet wird, ungeachtet des militärischen Rangs oder der sozialen Stellung. In der Militärmedizin war aber auch die rasche Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit der Soldaten ein entscheidendes Kriterium. Im Laufe der Kriegsgeschichte setzte sich allerdings die Einsicht durch, dass man Soldaten, die für ihr Land (und für die jeweilige Führungsspitze) in den Krieg zogen, eine bestmögliche Versorgung zuteilwerden lassen muss. Das gipfelte nicht zuletzt etwa im Ersten Weltkrieg in der Behandlung von Invaliden mit Prothesen oder in der beruflichen Umschulung von Zivilisten, die im Kriegseinsatz dauerhaft geschädigt worden waren.

Allen vorgestellten Triage-Modellen ist gemein, dass sie helfen sollen, in Notsituationen binnen kürzester Zeit ethisch entscheiden zu können. Und obwohl die Triage in der unmittelbaren Anwendung für Einsatzkräfte eine immense psychische Belastung bedeutet, ist sie ein probates Mittel, um in einer Ausnahmesituation möglichst viele Menschenleben zu retten.

DANIELA ANGETTER-PFEIFFER

ist promovierte Medizin- und Militärgeschichtlerin. Sie forscht am Austrian Centre for Digital Humanities and Cultural Heritage in Wien.

daniela.angetter@oeaw.ac.at

MEDIZINISCHE APARTHEID IN ZEITEN VON CORONA

Rassismus im Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten

Harriet A. Washington

„Wir müssen mehr schwarze Amerikaner für Impfstofftests gewinnen“; „Warum People of Color so wichtig sind, um einen Covid-19-Impfstoff zu finden“; „AstraZeneca/Oxford-Covid-19-Impfstudie sucht Teilnehmer aus Minderheiten“; „Beteiligung Schwarzer an Covid-19-Impfstudie unverzichtbar“.⁰¹

Im Sommer 2020 wurde mit schrillen Schlagzeilen immer wieder darauf hingewiesen, dass sich die afroamerikanische Minderheit in den USA vermeintlich weigere, an klinischen Erprobungen möglicher Corona-Impfstoffe teilzunehmen.⁰² Expertinnen und Experten äußerten in Fach- und Publikumsmedien ihre Besorgnis,⁰³ ein Mangel an schwarzen Probandinnen und Probanden gefährde die Impfstoffentwicklung.⁰⁴ Zugleich lag bei afroamerikanischen Menschen die Wahrscheinlichkeit, sich mit dem Coronavirus zu infizieren und daran zu sterben, deutlich höher als bei Amerikanerinnen und Amerikanern europäischer Abstammung. Im Februar 2021 war in den USA einer von 1030 Menschen europäischer Abstammung am Coronavirus gestorben. Bei der afroamerikanischen Minderheit lag die Sterberate mit 1:735⁰⁵ weitaus höher. Gesundheitsfachleute sowie Journalistinnen und Journalisten argumentierten, aus diesem Grund hätten Afroamerikanerinnen und Afroamerikaner den größten Vorteil davon, an klinischen Versuchen teilzunehmen, und sollten eigentlich stärker als andere an einer Teilnahme interessiert sein.

Wer so argumentiert, verkennt die Grundsätze medizinischer Forschung. Es gibt keine Garantie, dass Tests zum Erfolg führen. Forscherinnen und Forscher hoffen zwar, mit den Tests die Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe nachzuweisen, doch haben sie keine Gewissheit. Wüssten Sie schon im Vorfeld, dass eine bestimm-

te Impfung wirksam ist oder wirksamer als andere, dürften sie aus ethischer Sicht keine Versuche durchführen: Dies würde das ethische Konzept der *equipoise* verletzen, nach dem die Forscherin oder der Forscher sich tatsächlich unsicher sein muss, wie stark die relative Wirkung eines zu erprobenden Wirkstoffs ist. Daher hat die Teilnahme an klinischen Versuchen nicht nur Vorteile: Selbst bei wissenschaftlich vorbildlichen und ethisch einwandfreien Versuchen mit menschlichen Probanden besteht das Risiko, dass die Schutzwirkung ausbleibt und es stattdessen zu Nebenwirkungen kommt.

DIE GEISTER VON TUSKEGEE

Fach- und Publikumsmedien erklärten, Afroamerikanerinnen und Afroamerikaner verweigerten die Teilnahme an klinischen Versuchen aus denselben Gründen, aus denen sie schon so oft den Kontakt zum Gesundheitswesen abgelehnt hätten: Sie litten an einer undifferenzierten Angst vor der Medizin überhaupt, die auf die Tuskegee-Syphilisstudie zurückgehe, in der Ärzte des US Public Health Service (PHS) von 1932 bis 1972 Hunderten afroamerikanischen Männern vorgaukelten, ihre Syphiliserkrankung zu behandeln. In Wirklichkeit wurde die Erkrankung aufrechterhalten, und die Männer erhielten keinerlei Behandlung gegen die lebensgefährliche Infektionskrankheit – mit dem Ziel, deren natürlichen Verlauf zu beobachten.

Diese Forschungen waren verwerflich und sind durch nichts zu rechtfertigen. 40 Jahre lang erhielten Ärzte der US-Regierung die Legende aufrecht, die kranken Männer würden behandelt. Stattdessen gaben sie ihnen bunt gefärbte Aspirin-tabletten oder führten Lumbalpunktionen

und andere nicht-therapeutische Behandlungen durch. Die PHS-Ärzte verweigerten den Männern nicht nur die damals übliche Syphilisbehandlung sowie eine entsprechende Pflege, sondern wiesen auch andere Ärzte in der Region an, die Infektionen nicht zu behandeln. Die Behörde ging so weit, eine Befreiung der Männer von der Wehrpflicht zu erwirken, um zu verhindern, dass diese in einer Militärklinik behandelt würden. Als man erkannte, dass Penicillin Syphilispatienten heilt und vor den neurologischen Verwüstungen einer Parese (teilweisen Lähmung) bewahrt, ordnete Thomas Parran, der damalige Leiter der obersten US-Gesundheitsbehörde, an, die Männer dürften kein Penicillin erhalten, um das Experiment nicht zu gefährden. Nachdem die Nachrichtenagentur Associated Press über die Syphilisstudie berichtet hatte, kam es zu einem Aufschrei. Die PHS-Forscher konterten zur Verteidigung ihrer eindeutig unethischen Weigerung, eine tödliche Krankheit wirksam zu behandeln, die schwarzen Männer fürchteten die Medizin und misstrauten ihr sowie den Ärzten. Selbst wenn man ihnen Penicillin angeboten hätte, wären sie niemals bereit gewesen, es zu nehmen. Die Studie wurde häufig dafür kritisiert, dass die Männer keine Einwilligungserklärung unterschrieben hatten. Das eigentliche Problem war jedoch, dass sie nie erfahren hatten, dass sie an einer Studie teilnahmen. Die Gesundheitsbe-

hörde tat alles, um das vor ihnen zu verheimlichen, weshalb die Männer den Ärzten Glauben schenkten, die vorgaben, sie heilen zu wollen.

Die Tuskegee-Studie wird immer wieder bemüht, um tatsächliche oder vermeintliche Versäumnisse der afroamerikanischen Bevölkerung im Umgang mit dem US-Gesundheitswesen zu erklären. Wie am Fließband sind naiv konzipierte und schlecht geplante Forschungsarbeiten entstanden, in denen Tuskegee als Ursache derselben angeblichen Angst der Afroamerikanerinnen und Afroamerikaner vor der Medizin benannt wird, auf die sich schon die Väter der Tuskegee-Studie beriefen, um zu rechtfertigen, dass sie einem kranken Mann Penicillin vorenthielten. Am Anfang einer solchen „Beweisführung“ steht immer die Annahme, Tuskegee habe der afroamerikanischen Community Angst vor der Medizin eingeflößt.

KOLLEKTIVE KURZSICHTIGKEIT

Doch diese Annahme ist falsch. Jene, die sie vertreten, sind sich – wie die Mehrzahl der Fachleute – der vier Jahrhunderte medizinischen Missbrauchs nicht bewusst, auf die Afroamerikanerinnen und Afroamerikaner im US-Gesundheitssystem zurückblicken – einschließlich jenen Menschenversuchen, die ein Markenzeichen des US-Gesundheitssystems waren. Vor und nach Tuskegee gab es noch viel grausamere Taten, die dem größten Teil der Fachwelt ebenso wenig bewusst sind. Diese Kapitel sind jedoch nicht Teil der offiziellen Medizingeschichte geworden, sodass selbst zahlreiche Fachhistorikerinnen und -historiker viele Einzelheiten der medizinischen Apartheid nicht kennen.

Dass es keinen Sinn ergibt, Tuskegee in der beschriebenen Weise als Argument anzuführen, hat Thomas LaVeist von der Johns-Hopkins-Universität in einer Reihe von Forschungsarbeiten gezeigt.⁰⁶ Vielmehr handelt es sich um eine Art Tuskegee-Mythos. So wies LaVeist etwa nach, dass schwarze US-Bürgerinnen und -Bürger, die noch nie von Tuskegee gehört haben, sogar mit höherer Wahrscheinlichkeit Angst davor haben, mit medizinischer Forschung in Berührung zu kommen.

06 Vgl. zum Beispiel Thomas LaVeist, *Minority Populations and Health. An Introduction to Health Disparities in the United States*, San Francisco 2005.

01 Wayne A.I. Frederick et al., *We Need to Recruit More Black Americans in Vaccine Trials*, 11.9.2020, www.nytimes.com/2020/09/11/opinion/vaccine-testing-black-americans.html; Karen Weintraub, „Sign Me Up“: Why People of Color Are Vital to Getting a Successful COVID-19 Vaccine, 22.8.2020, www.usatoday.com/story/news/health/2020/08/20/3297954001; Karina Bolster, AstraZeneca/Oxford COVID-19 Vaccine Study Seeking Minority Participants, 11.1.2021, www.nbc12.com/2021/01/11/astrazenecaoxford-covid-vaccine-study-seeking-minority-participants; Michelle Singletary, *Black Participation in Covid-19 Vaccine Trials is Key to Black Economic Recovery*, 27.10.2020, www.washingtonpost.com/business/2020/10/27/covid-vaccine-trials-need-blacks.

02 Vgl. Weintraub (Anm. 1).

03 Eine Suche nach „COVID vaccine African American“ brachte 21 Ergebnisse, bei denen es um Impfskepsis ging: www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=covid+vaccine+%22African+American%22.

04 Vgl. Weintraub (Anm. 1).

05 Vgl. APM Research Lab Staff, *The Color of Coronavirus: Covid-19 Deaths By Race and Ethnicity in the U.S.*, 7.1.2021, www.apmresearchlab.org/covid/deaths-by-race; Patrice Peck, *More Than 50,000 Black Americans Have Died From COVID-19*, 22.12.2020, www.theatlantic.com/health/archive/2020/12/pandemic-black-death-toll-racism/617460.



Einem „Teilnehmer“ der Tuskegee-Studie wird von einem Arzt Blut abgenommen (1950er Jahre).

Quelle: picture alliance/AP

Der Mythos von Tuskegee wird zwar immer wieder als einziger Grund der afroamerikanischen „Arztphobie“ beschworen, aber er ist inzwischen wissenschaftlich widerlegt. Doch was bringt uns diese Erkenntnis? Der verbreitete und hartnäckige Mythos, ein einziges missbräuchliches medizinisches Experiment in Tuskegee jage schwarzen Menschen Angst vor der Medizin insgesamt ein, erweist sich immer wieder als hochproblematisch. Wenn man das afroamerikanische Misstrauen gegenüber dem US-Gesundheitssystem auf eine einzige Missbrauchserfahrung zurückführt, impliziert dies die Aussage, die Angst und das Misstrauen seien eine Überreaktion auf einen einzigen Fall und nicht etwa eine logische Reaktion auf vier Jahrhunderte systematischen Missbrauchs in allen Bereichen des Gesundheitswesens und der medizinischen Forschung in Amerika. Die reflexartige Erklärung afroamerikanischer Versäumnisse im Umgang mit dem Gesundheitswesen mit dem Experiment von Tuskegee ist auch eine subtile Art der Täter-Opfer-Umkehr. Die strenge Beurteilung des

afroamerikanischen Verhaltens ist also fehl am Platz. Ursachen sind viel eher in der mangelnden Vertrauenswürdigkeit des Gesundheitssystems zu suchen.

Studien zeigen, dass afroamerikanische Menschen mit geringerer Wahrscheinlichkeit einen Hausarzt oder eine Krankenversicherung haben oder im Falle von Schwangerschaften, Schmerzen oder Herzkrankheiten eine angemessene Behandlung erhalten – um nur einige Beispiele für die rassistische Ungleichheit im US-Gesundheitswesen zu nennen. Im Sinne der Gleichstellung sollten solche Faktoren, die schwarze Menschen um ihre Versorgung bringen, im Zusammenhang mit ihrem gesundheitsbezogenen Verhalten untersucht werden.

Erinnern wir uns: Dieselbe angebliche Angst vor der Medizin war in der Tuskegee-Studie der Vorwand, Afroamerikanern die damals übliche Standardbehandlung mit Penicillin vorzuenthalten. Man zog es vor, an die Fiktion zu glauben, die Männer hätten ohnehin keine Behandlung gewollt, statt in ihnen die ahnungslosen Opfer ei-

ner gewissenlosen Studie zu sehen, bei der ihnen eine sichere und wirksame Behandlung verwehrt wurde. Und so wird vielfach auch davon ausgegangen, dass Afroamerikanerinnen und Afroamerikaner wegen Tuskegee so viel Angst vor der Medizin haben, dass sie sich weigern, an klinischen Versuchen mit Impfstoffen gegen Covid-19 teilzunehmen.

IMMER DEN DATEN NACH

Da niemand die notwendigen Daten lieferte, um die einhellige Behauptung zu stützen, schwarze Menschen hätten sich der klinischen Forschung im Kampf gegen die Covid-19-Pandemie entzogen, suchte ich selbst vergeblich nach demografischen Daten, die diese Annahme entweder untermauern oder infrage stellen würden. Erst nach Abschluss der klinischen Versuche wurden Daten aus den Forschungsberichten veröffentlicht, denen ich entnehmen konnte, dass tatsächlich viele Afroamerikanerinnen und Afroamerikaner an den Versuchen teilgenommen haben. Sowohl an den Versuchen von Moderna⁰⁷ als auch bei Pfizer und Biontech⁰⁸ nahmen zu etwa 10 Prozent Afroamerikanerinnen und Afroamerikaner teil. Ihr Anteil an der US-Bevölkerung liegt bei 12,3 Prozent. Es war also kein nennenswertes Fernbleiben von klinischen Versuchen feststellbar, obwohl doch überall die falsche Erzählung verbreitet wurde, Afroamerikaner mieden klinische Versuche „wegen Tuskegee“.

Seit die US-Arzneimittelbehörde FDA sichere, wirksame Corona-Impfstoffe freigegeben hat, gilt die allgemeine Aufmerksamkeit dem Vorhaben, so viele US-Amerikaner wie möglich zu impfen, um Individuen zu schützen und Herdenimmunität zu erreichen. Angesichts des schnellen Impfstarts für Risikogruppen ging ein kollektiver Seufzer der Erleichterung durchs Land. Doch erneut wurden die afroamerikanischen Menschen dämonisiert, dieses Mal als Impfskeptiker: Sie verweigerten sich der Spritze, weil sie – natürlich – immer noch „wegen Tuskegee“ Angst hät-

ten. Dramatische Anekdoten anstelle belastbarer Daten und Fakten bestimmten die Schlagzeilen. Ernste Verlautbarungen der Gesundheitsbehörden rückten schwarze Impfskeptiker ins Rampenlicht und stellten sie oft als wilde Verschwörungstheoretiker oder fehlgeleitete Rapper dar, die lauthals die Impfungen verfluchten. Täglich wurde ich mit Anfragen für Interviews in Rundfunk und sozialen Medien überhäuft, in denen ich die so verbreitete wie ungerechtfertigte afroamerikanische „Impfparanoia“ erläutern sollte. In den Nachrichten wurde häufig gewarnt, schwarze Impfskeptiker gefährdeten die gesamte US-Bevölkerung, da sie den Weg zur Herdenimmunität behinderten.

Erneut wurden keine Daten geliefert, um die Behauptung einer „schwarzen Impfskepsis“ zu untermauern, sodass alles auf der anekdotischen Ebene blieb. Als ich nach belastbaren Daten suchte, die diese neuen Behauptungen bestätigten, fand ich nur heraus, dass relativ gesehen weniger Menschen afroamerikanischer als europäischer Abstammung geimpft worden waren. Dies traf gewiss zu, doch es war nur ein Symptom der gut dokumentierten Unfähigkeit des Gesundheitssystems, ethnischen Minderheiten diskriminierungsfreien Zugang zu gewährleisten.

UNANGEMESSENES VORGEHEN

Dieses systemische Versagen verschärfte sich weiter durch die Verteilung des Impfstoffs, die zum Nachteil der afroamerikanischen Menschen organisiert war. Oberste Priorität hatten die Ältesten – alle Bürgerinnen und Bürger im Alter von mindestens 85 Jahren. Dies wirkt zunächst logisch und ethisch korrekt, ist doch das Risiko alter Menschen, sich mit dem Coronavirus anzustecken und daran zu sterben, weit überdurchschnittlich. Überdurchschnittlich sind – bezogen auf das Coronavirus – allerdings auch die Gefährdung und die Sterberate unter Afroamerikanerinnen und Afroamerikanern. Letztere liegt bei ihnen doppelt so hoch wie bei der europäischstämmigen Bevölkerung – und das, obwohl Afroamerikaner ebenso wie Amerikanerinnen lateinamerikanischer Herkunft sowie Indigene relativ junge Bevölkerungsgruppen bilden: Weiße US-Bürgerinnen und Bürger sind im Mittel 44 Jahre alt, Afroamerikanerinnen und Afroamerikaner dagegen nur 31 Jahre. In der weißen Bevölkerung

07 Vgl. U.S. Food and Drug Administration (FDA), Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee Meeting December 17, 2020: FDA Briefing Document Moderna COVID-19 Vaccine, S. 19.

08 Vgl. FDA, Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee Meeting December 10, 2020: FDA Briefing Document, Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine, S. 12.

ist der Anteil der über 90-Jährigen doppelt so hoch.⁰⁹ Die höheren Sterberaten und die geringere Lebenserwartung bei Afroamerikanerinnen und Afroamerikanern bedeuten, dass nur wenige von ihnen ein Alter erreichen, in dem sie von der Entscheidung profitieren, Menschen ab 85 zu bevorzugen.

Ferner wurden Menschen in Gesundheitsberufen wie etwa Medizinerinnen und Mediziner priorisiert geimpft, doch sind insbesondere männliche Afroamerikaner trotz bedeutender Fortschritte in diesen Berufsgruppen nach wie vor unterrepräsentiert. Das Jahr, in dem die meisten schwarzen männlichen Medizinstudierenden in den USA ihren Abschluss machten, war 1978. Auch die Priorisierung innerhalb der im Gesundheitswesen Tätigen wirkte sich negativ auf die Chancen der Afroamerikaner aus, eine Impfung zu erhalten. Denn hier wurde eine frühe Impfung zwar den an vorderster Front im Gesundheitswesen Tätigen angeboten, nicht aber den in der Hierarchie niedriger stehenden Pflegehilfskräften, Ernährungsberaterinnen, Reinigungskräften und so weiter, die denselben Risiken ausgesetzt waren. Afroamerikanerinnen und andere People of Color sind unter den „systemrelevanten“ Arbeitskräften überrepräsentiert, die nicht das Privileg haben, von zu Hause arbeiten, Abstand halten und potenziell Infizierte meiden zu können – dennoch hatte ihre Impfung keine Priorität.

Darüber hinaus funktionierte der Zugang zur Impfung häufig über die Registrierung auf einer Website, auf der man nach verfügbaren Terminen suchen musste. Afroamerikanerinnen und Afroamerikaner verfügen seltener über eine stabile Internetverbindung und haben seltener durch eine Tätigkeit im Homeoffice die Möglichkeit, zwischendurch entsprechende Websites aufzurufen. Manche Privatärztinnen machten Impfangebote, doch schwarze US-Amerikaner sind seltener bei Privatärzten als weiße.

All das soll nicht heißen, es gebe keine afroamerikanischen Impfskeptiker. Die Ablehnung von Impfungen ist in allen Gesellschaftsschichten der USA zu beobachten. Doch die große Mehrheit der Impfskeptiker ist unter den Anhängerin-

nen und Anhängern der Republikaner zu finden, also größtenteils europäischer Abstammung. Warum wird also das afroamerikanische Verhalten so genau durchleuchtet, wenn es doch tendenziell eher weiße Impfskeptiker sind, die die Gefahr durch das Coronavirus verlängern und die Herdenimmunität bedrohen?

IMPFKONFLIKTE

Tatsächlich äußerten einige Afroamerikanerinnen und Afroamerikaner ihre Angst vor medizinischem Missbrauch und verwerflichen Praktiken mit Blick auf Impfprogramme in den USA und mit nicht-weißen Menschen im Ausland. Doch nur wenige Fachleute haben diese mit dem gebotenen Respekt aufgegriffen. Meist ist nur die Rede von Verschwörungstheorien oder, bestenfalls, von den „missbräuchlichen Praktiken der Vergangenheit“ – wobei keine Beweise geliefert werden, dass es sich tatsächlich nur um die Vergangenheit handelt.

Fragwürdige Studien mit Probanden aus der schwarzen Bevölkerung der USA und in Entwicklungsländern hat es allerdings immer wieder gegeben. So planten Mediziner im Südafrika der Apartheid im Rahmen des „Project Coast“, schwarze Menschen heimlich zu sterilisieren und die entsprechenden Spritzen als Impfungen darzustellen.¹⁰ Das US-Verteidigungsministerium nötigte überproportional viele schwarze Soldaten zu gefährlichen experimentellen Impfungen gegen Milzbrand.¹¹ Ab 1989 erhielten in Los Angeles ausschließlich schwarze und hispanische Kinder Impfstoffe im Versuchsstadium – ohne das Einverständnis ihrer Eltern.¹² 2011 organisierte der US-Auslandsgeheimdienst CIA in Pakistan eine Schein-Impfkampagne, die zu einem erneuten Auftreten von Polio in ärmeren Ländern führte. Es stellte sich heraus, dass die angeblichen Impfungen niemanden schützten und die CIA die

09 Vgl. Katherine Schaeffer, *The Most Common Age Among Whites in U.S. is 58 – More Than Double That of Racial and Ethnic Minorities*, 30.7.2019, www.pewresearch.org/fact-tank/2019/07/30/most-common-age-among-us-racial-ethnic-groups.

10 Vgl. Harriet A. Washington, *Why Africa Fears Western Medicine*, 31.7.2007, www.nytimes.com/2007/07/31/opinion/31washington.html.

11 Vgl. Josh White, *Defense Employees Set For Another Suit to Halt Mandatory Anthrax Shots*, 13.12.2006, www.washingtonpost.com/archive/politics/2006/12/13/defense-employees-set-for-another-suit-to-halt-mandatory-anthrax-shots/a3d22a19-4e47-4312-8047-c32e0c6ce9c5.

12 Vgl. Marlene Cmons, *CDC Says It Erred in Measles Study*, 17.6.1996, www.latimes.com/archives/la-xpm-1996-06-17-mn-15871-story.html.

Aktion nur dazu genutzt hatte, um verdeckt nach Osama bin Laden zu suchen.¹³

Im April 2020 schließlich drangen zwei prominente französische Forscher darauf, ethisch fragwürdige klinische Placebo-Versuche mit möglichen Corona-Impfstoffen in Afrika durchzuführen, wo die Gesundheitsversorgung mangelhaft ist und die Menschen eher nach dem Strohalm der medizinischen Forschung greifen.¹⁴ Solche Placebo-Studien zu ernsthaften oder tödlichen Krankheiten sind häufig unethisch, weil die Teilnehmenden keine Behandlung erhalten. So fragte der Arzt Jean Paul Mira: „Sollten wir diese Studie nicht in Afrika machen, wo es keine Masken gibt und keine Intensivstationen, so etwa, wie wir es bei bestimmten Aids-Studien gemacht haben, oder mit Prostituierten?“ „Stimmt“, antwortete sein Kollege Camille Lochet, der Forschungsdirektor des französischen Instituts für Gesundheit und medizinische Forschung Inserm. „Wir denken an eine parallele Studie in Afrika mit genau diesem Ansatz.“¹⁵

Wer die Geschichte absolut unmoralischer Impfstoffforschungen kennt, kann auch verstehen, warum es eine Art der Täter-Opfer-Umkehr ist, Menschen in Afrika und Afroamerikanerinnen und Afroamerikaner in diesem Zusammenhang als paranoid zu bezeichnen. Die meisten klinischen Versuche finden heute in Entwicklungsländern statt, weil Versuche dort schneller und kostengünstiger möglich sind als in reichen Staaten. Forschende argumentieren am häufigsten, Menschen im Globalen Süden hätten bei höherem Krankheitsrisiko weniger Behandlungsmöglichkeiten und profitierten somit am stärksten, wenn ein wirksames neues Medikament erfolgreich getestet und ausgeliefert werden könne. Mit diesem Argument und unter Verweis auf ihre höhere Erkrankungs- und Sterberate wurden auch afroamerikanische Menschen gedrängt, an klinischen Versuchen mit potenziellen Impfstoffen für Covid-19 teilzunehmen. Gesundheitsfachleute

vertraten die Meinung, diese Gruppe werde den größten Vorteil von einer wirksamen Impfung haben und solle sich also auch überdurchschnittlich stark an den Versuchen beteiligen.

Allerdings widerlegen die genannten Probleme diese Behauptung in den USA und andernorts. Die rege Teilnahme afroamerikanischer Menschen an den Impfstoff-Tests hat nicht dazu geführt, dass diese nicht mehr überproportional von Krankheit und Tod bedroht wären. Dies hätte auch nicht erwartet werden können, denn die bloße Mitwirkung an der Forschung bringt nicht unbedingt einen gesundheitlichen Vorteil. Das Gegenteil ist der Fall, wird doch von Menschen in ärmeren Ländern und People of Color erwartet, dass sie die Risiken tragen, während die Vorteile anderen vorbehalten sind – insbesondere reichen Weißen in Industrieländern. Dies verletzt das ethische Konzept der Verteilungsgerechtigkeit.

Der Grund dafür ist, dass einmal getestete erfolgreiche Medikamente für ebenjene Menschen, an denen diese getestet wurden, unbezahlbar sind, oder sie werden in ihren Ländern gar nicht erst auf den Markt gebracht.¹⁶ So stellte der Ökonom Michael Kremer fest, dass nur 4 der 1233 Wirkstoffe, die zwischen 1975 und 1997 weltweit zugelassen wurden, für den Einsatz gegen Tropenkrankheiten gedacht sind.¹⁷

Seit die Verteilung der Covid-19-Impfdosen in Amerika zentrales Thema ist, herrscht Schweigen im Hinblick auf die erhöhte Gefährdung afroamerikanischer Menschen, die durch soziale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung¹⁸ lange Zeit schlechteren Zugang zum System hatten. Zu den Haupthindernissen gehört, dass schwarze US-Bürgerinnen und Bürger mit geringerer Wahrscheinlichkeit als weiße einen Hausarzt, eine Krankenversicherung oder eine Arbeit mit genügend zulässigen Fehltagen sowie einen leichten Zugang zu sogenannten *safety net hospitals* haben, also Sozialkrankenhäusern, die auch Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter oder ohne Versicherung akzeptieren. Es kommt

13 Vgl. Natalie Wood-Wright, CIA Vaccination Cover in Pakistan, 8. 1. 2013, www.jhsph.edu/news/news-releases/2013/klag-CIA-vaccination-cover-pakistan.html.

14 Vgl. Harriet A. Washington, L’Afrique est le laboratoire de l’Occident, 10. 4. 2020, www.mondafrique.com/harriet-a-washington-lafrique-est-le-laboratoire-de-loccident/.

15 Zit. nach Wilson Wong, French Doctor Apologizes for Comments on Testing a COVID-19 Vaccine in Africa, Prompting Outrage on Social Media, 7. 4. 2020, www.nbcnews.com/news/nbcblk/n1177991.

16 Vgl. Ryan Chittum, Bloomberg’s Viral Misquote, 29. 1. 2014, www.archives.cjr.org/the_audit/bloombergs_viral_misquote_1.php

17 Vgl. Harriet A. Washington, Deadly Monopolies: The Shocking Corporate Takeover of Life Itself – And the Consequences for Your Health and Our Medical Future, New York City 2012.

18 Vgl. dies., How Environmental Racism is Fuelling the Coronavirus Pandemic, 19. 5. 2020, www.nature.com/articles/d41586-020-01453-y.



Die Ex-Stadträtin von Tuskegee, Georgette Moon, lässt sich im Januar 2021 gegen Covid-19 impfen.
Quelle: picture alliance/AP, Jay Reeves

erschwerend hinzu, dass das medizinische Fachpersonal häufig unangemessen auf die Symptome dieser Patientengruppe reagiert, was viele Studien über Schmerzen und den *implicit bias* belegen.¹⁹ Zu erwähnen ist auch die Vernachlässigung, über die afroamerikanische Patientinnen und Patienten klagen, wie es etwa die schwarze Internistin Susan Moore aus Indianapolis tat,²⁰ ehe sie im Dezember 2020 an Covid-19 starb.

Das Impfprogramm der USA wurde inzwischen für alle Bürgerinnen und Bürger geöffnet, die aus medizinischer Sicht geimpft werden können. Das sind gute Nachrichten, doch Covid-19 wird kaum die letzte Pandemie sein, die durch

eine neuartige Infektionskrankheit über uns kommt. Wir müssen uns für die Entkräftung rassistischer Mythen einsetzen, in denen die Opfer zu Tätern gemacht werden. Stattdessen benötigen wir gerechte Impfprogramme, die der Verletzlichkeit afroamerikanischer Menschen Rechnung tragen und die „Rassenschranken“ im Gesundheitswesen nicht noch verstärken.

Übersetzung aus dem amerikanischen Englisch:
Jan Fredriksson, Senden.

19 Vgl. Kelly M. Hoffman et al., Racial Bias in Pain Assessment and Treatment Recommendations, and False Beliefs About Biological Differences Between Blacks and Whites, in: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 16/2016, S. 4296–4301.

20 Vgl. Amanda Watts/Jason Hanna, Indiana Health System Says Experts Will Examine COVID-19 Death of Black Doctor Who Accused Staff of Racist Treatment, 8. 1. 2021, www.msn.com/en-us/news/us/indiana-health-system-says-experts-will-examine-covid-19-death-of-black-doctor-who-accused-staff-of-racist-treatment/ar-BB1cADo4.

HARRIET A. WASHINGTON

ist Medizinethikerin und Publizistin und lehrt Bioethik an der Columbia University, New York City. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die Geschichte rassifizierter Ungleichheiten im US-amerikanischen Gesundheitssystem. 2021 erschien ihr jüngstes Buch „Carte Blanche. The Erosion of Medical Consent“. Twitter: @haw95

ETHISCHE IMPLIKATIONEN UND RECHTLICHER RAHMEN GLOBALER ARZNEIMITTELVERSUCHE

Mira Chang

Im Impfstoffrennen gegen die Ausbreitung des neuartigen Coronavirus hat sich erneut gezeigt, dass medizinische Forschung und Entwicklung heute keine Einzelleistungen, sondern Ergebnisse internationaler Forschungsk Kooperationen sind. Auch die finalen klinischen Entwicklungsphasen sind global angelegt. Die Pharmaunternehmen Biontech und Pfizer etwa testeten ihren Covid-19-Impfstoff vor Zulassungsantrag in den USA, in Deutschland, Brasilien, Argentinien, Südafrika und in der Türkei.

Diese Arzneimittelversuche sind klinische Prüfungen, systematische Untersuchungen von Arzneimitteln an Menschen. In deren Rahmen werden die zu untersuchenden Arzneimittel bei einer begrenzten Anzahl von Personen unter Einhaltung wissenschaftlicher Verfahren und Kriterien angewendet, um Erkenntnisse über die Sicherheit und Wirksamkeit der jeweiligen Arzneimittel zu gewinnen und um entscheiden zu können, ob sie für eine Verwendung in der medizinischen Praxis geeignet sind. Liegen dabei genügend statistisch relevante Ergebnisse vor, ist dies zurzeit die beste Methode, um sichere und wirksame Mittel zu identifizieren und sie von vermeintlichen Wundermitteln abzugrenzen, die mehr schaden als nutzen oder gar keinen Effekt haben.

Zugespitzt formuliert sind derlei Verfahren aber auch Versuche an Menschen, die das inhärente Risiko der Verdinglichung der Versuchspersonen und der Missachtung ihrer Würde und Autonomie bergen und mitunter lebensgefährlich oder zumindest gesundheitsgefährdend sein können. In der Folge besteht stets das Risiko unethischer Forschung: Ein Fallbeispiel dafür, das wegen seiner gerichtlichen Verhandlung weltweit mediale Aufmerksamkeit erlangte, ist ein Vorfall in Nigeria, wo 1996 eine Meningitis-Epidemie grassierte.⁰¹ Pfizer versuchte zu dieser Zeit, ein neues

Antibiotikum namens „Trovan“ für den US-amerikanischen Markt zu entwickeln, und nutzte die „Gunst der Stunde“ für klinische Versuche an Kindern in Nigeria. Von 200 Kindern erhielt eine Hälfte Trovan, die andere als Kontrollgruppe die Standardtherapie mit „Ceftriaxon“. Allerdings wurde der Kontrollgruppe das Ceftriaxon in verminderter Dosis gegeben, um im Verhältnis die Wirksamkeit von Trovan besser herausstellen zu können. Tierversuche hatten vorher jedoch gezeigt, dass Trovan lebensbedrohliche Nebenwirkungen hatte. Nach zwei Wochen beendete Pfizer die Versuche und verließ Nigeria ohne Nachsorge. Elf Kinder starben, dutzende verblieben blind, taub, gelähmt oder geistig behindert.

Auch von anderen Fällen unethischer Forschung ist immer wieder zu lesen. Dieser Vorwurf wiegt schwer. Doch was genau soll „ethisch“ im Sinne von „richtiger“ Forschung bedeuten? Die Prämisse ist, dass Arzneimittelforschung an sich notwendig und wünschenswert ist. Dies umfasst auch Versuche mit Menschen. Die Frage ist daher, welche Normen auf einer globalen Ebene Forschung fördern, aber gleichermaßen Probandinnen schützen und globale Teilhabe und Gerechtigkeit ermöglichen. Im Folgenden wird skizziert, wie sich ethische Handlungsanweisungen zum Rahmen des europäischen Arzneimittelrechts und des internationalen Menschenrechtsschutzes verhalten.⁰²

DER BIOETHISCHE DISKURS

Fragen zu Arzneimittelversuchen insbesondere in armen Ländern zielen in der Regel auf den Probandenschutz und das *benefit sharing* der Forschung ab. Die verbindende Klammer ist meist die Grundsatzfrage, ob es nicht ausbeuterisch sei, wenn multinationale Pharmaunternehmen klinische Forschung in armen Ländern durchführen.

Das Spektrum der aufgeworfenen Fragen, die sich bei globalen klinischen Versuchen insbesondere in armen Ländern stellen, umfasst etwa: Wurden die Probandinnen umfassend aufgeklärt und haben sie alle relevanten Vorgänge verstanden? Was, wenn sie nur eine Sprache sprechen, die nicht der Verkehrssprache entspricht? Was, wenn sie nicht richtig lesen und schreiben können? Ist das wissenschaftliche Konzept trotz mangelnder formaler Bildung verstanden worden? Auf welcher Ebene reicht ein laienhaftes Verständnis? Wie freiwillig ist die Entscheidung, teilzunehmen, wenn es sonst keine bezahlbare oder zugängliche Chance auf Behandlung gibt? Sollte eine Bezahlung möglich sein? War die Teilnahme – etwa in patriarchal geprägten Gegenden – wirklich die Entscheidung der Frau und nicht die ihres Ehemannes? Kann sie teilnehmen, auch wenn ihr Ehemann widerspricht? Haben die Eltern der Kinder eingewilligt? Sollte das 10-jährige Kind selbst einwilligen können? Das 16-jährige? Sollte man Kinder überhaupt einbeziehen? Wie können Erkenntnisse über die Wirkung von Arzneimitteln bei Kindern erlangt werden? Hatten beispielsweise Soldaten oder Inhaftierte in ihren extremen Abhängigkeitsverhältnissen wirklich eine Wahl? Wird sichergestellt, dass teilnehmende Frauen nicht schwanger sind oder werden? Wurden genug Frauen einbezogen, damit die Aussagen nicht nur für Männer getroffen werden können? Kann ein Studiendesign eine Placebo-Kontrolle zum Beispiel in Burkina Faso vorsehen, wenn in den USA gegen eine Standardtherapie getestet wird (die aber sehr teuer ist)? Was, wenn die Standardtherapie in Burkina Faso schlicht nicht zugänglich ist, aber das neue Arzneimittel eine günstigere und passendere Alternative verspricht? Was, wenn ein multinationales Unternehmen eine klinische Prüfung in Bolivien durchführt, weil dies dort einfacher geht, das Mittel nach Zulassung aber nicht in Bolivien vermarktet? Was, wenn es dort vermarktet wird, aber zu teuer und damit faktisch nicht zugänglich ist? Wie verhält es sich, wenn nach der klinischen Studie Nachbehandlungen notwendig werden, die dort nicht verfügbar sind? Und ist all dies nicht besser als gar keine Versorgung?

01 Vgl. United States Court of Appeals 2nd Circuit, *Abdullahi v. Pfizer*, 30. 1. 2009, 562 F.3d 163.

02 Im Folgenden nach Mira Chang, *Ungerechtfertigte Ethik. Über die Legitimität ethischer Guidelines und das Desiderat eines Menschenrechtsparadigmas globaler Arzneimittelversuche*, Berlin 2017.

Diese Fragen sind stark verkürzt. Sie lassen sich im Detail nicht immer intuitiv beantworten und sind im bioethischen Diskurs stark umstritten. Aufgabe der Bioethik ist es indes, gerade durch eine erweiterte interdisziplinäre Perspektive größere Zusammenhänge aufzudecken und durch moralische Reflexion zu Erkenntnissen zu gelangen, um normative Aussagen über Handlungsmöglichkeiten innerhalb der so genannten Lebenswissenschaften zu treffen, zu deren Beantwortung intuitive moralische Reflexe nicht genügen.⁰³

Dabei kann die Bioethik auf einen reichen Erfahrungsschatz zurückgreifen. Historisch gesehen sind Humanexperimente traditioneller Regelungsgegenstand der Medizin- und Bioethik. Die Fragen, ob und welche Normen Ärztinnen bei Versuchen an Menschen zu befolgen haben, sind seit Jahrhunderten Gegenstand der ethischen Auseinandersetzung. Auch über Forschung in armen Ländern wird im internationalen bioethischen Diskurs seit Langem kontrovers diskutiert. Gibt es demnach zumindest in Ansätzen so etwas wie einen Konsens dafür, was nun moralisch richtig ist?

Sicherlich nicht im Detail. Es bestehen weiterhin moralische Streitpunkte mit jeweils auf den ersten Blick stichhaltigen Argumenten, die jede vertretene Position gleichermaßen stützen können. Kennzeichen der Bioethik ist ihre wenig dogmatische, vielmehr pragmatische Anwendungsorientierung, die sich von einem Vorteil in einen Nachteil verkehrt, wenn die eklektische Wahl verschiedener Positionen unterschiedlicher Moraltheorien zu Orientierungslosigkeit führt, da im Zweifel die Grundkontroversen der Ethik neu ausgefochten oder verdeckt werden. Die Pluralität der Strömungen und moralischen Grundpositionen, die den Diskurs bestimmt, offenbart auch den diesem eigenen Dissens. Viele praktische moralische Fragen erfordern eine Orientierung an Moraltheorien, und bereits die Feststellung moralischer Probleme hängt davon ab, welche ethischen Theorien oder Konzeptionen zugrunde gelegt werden.

Die Fragen, die sich bei der Ausgestaltung und Durchführung von Arzneimittelversuchen in armen Ländern stellen, werden nach verschiedenen Moraltheorien diskutiert: Nach hand-

03 Vgl. Marcus Düwell/Klaus Steigleder, *Bioethik – Zu Geschichte, Bedeutung und Aufgaben*, in: dies. (Hrsg.), *Bioethik*, Frankfurt/M. 2003, S. 12–37, hier S. 29 ff.

lungsbasierten konsequentialistischen (Utilitarismus) und regelbasierten konsequentialistischen Moraltheorien (Deontologie), nach einer Tugendethik, theologischen Ethik, Kasuistik, narrativen Ethik, Fürsorglichkeitsethik, Prinzipienethik oder feministischen Ethik. Je nachdem, welche Moraltheorie oder Strömung zugrunde gelegt wird, hat dies unmittelbare Auswirkungen auf die Bewertung und Konturierung der praktischen Fragen.

Dies zeigt sich etwa darin, wie viel Relevanz der Autonomie von Versuchspersonen beigemessen wird und wie sie begründet wird. Nach utilitaristischer Theorie könnte argumentiert werden, dass es allein ausschlaggebend ist, dass ein vielversprechendes Arzneimittel an Personen getestet wird, ohne dass es auf deren Einwilligung ankäme. Dem Ziel, viele Personen schnell zu rekrutieren, wäre es aber sehr viel zuträglicher, eine Teilnahme zur freien Entscheidung zu stellen. Auf die Motivation käme es gerade nicht an. Nach deontologischer kantianischer Theorie wäre es indes mit der Menschenwürde nicht vereinbar, Versuchspersonen als bloße Mittel zum Zweck des Versuchs zu erachten. Nach anderen Ansätzen wie etwa der Tugendethik käme es auf die Versuchspersonen nur mittelbar an, da auf die tugendhaft handelnde Ärztin abgestellt würde, die in ihrer Tugendhaftigkeit die Freiwilligkeit und Aufgeklärtheit der Versuchsperson gegebenenfalls feststellen würde. Nach kasuistischen oder narrativen Ansätzen ließe sich eine Antwort nur in der konkreten Situation anhand des Vergleichs vieler ähnlicher Situationen beantworten. Ein theologischer Ansatz, eine Fürsorglichkeitsethik, Prinzipienethik oder feministische Ethik kämen wiederum zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Angesichts vieler divergierender Theorien und Ansätze ist es nicht möglich, einen Konsens zu finden. Wesentliche ethische Streitpunkte, die bezüglich der Arzneimittelforschung in armen Ländern bestehen, sind aufgrund der zugrunde liegenden moralischen Grundstreitigkeiten im ethischen Diskurs nicht durch bloße Argumentation aufzulösen.

VERWEISE AUF ETHISCHE NORMEN IM EUROPÄISCHEN RECHTSRAHMEN

Bei Betrachtung europäischer rechtlicher Regelungen von klinischen Prüfungen und Arz-

neimittelzulassungen ist zunächst auffällig, wie umfangreich diese sind. Hinsichtlich des Probandenschutzes sind aber lediglich Verweise auf „ethische Normen“ eingesprenkelt.

Genehmigung, Herstellung, Vertrieb, Verwendung und Überwachung sind auf europäischer Ebene weitestgehend harmonisiert. Das heißt, die EU gibt Richtlinien vor, die von den Mitgliedstaaten umgesetzt werden müssen, oder erlässt Verordnungen, die unmittelbar in den Mitgliedstaaten gelten. Zentrale Richtlinie ist der konsolidierte Gemeinschaftskodex RL 2001/83/EG, dessen oberstes Ziel es ist, den wirksamen Schutz der öffentlichen Gesundheit zu gewährleisten. Nach diesem Kodex müssen Arzneimittel zugelassen werden, bevor sie in Verkehr gebracht werden können. Für die Zulassung müssen wiederum umfangreiche Ergebnisse vorklinischer und klinischer Prüfungen vorgelegt werden.

Für klinische Prüfungen ist vor allem die konsolidierte Verordnung VO 536/2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln maßgeblich. Hinzu kommen Guidelines der Europäischen Kommission und der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA). In Deutschland setzt vor allem das Arzneimittelgesetz (AMG) europarechtliche Vorgaben um und trifft Regelungen in nicht harmonisierten Bereichen.

Ziel der Richtlinien und Verordnungen zur „guten klinischen Praxis“ ist es, „die Rechte, die Sicherheit, die Würde und das Wohl der Prüfungsteilnehmer [zu schützen], und [dass] die in ihrem Rahmen gewonnenen Daten (...) zuverlässig und belastbar sein [sollen].“⁰⁴ Beim Probandenschutz finden sich hier auch Verweise auf „ethische Erwägungen“. So müssen beispielsweise alle klinischen Prüfungen vorab genehmigt werden. Laut Artikel 4 (1) wird eine „klinische Prüfung [... einer] wissenschaftlichen und ethischen Überprüfung unterzogen“, bevor sie genehmigt wird. Die ethische Überprüfung erfolgt dabei durch eine „Ethikkommission“. Die Überprüfung erfolgt „gemäß der Verordnung“.

Diese Verordnung entspricht dabei wiederum „den wichtigsten internationalen Leitfäden zu klinischen Prüfungen, wie der Fassung 2008 der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes,

04 Verordnung (EU) Nr. 536/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. April 2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG.

und der guten klinischen Praxis, die in der Deklaration von Helsinki ihren Ursprung hat.“

Die gute klinische Praxis wird in Artikel 2 (2) definiert als „ein Katalog detaillierter ethischer und wissenschaftlicher Qualitätsanforderungen, die bei der Planung, Aus- und Durchführung, Überwachung, Prüfung, Aufzeichnung und Analyse klinischer Prüfungen sowie bei der Berichterstattung darüber eingehalten werden müssen, mit denen sichergestellt wird, dass die Rechte, die Sicherheit und das Wohl der Prüfungsteilnehmer geschützt werden und die im Rahmen der klinischen Prüfung gewonnenen Daten zuverlässig und belastbar sind“.

Verweise sowohl auf die gute klinische Praxis als auch auf „ethische Anforderungen“ finden sich noch an anderen Stellen. Was genau damit gemeint ist, ist allerdings nicht offensichtlich. Die Rechtsnormen scheinen hier aber einen Rekurs auf bestimmte Ethikguidelines zu nehmen, die dem Gesetzgeber einen „internationalen ethischen Standard“ vorgeben.

ETHIKGUIDELINES

Die wichtigste in den Rechtsnormen referenzierte Ethikguideline ist die Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes (WMA). Die WMA ist ein privatrechtlicher Verbund nationaler Ärztekammern. Das Gründungstreffen der WMA fand 1947 nur einen Monat nach den Urteilsverkündungen im Nürnberger Ärzteprozess statt. Die gesamte Anfangszeit des Bundes stand im Zeichen der von deutschen Ärzten begangenen Verbrechen während der Nazi-Herrschaft. Einige Jahre später, nämlich 1964, beschloss die WMA die Deklaration von Helsinki als erstes internationales Regelwerk zu Arzneimittelversuchen an Menschen.

Die Deklaration von Helsinki ist zwar nicht völkerrechtlich bindend, hat gleichwohl aber wesentlichen Einfluss auf die internationale wie nationale Rechtsetzung ausgeübt. So wirkt sie maßgeblich auf die Berufsmoral von Ärztinnen (durch Rezeption in nationales Recht mitunter auch rechtlich bindend). Als eine der ersten normativen Kodifikationen ethischer Verhaltensweisen in der Forschung an Menschen hat sie im Laufe der Jahrzehnte ihres Bestehens die Forschungsethik mitgeformt. Sie wirkte lange Zeit als Modell und Vorbild für viele nationale Regelungen. Sie konnte insofern Standards setzen, als

auch nationale Regelungen explizit wie implizit auf sie Bezug nahmen.

Die Beachtung der Deklaration von Helsinki wird neben anderen zudem als Bedingung für Forschungsfinanzierung verlangt; nicht zuletzt deshalb, weil führende wissenschaftliche Zeitschriften nur Ergebnisse solcher Forschung publizieren, die diese Standards beachtet. Internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das UN-Programm für HIV/Aids (UNAIDS) empfehlen zudem in Handbüchern, bestimmte Guidelines wie die Deklaration von Helsinki zu beachten. Dies führt dazu, dass geradezu reflexhaft auf sie Bezug genommen wird, um die ethische Lauterkeit der Forschung zu betonen.

Insofern kann sich kein Akteur den Handlungsanweisungen dieser und anderer Ethikguidelines komplett entziehen. Sie ist dabei Produkt einer privaten Vereinigung, die formal keinen demokratischen Legitimationsanforderungen unterworfen ist. Sie *wirkt* jedoch wie ein funktionales Äquivalent zur Ausübung internationaler öffentlicher Gewalt, fast als sei sie ein quasirechtliches Abkommen.⁰⁵ Wenn sie aber wie ein öffentlich-rechtlicher Akt wirkt, sollte sie auch den Legitimationsanforderungen genügen. Sie weist jedoch an diesen gemessen Defizite hinsichtlich Vertretungsgerechtigkeit und Verfahrensfairness auf, insofern etwa reichere Länder stark überrepräsentiert sind, was teilweise durch die verfolgte Mitglieder- und Abstimmungspolitik verstärkt wird. Auch in der konkreten Problemlösung helfen die Guidelines nur bedingt. Zur wichtigen Frage des Schutzes von Versuchspersonen bleiben sie oftmals vage und unbestimmt. Wichtige Aspekte der Arzneimittelforschung und zentrale ethische Streitpunkte werden mitunter gar nicht angesprochen.

MENSCHENRECHTSSCHUTZ

Die völkerrechtliche Antwort auf Bedrohungen des Individuums liegt im internationalen Menschenrechtsschutz. Fragen der klassischen Medizin- und Bioethik sind traditionell als ethische

⁰⁵ Vgl. Armin von Bogdandy/Philipp Dann/Matthias Goldmann, Developing the Publicness of Public International Law: Towards a Legal Framework for Global Governance Activities, in: Armin von Bogdandy et al. (Hrsg.), *The Exercise of Public Authority by International Institutions*, Berlin–Heidelberg 2010, S. 3–32.

Fragen wahrgenommen worden und weniger als solche internationalen Rechts. Dies zeigt sich auch darin, dass der moderne Menschenrechtsschutz sowie die moderne Bioethik ihren gemeinsamen Ursprung in der Aufbereitung des Zweiten Weltkrieges in den Nürnberger Prozessen hatten, in dem Versuch, eine Wiederholung dieser Gräueltaten zu verhindern. Die Deklaration von Helsinki von 1964 und die Menschenrechtspakte der Vereinten Nationen von 1966 sind in die gleiche Zeit gefallen. Beide Regime entwickelten sich jedoch zunächst relativ unabhängig voneinander. In das Blickfeld des Menschenrechtsdiskurses sind Fragen der Forschung an Menschen erst später gekommen, obwohl und gerade auch weil diese Aspekte von vornherein im Menschenrechtssystem mitbedacht waren, wie Artikel 7 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte (IPbPR) zeigt: „Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden.“⁰⁶

Seit den 1990er Jahren sind zudem einige unverbindliche Übereinkommen erzielt worden, die bioethische Themen behandeln, insbesondere die Universal Declaration on Bioethics and Human Rights der UNESCO sowie rechtlich verbindliche Übereinkommen auf regionaler Ebene, etwa die Biomedizinkonvention des Europarates und ihre Zusatzprotokolle.

Dies hat die Frage aufgeworfen, wie genau die Konzepte von Bioethik und Menschenrechten zusammenkommen können und ob gar der Menschenrechtsansatz die Bioethik ablösen könnte, oder aber, ob sich die medizinische Ethik unter den Menschenrechtsschutz subsumieren ließe. Aus rechtspositivistischer Perspektive ist festzuhalten, dass ungeachtet der Diskussionen im bioethischen Diskurs die Biomedizinkonvention und ihre Zusatzprotokolle als völkerrechtliche Abkommen Rechtsgeltung beanspruchen. Die Biomedizinkonvention und ihre Zusatzprotokolle sowie die UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, die unter anderem den Schutz der Würde, des Lebens, der Integrität und Gesundheit von einzelnen Menschen normieren, weisen zwar Überschneidungen mit dem

ethischen Diskurs und Ethikguidelines auf, sind jedoch als Recht beziehungsweise als *soft law* legitime Instrumente des Menschenrechtsschutzes.

Der internationale Menschenrechtsschutz zeichnet sich gegenüber dem bioethischen Diskurs durch eine dezidierte Dogmatik aus, die sich in Auslegungs- und Abwägungsregeln widerspiegelt. Darüber hinaus begründet die Menschenwürde die universale Geltung der Menschenrechte. Da Versuchen an Menschen das Potenzial der Würdeverletzung inhärent ist, sind aus der Geltung der Menschenwürde Grundsätze für die Durchführung von Versuchen zu ziehen. Die Gefahr der Instrumentalisierung von Versuchspersonen, um wissenschaftliche Erkenntnisse zu erlangen, liegt auf der Hand. Fragen, wie etwa, ob Versuche zulässig sein sollten, die für Einzelne schädlich, aber zum Nutzen vieler sind, können damit im Grundsatz beantwortet werden. Werden die Bestimmungen der Arzneimittelforschung im Lichte der Menschenwürde als Basis aller Menschenrechte betrachtet, wird deutlich, dass damit eine äußerste Grenze formuliert wird. Zwar ist Forschung zum Wohle aller dringend notwendig, jedoch muss der Schutz vor der Verdinglichung der einzelnen Versuchsperson die absolute Grenze der Abwägung der Risiken der Einzelnen gegenüber jedem Nutzen sein.

Darüber hinaus werden konkretere Streitpunkte der Forschung an Menschen von spezifischen Abkommen geregelt. Vor allem aber ist für sie auch der allgemeine Menschenrechtsschutz relevant. Über Artikel 7 IPbPR hinaus spielen unter anderem Menschenrechte wie das Recht auf Leben und auf körperliche Integrität, das Verbot unmenschlicher Behandlung sowie Teilhaberechte eine wichtige Rolle. Insbesondere das Recht auf Gesundheit wird zunehmend in einer Weise interpretiert, die dieses Recht zum Zentrum eines ausführlichen Schutzes von Versuchspersonen und ihrer Autonomie in der Forschung an Menschen gestaltet.

Grundsätzlich zeigt sich, dass der allgemeine Menschenrechtsschutz Fragen der Forschung an Menschen nicht immer im Detail beantwortet, aber äußere Grenzen und Mindestanforderungen aufzeigt. Dies wird etwa beim Grundsatz der informierten Einwilligung deutlich. Spezifischere Abkommen mögen Detailfragen beantworten. Bereiche der Arzneimittelforschung an Menschen, die im Weiteren das Recht auf Leben oder das Recht auf Zugang zu essenziellen Arz-

⁰⁶ Vereinte Nationen, Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte vom 16. 12. 1966.

neimitteln betreffen, sind von Menschenrechten zumindest in Grundsätzen normiert, auch wenn sie nicht spezifiziert sind, wie etwa das Verbot bestimmter Studiendesigns.

Der Menschenrechtsschutz hat insbesondere auch die Stärkung und Gleichbehandlung benachteiligter Personengruppen und den Schutz besonders schwacher Personen zum Ziel. Daher ist das Konzept vulnerabler Personen in dieser Bezeichnung zwar bioethischer Herkunft, in anderer Diktion ist es aber auch Basis des Menschenrechtsschutzes. Übereinkommen zum Schutz von Kindern und Behinderten sowie gegen die Diskriminierung von Frauen, ethnischen Minderheiten und Geflüchteten sowie Indigenen umfassen Rechte, die selbstverständlich auch in der Arzneimittelforschung zu beachten sind. Hinsichtlich unfreier Personen sind die völkerrechtlichen Instrumente schließlich reflektierter als Ethikrichtlinien, in denen diesen Konstellationen kaum Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Hinsichtlich der Verteilungsgerechtigkeit werden Pflichten zur internationalen Kooperation, die sich auch in der Verpflichtung privatwirtschaftlicher Akteure ausdrücken können, zunehmend ernst genommen. Die Menschenrechtsübereinkommen verpflichten zwar zunächst nur Staaten, diese können jedoch im Rahmen von Schutz- und Realisierungspflichten wiederum verpflichtet sein, private Akteure im Sinne der Menschenrechte zu verpflichten.

Auch wenn auf globaler Ebene noch kein rechtsverbindliches spezifisches Übereinkommen besteht, zeigen die unverbindliche UNESCO-Erklärung und die regional verbindliche Biomedizinkonvention sowie die Arbeiten des Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), dass Fragen der Forschung an Menschen originär menschenrechtliche Fragen sind.

Hinzu kommt, dass bestimmte Fragen nicht nur völkerrechtlich angesprochen werden, sondern dass zumindest das Verbot nicht-konsensueller Versuche sogar völkergewohnheitsrechtlichen Charakter erlangt hat und auch als allgemeines Rechtsprinzip zu qualifizieren ist. Das Prinzip der freien informierten Einwilligung ist damit nicht nur ein bioethischer Grundsatz, sondern ein Rechtssatz, der alle Staaten bindet.

Auch wenn die Durchsetzung internationaler Menschenrechte realiter nur allzu oft hinter Idealen zurückbleibt, ist festzuhalten, dass es sich um positives Recht mit einer dezidierten Dogmatik und der Potenz der unabhängigen Durchsetzung und einem im Kern universellen Geltungsanspruch handelt. Vor allem für legale positive Menschenrechte gilt die Vermutung der Legitimität. Die Sorge um Versuchspersonen war seit den Nürnberger Ärzteprozessen nicht zuletzt eine genuine Frage des internationalen Menschenrechtsschutzes, wie er in der Aufarbeitung des Zweiten Weltkrieges entwickelt wurde. Da Arzneimittelforschung die Würde, die Autonomie, das Leben, die Gesundheit und die Integrität von Versuchspersonen berührt, ist dies nicht allein eine Frage der Ethik, sondern genuiner Gegenstand des Menschenrechtsschutzes.

Insofern bisher nur Mindeststandards durch das internationale Menschenrechtsregime beschrieben werden und konkrete Fragen der klinischen Forschung ungeregt bleiben, ist der Rekurs auf Ethikguidelines, die an einen ethischen Diskurs rückgekoppelt sind, sinnvoll und einer Nichtregelung vorzuziehen. Was jedoch für das Verhältnis von Ethik und Recht auf nationaler Ebene zu konstatieren ist, muss auch international gelten: Der ethische Diskurs darf nicht die Geltung und Bedeutung der Menschenrechte einschränken.⁰⁷ Das wesentliche Argument liegt in der schwächeren Legitimität von Handlungsanweisungen aus der Bioethik im Gegensatz zu den Menschenrechten. Dies ist ein wesentlicher Grund, um auf ein Menschenrechtsparadigma hinzuwirken. Hinzu treten praktische Erwägungen. Beide Diskurse mögen es gleichermaßen zum Ziel haben, eine gerechtere und bessere Welt zu normieren, aber nur in einem starken Menschenrechtsrahmen können die schnelllebigen konjunkturellen Moden des bioethischen Diskurses aufgefangen werden und der Missachtung von Normen zum Schutz von Versuchspersonen entgegengewirkt werden.

MIRA CHANG

ist promovierte Juristin und leitet die Verwaltung des Goethe-Instituts Addis Abeba, Äthiopien. Sie forscht zur Ethik des globalisierten Gesundheitsregimes. mira.chang@goethe.de

⁰⁷ Vgl. Silja Vöneky, *Recht, Moral und Ethik. Grundlagen und Grenzen demokratischer Legitimation für Ethikgremien*, Tübingen 2010, S. 636f.

ETHISCHE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE PFLEGE IN DER COVID-19-PANDEMIE

Annette Riedel · Sonja Lehmeyer

Tag für Tag erbringen professionell Pflegende einen Kraftakt: Neben außerordentlichen körperlichen, psychischen und emotionalen Leistungen ist auch der beträchtliche Zeitaufwand – oft weit über die eigentliche Arbeitszeit hinausgehend – nicht zu überschätzen.

Die Covid-19-Pandemie hat dabei bestehende Ordnungsmuster und Orientierungsdirektiven erschüttert, pflegeprofessionelle Gewissheiten und pflegeethische Prämissen destabilisiert. Sie forderte die Pflegenden in Bezug auf veränderte Ansprüche und Notwendigkeiten an die und in der professionellen Pflege heraus. Neben einem neuen, bis dato nicht existenten Krankheitsbild mit zunächst schwer zuordenbaren Symptomen, kamen die erheblichen Anforderungen an das Hygienemanagement hinzu: Kontaktbeschränkungen, Freiheitseinschränkungen und Isolation zum Schutz vulnerabler Bewohner*innen und Patient*innen. Zugleich offenbart die Covid-19-Pandemie seit langer Zeit bestehende personelle, strukturelle und professionelle Engpässe, eine zunehmende Arbeitsverdichtung, soziale Ungleichheiten in den gesellschaftlich bedeutsamen beruflichen Kontexten der professionellen Pflege – und zwar in allen Pflegebereichen. Die Pandemie zeigt, dass sich das pflegerische Versorgungssystem an der Belastungsgrenze befindet.⁰¹ In Situationen hochkomplexer Versorgungsanforderungen manifestiert sich die in der Vergangenheit realisierte bloß fragmentarische Professionalisierung der pflegerischen Handlungspraxis. Diese forciert den Engpass dadurch, dass es zuletzt vornehmlich um ein Mehr an Personal ging und weniger um die umfassende und an den professionellen Anforderungen ausgerichtete Qualifikation der (zukünftigen) Pflegefachkräfte. Sowohl die effektive und effiziente Umsetzung der Hygiene- und Schutzmaßnahmen⁰² wie auch das fachlich fundierte und ethisch reflektierte Entscheiden und Handeln in Situationen der Unsicherheit fordern indes ein umfassendes

Wissen und ein hohes Kompetenzniveau. Die mangelnde Fokussierung auf eine fundierte und nachhaltige Qualifikation sowie der ausbleibende Einsatz einer angemessenen Anzahl dreijährig qualifizierter Pflegenden und/oder entsprechend weitergebildeter Fachpflegekräfte zeigen gerade in Krisensituationen, in denen Qualifikation, Analyse, Reflexion wie auch Entscheidungs- und Handlungskompetenz besonders bedeutsam sind, ihre negativen Auswirkungen.

LEHREN DER PANDEMIE

Die für die professionelle Pflege grundlegende Perspektive auf die subjektiven Bedürfnisse und situativen Bedarfe der zu pflegenden Menschen und deren An- und Zugehörigen konnten und können unter den geforderten Rahmungen vielfach nicht realisiert werden, wie folgende Beispiele zeigen:

- Die Einschränkungen der Freiheit, die einschneidenden Restriktionen des Rechts auf Selbstbestimmung wie auch die verletzten Grund- und Persönlichkeitsrechte beeinträchtigen die Lebensqualität der Bewohner*innen in der Langzeitpflege entscheidend und verletzen ihre physische und psychische Gesundheit.⁰³
- Soziale Isolation und die damit verbundene Reduktion an Teilhabe führten während der Schließung der Einrichtungen zur Reduktion von körperlichen und kognitiven Ressourcen bei den Bewohner*innen und Patient*innen.⁰⁴
- Menschen in Kliniken, auf Intensivstationen und in Einrichtungen der Langzeitpflege mussten angesichts der Besuchsverbote und der restriktiven Schutzmaßnahmen alleine, das heißt ohne die Begleitung durch An- und Zugehörige, ihren letzten Lebensweg gehen.⁰⁵
- Mit dem Coronavirus infizierte Bewohner*innen wurden nicht in Kliniken verlegt.⁰⁶

Das im Rahmen der Pandemie über einen langen Zeitraum geforderte Reagieren und Handeln unter Unsicherheit und Ungewissheit fordert nun ein neues Vertrauen und Selbstbewusstsein in die professionelle Entscheidungs- und Handlungskompetenz – über die primäre Orientierung an externen Vorgaben und restriktiven Regelwerken hinausgehend. Das heißt, nach dieser Phase der berechtigten Handlungsunsicherheit ist die professionelle Analyse-, Reflexions- und Entscheidungskompetenz grundlegend und dahingehend neu zu stärken, dass professionell Pflegende über die Kompetenzen verfügen, im Sinne der pflegebedürftigen Menschen und ihres gesamtgesellschaftlichen Auftrages fachlich und ethisch begründet, verantwortungsvoll und achtsam zu entscheiden und zu agieren („Advocacy-Funktion“). Um dieses Vertrauen wieder zu stärken, bedarf es zunächst der Einordnung und auch der ethischen Reflexion dessen, was war. Denn: Den eigenen pflegeprofessionellen An-

forderungen und pflegeethischen Ansprüchen nicht gerecht werden, Erkrankungen nicht entgegenwirken oder auch den Tod eines Menschen nicht würdevoll und menschenrechtskonform gestalten zu können, führt zu Schuldgefühlen, zu moralischer Belastung bis hin zu *moral distress* und möglicherweise gar zum Berufsausstieg. Daher gilt es, innezuhalten, Raum für retrospektive ethische Analyse und Reflexion zu schaffen. Es braucht Angebote und Maßnahmen zur moralischen Entlastung und Stärkung der Pflegenden. Daher darf es keine Option sein, nach dem erfolgten Impfschutz möglichst rasch wieder in eine pflegerische „Normalität“ zurückzukehren. Bedeutsam ist, die moralische Integrität als professionelle Pflegefachkraft wiederzuerlangen, sie zu stärken und moralische Entlastung zu erfahren, um auf dieser Basis Selbstwirksamkeit zu erleben. Es geht darum, die eigenen professionellen Kompetenzen und die professionelle Werteorientierung wieder in den Mittelpunkt zu rücken und als Kernbereich der professionellen Pflege zu etablieren.

01 Vgl. International Council of Nurses (ICN), Covid-19 Update, 13. 1. 2021, www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID19%20update%20report%20FINAL.pdf; Nationale Ethikkommission der Schweiz (NEK/CNE), Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege – Ethische Erwägungen im Kontext der Corona-Pandemie, 8. 5. 2020, www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK_Stellungnahme_Schutz_der_Persoelichkeit_in_Institutionen_der_Langzeitpflege_-_final.pdf; Berta M. Schrems, Nach der Krise ist vor der Krise oder: Nothing Changes if Nothing Changes, in: Pflege 1/2021, S. 1–25; Deutscher Ethikrat, Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie. Ad-Hoc-Empfehlung, 18. 12. 2020, www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-langzeitpflege.pdf; ders., Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-Hoc-Empfehlung, 27. 3. 2020, www.ethikrat.org/mitteilungen/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise.

02 Vgl. NEK/CNE (Anm. 1), S. 2.

03 Vgl. NEK/CNE, Politische Entscheidungsfindung zu Massnahmen zur Eindämmung der Sars-CoV-2 Pandemie: Ethische Grundlagen, 15. 3. 2021, www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK-CNE_2021_Stellungnahme_Massnahmen_Corona.pdf; Heidi Albisser Schleger et al., Solidarität und Verantwortung in der Pandemie, in: Schweizerische Ärztezeitung 5/2021, S. 165 ff.

04 Vgl. Franziska D. Welzel et al., Gesundheitliche Folgen sozialer Isolation: Qualitative Studie zu psychosozialen Belastungen und Ressourcen älterer Menschen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 3/2021, S. 334–341.

05 Vgl. ICN (Anm. 1); Laura Heath et al., Palliative Care During COVID-19: Data and Visits from Loved Ones, in: American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 11/2020, S. 988–991.

06 Vgl. Albisser Schleger et al. (Anm. 3).

Im Folgenden legen wir den Schwerpunkt auf das moralische Belastungserleben der professionell Pflegenden. Die moralische Belastung (neben der physischen, der psychischen, der emotionalen und der gesundheitlichen) kann mit ein bedeutsamer Grund dafür sein, dass Pflegende im Kontext der Pandemie (psychisch) krank werden, den Berufsverbleib infrage stellen oder den Beruf verlassen.⁰⁷ Die Ursachen dieser Belastung liegen möglicherweise in fehlenden Ethikkompetenzen, fehlendem moralischen Mut der professionell Pflegenden und einer fehlenden oder nicht gelebten Ethikkultur.⁰⁸

Es gilt, die Notwendigkeit der moralischen Entlastung – einhergehend mit der Reflexion der individuellen und situativen moralischen Sensibilität und dem Bewusstsein für unauflösbare ethische Dilemma- und Konfliktsituationen – herauszustellen, die Bedeutsamkeit der (retrospektiven) Analyse und Reflexion moralisch

07 Vgl. Daniel Sperling, Ethical Dilemmas, Perceived Risk, and Motivation Among Nurses During the COVID-19 Pandemic, in: Nursing Ethics, 1/2021, S. 9–22.

08 Vgl. Annette Riedel/Sonja Lehmeier, Organisationsethik in der stationären Langzeitpflege aus der Pflege heraus und mit der Pflege entwickeln – Professionelle Besonderheiten als Motiv und als intrinsische Motivation in den strukturierten Entwicklungs- und Implementierungsprozess einbinden, in: dies. (Hrsg.), Ethik im Gesundheitswesen, Berlin-Heidelberg 2021.

belastender Situationen, aber auch die Bedeutung einer Ethikkultur in Zeiten der Krise und Unsicherheit herauszuarbeiten.

ETHISCHE KONFLIKTE UND MORALISCHE BELASTUNG

Public-Health-Krisen wie die Covid-19-Pandemie stellen die Gesellschaft und insbesondere auch die Gesundheitsberufe vor erhebliche ethische Herausforderungen, sie machen Menschen, die bereits verletzlich sind, noch verletzlicher. Sie fordern ethische Sensibilität und Verantwortung für menschenwürdige Lebensräume und Versorgungssituationen wie auch für Lebensqualität und Lebensschutz. Die ethischen Fragen im Großen (in der Gesellschaft) haben sich vielfach auch im Kleinen (in den Institutionen des Gesundheitswesens) gestellt. Nachfolgend liegt der Fokus auf den ethischen Konfliktfeldern, mit denen professionell Pflegende konfrontiert waren (Mikroebene). Für die Führungskräfte oder auch die Träger und Verbände waren es teilweise andere Fragen (beispielsweise Ressourcenfragen, Auslastungsfragen, Refinanzierungsfragen).⁰⁹ Letztere sind als Protagonisten indes wiederum relevant, wenn es darum geht, die Vernetzung der Versorgungsstrukturen abzusichern, aber auch, um die Rahmenbedingungen für die moralische Entlastung durch die Organisationsethik zu eröffnen (Mesoebene). Der politische Handlungsbedarf (Makroebene) wird nachfolgend ebenfalls wiederholt angesprochen, insbesondere in Bezug auf die bedarfsgerechte Personalausstattung, die wesentlich Einfluss auf die psychischen und physischen Belastungen des Pflegepersonals nimmt.¹⁰

Wie also wurden professionell Pflegende von der Pandemie auf einer moralischen Ebene getroffen? Pflegende in den Einrichtungen der Langzeitpflege wurden mit den Vorgaben der Isolation und Kontaktbeschränkung konfrontiert, die Infektionen reduzierten beziehungsweise deren Ausbreitung verhinderten. Angesichts des Handelns unter Unsicherheit wurden Pflegende in

der Pandemie wiederholt mit der Frage konfrontiert, ob Interventionen und Schutzmaßnahmen geeignet beziehungsweise erforderlich sind. Neben der fachlichen Expertise, gemäß den Hygienevorgaben zu entscheiden, ging es vielfach auch um die ethische Abwägung und um eine ethisch begründete Entscheidungsfindung. Ein wiederkehrender ethischer Konflikt ergab sich aus dem Spannungsfeld zwischen der Freiheit der Bewohner*innen und Patient*innen und dem Schutz des Lebens, dem Schutz vor der Infektion mittels Isolation.

Um diesen ethischen Konflikt angesichts der Hygieneanforderungen auszubalancieren, traten insbesondere die Prämissen der Verhältnismäßigkeit einer Intervention und der Legitimation der Einschränkung von Grundrechten in den Fokus. Der Lebens- und Infektionsschutz der Bewohner*innen in der Langzeitpflege wie auch in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe ließ vielfach die pflegebezogenen Maßnahmen in den Hintergrund rücken, die die Lebensqualität, Privatheit, soziale Teilhabe, die Entscheidungsfreiheit, Selbstbestimmung sowie die leibliche und seelische Integrität der Bewohner*innen fördern. Die Einschnitte in die Persönlichkeitsrechte und die räumliche und soziale Isolation waren vor allem für die Menschen mit kognitiven Veränderungen schwer nachvollziehbar und vielfach nur durch die Einschränkung ihrer Selbstbestimmung und Freiheit realisierbar.¹¹ Die in diesem Kontext ergriffenen Maßnahmen und pflegebezogenen Konsequenzen standen vielfach dem professionellen Auftrag und dem pflegeprofessionellen Verständnis entgegen. Sie widersprachen auch den ethischen Prämissen professionellen Handelns,¹² wie diese zum Beispiel im Ethikkodex des International Council of Nurses formuliert sind.¹³

Vielmehr fühlten sich die professionell Pflegenden verantwortlich dafür, die Restriktionen umzusetzen und gleichzeitig die Verhältnismäßigkeit zu wahren. Die Situation, sich nicht an den gültigen ethischen Werten orientieren zu

⁰⁹ Vgl. Roger Newham/Alistair Hewison, Covid-19, Ethical Nursing Management and Codes of Conduct: An Analysis, in: *Nursing Ethics* 1/2021, S. 82–90.

¹⁰ Vgl. hierzu auch Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19, 12.5.2020, www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf.

¹¹ Vgl. NEK/CNE (Anm. 1).

¹² Vgl. Sperling (Anm. 7); Yuxiu Jia et al., Nurses' Ethical Challenges Caring for People with COVID-19: A Qualitative Study, in: *Nursing Ethics* 1/2021, S. 33–45.

¹³ Vgl. ICN, The ICN Code of Ethics for Nurses, 2012, www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfor-nurses_%20eng.pdf.

können und die Verantwortung für Entscheidungen übernehmen zu müssen beziehungsweise Entscheidungen mittragen zu müssen, die nicht dem professionellen Werteverständnis entsprechen, führt zu moralischem Belastungserleben. Wiederkehrendes oder sich potenzierendes moralisches Belastungserleben wird als Stimulanz und Ursache von moralischem Stress – als psychologische Reaktion – angesehen.

Hinzu kommt, dass ein sehr großer Anteil aller an und mit Covid-19 verstorbenen Menschen in den Industrieländern ältere Bewohner*innen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen¹⁴ beziehungsweise ältere und hochaltrige Menschen sind.¹⁵ Die Pflegenden in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege wie auch die Pflegenden auf Intensivstationen mussten die Erfahrung machen, dass Menschen ohne einen letzten Kontakt mit An- und Zugehörigen gestorben sind.¹⁶ Dies stand Ansprüchen einer angemessenen und an der Palliative Care ausgerichteten Begleitung in der letzten Lebensphase und im Sterben entgegen und verursachte bei den professionell Pflegenden moralisches Belastungserleben und *moral distress*.¹⁷ Genuine Prämissen der Palliative Care wie die Förderung der Lebens- und Sterbensqualität, die Förderung der Selbstbestimmung und der Einbezug der An- und Zugehörigen wie auch das Lindern von Leiden auf der psychischen, sozialen und spirituellen Ebene waren erheblich eingeschränkt oder gar unmöglich.¹⁸ Neben der belastenden Situation, zentrale Werte verletzt zu haben, kommen in einer rückblickenden ethischen Reflexion möglicherweise noch Schuldgefühle mit Blick darauf hinzu, die Sterbenden, die Toten, aber auch die Trauernden alleine gelassen zu haben.

Bereits an diesen beiden Beispielen wird die Mehrdimensionalität der potenziellen Belas-

tungen deutlich.¹⁹ Parallel zu dem erheblichen physischen, psychischen und emotionalen Belastungserleben der professionell Pflegenden ist zugleich das moralische Belastungserleben bedeutend. Angesichts dieser enormen Belastungen ist es geboten, die professionell Pflegenden moralisch zu entlasten – und eine bewusste und unterstützende Ethikkultur zu etablieren und zu leben.

MORALISCHE ENTLASTUNG UND GELEBTE ETHIKKULTUR

In Studien wird darauf verwiesen, dass moralischer Stress bei Pflegenden – als ein komplexes individuelles Phänomen²⁰ – im Kontext und angesichts der Pandemie eine beachtliche Rolle spielt, dem es sich zu widmen gilt, um den damit einhergehenden Konsequenzen entgegenzuwirken.²¹ Denn: Die subjektiven Auswirkungen von *moral distress* auf die Betroffenen – im Rahmen, aber auch im Nachgang der Pandemie – sind vielfältig und können bis hin zu Burn-out-Syndromen oder gar zum Berufsausstieg führen.²² In der Versorgung der Patient*innen selbst führt *moral distress* zu Qualitätseinbußen in der professionellen Pflege, Versorgung und Begleitung.²³

Im Sinne der Pflegenden und ihrer Professionalität, aber auch, um ihnen ethische Reflexion und nachhaltige moralische Entlastung zu ermöglichen, sind organisationsethische Strukturen nötig. Organisationsethik sucht „nach den strukturellen Rahmenbedingungen einer Organisation, welche das alltagsethische Handeln in der alltäglichen Praxis ermöglichen“.²⁴ Fehlen indes Strukturen der Reflexion (wie ethische Fallbesprechungen, Prozesse der Ethik-Leitlinien-Entwicklung, Ethik-Visiten oder Ethik-Cafés), verbleiben moralisches Unbehagen und verfestigt sich moralischer Stress, verdichtet sich Hand-

14 Vgl. NEK/CNE (Anm. 1).

15 Vgl. Alexander Rommel et al., Bevölkerung mit einem erhöhten Risiko für schwere COVID-19-Verläufe in Deutschland, Auswertung der Studie GEDA 2019/2020-EHS, in: *Journal in Health Monitoring* 6/2021, S. 1–14.

16 Vgl. Heath et al. (Anm. 5).

17 Vgl. Ingrid Miljeteig et al., Priority-Setting Dilemmas, Moral Distress and Support Experienced by Nurses and Physicians in the Early Phase of the COVID-19 Pandemic in Norway, in: *Nursing Ethics* 1/2021, S. 66–81.

18 Vgl. William E. Rosa/Patricia M. Davidson, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Strengthening Our Resolve to Achieve Universal Palliative Care, in: *International Nursing Review* 2/2020, S. 160–163.

19 Vgl. Sperling (Anm. 7).

20 Vgl. Mary C. Corley, Moralischer Stress von Pflegenden: Vorschlag für eine Theorie und für eine Forschungsagenda, in: Nikola Biller-Andorno et al. (Hrsg.), *Medizinethik*, Wiesbaden 2021, S. 221–244.

21 Vgl. Jia et al. (Anm. 12); Sperling (Anm. 7).

22 Vgl. Jia et al. (Anm. 12).

23 Vgl. Sperling (Anm. 7).

24 Heidi Albisser Schleger, Implementierung von METAP II in der Praxis – Varianten und Empfehlungen, in: dies. (Hrsg.), *METAP II – Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege*, Bd. 2, Basel 2019, S. 169–192, hier: S. 184.

lungsunsicherheit oder gar Handlungsunvermögen, staut sich die moralische Belastung auf und leidet die Gesundheit.

Eine gelebte Organisationsethik und ein angemessenes, etabliertes und gelebtes moralisches Klima sind im Kontext von Krisen wie der Covid-19-Pandemie alternativlos.²⁵ Es geht im Sinne einer professionellen Ethik und der ethischen Verantwortung der professionell Pflegenden darum, den Perspektivwechsel zu eröffnen und ein ethisch gut begründetes und ethisch verantwortetes Handeln zu ermöglichen.²⁶

Ethische Sensibilität wie auch die Fähigkeit, ethisch belastende Situationen und/oder ethische Konfliktsituationen zu identifizieren und zu benennen, fordern spezifische Ethikkompetenzen ein. Ethische Bildungsprozesse sind somit als wichtige Maßnahmen zu betrachten, um auf ethische Herausforderungen und Konflikte im Rahmen von Krisensituationen wie auch in Situationen der moralischen Verunsicherung und Unsicherheit ethisch reflektiert und kompetent reagieren zu können und in der Folge moralisches Belastungserleben bestenfalls zu verhindern, zumindest aber zu reduzieren.²⁷

Noch nie war es – angesichts der wie unter einem Brennglas sichtbar gewordenen Missstände – in den Bereichen der Pflege- und Sorgearbeit so relevant, für moralische Entlastung zu sorgen, entsprechende institutionelle Rahmungen zu schaffen und ethische Bildung zu forcieren. Insbesondere im Sinne der Gesundheit der professionell Pflegenden und ihrer pflegeberuflichen Integrität, aber auch im Sinne der Achtung professionell-ethischer Standards und der Pflegequalität für die Pflegebedürftigen wie auch im Hinblick auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung an sich,²⁸ fordern diese drängenden Desiderate klare Akzentsetzungen seitens der Sozialpolitik, der Verbände und Träger.

WAS AUS DER PANDEMIE FÜR DIE PFLEGE FOLGT

Die französische Philosophin Monique Lanoix sprach im Kontext der Covid-19-Pandemie von

²⁵ Vgl. Miljeteig et al. (Anm. 17).

²⁶ Vgl. Sperling (Anm. 7); Riedel/Lehmeyer (Anm. 8); Jia et al. (Anm. 12).

²⁷ Vgl. Riedel/Lehmeyer (Anm. 8).

²⁸ Vgl. ICN (Anm. 1); Miljeteig et al. (Anm. 17).

einer „humanitären Krise“ in der Langzeitpflege.²⁹ Diese darf sich weder für die Bewohner*innen und ihre An- und Zugehörigen noch für die professionell Pflegenden wiederholen. Die Pandemie ist folglich nicht ausschließlich eine gesundheitliche Krise, sie verweist zugleich auf die professionellen, institutionellen und strukturellen Verwundbarkeiten. „Die Covid-19-Pandemie zeigt uns wie durch ein Vergrößerungsglas alle Dilemmata auf allen Pflegeebenen und in allen Settings auf; Dilemmata, die bereits bestanden und nach der Pandemie bestehen und sich verschärfen werden.“³⁰ Neben den Erkrankten und pflegebedürftigen Menschen waren und sind insbesondere die Pflegenden selbst im Kontext der Pandemie vielfältigen Gefährdungen und Belastungen ausgesetzt. Sie sind in der Folge besonders schutzbedürftig. Die beschriebenen Belastungssituationen fordern zeitnah entlastende und stärkende Interventionen. Die moralische Belastung ist *ein* Aspekt der multiplen Belastungsfaktoren, vielfach einer zunächst verborgenen Belastungssituation, die langfristig indes nicht nur individuelle gesundheitliche Folgen hat, sondern auch einerseits den Patient*innen schadet – und andererseits das Berufsfeld Pflege immer unattraktiver macht. In der Folge:

- gebührt dem moralischen Belastungserleben eine gleichwertige professionelle und organisationale Achtung wie den psychischen und physischen Belastungssituationen;
- obliegt es den Institutionen des Gesundheitswesens, organisationsethisch gerahmte Maßnahmen zur Prävention moralischer Belastungssituationen zu etablieren, insbesondere um moralischem Stress vorzubeugen und ethisch systematisiert sowie ethisch gut begründete Entscheidungen zu lancieren;
- sind zeitnah nachhaltige Maßnahmen zur pflegeethischen Qualifikation zu forcieren, um pflegeberufliche Ethikkompetenzen zu

²⁹ Monique Lanoix, Nursing Homes in the Time of COVID-19, 21.4.2020, www.impactethics.ca/2020/04/21/nursing-homes-in-the-time-of-covid-19.

³⁰ Schrems (Anm. 1), S. 2.

³¹ Vgl. Annekatri Schrenker/Claire Samtleben/Markus Schrenker, Applaus ist nicht genug. Gesellschaftliche Anerkennung systemrelevanter Berufe, in: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), Corona. Pandemie und Krise, Bonn 2021, S. 345–356.

³² Vgl. ICN (Anm. 1).

entwickeln und zu verdichten, moralischen Mut zu stärken, moralisches Urteils- und Handlungsvermögen zu entfalten und die moralische Integrität der professionell Pflegenden zu schützen und zu erhalten;

- müssen die in der Covid-19-Pandemie offenen Missstände in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zeitnah ausgeräumt, die bestehende Unterfinanzierung und die mangelnde Koordination von Gesundheitsleistungen behoben werden, um die Pflege- und Versorgungsqualität zu gewährleisten und einem fortschreitenden „Pfleexit“ zu begegnen.

Und: Um die Pflege wieder als attraktives Arbeits- und Handlungsfeld zu etablieren, sind Politik, Träger und Verbände angehalten, zukunftsweisend für eine bedarfsgerechte qualitative und quantitative Personalausstattung und für verbesserte Arbeitsbedingungen Sorge zu tragen. Eine bessere Vergütung allein ist hier nicht ausreichend.³¹ Bezüglich richtungsweisender Inter-

ventionen ist Eile geboten, denn: Der Fachkräftemangel fordert zeitnahe Maßnahmen, um die Gesundheitsversorgung und die professionelle Pflege langfristig sicherstellen zu können.³²

ANNETTE RIEDEL

ist Professorin für Pflegewissenschaft und Ethik an der Hochschule Esslingen sowie Vizepräsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin und Mitglied im Deutschen Ethikrat.

annette.riedel@hs-esslingen.de

SONJA LEHMEYER

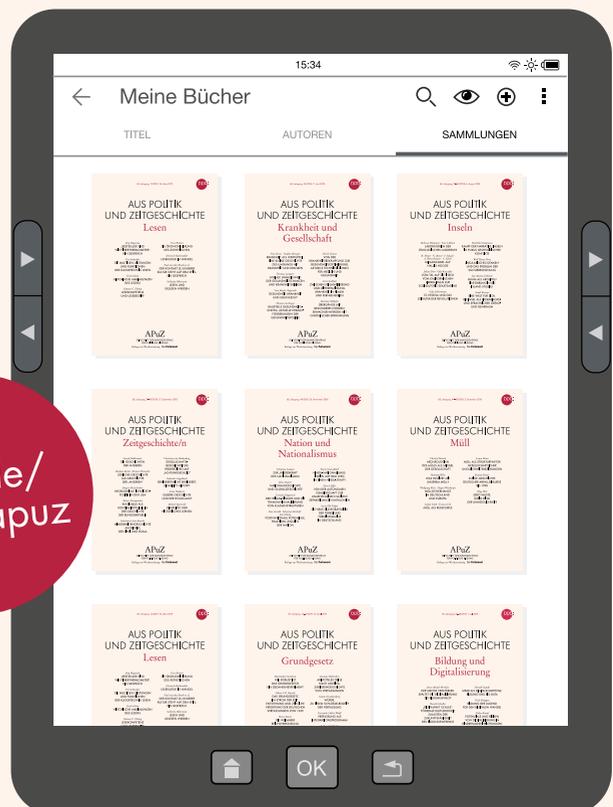
ist Pflegepädagogin und Pflegewissenschaftlerin an der Hochschule Esslingen. Sie forscht zur Ethikkompetenzentwicklung im Kontext der praktischen Pflegeausbildung.

sonja.lehmeyer@hs-esslingen.de

Unterwegs und überall.

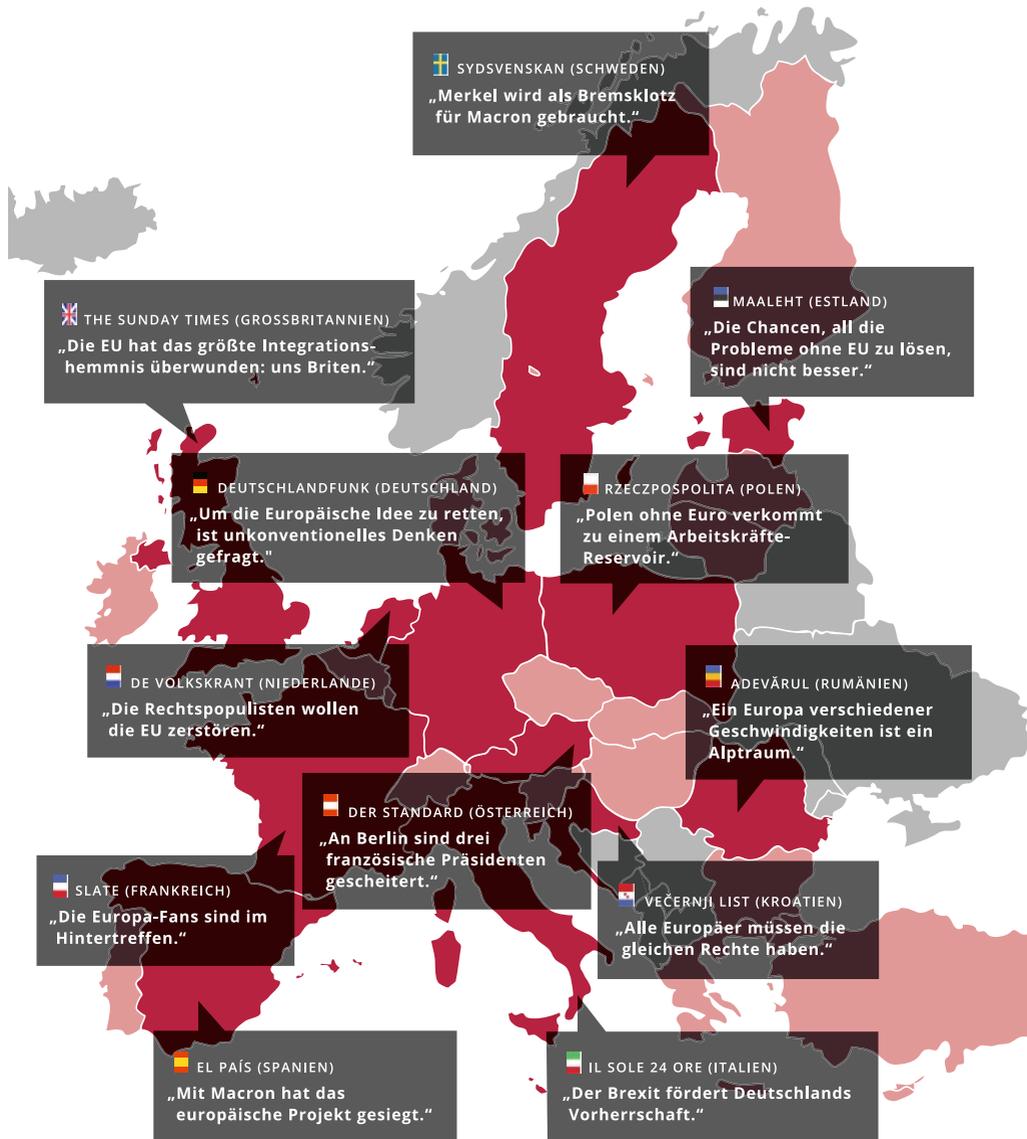
APuZ als E-Book oder PDF heruntergeladen und in über 500 Ausgaben lesen, suchen, markieren ...

[bpb.de/
shop/apuz](http://bpb.de/shop/apuz)



euro|topics

Europas Presse kommentiert



Herausgegeben von der
Bundeszentrale für politische Bildung
Adenauerallee 86, 53113 Bonn
Telefon: (0228) 9 95 15-0



Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 4. Juni 2021

REDAKTION

Anne-Sophie Friedel
Julia Günther
Sascha Kneip
Johannes Piepenbrink (verantwortlich für diese Ausgabe)
Anne Seibring
Robin Siebert (Volontär)
apuz@bpb.de
www.bpb.de/apuz
twitter.com/APuZ_bpb

Newsletter abonnieren: www.bpb.de/apuz-aktuell
Einzelausgaben bestellen: www.bpb.de/shop/apuz

GRAFISCHES KONZEPT

Charlotte Cassel/Meiré und Meiré, Köln

SATZ

le-tex publishing services GmbH, Leipzig

DRUCK

Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH & Co. KG,
Mörfelden-Walldorf

ABONNEMENT

Aus Politik und Zeitgeschichte wird mit der Wochenzeitung
Das **Parlament** ausgeliefert.
Jahresabonnement 25,80 Euro; ermäßigt 13,80 Euro.
Im Ausland zzgl. Versandkosten.
FAZIT Communication GmbH
c/o InTime Media Services GmbH
fazit-com@intime-media-services.de

Die Veröffentlichungen in „Aus Politik und Zeitgeschichte“ sind keine Meinungsäußerungen der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Für die inhaltlichen Aussagen tragen die Autorinnen und Autoren die Verantwortung. Beachten Sie bitte auch das weitere Print-, Online- und Veranstaltungsangebot der bpb, das weiterführende, ergänzende und kontroverse Standpunkte zum Thema bereithält.

ISSN 0479-611 X



Die Texte dieser Ausgabe stehen unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ
Namensnennung-Nicht Kommerziell-Keine Bearbeitung 3.0 Deutschland.

APuZ
Nächste Ausgabe
26–27/2021, 28. Juni 2021
ZUSTAND DER
DEMOKRATIE



APuZ

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

www.bpb.de/apuz