



# Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie

STELLUNGNAHME · KURZFASSUNG

4. April 2022

Der vollständige Text der Stellungnahme „Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie“ ist unter [https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx\\_wwt3shop\\_detail\[product\]=159](https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_detail[product]=159) abrufbar.

## **Herausgegeben vom Deutschen Ethikrat**

Jägerstraße 22/23 · D-10117 Berlin  
Telefon: +49/30/20370-242 · Telefax: +49/30/20370-252  
E-Mail: [kontakt@ethikrat.org](mailto:kontakt@ethikrat.org)  
[www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org)

© 2022 Deutscher Ethikrat, Berlin  
Alle Rechte vorbehalten.  
Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.  
Layout: Torsten Kulick  
Titelillustration: [ImageFlow/Shutterstock.com](https://www.imageflow.com/)

## >> INHALT

Zusammenfassung .....	5
Empfehlungen .....	51



## >> ZUSAMMENFASSUNG

### Einleitung: Strukturelle Konflikte und notwendige Güterabwägungen

- 1) Die COVID-19-Pandemie nötigte und nötigt weltweit Gesellschaften zu teils tief einschneidenden Abwägungen und Priorisierungen, die nicht nur politisch verantwortet, sondern auch ethisch gerechtfertigt werden müssen. Sie hat das Vertrauen in die Planbarkeit des Lebens erschüttert und konfrontiert uns mit der Verletzlichkeit und Endlichkeit unserer Existenz. Die Folgen – politisch, gesundheitlich, sozial, wirtschaftlich, kulturell – reichen bis in das Verhältnis zu uns selbst und stellen die Nachhaltigkeit unserer Lebensweise in Frage.
- 2) Die Folgen der Pandemie und ihre Bewältigung betreffen zwar alle, sie treffen jedoch nicht alle in gleicher Weise. Die Risiken für Infektion, schwere Krankheitsverläufe und Tod variieren mit der physiologischen Vulnerabilität (durch Alter oder Vorerkrankung) und dem Expositionsrisiko (besonders hoch beispielsweise beim medizinischen Personal). Auch die Lasten, die Menschen infolge der

Infektionsschutzmaßnahmen zu tragen haben, wiegen je nach biographischer Prägung, persönlicher und beruflicher Situation, den Graden der Vulnerabilität und den Ressourcen der Resilienz unterschiedlich schwer. Die Pandemie hat nicht nur signifikant erhöhte Vulnerabilitäten in prekären Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnissen deutlich zutage treten lassen, sie hat darüber hinaus diese Vulnerabilitäten noch einmal verschärft.

- 3) Der Deutsche Ethikrat hat bereits in einer Reihe kürzerer Publikationen zu ethischen Einzelfragen der Pandemiebewältigung Stellung bezogen. Mit der vorliegenden umfangreichen Stellungnahme will er nun zur Entwicklung einer Langzeitstrategie beitragen, indem ethische Orientierung für schwierige Abwägungsprozesse gegeben wird, die bei Entscheidungen über Maßnahmen zur Bewältigung dieser oder künftiger pandemiebedingter Krisen unausweichlich sind. Zwei bedeutende Pole, um die diese Abwägungen kreisen, sind der Pol der Freiheit und jener des Gesundheitsschutzes. Es müssen risikoethische Vor- und Nachrangrelationen formuliert werden, die mit guten Gründen zu entscheiden gestatten, in welchen Fällen bei der Bekämpfung von Pandemien Freiheit zugunsten des Gesundheitsschutzes zurücktreten sollte – beziehungsweise umgekehrt.

### Sachstand

- 4) Der pandemische Ausbruch der hauptsächlich durch Aerosole übertragenen Multiorgan-Infektionskrankheit COVID-19, die vom 2019 entdeckten Coronavirus SARS-CoV-2 verursacht wird, verläuft in regional klar erkennbaren Wellen. Diese Dynamik der Pandemie wird in Deutschland meist anhand der 7-Tage-Inzidenz der labordiagnostisch nachgewiesenen und registrierten Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner dargestellt. Anders als andere epidemiologische Kennziffern wie Hospitalisierungsinzidenz, Intensivbettenauslastung oder Sterblichkeit erlaubt sie eine zeitnahe Abbildung des Infektionsgeschehens.

- 5) Bereits seit dem Jahr 2008 befassten sich in Deutschland Risikoanalysen zuständiger Gremien und Behörden mit der Möglichkeit einer durch Coronaviren verursachten Pandemie. Es gibt jedoch Zweifel daran, ob diese Analysen vonseiten der Politik angemessen verarbeitet wurden.
- 6) Mangelndes Wissen über den neuen Krankheitserreger und über die Dynamik der Corona-Krise verursachten in der anfänglichen Alarm-Phase Angst und Sorge in der Bevölkerung und bei Politikern. Viele verfolgten täglich Statistiken über Inzidenzen, Todesfälle, den Reproduktionsfaktor sowie die Auslastung von Krankenhäusern und Intensivstationen. Die in dieser Phase ergriffenen Maßnahmen wurden zwar intensiv diskutiert und hinterfragt, erfuhren aber hohe Unterstützung und wurden auch vom Deutschen Ethikrat als insgesamt gerechtfertigt eingestuft.
- 7) Unmittelbar nachdem der Bundestag mit Beschluss vom 25. März 2020 eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ festgestellt hatte, wurden umfangreiche Kontakt- und Einreisebeschränkungen sowie die Schließung zahlreicher Geschäfte und öffentlicher Einrichtungen wie Kitas, (Hoch-)Schulen und religiöser Versammlungsstätten verfügt. Begleitend wurden sogenannte Basisschutzmaßnahmen eingeführt, die das Abstandhalten zu Mitmenschen, das Händewaschen und die Hygiene beim Husten und Niesen sowie das Tragen von Schutzmasken kombinieren. Später wurden diese ergänzt durch Empfehlungen zum Lüften und (nach ihrer Einführung im Juni 2020) zur Nutzung der Corona-Warn-App („AHA+L+A-Formel“).
- 8) Nach einer Phase mit niedrigen Inzidenzen im Sommer 2020 entwickelte sich ab Oktober 2020 eine zweite Welle, die im Dezember 2020 ihren Scheitelpunkt erreichte. Erneut wurden Kontaktbeschränkungen sowie Schließungen im Bildungs-, Kultur- und Sportbereich sowie im Einzelhandel und in der Gastronomie verhängt. Rund um den Jahreswechsel erfolgte die Zulassung der ersten Impfstoffe in der

Europäischen Union und die Impfkampagne begann. In den ersten Monaten des Jahres 2021 ging der Inzidenzwert zunächst zurück, aber bereits Anfang März baute sich die dritte Welle auf – unter anderem infolge der schnellen Ausbreitung der Alpha-Virusvariante B.1.1.7.

- 9) Die dritte Welle lief im April 2021 aus und während des Sommers blieben die Infektionszahlen stabil niedrig. Nach der Aufhebung der Impfpriorisierung im Juni konnten sich zwar alle Menschen impfen lassen, die dies wollten. Weil die Impfquote jedoch hinter den Erwartungen zurückblieb, häuften sich Warnungen vor einer „vierten Welle“, die Deutschland in den Wintermonaten treffen könnte. Am 22. Oktober 2021 erreichte die 7-Tage-Inzidenz die Hundertermarke, stieg dann innerhalb von einem Monat weiter auf über 400 an und übertraf dabei den vorherigen im Dezember 2020 verzeichneten Höchstwert um mehr als das Doppelte.
- 10) Parallel zum Anlaufen der Booster-Impfkampagne wurde Ende November 2021 eine 3G-Regel im öffentlichen Personennahverkehr und am Arbeitsplatz verordnet, wonach jederzeit entweder ein Impf- bzw. Genesenennachweis oder die aktuelle Bescheinigung eines negativen Coronatests (Antigen- bzw. Schnelltest) vorgewiesen werden können muss. In vielen anderen Bereichen des öffentlichen Lebens wurden sogar 2G-Regeln eingeführt, sodass Ungeimpfte zu diversen Freizeitaktivitäten und Dienstleistungen keinen Zugang mehr hatten. Trotz dieser und aller anderen Maßnahmen, schloss sich an die vierte unmittelbar die fünfte Pandemiewelle an. Der Hauptgrund hierfür war das Auftreten einer neuen, sehr viel ansteckenderen, Omikron genannten Virusvariante, die Anfang Januar 2022 dominant wurde. Die COVID-19-Fallzahlen erlangten zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Stellungnahme Ende Januar 2022 immer neue Höchstwerte, wobei die Omikron-Variante im Schnitt mildere Krankheitsverläufe zeigt. In der Folge wird verstärkt diskutiert, welche Pandemieschutzmaßnahmen (noch) angemessen sind.

- 11) Alle Indikatoren sprechen derzeit dafür, dass eine endgültige Eradikation des Virus nicht möglich sein wird. Die zukünftige Entwicklung hängt unter anderem davon ab, wie gut die Kontaktnachverfolgung und die Steuerung kontaktbeschränkender Maßnahmen im Falle erneuter Wellen gelingt, wie schnell auf Virusvarianten und wie klug auf langfristige Auswirkungen reagiert wird. Es steht zu erwarten, dass das Virus in Deutschland endemisch werden und künftig also lediglich einer unter vielen pathogenen Erregern sein wird.
- 12) Um in eine kontrollierbare endemische Situation zu gelangen, die durch ein wiederkehrendes, jedoch räumlich begrenztes Auftreten des Erregers gekennzeichnet ist, ist eine umfassende Durchimpfung der Bevölkerung notwendig – wobei überstandene Infektionen ebenfalls den Immunschutz stärken. Es reicht jedoch nicht aus, die Pandemiebekämpfung nur im deutschen Kontext zu betrachten. Sie kann nur dann dauerhaft erfolgreich sein, wenn es weltweit gelingt, das Auftreten neuer Virusvarianten zu bremsen. Je mehr Infektionen weltweit auftreten, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit der Bildung von Virusvarianten. Deshalb kann es den Erfolg der in Deutschland ergriffenen Maßnahmen untergraben, wenn andernorts hohe Infektionszahlen vorliegen, die durch das Begünstigen der Entstehung neuer, ansteckender Virusvarianten weitere globale Erkrankungswellen auslösen können.
- 13) Um die Ausbreitung der Pandemie einzudämmen, die Menschen in diesem Land vor Erkrankungen zu schützen und die öffentliche Gesundheitsversorgung vor dem Risiko einer Überforderung zu bewahren, wurden im Verlauf der COVID-19-Pandemie verschiedene Schutzmaßnahmen ergriffen. Sie fielen während der ersten Infektionswelle härter aus als in den darauffolgenden Wellen. Die politischen Entscheidungen zur Pandemiebekämpfung wurden – vor allem zu Beginn, aber auch in späteren Phasen der Corona-Krise – unter der Bedingung großer wissenschaftlicher Unsicherheit getroffen. Dies betrifft neben der Erkenntnislage zu SARS-CoV-2 und der

von ihm verursachten Erkrankung auch die gewünschten und unerwünschten Wirkungen und Nebenfolgen von Schutzmaßnahmen.

- 14) Neben den Basisschutzmaßnahmen gehören zu den zentralen Pandemieschutzmaßnahmen Bewegungs- und Kontaktbeschränkungen, die auf die Eindämmung der Ausbreitung des Virus abzielen. Dabei muss unterschieden werden einerseits zwischen direkten Einschränkungen von Bewegungs- und Begegnungsmöglichkeiten, wie sie während eines strengen Lockdowns etwa in der Form von Ausgangssperren verfügt werden, und andererseits der bloßen Einschränkung von Bewegungsanlässen und Kontaktmöglichkeiten durch die Schließung von Geschäften, gastronomischen Betrieben, Kultur- und Sportstätten, Bildungs- und anderen Einrichtungen – dem sogenannten Shutdown. In Deutschland wurde – anders als in vielen anderen Ländern – weitgehend auf Ausgangssperren verzichtet.
- 15) Besonders einschneidend waren die Konsequenzen der verordneten Schutzmaßnahmen für Gemeinschaftsunterkünfte wie Wohneinrichtungen der Langzeitpflege und der Eingliederungshilfe, wo besonders gefährdete Personen zusammenleben, ohne dabei effektiv Abstand halten zu können. In diesen Einrichtungen wurden früh in der Pandemie generelle Besuchsverbote und Ausgangssperren erlassen. Nach öffentlicher Kritik an der Situation vieler auf professionelle Pflege angewiesener Menschen modifizierten die Länder im Mai 2020 die Infektionsschutzverordnungen, um zu verhindern, dass die Schutzmaßnahmen in Kliniken, Pflegeheimen, Senioren- und Behinderteneinrichtungen zur vollständigen sozialen Isolation der dort Versorgten führen.
- 16) Mit den Entscheidungen über die verschiedenen Arten von Kontaktbeschränkungsmaßnahmen konnte nicht gewartet werden, bis gesicherte Erkenntnisse über ihre Wirksamkeit und ihre indirekten psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen für einzelne Personen beziehungsweise Personengruppen vorlagen. Angesichts der

Neuartigkeit der Gefährdungslage durch die Pandemie war dies unvermeidlich. Kritisiert wird allerdings, dass keine systematische Datenerhebung zum Einsatz der Kontaktbeschränkungen erfolgte, sodass deren Folgen und Nebenfolgen nach wie vor nur unzureichend bekannt sind.

- 17) Testverfahren dienen dazu, beim Auftreten von Krankheitssymptomen eine SARS-CoV-2-Infektion nachzuweisen, asymptomatische Virusträgerinnen und -träger zu identifizieren sowie nach einer Erkrankung zu überprüfen, inwieweit noch Infektiosität besteht. Der Einsatz dieser Verfahren setzt auf zwei Ebenen an: Auf einer individuellen Ebene sollen Infizierte frühzeitig identifiziert, isoliert, einer medizinischen Überwachung und Behandlung zugeführt werden. Auf der Bevölkerungsebene sollen Infektionsketten festgestellt und unterbrochen werden, um das Infektionsgeschehen einzudämmen.
- 18) Besonders Antigentests („Schnelltests“) wurden breit eingesetzt, um Infektionsrisiken im direkten Kontakt von Personen zu reduzieren. Mit Ausnahme einer Phase von Oktober bis November 2021 standen in Deutschland allen Menschen Antigentests kostenlos als sogenannte Bürgertests zur Verfügung. Mit einer Novelle des Infektionsschutzgesetzes vom 24. November 2021 wurden alle ungeimpften Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verpflichtet, beim Betreten der Arbeitsstelle ein tagesaktuelles negatives Testzertifikat vorzuweisen („3G am Arbeitsplatz“).
- 19) Um Infektionsketten identifizieren und unterbrechen zu können, ist eine effektive Nachverfolgung der Kontakte notwendig, die infizierte Personen gehabt haben. Diese Aufgabe wird hierzulande im Wesentlichen von den Gesundheitsämtern erfüllt. Die Kontaktpersonennachverfolgung ist sehr personalintensiv und aufwendig, sodass das Fachpersonal der Gesundheitsämter in manchen Phasen der Pandemie von Beschäftigten aus anderen Verwaltungsbereichen, Angehörigen der Bundeswehr und Studierenden unterstützt werden musste.

Trotzdem konnte die Kontaktnachverfolgung bei hohen Inzidenzen teilweise nicht effektiv durchgeführt werden.

- 20) Die Anordnung von häuslicher Isolierung oder Quarantäne zielt darauf ab, die Verbreitung von SARS-CoV-2 durch die Unterbindung von Kontakten zu infizierten Personen zu verhindern. Häusliche Isolierung wird vom Gesundheitsamt für Personen angeordnet, bei denen eine SARS-CoV-2-Infektion durch einen positiven PCR-Test nachgewiesen wurde. Quarantänemaßnahmen betreffen dagegen Kontaktpersonen, bei denen lediglich ein Infektionsverdacht besteht. Kritisch zu beurteilen sind sogenannte Kollektivquarantänemaßnahmen, die teilweise bei Ausbrüchen in Kliniken, Heimen, betreuten Wohngemeinschaften oder Sammelunterkünften verhängt wurden.
- 21) Dank enormer finanzieller Investitionen sowohl von öffentlicher als auch von privater Seite, effizienterer Studienprotokolle und beschleunigter Zulassungsverfahren konnte der Entwicklungszeitraum für Impfstoffe gegen COVID-19 erheblich verkürzt werden. Die Impfstoffentwicklung war nicht nur schnell, sondern auch ausnehmend erfolgreich. Die Wirksamkeit der ersten zugelassenen Vakzine übertraf die durchschnittliche Wirksamkeit von Grippe-Vakzinen erheblich. Auch wenn die verfügbaren Impfstoffe weniger gut gegen Infektionen mit den später aufgetretenen Virusvarianten schützen, bewahren sie insbesondere nach Erhalt einer Auffrischimpfung immer noch gut vor schweren Krankheitsverläufen.
- 22) Während der ersten Jahreshälfte 2021 erfolgte die Verteilung der knappen Impfstoffe auf der Grundlage einer Priorisierung, die dem Schutz von Personen mit hohem Risiko für schwere und tödliche COVID-19-Verläufe den höchsten Vorrang gab. An der Umsetzung wurde unter anderem kritisiert, dass es bei der Impfung von Personen, die in betreuten Wohnformen leben oder von Diensten der Eingliederungshilfe versorgt werden, im Vergleich zu anderen Personengruppen derselben Priorisierungsstufe teilweise zu deutlichen

Verzögerungen gekommen sei. Ähnliche Missstände wurden auch bezüglich Wohnungsloser und geflüchteter Personen in Gemeinschaftsunterkünften angemahnt.

- 23) Die vom Robert Koch-Institut für Deutschland empfohlenen Zielimpfquoten wurden bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt, Ende Januar 2022, nicht erreicht. Nachdem die anfängliche Impfstoffknappheit und auch die darauffolgende Phase des insbesondere durch Schwierigkeiten bei der Terminvergabe geprägten erschwerten Zugangs zur COVID-19-Impfung überwunden sind, dürfte inzwischen das Haupthindernis auf dem Weg zu höheren Impfquoten die fehlende Impfbereitschaft sein. Umfragen zufolge sind Sicherheitsbedenken sowohl bei Verweigerern als auch bei im Prinzip impfbereiten Ungeimpften der Hauptgrund gegen das Impfen. Zudem werde die Impfung nicht als notwendig erachtet, weil das mit COVID-19 verbundene Risiko als niedrig wahrgenommen wird. Zur Verunsicherung trugen in Teilen der Bevölkerung weiterhin die sich häufenden Berichte über symptomatische Infektionsfälle trotz Impfung (sog. Impfdurchbrüche) bei.
- 24) Bereits im Sommer 2021 begann angesichts der zu geringen freiwilligen Impfbereitschaft nach dem Überwinden der anfänglichen Impfstoffknappheit eine öffentliche Debatte darüber, mit welchen Mitteln und in welchem Umfang Druck beziehungsweise Zwang auf Ungeimpfte ausgeübt werden dürfe. Überwiegend stand dabei die Perspektive der Ungeimpften im Vordergrund, wenn etwa über die Legitimität von Beschränkungen ihrer Rechte diskutiert wurde. Inwieweit die Rechte der zu diesem Zeitpunkt bereits ungleich größeren Gruppe der geimpften Menschen durch ein Fortdauern der Pandemie in Deutschland eingeschränkt würden, war seltener Gegenstand der öffentlichen Aufmerksamkeit. Nachdem der Deutsche Ethikrat sich zu Beginn der Impfkampagne noch gegen eine gesetzlich verankerte Impfpflicht ausgesprochen hatte, empfahl er am 11. November 2021 zunächst die rasche und ernsthafte Prüfung einer berufsbezogenen

Impfpflicht in Bereichen, in denen besonders vulnerable Personen versorgt werden. Bereits einen Monat später plädierte der Rat – mit vier Gegenstimmen – für eine Ausweitung der Impfpflicht über die bereits vom Deutschen Bundestag beschlossene bereichsbezogene Impfpflicht hinaus. Die Mehrheit spricht sich dabei für eine generelle Impfpflicht für Erwachsene aus, eine Minderheit für eine Impfpflicht für Personen, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf tragen.

- 25) Das persönliche Risiko, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren, hängt in erster Linie von der Zahl der Kontaktpersonen und der Häufigkeit und Intensität dieser direkten Kontakte, aber auch davon ab, wie viele Kontakte diese anderen Personen zu Dritten haben. In den meisten Fällen verläuft eine SARS-CoV-2-Infektion – vor allem bei jüngeren Personen ohne Vorerkrankungen – mild oder sogar symptomfrei und hat nach derzeitigem Kenntnisstand keine längerfristigen gesundheitlichen Einschränkungen zur Folge. Allerdings wird das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf mit zunehmendem Alter immer größer. Außerdem können bestimmte Vorerkrankungen, aber auch Faktoren wie Adipositas und Rauchen das Risiko für eine schwere Erkrankung erhöhen.
  
- 26) Je nach betrachteter Patientengruppe werden sehr unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit des Auftretens längerfristiger gesundheitlicher Beschwerden nach einer akuten SARS-CoV-2-Infektion gemacht. Von Long COVID spricht man beim Auftreten charakteristischer Symptome (wie z. B. Müdigkeit, Erschöpfung, Kurzatmigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme) in dem Intervall zwischen vier und 12 Wochen nach der Infektion. Das Post-COVID-Syndrom meint demgegenüber eine Fortdauer von Symptomen über mehr als 12 Wochen nach einer akuten Infektion hinaus. Viele wichtige Fragen zu Long beziehungsweise Post COVID lassen sich beim gegenwärtigen Forschungsstand noch nicht zuverlässig und umfassend beantworten.

- 27) Für stationär gepflegte Menschen sind die Gesundheitsgefahren einer SARS-CoV-2-Infektion besonders hoch. Eine der Ursachen dafür, dass Einrichtungen der Langzeitpflege eine kritische Rolle in der Infektionsausbreitung spielen, liegt darin, dass sie Bestandteil eines weiten sozialen Netzes sind, in dem Infektionsketten sich fortsetzen können. Es kommt hinzu, dass längerfristig pflegebedürftige Menschen oft zusätzliche Risikofaktoren für schwere Krankheitsverläufe aufweisen, etwa bestimmte Vorerkrankungen. Auch sozioökonomische Merkmale erhöhen das Risiko für schwere COVID-19-Verläufe. Dies betrifft etwa Menschen, die Arbeitslosengeld beziehen oder Niedriglohtätigkeit mit Sozialleistungen ausüben, und ebenso Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten (darunter auch viele Pflegekräfte) sowie Geflüchtete.
- 28) Im Verlauf der Pandemie wurden Präventions-, Therapie- und Rehabilitationsangebote wiederholt stark reduziert, um Infektionsrisiken innerhalb medizinischer Einrichtungen zu reduzieren und Kapazitäten für die Behandlung von an COVID-19 Erkrankten frei zu machen. Trotz des klinischen Behandlungsbedarfs durch COVID-19 kam es im Jahr 2020 zu erheblich weniger Krankenhausbehandlungen und Operationen als im Vorjahr. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte waren zurückhaltender bei Klinikeinweisungen, eigentlich behandlungsbedürftige Personen haben teilweise von sich aus darauf verzichtet, Leistungen der medizinischen Grundversorgung oder von Kliniken in Anspruch zu nehmen. Das ganze Ausmaß der somatischen Gesundheitsschädigungen, die auf Einschränkungen der Gesundheitsversorgung während der Corona-Krise zurückzuführen sein könnten, wird sich erst in den kommenden Jahren zeigen.
- 29) Die COVID-19-Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Eindämmung haben zu teils erheblichen psychischen Anforderungen und Belastungen geführt. Diese sind das Ergebnis eines komplexen Zusammenwirkens von Personen-, Lebenslage- und Umweltmerkmalen sowie damit zusammenhängenden Entwicklungspotenzialen

und Vulnerabilitäten. Studien zufolge nahmen in der erwachsenen deutschen Bevölkerung während der Pandemie Unsicherheiten und Ängste zu. Frauen waren von solchen Belastungen stärker betroffen als Männern, die psychosoziale Gesundheit älterer Menschen erwies sich als stabiler als die jüngerer Menschen. Letzteres gilt wohlgermerkt nicht für einsame ältere Menschen mit fehlender sozialer Unterstützung oder Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Langzeitpflege und der Behindertenhilfe, bei denen eine Verschlechterung von Kognition und emotionalem Befinden festgestellt wurde. Auch Kinder, Jugendliche und Studierende waren während der Pandemie deutlich stärker von psychischen Störungen, vor allem von Angst und Depression, betroffen.

- 30) Die Pandemie sowie ihre Folgen und Nebenfolgen stellen auch unsere gesellschaftlichen Institutionen – insbesondere des Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesens – vor enorme Herausforderungen. Neben Einrichtungen der Langzeitpflege und der Behindertenhilfe betrifft dies auch soziale Dienste für weitere besonders vulnerable Gruppen wie Dienste der Kinder- und Jugendhilfe, der Sozialpsychiatrie und der Wohnungslosenhilfe. Die Krisenfestigkeit von Institutionen erweist sich in einer Pandemie daran, wie gut es gelingt, durch geeignete Anpassungen den Infektionsschutz mit der Erfüllung ihres jeweiligen gesellschaftlichen Auftrags in Einklang zu bringen. Darüber hinaus ist relevant, inwiefern eine Verschärfung sozialer Benachteiligungen vermieden werden kann.
- 31) Die Corona-Krise hat gezeigt, dass selbst das deutsche Gesundheitssystem, das aufs Ganze gesehen zu den leistungsfähigsten und kostenintensivsten der Welt gehört, auf die während einer Pandemie auftretenden Herausforderungen und Belastungsspitzen nicht hinreichend vorbereitet war. Dies zeigte sich exemplarisch im Öffentlichen Gesundheitsdienst, dessen kommunale Säule die Gesundheitsämter sind. In den Hochphasen der COVID-19-Pandemie stand die Intensivmedizin in Deutschland an ihrer Leistungsgrenze, obwohl

Deutschland im europäischen und mehr noch im weltweiten Vergleich bei der intensivmedizinischen Bettenkapazität eine Spitzenposition einnimmt. Immerhin ist es jedoch dank dieser guten Ausstattung, der Infektionsschutzpolitik und der getroffenen Vorkehrungen in der Gesundheitsversorgung gelungen, extreme Mangelsituationen zu vermeiden, die etwa zu Triage-Entscheidungen hätten führen können.

- 32) Ein erhebliches Problem stellte in der Pandemie die Personalsituation im Gesundheitswesen dar, insbesondere im Bereich der Pflege. Die Beschäftigten waren strukturbedingten, psychischen und physischen Belastungen sowie multiplen Stressoren ausgesetzt. Eine besondere psychische Problemlage ergab sich aus den Einschränkungen der Sterbebegleitung während der ersten Welle der Pandemie. Das „einsame Sterben“ war nicht nur für die im Sterben liegenden Personen selbst und deren Angehörige äußerst belastend. Auch für die Beschäftigten in Kliniken und Pflegeheimen war es kaum zu ertragen, die Kontaktregelungen durchsetzen und das Leid der Betroffenen miterleben zu müssen. Insbesondere die personellen Konsequenzen der Pflegenden auf den Intensivstationen betreffend wird inzwischen der Begriff des „Pflexit“ gebraucht, weil so viele Pflegenden den Berufsverbleib in Frage stellen oder den Beruf verlassen.
- 33) Insgesamt hat sich gezeigt, dass das deutsche Gesundheitssystem zwar nicht hinreichend auf die COVID-19-Pandemie vorbereitet war und insbesondere die Intensivstationen zeitweise an ihre Belastungsgrenze stießen, die notwendigen Anpassungen aber so gut gelungen sind, dass die medizinische Versorgung der an COVID-19 Erkrankten zu jedem Zeitpunkt der Pandemie hinreichend gesichert werden konnte. Dafür ergaben sich jedoch für viele andere Personengruppen Mängel in der gesundheitlichen Versorgung, die über die Pandemie hinausreichen und leider – wie das Beispiel der Kinder und Jugendlichen zeigt – insbesondere Menschen betreffen können, die im Verlauf der Pandemie große Opfer bringen mussten.

- 34) Bildungseinrichtungen von der Kita bis zur Hochschule waren zum einen auf eine Krisensituation wie die COVID-19-Pandemie nicht vorbereitet und zum anderen von den zu ihrer Bekämpfung ergriffenen Kontaktbeschränkungsmaßnahmen besonders betroffen. Ein zentrales Problem bei der Umstellung auf Distanzunterricht stellten die im internationalen Vergleich erheblichen Defizite deutscher Schulen bei der Digitalisierung dar. Befragungen von Eltern zu den Folgen der pandemiebedingten Schulschließungen zeigen, dass diese einerseits mit erheblichen Belastungen, andererseits aber auch mit positiven Erfahrungen verbunden waren. Die stärksten Belastungen zeigten sich für Alleinerziehende mit niedrigem Bildungsabschluss und für Personen mit Kindern im Kita- und Grundschulalter. Zu den Bildungsverliererinnen und -verlierern während der Pandemie zählen die Kinder sozioökonomisch benachteiligter Eltern, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, in Geflüchtetenunterkünften sowie mit Behinderung.
- 35) Hochschulen und Universitäten wurden zu Beginn der Pandemie ebenfalls weitgehend geschlossen. Ab dem Sommersemester 2020 wurde drei Semester lang in Deutschland überwiegend digital studiert. Verglichen mit den Schulen hatten Hochschulen und Universitäten einen Vorsprung in der digitalen Lehre. Technisch und administrativ hatten Hochschulen und Universitäten gegenüber den Schulen Vorteile wegen der Hochschulautonomie und ihrer relativen Budgetsouveränität. Insgesamt hat sich gezeigt, dass die hierarchische und bürokratische Struktur des Schulsystems im Unterschied zur autonomen Selbstverwaltungsstruktur des Hochschulsystems eine geringere Anpassungsfähigkeit in der Krise bedingte.
- 36) In der Pandemie wurden die Freiräume, Entwicklungsmöglichkeiten und sozialen Beziehungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen massiv beeinträchtigt. Sie wurden in wichtigen Phasen ihrer Persönlichkeitsentwicklung und ihrer Bildung ausgebremst, die normalerweise von Schritten hinein in die Selbstständigkeit und

Selbstverantwortlichkeit sowie vielfältigen sozialen Kontakten und Erfahrungen geprägt sind und nur mit erheblichem Aufwand nachgeholt werden können.

- 37) Zwar hat sich die deutsche Wirtschaft im Vergleich zu der anderer Länder bislang als relativ stabil erwiesen, was gute Konjunktur- und Arbeitsmarktdaten belegen. Dennoch hat die Corona-Krise auch hierzulande – trotz massiver politischer Gegenmaßnahmen – erhebliche wirtschaftliche Schäden in bestimmten Branchen (z. B. Veranstaltungswirtschaft, Gastronomie und Tourismus) oder für spezifische Beschäftigungsformen (z. B. Soloselbstständige) verursacht. Die Gegenmaßnahmen reichten von staatlichen Unternehmensbeteiligungen, Kreditbürgschaften und Steuererleichterungen über branchenbezogene Corona-Hilfen bis hin zu verlängerten Zahlungen von Kurzarbeitergeld. Sie haben zwar manche Härten gelindert, belasten die öffentlichen Haushalte aber auch auf Jahre hinaus erheblich und haben die Staatsverschuldung stark anwachsen lassen.
- 38) Im Blick auf den gerade zu Beginn der Pandemie gelegentlich beschworenen, vermeintlichen Zielkonflikt zwischen einer florierenden Wirtschaft und einem effektiven Gesundheitsschutz ist festzustellen, dass von einem simplen Entweder-oder keine Rede sein kann. Es greift eindeutig zu kurz, einen strikten Gegensatz wirtschaftlicher und gesundheitlicher Interessen zu behaupten. Maßnahmen zur schnellen Bewältigung und Eindämmung der Pandemie müssen nicht auf Kosten der wirtschaftlichen Entwicklung gehen, sondern können im Gegenteil ihrer raschen Erholung dienen.
- 39) Krisen werden immer wieder als „Stunde der Exekutive“ bezeichnet. Offenbar findet in Krisensituationen eine starke Exekutive den Zuspruch großer Teile der Bevölkerung. Das trifft auch für die COVID-19-Pandemie zu. Die Stärkung der Exekutive hat jedoch unweigerlich eine Kehrseite, denn sie bedeutet eine Schwächung der Parlamente, falls sie diese nicht bewusst wieder einbindet. Wird außerdem die

gerichtliche Kontrolle reduziert, gerät auch die Rechtsprechung unter Druck. Die Rede von der Schwächung der Parlamente in der COVID-19-Pandemie hat zwar eine gewisse Berechtigung, bezieht sich aber vor allem auf ihre Funktionsabläufe. Trotz dieser Schwierigkeiten wurden die wesentlichen Entscheidungen zur Eindämmung der Pandemie in den Parlamenten, also durch die Legislative getroffen. Die Rechtsprechung hat die Einhaltung der rechtlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen auch in der Pandemie kontrolliert. Allerdings waren auch die Gerichte zum einen in den Hochphasen der Pandemie aufgrund von Infektionsschutzmaßnahmen nur bedingt arbeitsfähig und zum anderen zunächst sehr zurückhaltend in ihren Urteilen über einschneidende Infektionsschutzmaßnahmen.

- 40) In der COVID-19-Pandemie ist der deutsche Föderalismus in die öffentliche Kritik geraten. Weil der Gesundheitsschutz im Wesentlichen Sache der Länder ist, waren die Infektionsschutzmaßnahmen in den Bundesländern nicht durchweg einheitlich, sondern wichen zum Teil deutlich voneinander ab. Die betroffenen Menschen und Unternehmen empfanden das nicht selten als unübersichtlich oder, vor allem in der Nähe der Landesgrenzen oder bei länderüberschreitenden Tätigkeiten, als schwer verständlich. Der Verzicht auf zentrale Entscheidungen mit einheitlichen deutschlandweiten Regelungen bringt aber auch Vorteile mit sich. Der Föderalismus ermöglicht die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und wirkt so einem undifferenzierten und schematischen zentralstaatlichen Vorgehen entgegen. Mit Blick auf die Pandemieschutzmaßnahmen wurde tendenziell eine Balance zwischen zentral und föderal getroffenen Entscheidungen erreicht.
- 41) Eine weitere demokratische Herausforderung für die Pandemiepolitik liegt in der Gefahr eines „technokratischen Regierens“ auf Basis der Ratschläge von Experten. Die deutsche Politik nahm die Ratschläge von Expertinnen und Experten ernst und befolgte sie vielfach. Außer vom Robert Koch-Institut und Organisationen wie

den großen Forschungsgemeinschaften oder auch dem Deutschen Ethikrat wurde die Politik auch von einzelnen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, insbesondere aus den Bereichen der Virologie und Epidemiologie, beraten. Zum Teil entstand der Eindruck einer direkten und nicht weiter rechtfertigungspflichtigen Ableitung politischer Entscheidungen aus Zahlen wie dem R-Wert oder der 7-Tage-Inzidenz. Den Gegenpol dieses in den Medien gerne als alternativlos dargestellten „evidenzbasierten Regierens“, wie es in kritischer Perspektive bezeichnet wurde, bildete eine Flut an Falschinformationen über das Virus und seine Bekämpfung sowie die dahinter vermuteten politischen Motivationen, die sich insbesondere über die sozialen Medien verbreitete. Dieser sogenannten „Infodemie“ hatte die Politik wenig entgegenzusetzen, deren Kommunikation in erster Linie über die Presse und die öffentlich-rechtlichen Radio- und Fernsehsender erfolgt, weshalb Teile der Bevölkerung, die sich nicht (mehr) über diese Medien informieren, nicht erreicht wurden.

- 42) Das Vertrauen der Menschen in den deutschen Staat als Demokratie, Rechtsstaat und Bundesstaat hat in der Pandemie gelitten. Die Zustimmung in der Bevölkerung zu den Infektionsschutzmaßnahmen wie der Schließung von Kitas, Schulen und Hochschulen, Grenzschließungen und Verbot von Großveranstaltungen lag zu Beginn der Pandemie bei deutlich über 80 Prozent, ließ dann aber im Laufe der Pandemie erheblich nach. Dieser Vertrauensverlust dürfte zumindest unter anderem daher rühren, dass die unzureichende Vorbereitung auf die Pandemie in vielen gesellschaftlichen Bereichen, vor allem aber die geringe Anpassungsfähigkeit der öffentlichen Infrastruktur auf die Krise immer deutlicher wurden.

## Grundsätzliche Lehren aus der Pandemie: (sozial-)anthropologische Vergewisserungen

- 43) Die Pandemie hat in aller Deutlichkeit die Verwundbarkeit und Verletzlichkeit des Menschen als unhintergehbaren Teil der *Conditio humana* vor Augen geführt. *Vulnerabilität* ist ein anthropologisches Grunddatum. Sie dementiert jede Form von Überhöhung, die den Menschen zuallererst als autarkes Wesen deutet, das erst durch widrige Umstände in seiner Selbstgenügsamkeit und Stärke beeinträchtigt wird und nur dann auf solidarische Unterstützung angewiesen ist. Physisch vulnerabel ist der Mensch als körperliches Wesen insbesondere aufgrund seines leiblichen Empfindens von Leid und Schmerz. Sozial und psychisch verletzlich ist der Mensch insbesondere deshalb, weil er auf verlässliche Beziehungen und Bindungen, auf entgegenkommende Begleitung und Unterstützung und darin auf Anerkennung und Wertschätzung angewiesen ist.
- 44) Vulnerabilität ist keine bloß punktuelle Anfälligkeit oder Schwachstelle einer gelingenden Lebensführung, die es nach Möglichkeit zu vermeiden gilt. Insofern ist es abwegig oder zumindest missverständlich, allgemein von „vulnerablen Personen(-gruppen)“ zu sprechen, die etwa in der COVID-19-Pandemie eines besonderen Schutzes bedürfen. Diese pauschalisierende Rede über Vulnerabilität ist gerade im Zusammenhang mit Schutzmaßnahmen mit einer erheblichen Stigmatisierungsgefahr verbunden – insbesondere dann, wenn eine Person, die einer besonders vulnerablen Gruppe angehört, wegen dieser Zugehörigkeit für die Schutzmaßnahmen verantwortlich gemacht wird. Zudem kann mit der Reduktion auf krankheitsbedingte Vulnerabilität auch legitimiert werden, dass Schutzmaßnahmen wegen dieser Vulnerabilität besonders auf einzelne Personen zielen oder dass soziale Gruppen allein wegen dieser Vulnerabilität isoliert werden, unabhängig davon, welche anderen (Selbst-)Schutzmaßnahmen es gibt.

- 45) Konkreten lebensgeschichtlichen Ausdruck findet das anthropologische Grunddatum der Verletzlichkeit in der *situativen* wie *strukturellen* Vulnerabilität: Situative Vulnerabilität ereignet sich in sozialen, politischen, ökonomischen oder auch umweltbezogenen Konstellationen beziehungsweise Interaktionen – in Zeiten einer Pandemie etwa im Ausgesetztsein der leiblichen und psychosozialen Integrität gegenüber einem hohen Infektionsrisiko, womöglich verbunden und gesteigert durch ein deutlich erhöhtes Risiko schwerer, vielleicht sogar tödlicher Erkrankung. Ebenso tritt sie auf im Umgang mit den (psycho-)sozialen, wirtschaftlichen oder auch kulturellen Folgewirkungen jener Maßnahmen, die die Ausbreitung des Krankheitserregers unterbinden oder wenigstens eindämmen sollen. Die Bedeutung *struktureller* Vulnerabilität zeigt sich in der Pandemie in zweifacher Hinsicht: Zunächst erfahren betroffene Personen vonseiten gesellschaftlicher Institutionen oder Organisationen, in denen sie leben, durch deren Ordnungen und Vorgaben, denen sie mehr oder minder zwangsläufig unterworfen sind, teilweise empfindliche Einbußen und Einschränkungen ihrer Lebensgestaltung. Strukturelle Vulnerabilität zeigt sich zudem darin, dass auch Institutionen und Organisationen ihrerseits verwundbar sind – wenn sie nämlich ihre gewöhnlichen Funktionsabläufe unter den außergewöhnlichen Bedingungen einer Pandemie nicht mehr im erforderlichen Maß aufrechterhalten können.
- 46) Über der Anerkennung der Vulnerabilität des Menschen in allen ihren Dimensionen darf nicht übersehen werden, dass dem Menschsein ebenso das Moment der Gestaltungs-, ja der Widerstandskraft eigen ist. In der wissenschaftlichen Diskussion hat sich dafür der Begriff der „Resilienz“ etabliert. Die Resilienz des Menschen wäre freilich missverstanden, wollte man sie einfach als das Gegengewicht zur menschlichen Verletzlichkeit verstehen, die sie kompensieren oder womöglich sogar vergessen lassen könnte. Resilienz meint vielmehr die Kraft, inmitten der Situation der Verletzlichkeit und des konkreten Verletztseins mit den daraus resultierenden Herausforderungen

so umzugehen, dass die Möglichkeit eines gelingenden Lebens offenbleibt oder durch die erhöhte Sensibilität für die Verletzlichkeiten und Stärken des Lebens sogar gesteigert werden kann.

- 47) Die Erfahrung von Anerkennung in zwischenmenschlichen Beziehungen und von Zugehörigkeit zu Gemeinschaften gehört ebenfalls zu den Grunderfordernissen einer gelingenden Lebensführung – gerade auch in außergewöhnlichen Lebensumständen, wie sie während einer Pandemie gegeben sind. Die Erfahrung von Anerkennung bezieht sich auf die je vorfindliche situative Vulnerabilität der betreffenden Person beziehungsweise Personengruppe. Die Erfahrung von Zugehörigkeit vollzieht sich in Gestalt konkret erlebter Solidarität. Anerkennung und Zugehörigkeit sensibilisieren für die jeweiligen situativen und strukturellen Verletzlichkeiten und stärken zugleich jene Resilienz, mit der die Betroffenen diese Verletzlichkeiten durch Anpassung und transformative Gestaltung produktiv bewältigen lernen.
- 48) Der Zusammenhang von Vulnerabilität und Resilienz hat auch Konsequenzen für das Verhältnis von Gerechtigkeit und Solidarität. Die eigene potenzielle Vulnerabilität macht alle auch zu Gleichen in der Angewiesenheit auf Solidarität und in dem Verlangen nach gerechter Teilhabe. Indem Vulnerabilität als wesentliches Kriterium des Menschseins erkannt und respektiert wird, wird Solidarität in ihrer Gleichursprünglichkeit mit Freiheit und Gleichheit als Aspekt der Gerechtigkeit anerkannt. So beeinflusst die Einsicht in die inhärente Vulnerabilität eines jeden Menschen etwa eine Vorstellung von Solidarität, nach der gesunde und leistungsfähige Gruppen ihre Interessen selbstlos für sogenannte vulnerable Gruppen zurückstellen sollen. Die changierende Zuschreibung von Vulnerabilität an verschiedene Gruppen im Verlauf der Pandemie hat gezeigt: Nicht nur ältere und behinderte Menschen, sondern auch junge Menschen, Familien und Kinder waren in verschiedenen Phasen und in unterschiedlicher Form verletzlich oder verletzbar.

- 49) In der klinisch-psychologischen Forschung bezieht sich der Begriff der Resilienz auf Unterschiede in der Wirkung und Bearbeitungs-kapazität von Risiken beziehungsweise Vulnerabilitätsfaktoren. Er beschreibt die erfolgreiche Auseinandersetzung mit Belastungen, wobei die erfolgreiche Auseinandersetzung als Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen der Person einerseits, dem sozialen Nahumfeld sowie der institutionellen Umwelt andererseits gedeutet wird. Vulnerabilität meint im Gegensatz dazu einen Mangel an psychischen Bewältigungskapazitäten sowie einschränkende Lebensbedingungen (geringe Bildung, geringe finanzielle Ressourcen, geringe Integration und Teilhabe), die ihrerseits gerade in individuellen und gesellschaftlichen Krisensituationen ihre negativen Einflüsse auf die Gesundheit des Individuums zeigen können.
- 50) Mit der Rede über die Resilienz von Institutionen ist gemeint, dass diese Ressourcen aufweisen, die sie in die Lage versetzen, sich auch in Zeiten einer gesellschaftlichen Krise adaptiv und auch transformativ gegenüber den Bedarfen und Bedürfnissen ihrer Nutzerinnen und Nutzer zu verhalten. Zu nennen sind hier Einrichtungen aus den unterschiedlichen Bildungs- und Versorgungssegmenten, denen es zum Beispiel gelingt, Prinzipien des Gesundheitsschutzes mit jenen der Autonomie und der sozialen Teilhabe ihrer Nutzerinnen und Nutzer zur optimalen Übereinstimmung zu bringen.
- 51) Für die Dimension der einzelnen Person zeigen Untersuchungen, dass eine emotional negativ getönte Zukunftsperspektive und ein geringeres Ausmaß sozialer Unterstützung im Verlauf der Krise zu einem Rückgang der von der Person selbst eingeschätzten individuellen psychologischen Widerstandsfähigkeit geführt haben. Insbesondere für die Analyse von Resilienz-Vulnerabilitäts-Konstellationen bei Kindern und Jugendlichen empfiehlt sich eine systemische Perspektive, die mögliche Auswirkungen von Risiko- und Stabilisierungsfaktoren in der Familie beziehungsweise in familiären Subsystemen auf die psychische Gesundheit betrachtet. Die Resilienz von Organisationen

zeigt sich in ihrer adaptiven Kapazität. *Situative* Resilienz meint in diesem Zusammenhang den Umgang mit unerwarteten Ereignissen auf der Mikroebene (z. B. Patientenströme, Versorgungsengpässe), *strukturelle* Resilienz die Optimierung von Ressourcen und Praktiken auf der Mesoebene (z. B. Anpassungen von Arbeitsabläufen, Personaleinsatz, Hygienekonzepten oder Kommunikationsprozessen) und *systemische* Resilienz längerfristige Veränderungen von Ressourcen und Praktiken auf der Makroebene (z. B. durch administrative oder politische Entscheidungen).

- 52) Im Interesse an einer notwendigen Förderung der Resilienz von Institutionen im Gesundheitswesen (nicht nur) während der COVID-19-Pandemie gilt es, Belegschaften in quantitativer wie qualitativer Hinsicht zu stärken. Institutionen, die die mit der Pandemie verbundenen körperlichen und psychischen Belastungen für ihre Belegschaft übersehen oder unbeantwortet lassen beziehungsweise deren Vermeidung oder Bewältigung als alleinige Regulationsaufgabe des Staates interpretieren, gefährden nicht nur die Sicherheit der ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten, sondern auch die Bindung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter während und nach der Pandemie – und damit letztlich ihre langfristigen Entwicklungsmöglichkeiten.
  
- 53) Vulnerabilität wie Resilienz haben für ethische Entscheidungskonflikte kriteriale Relevanz. Bemühungen, beide mit spezifischen und sogar quantitativen Indikatoren für Abwägungs- und Gewichtungprozesse zu operationalisieren („Vulnerabilitätsindizes“), unterstreichen diesen Sachverhalt. Vulnerabilität verweist auf verschiedenartige Betroffenheiten, Schutz- und Unterstützungsinteressen. Sie konkretisiert sich gruppen- und regionenspezifisch in Abhängigkeit von sozialen, gesundheitlichen und versorgungsbezogenen Ungleichheiten, die im Zuge einer integrativen Betrachtung gewichtet werden können und müssen. Die auf empirisch nachweisbaren Zusammenhängen gründende Ungleichbehandlung von Personen, Gruppen und Regionen stellt – richtig verstanden – gerade keine zusätzliche

Diskriminierung ohnehin Benachteiligter dar. Denn die Gewichtung spezifischer Aspekte von Vulnerabilität eröffnet auch neue Einsichten in Wirkungszusammenhänge, die ihrerseits bestehende soziale Ungleichheiten verstärken (oder verringern), wodurch sich auch Maßnahmen zum Abbau dieser Ungleichheiten (und gegebenenfalls zur Förderung von Resilienz) ableiten lassen.

### Abwägungsentscheidungen und ihre normativ-kriterialen Grundlagen

- 54) Die Pandemie macht(e) kontinuierlich komplexe Abwägungsentscheidungen erforderlich. Solche Abwägungsentscheidungen sind letztlich politischer Natur. Sie beruhen aber notwendigerweise nicht nur auf fundierten Sachverhaltseinsichten, die natur- oder sozialwissenschaftliche Expertise bereitstellen. Weil sie in erheblichem Maße auch moralische wie rechtlich relevante Güter und Optionen berühren, müssen diese Abwägungsentscheidungen auch auf juristische beziehungsweise ethische Kriterien zurückgreifen.
- 55) An erster Stelle steht das Kriterium der menschlichen *Freiheit*. Sie ist ebenso wie der Mensch selbst sowohl verletzlich als auch widerstandsfähig und – nicht zuletzt unter Berücksichtigung ihrer eigenen Ermöglichungsbedingungen – immer in ihren sozialen Bezügen auf andere Freiheiten zu verstehen. Insofern greift auch die pauschale Gegenüberstellung von Freiheit auf der einen und Gesundheitsschutz auf der anderen Seite zu kurz. Aspekte der Beschränkung ebenso wie der Ermöglichung von Freiheit müssen in der Pandemiepolitik in komplexer Weise austariert werden.
- 56) Die Erhaltung beziehungsweise Wiederherstellung größtmöglicher Freiheit stellt in ethischer wie (verfassungs-)rechtlicher Hinsicht eine grundlegende Zielsetzung dar. Die dem Infektionsschutz verpflichtete Strategie der physischen Distanz hat in allen ihren Abstufungen zu teils erheblichen und tief einschneidenden Beschränkungen

von Freiheitsrechten geführt. Ihre stärkste Ausprägung in Form eines umfassenden Lockdowns des privaten wie auch des öffentlichen Lebens kann nur gerechtfertigt sein, wenn hohe Sterblichkeit, langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen signifikanter Bevölkerungsteile oder der drohende Kollaps des Gesundheitssystems nicht mit weniger einschneidenden Maßnahmen abgewendet werden können. Sobald diese Ziele erreicht sind, müssen diese Beschränkungen der Freiheitsrechte sowohl aus ethischen als auch aus (verfassungs-) rechtlichen Gründen zurückgenommen werden.

- 57) Die sogenannte negative Freiheit nimmt nicht nur Gestalt an in der Freiheit von *äußeren* Festlegungen, etwa in Form massiv freiheitsbeschränkender Infektionsschutzmaßnahmen. Negative Freiheit manifestiert sich auch in der Freiheit von *inneren* Restriktionen und Verengungen persönlicher Lebensoptionen, die beispielsweise aus der Erfahrung von (äußerer) Entbehrung und Not resultieren und sich in Gelähmtheit und Perspektivlosigkeit niederschlagen können. Auch die positive Freiheit besitzt zunächst eine innere Seite – nämlich in der Bindung der eigenen Lebensführung an Orientierungen, von deren Sinnhaftigkeit die betreffende Person selbst überzeugt ist und die sie sich deshalb im Vollzug ihres selbstbestimmten Handelns und ihrer Lebensführung zu eigen macht. Ihre äußeren Seiten zeigen sich etwa dort, wo öffentliche Leistungen in Anspruch genommen werden oder unterschiedlichste Formen menschlicher Vergemeinschaftung eingegangen werden.
- 58) Vor dem Hintergrund dieses Verständnisses menschlicher Freiheit erschließt sich auch die Bedeutsamkeit privater, öffentlicher und vor allem auch staatlicher Institutionen für die Wahrnehmung von Freiheit. Institutionen haben insbesondere die Aufgabe der Gewährleistung von personaler Freiheit – und zwar sowohl für negative wie positive Freiheit: Institutionen sollen Einschränkungen äußerer Freiheit auf das Notwendigste minimieren sowie innere Freiheit (etwa im Sinn subjektiver Sicherheiten) optimal ermöglichen. Sie sollen

zugleich die für positive Freiheit erforderlichen inneren wie äußeren Bindungs- und Vergemeinschaftungsformen schützen und fördern – im Wissen, dass alle Institutionen zugleich freiheitsermöglichende wie freiheitsbegrenzende Wirkungen entfalten können.

- 59) Negative wie positive Freiheit sind in der Pandemie aus Infektionsschutzgründen teilweise massiv begrenzt worden. Für die Frage der Intensität der Freiheitsbeeinträchtigung und ihre mittel- und langfristigen Konsequenzen ist zum einen ihre Dauer von erheblicher Bedeutung. Nicht zuletzt führen länger andauernde Freiheitsverluste potenziell zu problematischen Gewöhnungseffekten. Das heißt, Freiheit muss in der postpandemischen Zeit zumindest partiell neu gelernt und gelebt werden. Zum anderen ist darauf zu achten, inwieweit unterschiedliche freiheitsbeeinträchtigende Effekte kumulativ zusammenwirken und damit über die bloße Addition hinausgehende nachteilhafte Auswirkungen mit sich bringen. Konflikte zwischen Freiheitsinteressen sind in einem strukturierten kommunikativen Prozess, letztlich im demokratischen Miteinander zu entscheiden. Letztlich betrifft die freiheits- und demokratietheoretische Schlüsselfrage der Pandemiebewältigung die Grenzen, die der Staat beim Eingreifen in individuelle Freiheitsspielräume auch dann wahren muss, wenn er seiner Pflicht zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung unter den Ausnahmebedingungen einer pandemischen Krise nachkommt.
- 60) Für die Frage einer ethischen Krieriologie im Umgang mit Entscheidungskonflikten bedeutet dies, dass die Wiedergewinnung von Freiheit sich nicht in der Rücknahme äußerer Restriktionen negativer Freiheit erschöpft, also in der Wiedergewährung von Bewegungs- oder Reisefreiheit. Sie umfasst ebenso die Absicherung und Stützung von innerer Freiheit durch den Schutz vor gesundheitlicher, sozialer und nicht zuletzt wirtschaftlicher Not. Um bindungsreiche Freiheit in den unterschiedlichsten Formen menschlicher Vergemeinschaftung (wieder) zu ermöglichen, sind außerdem die Absicherung und der Ausbau robuster privater wie öffentlicher Institutionen erforderlich.

- 61) *Demokratie* und *politische Teilhabe* sind als Sicherungen und Ausdrucksformen verletzlicher wie widerstandsfähiger Freiheit unerlässlich. Gerade unter den Bedingungen einer Pandemie erweisen sich das rechtsstaatlich fundierte Zusammenwirken staatlicher Institutionen, die Einbettung staatlicher Entscheidungsprozeduren in die Gesamtheit gesellschaftlicher Meinungsbildungs- und Selbstverständigungsprozesse, die meinungsbildende Funktion medialer Kommunikation sowie nicht zuletzt die möglichst weitreichende politische Teilhabe von Betroffenen an jenen Entscheidungen, die sie in ihrer Lebensführung unmittelbar berühren, als hoch bedeutsam.
- 62) Zweifellos erfordert eine unmittelbare „Gefahr im Verzug“, wie sie sich während einer Pandemie ergeben kann, eine gleichermaßen schnell wie flexibel handelnde Regierung und öffentliche Verwaltung (öffentlicher Gesundheits- und Ordnungsdienst, Katastrophenschutz usw.). Die Exekutive sollte dabei auf zuvor ausgearbeitete und erprobte Notfallpläne zurückgreifen können und diese im Bedarfsfall auch konsequent umsetzen. Auch muss sie den Vorrang der Legislative beachten – insbesondere dann, wenn in Krisenzeiten über einen längeren Zeitraum hinweg wesentlich in die Rechte und/oder Lebensführung von Menschen eingegriffen wird. Die parlamentarisch legitimierte Politik mag sich wissenschaftlicher Expertise bedienen, um zu sachgerechten Entscheidungen zu kommen. Aber auch diese Expertise kann und darf niemals die politischen Entscheidungen der Parlamente oder der ausführenden Organe ersetzen.
- 63) Eine demokratiestabilisierende Rolle kommt gerade in Krisen wie Pandemien der Rechtsprechung und hier insbesondere dem Bundesverfassungsgericht zu. Dass die Gerichte angesichts erheblicher faktischer Ungewissheiten sowie großer Eilbedürftigkeit von Maßnahmen nicht die Rolle eines Quasigesetzgebers übernommen haben, sondern auf den weitreichenden Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum der Legislative verwiesen, entspricht auch in materieller Hinsicht

dem Grundsatz demokratischer Rechtsstaatlichkeit. Gleichwohl kam es im Verlauf der COVID-19-Pandemie auch zu offensichtlich problematischen Verordnungen – etwa Kontaktbeschränkungen unter freiem Himmel mit fragwürdigem Nutzen für den Infektionsschutz oder Isolationsmaßnahmen gegenüber Sterbenden –, denen vonseiten der Gerichte nicht oder zumindest nicht frühzeitig und entschlossen genug entgegengewirkt wurde.

- 64) Insbesondere im Fall einschneidender Maßnahmen in Zeiten von Pandemien ist ein hohes Maß an Eindeutigkeit, Klarheit und Nachvollziehbarkeit unerlässlich. Kommt es wiederholt zu unvollständigen, unklaren oder schlicht unverständlichen Vorschriften, kann das Vertrauen in die Rationalität von Maßnahmen des Infektionsschutzes beziehungsweise der Pandemieeindämmung erschüttert werden. Das gefährdet nicht nur die notwendige Normakzeptanz, sondern auch die unerlässliche Mitwirkung der breiten Bevölkerung in der Pandemiebekämpfung. Diese ist immer auf eine gesellschaftsweite Anstrengung angewiesen, die aber im erforderlichen Umfang nicht erzwungen werden kann. Die notwendige freiwillige Mitwirkung der Bevölkerung erfordert deren Einsicht in die Sinnhaftigkeit der verordneten Maßnahmen.
- 65) Massenmedien und insbesondere die öffentlich-rechtlichen Rundfunk- und Fernsehanstalten haben gerade in Krisenzeiten die für eine republikanisch verfasste Demokratie unverzichtbare Aufgabe, das strittige Für und Wider von Maßnahmen in einer rasonierenden Öffentlichkeit hör- und sichtbar zu machen. Der kritische Teil dieser Aufgabe wurde zu Beginn der Corona-Krise nicht immer im wünschenswerten Maß erfüllt. Zwar mag die Zurückhaltung, angesichts der Größe, der Neuartigkeit sowie der „Plötzlichkeit“ der pandemischen Problemlagen jedes Detail mit scharfer Kritik zu fokussieren, durchaus verständlich und berechtigt gewesen sein. Im weiteren Verlauf der Pandemie jedoch wurden selbst offenkundige Fehlentwicklungen von einem sich selbst als „konstruktiv“ oder

„gemeinwohlsensibel“ verstehenden Journalismus kaum in der notwendigen Deutlichkeit aufgegriffen.

- 66) Mit der Idee einer liberalen und republikanischen Demokratie als Staatsform eng verknüpft ist die normative Zieloption einer politischen Partizipation. Betroffene Menschen sollten an Entscheidungen über die Gestaltung ihres sie unmittelbar umgebenden Raumes sowie der Orte ihres konkreten Zusammenlebens auf der Basis von Gleichberechtigung und Mitverantwortung beteiligt sein. Es ist eine Forderung der politischen Gerechtigkeit, effektive Teilhabe an der Gestaltung des gemeinsam geteilten öffentlichen Raumes zu ermöglichen. Während der Pandemie wurden gesetzliche Vorgaben etwa zu Hygienekonzepten oftmals kurzfristig und ohne Mitwirkung der Betroffenen von den Leitungen etwa in Einrichtungen der Langzeitpflege oder der Eingliederungshilfe umgesetzt. Dabei hätte es durchaus Spielräume gegeben, deren kreative Nutzung im Interesse der betroffenen Menschen gewesen wäre. Angesichts erheblicher Einschnitte in die unmittelbare Lebensführung für die meisten gesellschaftlichen und eben auch einrichtungsbezogenen Lebensbereiche sollte gelten: Pandemien sind die Stunde effektiver politischer Partizipation.
- 67) *Menschenrechtsdiskurse*, die den ethischen Gehalt von Menschenrechten sichtbar machen, tragen dazu bei, dass die demokratische Ausgestaltung beziehungsweise Beschränkung der Grundrechte, die in Rechtsnormen gefasste („positivierte“) Menschenrechte sind, nicht auf Kosten des ihnen eigenen kritischen Potenzials geht. Allen juristischen Grundrechtsdiskursen zum Trotz fehlte es bei der Pandemieregulierung nicht selten an einem hinreichend entwickelten Sinn dafür, wie problematisch zahlreiche Maßnahmen aus menschenrechtlicher Sicht waren. Diese Diskurse haben ebenso wenig wie die allgegenwärtige Rede über Vulnerabilität verhindert, dass die Grund- und Menschenrechte von Kindern, Alten oder Pflegebedürftigen sowie benachteiligten und marginalisierten Gruppen wie Wohnungslosen,

Geflüchteten oder auch Arbeitsmigrantinnen und -migranten unzureichend beachtet oder sogar verletzt wurden.

- 68) Im Einklang mit den Prinzipien der Inklusivität des Schutzbereichs der Menschenrechte und der Universalität der Menschenrechte müssen zum einen die aus den Eigenheiten sowie besonderen Bedürfnissen und Lebensumständen resultierenden generellen Vulnerabilitäten bestimmter Gruppen sowie zum anderen die situativen Vulnerabilitäten einzelner Menschen beachtet werden. Dass der Anspruch aller Menschen auf gleiche Achtung ihrer Rechte auch diejenigen umfasst, die von Ausgrenzung betroffen oder bedroht sind, spiegelt sich in der menschenrechtlichen Betonung des Anspruchs auf freie und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe.
- 69) Maßnahmen zur Bekämpfung pandemischer Ereignisse müssen nicht nur wirksam und verhältnismäßig sein, sondern sollten auch im Einzelnen sowie in ihrer Gesamtheit daraufhin überprüft werden, ob sie *gerecht* sind. Für den Kontext der Pandemiebewältigung besonders bedeutsam erscheinen neben der Forderung der Sachgerechtigkeit der zu treffenden Entscheidungen erstens die sozialen, intergenerationalen und internationalen Implikationen der *Verteilungsgerechtigkeit* und zweitens das Konzept der *Befähigungsgerechtigkeit*.
- 70) Um die Angemessenheit beziehungsweise Sachgerechtigkeit von Maßnahmen der Pandemiebekämpfung zu erhöhen, müssen die wissenschaftlichen Grundlagen und damit die epistemischen Bedingungen der Entscheidungsfindung sukzessive verbessert werden. Das betrifft sowohl die Erforschung des jeweiligen Krankheitserregers, der Erkrankung und des Verlaufs einer Pandemie sowie die Entwicklung geeigneter Vakzine und Medikamente als auch die umfassende Folgenanalyse verschiedener politischer Maßnahmen.
- 71) Im Rahmen der Pandemiebekämpfung stellen sich zahlreiche Fragen einer gerechten Schadens-, Risiko- und Nutzenverteilung, die mit den

gesundheitlichen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Folgen der jeweils getroffenen Maßnahmen nicht nur ganz unterschiedliche Güter und Lebensbereiche betreffen, sondern sich zudem – ungeachtet der vielfältigen Vernetzungen – auf der nationalen, europäischen und globalen Ebene jeweils sehr unterschiedlich darstellen. Ungeachtet der auch in Pandemiezeiten ethisch gebotenen Selbstverantwortung jedes Einzelnen bildet das Postulat einer vorrangigen Sorge für die am stärksten gefährdeten und daher in besonderem Maße auf Hilfe und Unterstützung angewiesenen Personengruppen – wie zum Beispiel Personen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen, Personen in unsicheren Beschäftigungsverhältnissen, Selbstständige mit unzureichender sozialer Absicherung, geflüchtete und wohnungslose Menschen – einen integralen Bestandteil/Orientierungspunkt der Verteilungsgerechtigkeit. Da pandemische Krisen schon zuvor bestehende prekäre Lebenslagen und Vulnerabilitäten dramatisch verschärfen und teilweise für Dritte erstmals sichtbar machen können, sind die basalen Bedürfnisse der verletzlichsten Betroffenen bei politischen Entscheidungen prioritär zu berücksichtigen.

- 72) Auch im familiären Bereich mussten wegen Homeoffice, Homework und Homeschooling ganz neue Alltagsroutinen eingeübt werden, wodurch sich die Frage nach einer geschlechtergerechten Verteilung der Care-Arbeit mit Nachdruck stellte und soziale Ungleichheit sich besonders auswirkte. Auch wenn die dabei auftretenden Belastungen nicht primär finanzieller Natur waren oder bei den Betroffenen zu akuten wirtschaftlichen Existenznöten führten, illustrieren sie doch die Vielfalt der sozialen Herausforderungen, die sich aus Maßnahmen der Pandemiebekämpfung ergeben und einige Bevölkerungsgruppen viel härter treffen als andere.
- 73) Ein weiterer, im pandemischen Kontext besonders wichtiger Bereich der Verteilungsgerechtigkeit ist die sogenannte intergenerationelle Gerechtigkeit. Generell ist der Generationenbezug bei der Pandemiebekämpfung in wenigstens zweifacher Weise gerechtigkeitsethisch

von Bedeutung: zum einen *gegenwartsbezogen* (synchron), das heißt mit Blick auf aktuelle altersgruppenspezifische Ungleichverteilungen von Belastungen durch die Pandemie und zu ihrer Eindämmung ergriffene Maßnahmen; zum anderen aber auch *zukunftsbezogen* (diachron) hinsichtlich einer gerechten Lastenverteilung zwischen gegenwärtig lebenden und nachfolgenden Generationen.

- 74) Der erste Aspekt ist vor allem deswegen relevant, weil Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende aus Rücksicht auf das hohe Risiko für schwere COVID-19-Krankheitsverläufe der älteren Generation im Namen des Infektionsschutzes erhebliche Beschränkungen ihrer Lebensführung zu erdulden hatten. Es ist ein Gebot der Gerechtigkeit, in einer fairen Gesamtbetrachtung nicht nur die spezielle Schutzbedürftigkeit etwa von hochbetagten Personen in Rechnung zu stellen, sondern auch die mit den ergriffenen protektiven Maßnahmen einhergehenden Opfer und Belastungen, unter denen insbesondere die jüngere Generation und ihr Unterstützungssystem zu leiden hatten.
- 75) Der zweite Aspekt der Generationengerechtigkeit betrifft die langfristigen Folgen der jetzt ergriffenen Maßnahmen für zukünftige Generationen. In diesem Zusammenhang ist vor allem von Belang, dass die öffentlichen Haushalte die Folgekosten der Pandemie zu einem großen Teil über neue Schulden finanzieren. Angesichts der dadurch rasant anwachsenden Staatsverschuldung werden die nachfolgenden Generationen in Zukunft die Hauptlasten zur Finanzierung der Pandemiekosten zu tragen haben.
- 76) Von besonderer Brisanz waren im bisherigen Verlauf der COVID-19-Pandemie verschiedene Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beispielweise sollten im Interesse der Gerechtigkeit Vorkehrungen getroffen werden, damit zukünftig auch in außergewöhnlichen Belastungssituationen alle Patientinnen und Patienten, die einer klinischen Behandlung dringend bedürfen,

gleichberechtigten Zugang zu dieser erhalten, ohne aufgrund der Art ihrer Erkrankung diskriminiert zu werden.

- 77) In Phasen exponentiell steigender Infektionszahlen wurde auch in Deutschland über die Priorisierung knapper intensivmedizinischer Ressourcen unter Pandemiebedingungen und dabei insbesondere über die kriteriologischen Grundlagen von Triage-Entscheidungen diskutiert. Im Fokus standen dabei vor allem zwei mögliche Konkurrenzsituationen, von denen die erste bei der Aufnahme auf die Intensivstation auftreten kann, wenn etwa die Zahl der unbesetzten Beatmungsplätze kleiner ist als die Zahl der Patienten, die ihrer akut bedürfen (sog. Ex-ante-Triage). Die zweite betrifft die Möglichkeit der Beendigung einer bereits begonnenen lebenserhaltenden intensivmedizinischen Behandlung, um Ressourcen im Falle des Eintreffens einer Patientin oder eines Patienten mit einer günstigeren Prognose frei zu machen (sog. Ex-post-Triage).
- 78) Da es bislang weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene allgemein anerkannte Regeln zum Umgang mit Triage-Entscheidungen gibt, wäre zu wünschen, dass künftig zum Beispiel unter der Regie des Weltärztebundes oder der Weltgesundheitsorganisation möglichst einheitliche internationale Empfehlungen zum Umgang mit diesen für alle Betroffenen (auch Angehörigen) extrem belastenden Entscheidungen erarbeitet werden.
- 79) Fragen der Verteilungsgerechtigkeit stellen sich auch, wenn es um die nähere Ausgestaltung einer angemessenen Impfstrategie geht. Bereits im Umkreis von *nationalen* Impfstrategien stellen sich angesichts der zumindest initialen Knappheit von Vakzinen insofern Fragen der Gerechtigkeit, als es nicht nur wohlbegründeter Kriterien für die Aufstellung der Impfreiheitsfolge bedarf, sondern ebenso entschieden werden muss, ob und in welchem Umfang geltende Beschränkungen für Geimpfte aufgehoben werden sollen. Gerade die Impfthematik zeigt, dass Fragen der distributiven Gerechtigkeit nicht allein aus

einer nationalen Perspektive zu beantworten sind, sondern auch eine *europäische* und *globale* Dimension aufweisen und entsprechender Anstrengungen bedürfen. Es gibt keine moralische Rechtfertigung dafür, besonders vulnerable Gruppen nur deswegen medizinisch unversorgt zu lassen, weil sie in Ländern des Globalen Südens und damit entfernt von uns leben, gleichzeitig aber knappe Impfstoffe denjenigen zuzuwenden, die ein im Verhältnis dazu signifikant geringeres Krankheits- oder Sterberisiko aufweisen. Aus ethischer Sicht ist die Unterstützung ärmerer Länder bei der Bewältigung der Pandemie und ihrer Folgen daher ein Gebot internationaler Solidarität. Aus *rechtlicher* Perspektive ist demgegenüber festzuhalten, dass der deutsche Staat und seine Organe verfassungsrechtlich zunächst dem Wohl der deutschen Bevölkerung und ihrem Schutz verpflichtet sind.

- 80) Die Gerechtigkeitsthematik darf nicht einfach nur auf die Verteilung bestimmter Güter reduziert werden. Da Personen infolge einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren (von gesundheitlichen Voraussetzungen über soziale Lebenslagen bis hin zu geografischen und klimatischen Bedingungen) einen jeweils unterschiedlichen Gebrauch von Gütern machen, kommt es entscheidend darauf an, die individuellen Fähigkeiten der Individuen möglichst optimal zu fördern und zu entfalten, um diesbezüglich (Chancen-)Gleichheit zu realisieren. Gerade im Licht der hier angestellten Überlegungen zur Vulnerabilität und Resilienz dürfte sich eine Orientierung an bestimmten Grundfähigkeiten – allen voran der grundlegenden Handlungsfähigkeit von Personen, Institutionen und Systemen – auch für eine rückblickende Bewertung der unterschiedlichen Maßnahmen zur Pandemieeindämmung als hilfreich erweisen.
- 81) Die COVID-19-Pandemie hat in der großen Breite der Bevölkerung eine erstaunlich hohe *Solidarbereitschaft* offenkundig gemacht. Dass es immer wieder zu Protesten bestimmter Gruppen gegen einzelne Infektionsschutzmaßnahmen gekommen ist, die sie aus ihrer Sicht unzumutbar hoch belasteten, widerspricht aufs Ganze gesehen dieser

Einschätzung nicht. Im Gegenteil, solche Proteste machen zu Recht darauf aufmerksam, dass Solidarität nicht unbegrenzt eingefordert werden kann. Solidarität besteht in der Bereitschaft, eigene Ansprüche, die einer Person oder einer Personengruppe unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten prinzipiell zustehen, zugunsten anderer zumindest zeitweilig zurückzustellen.

- 82) Solidarität zeigt sich etwa im Rahmen der Impfpriorisierung, wenn weniger bedrohte Bevölkerungsgruppen zurückstehen (müssen), um stärker bedrohte Bevölkerungsgruppen vorrangig in den Genuss des Impfschutzes kommen zu lassen. Eine derartige Ungleichbehandlung ist mit Prinzipien der Gerechtigkeit nicht nur vereinbar, sondern kann sogar geboten sein: Eine ungleiche Gefährdungslage rechtfertigt grundsätzlich auch eine ungleiche Versorgung. Hinsichtlich der ethischen Güterabwägungen, die in Zeiten einer Pandemie erforderlich sind, gilt es zu unterscheiden zwischen einer Solidarität, die Personen aus eigenem Antrieb freiwillig üben, sodass sie auch über ihr Ausmaß sowie ihre etwaige zeitliche Befristung selbst bestimmen, und jener Solidarität, zu der Personen oder ganze Bevölkerungen durch staatliche Entscheidungen verpflichtet werden.
- 83) In einer Pandemie spielt Solidarität in der Form staatlich verordneter Solidaritätspflichten eine wesentliche Rolle. Damit dürfen diejenigen, denen diese Pflichten auferlegt werden, erwarten, dass ihre Solidaritätsbereitschaft nicht über Gebühr strapaziert wird. Die Lasten, die bestimmten Personen(-gruppen) zugunsten anderer auferlegt werden, müssen zumutbar und so weit als möglich gerecht und fair auf die „Schultern“ der in Frage kommenden Personen(-gruppen) verteilt werden. Auch das unterscheidet Pflichtsolidarität von einer freiwillig geübten Solidaritätspraxis. Altruistisch motivierte Personen mögen ihre freiwillig geübte Solidarbereitschaft kaum oder gar nicht davon abhängig machen, ob auch andere (mit-)helfen könnten – sie orientieren sich an der akuten Unterstützungsbedürftigkeit ihres Gegenübers. Demgegenüber schwindet die Akzeptanz der

Pflichtsolidarität in dem Maße, wie Lasten einseitig verteilt werden, insbesondere wenn dies nicht durch entsprechende Maßnahmen wenigstens teilweise kompensiert wird.

- 84) Ob die durch unterschiedliche Pandemieschutzmaßnahmen zur Solidarität verpflichteten Personen(-gruppen) ihre Belastungen als plausibel und begründet ansehen, hängt auch wesentlich davon ab, ob sie den Institutionen, die über solche Verpflichtungen entscheiden (Parlament, Verwaltungen) oder auf deren Wissensbasis solche Entscheidungen getroffen werden (Wissenschaft), *vertrauen*. Denn ihnen ist nahezu unmöglich, die komplizierten Sachverhalte, auf die sich etwa Infektionsschutzmaßnahmen beziehen, sowie deren sowohl dem Grunde wie dem Ausmaß nach nur schwer kalkulierbare Folgen und Nebenfolgen selbst zu beurteilen.
- 85) *Vertrauen* ermöglicht es, sich in Situationen der Ungewissheit auf die Einschätzungen, Entscheidungen und das Handeln anderer zu verlassen, ohne dass dies auf Kosten des eigenen Sicherheitsgefühls geht. Vertrauen stärkt den produktiven Umgang mit Ambivalenzen und Krisen. Fehlt das Vertrauen in Personen, die Entscheidungen treffen und verantworten, oder fehlt das Vertrauen in Institutionen, auf die Menschen in der Pandemie angewiesen sind, oder wird das Vertrauen, das in sie gesetzt wird, enttäuscht und verletzt, potenzieren sich die Unsicherheiten. Enttäuschtes Vertrauen kann ebenso wie eine als ungerecht empfundene Verteilung der Lasten bei der Pandemiebekämpfung dazu führen, dass die Akzeptanz von Infektionsschutzmaßnahmen schwindet.
- 86) Vertrauen ist für eine gelingende Lebensführung unersetzlich. Entgegengebrachtes Vertrauen kann aber enttäuscht, missbraucht und verletzt werden. Dies ist ein Aspekt der Verletzlichkeit jedes Menschen. Ist das Vertrauen erst einmal erschüttert oder verletzt, so ist es nur schwer wiederaufzubauen, zurückzugewinnen beziehungsweise neu zu stabilisieren. Dies betrifft das Vertrauen in Personen ebenso

wie in Systeme, Institutionen oder Organisationen. Wer Vertrauen gewinnen oder nicht verspielen möchte, muss durch umfassende und verlässliche Informationen zu kritischen Entscheidungen eine Vertrauensbasis schaffen.

- 87) In einer Pandemie kann die Anerkennung von Vertrauensperson beispielsweise dann erodieren, wenn die jeweiligen Betroffenen(-gruppen) nicht in Entscheidungen über Schutzmaßnahmen einbezogen werden. Vertrauensverhältnisse können aber auch dadurch gefährdet werden, dass zum Beispiel Kontaktbeschränkungen Begegnungen zwischen Fachkräften der Sozialen Arbeit und den von ihnen begleiteten Kindern und Jugendlichen über längere Zeit verhindern. Selbstvertrauen bildet eine eigene Kategorie personalen Vertrauens. Während der Corona-Krise wurde beispielsweise bei vielen Beschäftigten in der Langzeitpflege das Vertrauen in die eigene professionelle Expertise durch die zahlreichen Restriktionen und rechtlichen Rahmenvorgaben im Rahmen des Hygienemanagements und des Alltagsmanagements erschüttert. Es ist überaus wichtig, dass die Betroffenen im Nachgang der Pandemie wieder Vertrauen in die eigene Fähigkeit zu professionellen Entscheidungen fassen.
- 88) Vertrauen in Institutionen basiert darauf, dass mit ihnen konfrontierte Personen den Eindruck haben, sich auf die Kompetenzen und das Wohlwollen der in den Institutionen Tätigen verlassen zu können. Um Vertrauen in eine Institution (wieder) zu gewinnen, bedarf es in ihr tätiger Personen, die (neues) Vertrauen in die Institution vermitteln. Vielfach basiert also institutionelles auf personalem Vertrauen. Trotz seiner eminenten Bedeutung für das institutionelle Vertrauen greift es jedoch zu kurz, alleine auf das personale Vertrauen zu setzen. Vielmehr sind Politik und Kostenträger gefordert, die Krisensicherheit von Institutionen zu stärken und so die entsprechenden vertrauensbildenden bzw. -sichernden Rahmenbedingungen zu gewährleisten.

- 89) Im Verlauf der Pandemie erlangten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler – insbesondere Virologinnen und Virologen – mit ihrer fachlichen Expertise in Politik und Öffentlichkeit besondere Aufmerksamkeit. In bis dahin ungewohnter Weise bezogen sich viele in der Politik tätige Personen auf Erkenntnisse *der* Wissenschaft und stellten gelegentlich politische Entscheidungen als bloße Übersetzung einer wissenschaftlich gesicherten Faktenlage in Maßnahmen oder Verordnungen dar. Demgegenüber ist festzuhalten, dass die Wissenschaftsgemeinschaft keine letztverbindlichen und unumstößlichen Wahrheiten über die verschiedenen Aspekte der Pandemie zu generieren und der Politik und Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen vermag, weil empirisches Wissen grundsätzlich vorläufig und fallibel ist.
- 90) Es gehört zur Glaub- und Vertrauenswürdigkeit wissenschaftlicher Expertinnen und Experten, dass sie einerseits den jeweils aktuellen Stand der Forschung wiedergeben, andererseits aber stets dessen Vorläufigkeit und Grenzen gegenüber politisch und administrativ Verantwortlichen sowie der Öffentlichkeit unmissverständlich explizit machen. Dies ist ein wichtiger Teil wissenschaftlicher Ehrlichkeit beziehungsweise Redlichkeit. Wissenschaft muss frei und unabhängig sein. Jede (partei-)politische Vereinnahmung oder Beeinflussung ist zurückzuweisen. Der gelegentlich beobachtbare öffentliche Druck auf wissenschaftliche Beratungsgremien schadet dem Vertrauen in das Bemühen der Wissenschaft um sachbezogene Objektivität. Umgekehrt müssen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Eigenlogik und Eigenverantwortung der Entscheidenden im politischen Bereich respektieren. In einer demokratisch und rechtsstaatlich verfassten Gesellschaft obliegt die Letztverantwortung für politische Entscheidungen dem demokratisch gewählten Souverän: den Parlamenten.
- 91) Im Kontext von Pandemien stellen sich die Zuschreibung, Übernahme und Wahrnehmung von *Verantwortung* in vielfältiger und

komplexer Weise dar. Verantwortlichkeiten entstehen auf verschiedenen Ebenen und werden unterschiedlich strukturierten Akteurinnen und Akteuren mit spezifischen Rollen zugeschrieben: auf der Mikroebene etwa in der unmittelbaren Interaktion zwischen einzelnen Personen innerhalb einer Einrichtung; auf der Mesoebene etwa im Handeln von Einrichtungsleitungen, die den Rahmen für die Wahrnehmung von Verantwortung auf der Mikroebene bilden und diese vorstrukturieren; sowie auf der Makroebene etwa durch Handelnde im politischen Bereich, die durch Rechtsvorschriften wesentlichen Einfluss auf Handelnde der Mikro- und Mesoebene ausüben. Diese Hierarchie wirkt sich insbesondere auf die Fähigkeit aus, der eigenen Verantwortung auf nachgeordneter Ebene auch tatsächlich nachkommen zu können. Dieses Ineinandergreifen verschiedener Ebenen und rollenspezifischer Verantwortlichkeiten greift das Konzept der „Multiakteursverantwortung“ auf.

- 92) Jedes Mitglied einer Gesellschaft steht in der persönlichen Verantwortung, durch die Einhaltung staatlich verordneter oder auch freiwillig sich zu eigen gemachter Schutzmaßnahmen zur Abwehr unmittelbarer Gesundheitsrisiken für sich selbst und vor allem für andere beizutragen. Die Einzelpersonen müssen sich für das Nichteinhalten verpflichtender Vorgaben gegebenenfalls vor den staatlichen Organen verantworten. Angesichts bewusster oder unvermeidbarer Kontrolldefizite reicht es für die Zwecke des Infektionsschutzes jedoch nicht aus, wenn Normen nur aus Angst vor Sanktionen befolgt werden. Vielmehr sollten möglichst viele Menschen Einsicht in die Notwendigkeiten haben, die aus der Verantwortung für das Wohl und Wehe des eigenen und des Lebens anderer folgen.
- 93) Neben der Ebene der persönlichen Verantwortung ist im Kontext einer Pandemie vor allem die Ebene der staatlich beziehungsweise korporativ wahrgenommenen Verantwortung sehr bedeutsam. Nur ein Verständnis der verschiedenen relevanten Verantwortungsebenen mit ihrer wechselseitigen Verzahnung ermöglicht die angemessene

Bearbeitung eines Grundproblems der Zuschreibung von Verantwortung, das sich während einer Pandemie verschärft stellt: die Diffusion von Verantwortung. Mithilfe des Konzepts der Multiakteursverantwortung lässt sich differenziert ermitteln, wer für was auf welcher Ebene Verantwortung zu übernehmen hat. Bei der Analyse solcher Verantwortungszuschreibungen ist das Prinzip der Subsidiarität von erheblicher ethischer Relevanz. Es sieht vor, dass auf höheren Entscheidungsebenen nur das verbindlich geregelt werden sollte, was auf untergeordneten Ebenen nicht befriedigend geregelt werden kann.

### Güterabwägungen in einer Pandemie

- 94) Die staatliche Praxis im Umgang mit einer Pandemie muss insgesamt so kohärent wie möglich sein. Auch wenn sich die Bedingungen der Pandemiebekämpfung laufend wandeln, neue Virusvarianten mit veränderten Eigenschaften auftreten, Impfstoffe und Medikamente entwickelt werden und Maßnahmen anders als erwartet wirken, ist darauf zu achten, dass die normativen Kriterien, die die staatliche Güterabwägungen anleiten, diachron und synchron kohärent bleiben.
  
- 95) Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist auf Maßnahmen der Pandemieregulierung ebenso anzuwenden wie auf alle anderen staatlichen Maßnahmen auch. Demnach müssen sie ein verfassungsrechtlich legitimes Ziel verfolgen und zum Erreichen dieses Ziels geeignet, erforderlich und angemessen (zumutbar) sein. „Geeignet“ bedeutet, das gewählte Regelungsinstrument muss die Erreichung des Regelungsziels fördern können. Das Wort „können“ ist wichtig, weil es dem Staat einen gewissen Spielraum dabei lässt, festzulegen, wie ein von ihm verfolgtes Regelungsziel erreicht werden kann. „Erforderlich“ meint, dass es kein gleich wirksames, aber milderes Mittel gibt, kraft dessen sich das Regelungsziel erreichen ließe. Das Kriterium der „Angemessenheit“ soll schließlich verhindern, dass die in Rede stehende staatliche Maßnahme das Grundrecht übermäßig beschränkt.

- 96) Im juristischen Verständnis sind Grundrechte – mit der wichtigen Ausnahme der Menschenwürde (Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz) – keine absoluten Größen. Ihre Schutzintensität kann also sehr wohl eingeschränkt werden, was freilich gerechtfertigt werden muss, vor allem durch Erwägungen zur Verhältnismäßigkeit. So verstanden sind Grundrechte skalierbare, deontologisch schwache Regulative, die mehr oder weniger Schutz gewähren. Das konkrete Austarieren gegenläufiger Interessen, das zur Auswahl bestimmter Steuerungsinstrumente führt, ist keine mathematisch präzise Aufgabe, sondern erfordert politischen Gestaltungsspielraum. Es kann also, verfassungsrechtlich betrachtet, mehrere gleich „richtige“ Lösungen geben, die politisch unterschiedlich klug erscheinen mögen, aber jedenfalls verfassungsrechtlich gleichermaßen vertretbar sind.
- 97) Moralische Entscheidungskonflikte treten in der Regel in Situationen auf, in denen unterschiedliche moralische Güter nicht gleichzeitig oder im gleichen Maße gewahrt beziehungsweise realisiert werden können. Für die in solchen Konfliktsituationen erforderlichen Güterabwägungen bedarf es angesichts der Vielzahl und Heterogenität der einschlägigen Güter nicht nur klarer Kriterien und Regeln, sondern auch eines wirksamen Schutzes jenes deontologischen Kernbereichs der Moral, der sich der Abwägung entzieht. Auf ethisch gerechtfertigte Weise werden solche Entscheidungskonflikte dann gelöst, wenn im Rahmen moralischer Güterabwägungen eine vernünftig begründete Vorzugswahl getroffen wird.
- 98) Die vorliegende Stellungnahme befasst sich vorwiegend mit der Makroebene von Staat und Gesellschaft, auf der Güterabwägungen von politischen Institutionen vorgenommen werden, die dafür laut Verfassung oder von Gesetzes wegen zuständig sind. Während einer pandemischen Krise stellt sich dabei das Grundproblem, dass Güterabwägungen mindestens am Anfang unter der Bedingung großer Unsicherheit über die Folgen und Nebenfolgen von Maßnahmen erfolgen, die nicht nur andere Güter ungewollt in Mitleidenschaft ziehen,

sondern sogar dasjenige Gut schädigen können, auf dessen Schutz die einschlägigen Maßnahmen ausgerichtet waren. Das ethische Kriterium unter gesundheitspolitischen Aspekten ist daher nicht, wie effektiv eine Maßnahme einer durch eine spezifische Infektionskrankheit ausgelösten Belastung entgegenwirkt, sondern welche gesundheitlichen Auswirkungen sie insgesamt hat.

- 99) In Entscheidungen unter Unsicherheit wird in der Regel das Maximin-Kriterium zur Anwendung gebracht, das auf die Minimierung der im schlimmsten Fall eintretenden Schäden abzielt. So naheliegend die Schadensminimierung als Kriterium staatlicher Entscheidungen in pandemischen Notsituationen ist, darf doch nicht übersehen werden, dass die alleinige Fokussierung auf Schäden ohne Berücksichtigung möglicher positiver Folgen, also des Nutzens, zu Fehlentscheidungen führen kann. Um wohlbegründete ethische Entscheidungen zu treffen, ist es erforderlich, Chancen *und* Risiken insgesamt gegeneinander abzuwägen.
- 100) Entscheidungen über Risiken, die entweder in jedem Fall staatlicherseits abzusenken oder aber möglicherweise persönlich wie gesellschaftlich zu akzeptieren sind beziehungsweise denen durch individuelle Risikoversorge begegnet werden kann, hängen immer von subjektiven und intersubjektiv mit anderen geteilten Risikowahrnehmungen sowie von der jeweils gesellschaftlich diskursiv ausgehandelten und vereinbarten Risikoakzeptanz ab. Dabei muss zwischen der individuellen und der staatlichen Entscheidungsebene unterschieden werden. Während einzelne Personen auch risikofreudigeren Entscheidungsregeln folgen und Risiken und Chancen für sich über die Zeit verrechnen dürfen, gilt dies für die staatliche Ebene insofern nicht, als der Staat einen gerechten Ausgleich zwischen Belastungen für zahlreiche Personen herbeiführen muss. Ein Staat, der in individuelle Freiheitsrechte eingreift, nicht um andere Menschen zu schützen, sondern ausschließlich um die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung zu maximieren, würde die freiheitliche Ordnung der Demokratie gefährden.

- 101) Die inhaltliche Zielrichtung von Pandemiebekämpfungsmaßnahmen erwächst aus der grundsätzlichen Pflicht des Staates zum Schutz von Leib und Leben seiner Bürgerinnen und Bürger. Allerdings hat die staatliche Schutzpflicht Grenzen. So sollten aus ethischer und rechtlicher Perspektive staatliche Eingriffe in selbstauferlegte Risiken auf ein Minimum beschränkt bleiben. Zwar toleriert unsere Rechtsordnung um der Freiheit der Menschen willen vielfältige Formen selbstschädigenden Verhaltens, doch hat niemand das Recht, *andere* Personen gegen deren Willen unzumutbaren Risiken auszusetzen. Neben kaum messbaren gesamtgesellschaftlichen Folgekosten sind es also vor allem die anderen Personen auferlegten Risiken, die ethisch und rechtlich unzulässig sind, sobald sie ein bestimmtes Maß des Akzeptablen überschreiten.
- 102) Wenn die von einer pandemisch auftretenden Infektionskrankheit ausgehenden gesundheitlichen Risiken durch Impfungen, Medikation, Immunisierung durch vorausgegangene Infektionen oder auch infolge der Verbreitung neuer Virusvarianten mit höherer Infektiosität, aber geringerer Pathogenität unterhalb dessen liegen, was die Gesellschaft im Hinblick auf andere Viruserkrankungen (z. B. die bisherigen vier Coronavirus-Erkrankungen, Influenza) – bislang und in der Zukunft – hinzunehmen bereit ist, lassen sich schwerwiegende Freiheitseingriffe nicht mehr rechtfertigen.
- 103) Güterabwägungen erschöpfen sich nicht in der Abwägung von Chancen und Risiken beziehungsweise von möglichen Schäden und möglichen Vorteilen. Das Verständnis von „Gütern“ ist weit zu fassen: Neben den Grundgütern wie Leben, Selbstwirksamkeitserfahrung, Freiheit, körperliche und psychische Integrität sowie Bedarfsgütern wie Nahrung, Kleidung, Wohnen und materielle Mindestausstattung zählen nicht zuletzt auch (Grund-)Rechte, Kompetenzen, soziale Beziehungen und Partizipationsrechte zu Gütern mit bedeutender moralischer Relevanz. Für Abwägungen zwischen dieser Vielfalt an Gütern werden in der ethischen Debatte

unterschiedliche Vorzugsregeln vorgeschlagen. Neben sogenannten Faustregeln wie „reversibles vor irreversiblen Übel“, „kurzfristiges vor langfristigem Übel“ oder auch „Gemeinwohl vor Partikularinteressen“ werden vor allem die Vorzugsregel der (Güter-)Fundamentalität („Das jeweils grundlegendere beziehungsweise ranghöhere Gut ist vorzuziehen“) sowie die Vorzugsregel der (Güter-)Dignität („Das jeweils bedeutsamere Gut ist vorzuziehen“) in Anschlag gebracht.

- 104) Güterabwägungen fallen oftmals schon in solchen Entscheidungskonflikten schwer, deren Folgen und Nebenfolgen nur die abwägende und entscheidende Person selbst betreffen. Erheblich komplexer und normativ anspruchsvoller sind Güterabwägungen, von deren Folgen und Nebenfolgen große Gruppen oder ganze Gesellschaften betroffen sind. Das aber ist in pandemischen Krisen regelmäßig der Fall. Da die Vorstellungen dazu, was an Gütern fundamentaler oder bedeutsamer anzusehen ist, beträchtlich variieren, kommt es gerade in politischen Entscheidungsprozessen entscheidend darauf an, den Raum der öffentlichen Deliberation nicht durch unrealistische Konsensforderungen oder unzulässige Vorbedingungen (materialer oder epistemischer Art) zu verengen.
- 105) Der öffentliche Diskurs in einem demokratischen Gemeinwesen sollte sich an einer weiten inklusiven Vorstellung des öffentlichen Vernunftgebrauchs orientieren, um ideologisch motivierten Denkverboten und Ausgrenzungen unbequemer Positionen den Boden zu entziehen. Dabei kommt es auf die Fähigkeit an, von der eigenen Auffassung abweichende Ansichten auszuhalten und in einer sachlichen, von Respekt und wechselseitiger Anerkennung getragenen Kommunikation den Korridor rationaler Abwägungen gemeinschaftlich auszuloten. Der respektvolle und inklusive öffentliche Diskurs ist weder mit Hassbotschaften und Gewaltaufrufen noch mit dem pauschalen Infragestellen der Grundlagen der demokratischen Verfassungsordnung vereinbar. Insbesondere das absichtliche Verbreiten von

offenkundigen Unwahrheiten und Verschwörungserzählungen schädigt die demokratische Meinungsbildung.

- 106) Eine umfassende Analyse der Pandemiepolitik hat gerade erst begonnen, sie muss allerdings, wenn sie fruchtbar sein soll, schon jetzt Zukunftsszenarien berücksichtigen. Die Krise hat diese Gesellschaft verändert. Die postpandemische Situation wird daher keine bloße Rückkehr in die präpandemische Zeit sein. Stattdessen ist aufzuzeigen, unter welchen Bedingungen der Dauerkrisenmodus verlassen werden kann, indem nachhaltig präesente Risiken so gestaltet werden, dass gesellschaftliche Folgeschäden minimiert sind. Der Vorstellung, die Krise sei erst beendet, wenn die Gefahren- bzw. Sicherheitslage der Prä-COVID-Situation wiederhergestellt ist, ist mit einem risikoadaptierten und -bewussten Umgang mit einer Wirklichkeit zu begegnen, in der das Virus zwar nicht verschwunden ist, das Leben aber nicht länger dominiert.
- 107) Die Corona-Krise hat jedoch in extrem verschärfter Form vor Augen geführt, wie wenig wir allen Vorüberlegungen zum Trotz in der Praxis auf eine Situation nicht nur bereichsbezogen-spezifischer, sondern gesellschaftsweit relevanter Ungewissheit vorbereitet waren – und sind. Zum Umgang mit solcher epistemischen Vulnerabilität gehört die Einsicht, dass fixe „Masterpläne“ unrealistisch sind, es aber dennoch zu kurz greift, ohne klare strategische Grundausrichtung „auf Sicht zu fahren“ und nur auf akute Gefahren zu reagieren. Dies umzusetzen ist eine enorme kommunikative Aufgabe.
- 108) In Phasen großer Unsicherheit müssen öffentliche Diskurse mit besonderer Sensibilität für mögliche Folgen von Maßnahmen geführt werden. In der öffentlichen Kommunikation ist jedwede aufmerksamkeitsökonomisch motivierte Panikmache ebenso zu vermeiden wie Verharmlosung und Entwarnung ohne tragfähigen Grund. Wie wir Risiken begegnen, betrifft unmittelbar die Ausgestaltung des spannungsreichen Verhältnisses von Freiheit und Sicherheit in

unserem Gemeinwesen. Diesseits abwägungsfester Kernbereiche der Freiheit setzt dies einen kontinuierlichen Reflexions- und Abwägungsprozess voraus, der auch berücksichtigt, was üblicherweise von der Gesellschaft in vergleichbarem Kontext hingenommen wird oder wurde.

- 109) Wie die COVID-19-Pandemie eindrucksvoll veranschaulicht, können erhöhte Sicherheitsbemühungen sowohl individuelle als auch gruppenbezogene Freiheiten massiv beeinträchtigen. Gerade besonders einschneidende und langanhaltende Maßnahmen müssen strengen Rechtfertigungsanforderungen unterworfen werden. Freiheit ist kein staatlicherseits gewährtes Privileg, sondern prinzipiell unverhandelbare Grundlage des demokratischen Rechtsstaats.
- 110) Der historischen Rekonstruktion des Pandemieverlaufs darf keine unhistorische Bewertung folgen. Hinterher ist man immer klüger, und in einer Krise von weltgeschichtlichem Ausmaß sind Fehler und Fehlentscheidungen unvermeidlich. Das gilt für individuelle Entscheidungen auf allen Verantwortungsebenen wie für institutionelle Abläufe. Doch bedeutet dies keinen Freibrief. Vielmehr bedarf es einer kritischen Aufarbeitung der Krisenbewältigung, um persönliches Fehlverhalten, systemische Fehlstellen, dysfunktionale Organisationsformen und/oder ungeeignete Verfahren offenzulegen und Korrekturen zu ermöglichen. Eine hoch entwickelte Fehlerkultur ist auch Ausdruck von Resilienz. Dabei ist es wichtig, demokratischen Wertpluralismus und auch bleibende Differenz nicht als Makel, sondern als Tugend zu verstehen, statt den politischen Streit durch den Verweis auf eine vermeintlich exklusiv richtige Sichtweise zu vermeiden.
- 111) Im Verlauf der letzten zwei Jahre hat sich gezeigt, dass in der Bevölkerung unterschiedliche, teils gegensätzliche Risikobewertungen vorgenommen wurden, manchmal aufgrund der Grade der Betroffenheit, manchmal infolge einer divergierenden Güterabwägung. Die zentrale Verantwortung dafür, die Bevölkerung in Zeiten der Krise

in einem Miteinander zu halten, kommt den staatlichen Akteuren zu. Ihre Aufgabe ist es, informierend und ausgleichend zu wirken, die elementaren zivilgesellschaftlichen Räume des demokratischen Streits möglichst offenzuhalten und Sündenbocknarrativen entgegenzutreten. Auch und gerade, weil es eine Zeit nach der Pandemie geben wird, in der das Wir erforderlich sein wird, um die entstandenen Schäden, soweit das möglich ist, aufzuarbeiten und gegebenenfalls wiedergutzumachen, ist das Leitbild des Miteinanders in Differenz von entscheidender Bedeutung.

## >> EMPFEHLUNGEN

### 1. Demokratische Legitimation von Schutzmaßnahmen

In einer Pandemie ist politisch zu entscheiden, ob die Schutzmöglichkeiten auf individueller und (zivil-)gesellschaftlicher Ebene ausreichend und effektiv sind und welche staatlichen Maßnahmen ergriffen werden sollen oder gar müssen. Diese politischen Entscheidungen müssen möglichst vorausschauend, bei einer Zuspitzung der Lage schnell und konsequent, wissenschaftlich informiert, ethisch reflektiert und demokratisch – bei wesentlichen Fragen durch die Parlamente von Bund und Ländern – sowie unter Berücksichtigung der Sichtweisen der betroffenen Menschen getroffen werden. Insbesondere sollten gesellschaftliche Gruppen, die besonders von der Pandemie beziehungsweise von den Maßnahmen zu ihrer Eindämmung betroffen sind und in öffentlichen Diskussionen unterrepräsentiert sind, aktiv einbezogen werden. Dies ist für alle demokratischen Herausforderungen, die sich unter den Bedingungen einer Pandemie stellen (vgl. Abschnitt 2.5), so weit wie möglich zu gewährleisten.

## 2. Verpflichtung zur Wissensgenerierung

Die zur Rechtfertigung von Schutzmaßnahmen notwendigen Güterabwägungen setzen umfangreiche qualitative und quantitative empirische Daten aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen voraus, die erhoben und gedeutet werden müssen. Die gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse sollen zunehmend Aufschluss über Infektionswege geben sowie darüber, in welchen gesellschaftlichen Bereichen sowie unter welchen Bedingungen welche Infektions- bzw. Erkrankungsrisiken bestehen und mit welchen Maßnahmen diese am besten eingedämmt werden können. Zudem sollen wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, welche Konsequenzen Schutzmaßnahmen für verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit sich bringen. Weil diese wissenschaftlichen Erkenntnisse die Voraussetzung für eine verhältnismäßige Einschränkung von Grundrechten und die Auflösung beziehungsweise Milderung von Dilemmata sind, besteht eine staatliche Verpflichtung, die Zugänglichkeit, Erhebung, Zusammenführung und Auswertung der notwendigen Wissens- und Datenbasis sicherzustellen und entsprechende Forschungsvorhaben zu fördern. Zugleich müssen Daten über die sekundären Gesundheitsfolgen (z. B. Erhöhung der Mortalität durch unbehandelte oder zu spät behandelte Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder onkologische Erkrankungen, höhere Zahlen psychischer Erkrankungen bis hin zur Zunahme von Einweisungen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen) erhoben werden, um in die Abwägung von Nutzen und Schaden einfließen zu können. Die Forschung und Datenerhebung zu den Folgen der Pandemie und der Maßnahmen zu ihrer Eindämmung für Gruppen, die überproportional von sozialer Ungleichheit, prekären Lebenslagen oder Diskriminierung betroffen sind, muss systematisch begleitend erfolgen, um (inhärent und situativ) besonders vulnerable Gruppen künftig besser sowohl vor Gesundheitsgefahren schützen und vor schädigenden Folgen von Schutzmaßnahmen bewahren zu können als auch deren Widerstandskraft (Resilienz) gezielt zu stärken.

### 3. Einbettung von Schutzmaßnahmen in eine zeitspannenübergreifende Gesamtstrategie

Die Einschränkungen von Rechten und Freiheiten sollten zu jedem Zeitpunkt so gering wie möglich sein. Es sollte daher möglichst frühzeitig damit begonnen werden, eine Gesamtstrategie zu entwickeln, wie die Pandemie über ihre gesamte zeitliche Dauer auf eine für den jeweiligen Zeitpunkt angemessene Weise kontrolliert und dabei ihre langfristigen Folgen ebenso wie die der Schutzmaßnahmen berücksichtigt werden können. Sobald Anzeichen einer Zuspitzung der pandemischen Lage oder auch schädigender Konsequenzen von Schutzmaßnahmen sichtbar werden oder wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, die eine Änderung oder Anpassung erfordern, sollte innerhalb der Gesamtstrategie nachgesteuert werden. Undifferenzierte Freiheitsbeschränkungen (insbesondere in der Form eines Lockdowns) sollten in jedem Fall so kurz wie möglich und dafür so konsequent wie nötig sein. Deshalb müssen undifferenzierte und pauschale Maßnahmen, sobald ein angemessen niedriges Niveau der Infektions-, Erkrankungs- bzw. Hospitalisierungsinzidenzen erreicht ist oder die Möglichkeit effektiver und zumutbarer Selbstschutzmöglichkeiten sichergestellt wurde, durch differenzierte Schutzmaßnahmen ersetzt werden oder ganz entfallen. Die Menschen in diesem Land dürfen erwarten, dass aktiv die Voraussetzungen für effektivere und differenziertere Schutzmaßnahmen beziehungsweise für die Beendigung von Freiheitsbeschränkungen geschaffen werden.

### 4. Achtung der Menschenwürde und Schutz des Kerns der Menschenrechte

Bei allen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie müssen die Menschenwürde geachtet und der Kern der Grund- und Menschenrechte geschützt werden. Zuallererst müssen rechtzeitig wirkungsvolle Maßnahmen ergriffen werden, um zu verhindern, dass das Infektionsgeschehen außer Kontrolle gerät und dabei die Menschenwürde missachtet wird. Das ist etwa der Fall, wenn Menschen gezwungen sind, alleine, ohne Begleitung durch nahestehende Personen oder spirituellen Beistand zu sterben. Die Achtung der Menschenwürde gebietet außerdem, mithilfe von Schutzmaßnahmen

Situationen vorzubeugen, in denen Triage-Entscheidungen in der medizinischen Versorgung notwendig werden. Kommt es zu solchen tragischen Entscheidungssituationen, sind Menschen mit Behinderung gefährdet, benachteiligt zu werden, was der Gesetzgeber durch geeignete Regelungen verhindern muss. Pandemieschutzmaßnahmen betreffen den Kern der Grund- und Menschenrechte auch dann, etwa wenn ein Minimum an sozialen Kontakten in Pflege- und anderen Gemeinschaftseinrichtungen verwehrt wird oder wenn Menschen, ohne sich selbst helfen zu können, in existenzielle Notlagen geraten und ihnen mögliche Hilfen verwehrt werden. Bei allen Maßnahmen der Pandemiebekämpfung müssen daher soziale Dienste, Anlaufstellen und Schutzräume für Menschen in Notsituationen (z. B. für von häuslicher Gewalt betroffene Frauen und Kinder, Menschen in akuten psychischen Krisen oder Wohnungslose) so weit funktionsfähig bleiben, dass sie Hilfe erhalten. Eine Verletzung von Grund- und Menschenrechten kann außerdem vorliegen, wenn im Fall von Infektionsausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen Gruppen- oder Kollektivquarantänen angeordnet und durchgeführt werden und so gesunde Personen im Interesse der Pandemiebekämpfung hohen Infektionsrisiken ausgesetzt werden. Es sollten daher für den Fall eines Infektionsausbruchs in Gemeinschaftseinrichtungen Vorbereitungen getroffen werden, um Einzel- oder Kleingruppenunterbringung zu ermöglichen. Der Kern wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Menschenrechte ist bedroht, wenn mögliche und wirkungsvolle Unterstützungs- und Ausgleichsmaßnahmen nicht ergriffen werden. Dies ist etwa der Fall, wenn die wirtschaftliche Existenzsicherung bei faktischen Berufsverboten nicht durch Unterstützung gewährleistet wird, oder auch, wenn Kinder und Jugendliche vollständig von Bildung ausgeschlossen werden (z. B. wenn eine Teilnahme am digitalen Unterricht aufgrund von Barrieren oder fehlender technischer Infrastruktur nicht möglich ist und keine Alternativen dafür geboten werden).

## 5. Schutz von besonders vulnerablen Personen

Personen mit hohen Risiken für eine Infektion und/oder einen schweren Krankheitsverlauf müssen besonders geschützt werden. Dies ist sowohl hinsichtlich des Schutzes ihrer eigenen Gesundheit als auch hinsichtlich

des Gemeinwohls geboten. Entscheidungen über Schutzmaßnahmen müssen direkte pandemiebedingte Gesundheitsgefährdungen gegen potenzielle Schädigungen durch getroffene Schutzmaßnahmen abwägen, wobei auch soziale und psychische Belastungen zu berücksichtigen sind. Sie müssen mit möglichst geringen Einschränkungen der Rechte der betroffenen Personen einhergehen und diese müssen in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Die Entscheidung über Schutzmaßnahmen muss von der systematischen Betrachtung ihrer Folgen und Nebenfolgen für Gruppen, die überproportional von sozialer Ungleichheit, prekären Lebenslagen oder Diskriminierung betroffen sind, begleitet werden.

## 6. Förderung der Krisenrobustheit von Institutionen

Aus der mangelnden Resilienz von Institutionen in der aktuellen Krise ist zu lernen, dass kurzfristige von mittel- und langfristigen Schutzmaßnahmen flankiert sein müssen, um Schäden für grundrechtlich geschützte Güter vorausschauend zu minimieren und die individuelle Resilienz besonders vulnerabler Personen zu fördern. Ein wirkungsvoller Gesundheitsschutz lässt sich nur dann mit Verpflichtungen zu einem umfassenden Grund- und Menschenrechtsschutz in Einklang bringen, wenn essenzielle gesellschaftliche Institutionen krisenrobust ausgestaltet werden. Wo dies aktuell nicht gegeben ist, muss mithilfe von intersektorieller Zusammenarbeit aller Verantwortungsebenen nachgesteuert werden. Die Forderung, bislang vulnerable zu resilienten Institutionen zu entwickeln, betrifft insbesondere die Bereiche des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens mit ihren *essential services* und *essential relationships*. Das umfasst eine Infrastruktur sowie insbesondere eine Organisations- und Personalausstattung, die es in der Krise erlaubt, über freie beziehungsweise kurzfristig zu generierende Ressourcen zu verfügen. Nur so können die zugewiesenen Aufgaben erfüllt und dabei rasch und angemessen auf krisenbedingte Herausforderungen reagiert werden.

## 7. Förderung von Eigenverantwortung und Solidarität und Bewahrung des gesellschaftlichen Zusammenhalts

Im Fall einer Pandemie ist ein freiheitlicher und demokratisch verfasster Staat darauf angewiesen, dass die in ihm lebenden Menschen freiwillig an

ihrer Bewältigung mitwirken, Solidarität zeigen und eigenständig Verantwortung übernehmen. Eigenverantwortung und Solidarität müssen unterstützt und gefördert werden; wo dafür Spielräume fehlen, müssen sie geschaffen werden. Die oft kreativen und einfallsreichen zivilgesellschaftlichen Beiträge zur Bewältigung der Krise sollten unterstützt und nicht behindert werden.

Wo Aufgaben der Daseinsvorsorge subsidiär etwa an die freie Wohlfahrtspflege übertragen sind, sollten diese Hilfesysteme von staatlicher Seite unterstützt werden, damit sie ihre Aufgaben trotz der besonderen Herausforderungen des Infektionsschutzes erfüllen können (z. B. in der Langzeitpflege oder Wohnungslosenhilfe). Druck auf und Zwang gegenüber Menschen ist allenfalls dann zu rechtfertigen, wenn Freiwilligkeit nicht die erforderlichen Resultate liefert beziehungsweise wenn dem Kompetenzanmaßungsverbot als Bestandteil der Subsidiarität nicht weiter Folge geleistet werden kann, weil das politische und gesellschaftliche System infolge der Pandemie dysfunktional zu werden droht. Auf Eingriffe in die Privatsphäre sollte so weit wie möglich verzichtet werden. Wo sie doch für notwendig gehalten werden, unterliegen sie einer besonderen empirischen und normativen Begründungspflicht. Dabei ist der Schutz der Privatsphäre und Familie von Menschen in prekären Lebenslagen (insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen) gleichermaßen zu berücksichtigen. Das Potenzial von Infektionsschutzmaßnahmen, gesellschaftliche Spaltungen zu befördern, soll in Abwägungsentscheidungen systematisch berücksichtigt werden.

## **8. Dezentrale, an bereichsspezifische und lokale Gegebenheiten angepasste Schutzkonzepte**

Dezentrale, an bereichsspezifische und lokale Gegebenheiten angepasste Schutzkonzepte sind effektiver als undifferenzierte pauschale Maßnahmen und greifen meist weniger stark in die Grund- und Freiheitsrechte der Menschen ein. Der durch viele regional unterschiedliche Maßnahmen entstehenden Unübersichtlichkeit und Verunsicherung muss mittels transparenter Kommunikation begegnet werden. Die aussichtsreichsten Strategien des Infektionsschutzes beinhalten einheitliche und allgemeinverbindliche

Rahmenbedingungen, die der Staat gegenüber den betroffenen Personen plausibel macht, rechtfertigt und sanktioniert. Innerhalb solcher Rahmenbedingungen sollten konkrete Schutzkonzepte bereichsspezifisch, dezentral und eigenverantwortlich von den jeweils entscheidungsbefugten Personen umgesetzt werden. Es ist entscheidend, Eigenverantwortung in allen gesellschaftlichen Feldern und auf allen Hierarchieebenen zu stärken und spezifische Kenntnisse der lokalen Bedingungen zu nutzen. Auf diese Weise können zudem Solidaritätsbereitschaft und kreative Potenziale der Menschen fruchtbar gemacht werden.

### **9. Gerechte Verteilung, Minimierung und Kompensation von Belastungen**

Die Schutzstrategie sollte Diskriminierung entgegenwirken, Belastungen möglichst gerecht verteilen und unvermeidbare ungleiche Belastungen kompensieren. Bei den hierfür erforderlichen Abwägungen sollen sowohl die unmittelbaren als auch die mittelbaren Konsequenzen der Schutzstrategie für alle betroffenen gesellschaftlichen Gruppen berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auch darauf zu achten, dass die inhärente und die situative Vulnerabilität von Personen sowie die systemische Vulnerabilität von Institutionen ausreichende Beachtung findet und alle Faktoren von Resilienz auf den unterschiedlichen personalen und institutionellen Ebenen gestärkt werden. Ebenso müssen die Rechte von Personen in prekären Lebenslagen geschützt und es muss der Verstärkung sozialer Ungleichheit entgegengewirkt werden. Aspekte sozialer sowie intergenerationaler Gerechtigkeit sind angemessen zu berücksichtigen. So darf beispielsweise für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Bildungskontexten der Fokus nicht darauf liegen, die verpassten Inhalte in kürzester Zeit nachzuholen. Die Hauptherausforderung liegt vielmehr darin, zu verhindern, dass manche Schülerinnen und Schüler sowie Studierende infolge der Corona-Krise nachhaltig in ihrer kognitiven wie sozialen Entwicklung gehemmt werden.

### **10. Ermöglichung und Stärkung von Partizipation**

Die allgemeinen, auf politischer Gerechtigkeit basierenden Ansprüche auf Selbstbestimmung und Teilhabe gelten während einer Pandemie genauso

wie zu allen anderen Zeiten. Zudem hilft Partizipation bei der angemessenen Ausgestaltung von Schutzmaßnahmen und fördert deren Akzeptanz. Für die prospektive und retrospektive Beurteilung der Konsequenzen von Infektionsschutzmaßnahmen sind daher die Vertreterinnen und Vertreter der Interessen betroffener Personengruppen als „Expertinnen und Experten in eigener Sache“ einzubeziehen. Dies gilt für alle Entscheidungsebenen von den Parlamenten über die Kommunen bis zu einzelnen Bildungs- und Sozialeinrichtungen (z. B. Schüler-, Eltern- und Studierendenvertretungen im Bildungsbereich, Werkstatt- und Heimbeiräte in der Eingliederungshilfe, Flüchtlingsräte, Selbstvertretungen wohnungsloser Menschen). Bei allem Streben nach Partizipation und deren Würdigung sollte das Erfordernis eines koordinierten Vorgehens angesichts der Unberechenbarkeit einer Pandemie jedoch nicht vernachlässigt werden.

## 11. Kommunikation und Information

Akzeptanz und Legitimation von Pandemieschutzmaßnahmen hängen eng zusammen. Ihre Akzeptanz und die Mitwirkungsbereitschaft der Bevölkerung werden durch eine gute Krisenkommunikation und angemessene, ansprechende und verständliche Aufklärung entscheidend gefördert. Dies beinhaltet, das Gespräch mit allen Menschen zu suchen und sie mit ihren Anliegen und Positionen ernst zu nehmen. Bund und Länder sollen systematisch, kontinuierlich, mehrsprachig und kultursensibel über die Pandemie, die Pandemiepolitik und die einzelnen Schutzmaßnahmen – insbesondere auch die Impfstrategie – informieren. Aufklärung und Information dürfen dabei aber nicht bevormundend, gleichsam „von oben herab“ erfolgen, sondern es muss auch Raum für gleichberechtigte Diskussion geben. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass sich viele nicht mehr über die traditionellen Medien wie Presse, Rundfunk und Fernsehen informieren, sondern über die sozialen Medien, in denen einerseits viele Falschinformationen im Umlauf sind, die andererseits aber auch Möglichkeiten für Dialog und Austausch bieten. Diese und andere Interaktionsmöglichkeiten sollten Kommunikations- und Informationsstrategien offensiv nutzen, um erfolgreich zu sein. Zugleich bedarf es der Entwicklung und effektiven Umsetzung von Strategien gegen (insbesondere intentionale) Desinformation.

## 12. Internationale Gerechtigkeit

Der Erfolg der Bekämpfung der Pandemie kann nur durch ein koordiniertes, internationales Vorgehen gelingen. Notwendig ist daher eine Stärkung der Vereinten Nationen und der Weltgesundheitsorganisation mit dem Ziel, die Gesundheitssysteme ärmerer Staaten zu unterstützen und die Gesundheitsversorgung unter Pandemiebedingungen sicherzustellen. Dies betrifft die Verfügbarkeit von Schutzmaßnahmen, aber auch den Zugang zu Impfstoffen, Behandlungsmöglichkeiten und Testverfahren. Insbesondere muss sichergestellt werden, dass auch in ärmeren Ländern die Durchimpfung der Bevölkerung gelingt. Dabei sollten alle Möglichkeiten unvoreingenommen geprüft werden. Es ist eine Frage internationaler Gerechtigkeit, aber auch im wohlverstandenen Eigeninteresse reicher Länder, weniger wohlhabende Länder insbesondere im Globalen Süden bei der Bewältigung der Pandemie und ihrer Folgen zu unterstützen.

# Verlauf der COVID-19-Pandemie in Deutschland

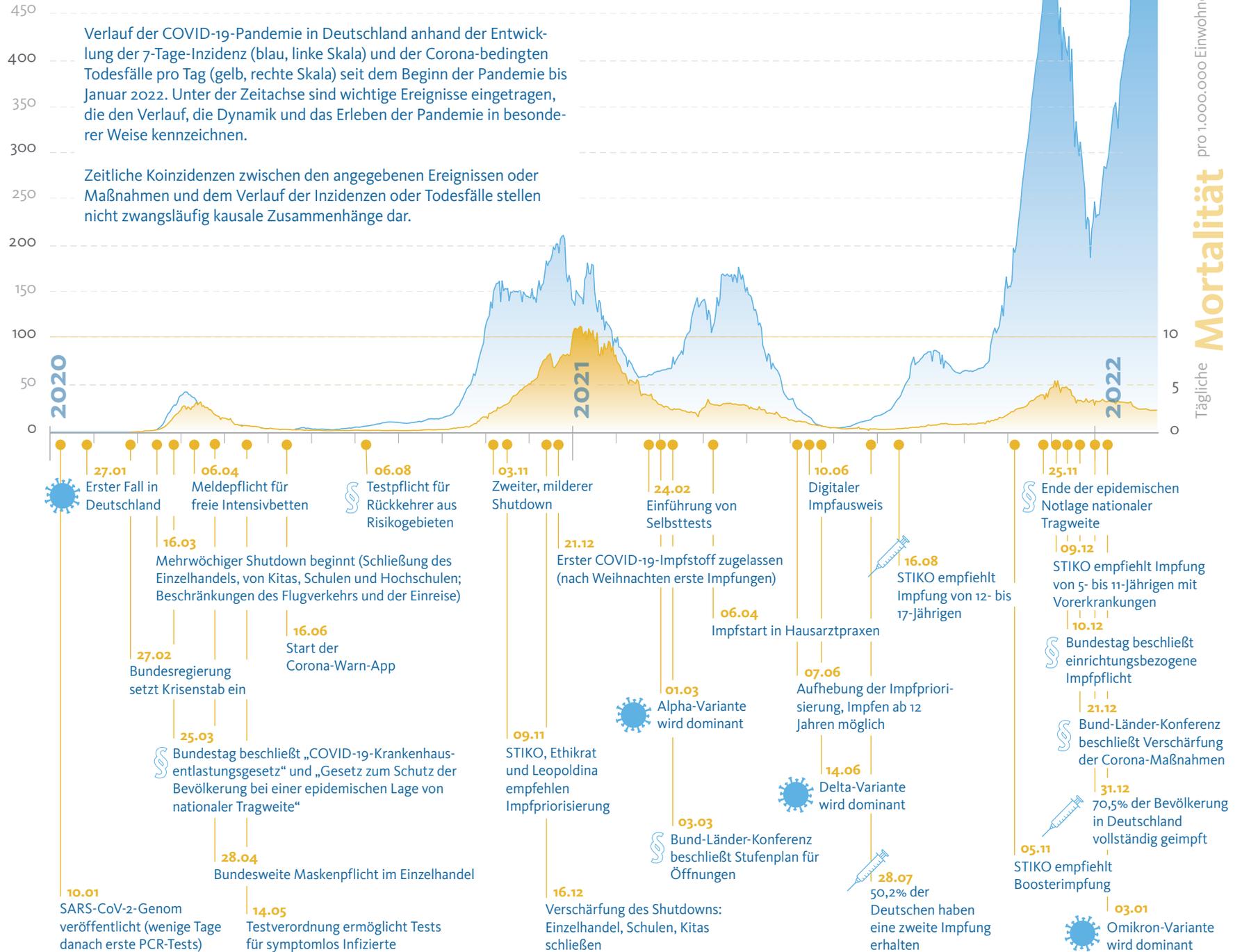
Inzidenz  
7-Tage-  
pro 100.000 Einwohner

Mortalität  
Tägliche  
pro 1.000.000 Einwohner

Verlauf der COVID-19-Pandemie in Deutschland anhand der Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz (blau, linke Skala) und der Corona-bedingten Todesfälle pro Tag (gelb, rechte Skala) seit dem Beginn der Pandemie bis Januar 2022. Unter der Zeitachse sind wichtige Ereignisse eingetragen, die den Verlauf, die Dynamik und das Erleben der Pandemie in besonderer Weise kennzeichnen.

Zeitliche Koinzidenzen zwischen den angegebenen Ereignissen oder Maßnahmen und dem Verlauf der Inzidenzen oder Todesfälle stellen nicht zwangsläufig kausale Zusammenhänge dar.

Datenquelle: Johns Hopkins University / Grafik: angenehme-gestaltung



## **Mitglieder des Deutschen Ethikrates**

Prof. Dr. med. Alena Buyx (Vorsitzende)  
Prof. Dr. iur. Dr. h. c. Volker Lipp (Stellvertretender Vorsitzender)  
Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Julian Nida-Rümelin (Stellvertretender Vorsitzender)  
Prof. Dr. rer. nat. Susanne Schreiber (Stellvertretende Vorsitzende)

Prof. Dr. iur. Steffen Augsberg  
Regionalbischöfin Dr. theol. Petra Bahr  
Prof. Dr. theol. Franz-Josef Bormann  
Prof. Dr. rer. nat. Hans-Ulrich Demuth  
Prof. Dr. iur. Helmut Frister  
Prof. Dr. theol. Elisabeth Gräb-Schmidt  
Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid Graumann  
Prof. Dr. rer. nat. Armin Grunwald  
Prof. Dr. med. Wolfram Henn  
Prof. Dr. rer. nat. Ursula Klingmüller  
Stephan Kruip  
Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Dipl.-Psych. Andreas Kruse  
Prof. Dr. theol. Andreas Lob-Hüdepohl  
Prof. Dr. phil. habil. Annette Riedel  
Prof. Dr. iur. Stephan Rixen  
Prof. Dr. iur. Dr. phil. Frauke Rostalski  
Prof. Dr. theol. Kerstin Schlögl-Flierl  
Dr. med. Josef Schuster  
Prof. Dr. phil. Judith Simon  
Jun.-Prof. Dr. phil. Muna Tatari

## **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle**

Dr. rer. nat. Joachim Vetter (Leiter)  
Carola Böhm  
Ulrike Florian  
Dr. phil. Thorsten Galert  
Steffen Hering  
Petra Hohmann  
Torsten Kulick  
Dr. rer. nat. Lilian Marx-Stölting  
Dr. Nora Schultz  
Anneke Viertel