

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

STELLUNGNAHME

Berlin, 4. April 2022

Deutscher Ethikrat
Geschäftsstelle
Jägerstraße 22/23
D-10117 Berlin

Telefon: +49/30/20370-242
Telefax: +49/30/20370-252
E-Mail: kontakt@ethikrat.org

Inhalt

Zusammenfassung und Empfehlungen	5
1 Einleitung: Strukturelle Konflikte und notwendige Güterabwägungen	36
2 Sachstand: Rückschau, Erfahrungen und Herausforderungen	41
2.1 Phasen der Pandemie: Zum Verlauf der COVID-19-Pandemie in Deutschland	41
2.1.1 Interpandemische Phase	43
2.1.2 Alarm-Phase	44
2.1.3 Pandemische Phase	45
2.1.4 Übergangsphase	48
2.2 Schutzmaßnahmen	50
2.2.1 Basisschutzmaßnahmen	51
2.2.2 Bewegungs- und Kontaktbeschränkungen	52
2.2.3 Teststrategie	55
2.2.4 Kontaktpersonennachverfolgung	56
2.2.5 Quarantäne und häusliche Isolierung	59
2.2.6 Impfungen	60
2.3 Konsequenzen für die Bevölkerung	68
2.3.1 Gesundheitliche Konsequenzen	68
2.3.2 Psychische Anforderungen und Belastungen	72
2.4 Krisentest für Institutionen	75
2.4.1 Gesundheitssystem	76
2.4.2 Bildungssystem	80
2.5 Wirtschaftliche Folgen der Pandemie und der Pandemiebekämpfung	84
2.6 Politische Folgen	86
3 Grundsätzliche Lehren aus der Pandemie: (sozial-)anthropologische Vergewisserungen	91
3.1 Vulnerabilität als Deutungskategorie und die Bedeutung von Resilienz	91
3.2 Resilienz und Vulnerabilität aus klinisch-psychologischer und organisationstheoretischer Perspektive	95
4 Abwägungsentscheidungen und ihre normativ-kriterialen Grundlagen	100
4.1 Verletzliche und widerstandsfähige Freiheit	100
4.2 Verlässliche und robuste Institutionen und Prozesse der Demokratie und politischen Teilhabe	103
4.3 Menschenrechte als Schnittstelle für ethische, (verfassungs-)rechtliche und politische Überlegungen	107

4.4	Gerechtigkeit.....	109
4.4.1	Verteilungsgerechtigkeit.....	111
4.4.2	Befähigungsgerechtigkeit	116
4.5	Solidarität.....	117
4.6	Vertrauen	118
4.6.1	Vertrauen als moralisches Gut.....	119
4.6.2	Personales Vertrauen	121
4.6.3	Vertrauen in Institutionen	121
4.6.4	Vertrauen in die Wissenschaften.....	122
4.7	Verantwortung.....	123
5	Güterabwägungen in einer Pandemie	126
5.1	Verhältnismäßigkeit als verfassungsrechtlicher Grundsatz für Güterabwägungen	127
5.2	Grundsätze moralischer Güterabwägungen	128
5.3	Schlussfolgerungen für die normative Beurteilung von Pandemiemaßnahmen.....	135
5.3.1	Wege aus der Krise	135
5.3.2	Ungewissheit aushalten und bearbeiten.....	136
5.3.3	Risikoakzeptanz als gesamtgesellschaftlichen Diskurs etablieren.....	137
5.3.4	Freiheitsbeeinträchtigungen als begründungs- und erklärungsbedürftige Ausnahme verstehen.....	137
5.3.5	Selbstkritische Fehlerkultur etablieren und Vertrauen wiederherstellen.....	138
5.3.6	Für einen Verbleib im Miteinander	139
6	Empfehlungen	141
	Literatur	147
	Mitglieder des Deutschen Ethikrates	161

Zusammenfassung und Empfehlungen

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 biografischer 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: Rückschau, Erfahrungen und Herausforderungen

- 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- beziehungsweise Genesenennachweis oder die aktuelle Bescheinigung eines negativen Coronatests (Antigen- beziehungsweise 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 (sogenannte 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 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 wohlgemerkt 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 Pflegende 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 -verlierer 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 Pandemie-Politik 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 verletzbar 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 Bearbeitungskapazität 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 Gewichtungsprozesse 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 Pandemiapolitik 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, intergenerationellen 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 etc. – 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), d.h. 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 WHO 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

Impfzuteilung bedarf, sondern ebenso entschieden werden muss, ob und in welchem Umfang geltende Beschränkungen für Geimpfte aufgehoben werden sollen. Gerade die Impfstoffthematik 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 beziehungsweise -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 Denkverböten 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 präsente 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-spezzieller, 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 Wertepluralismus 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 Berufsverböten 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 intergenerationeller 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 Pandemiopolitik 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.

1 Einleitung: Strukturelle Konflikte und notwendige Güterabwägungen

Die COVID-19-Pandemie begann unerwartet plötzlich. Der erste bekannte COVID-19-Patient infizierte sich am 17. November 2019 im chinesischen Wuhan; am 31. Dezember wurde der Ausbruch einer neuen Lungenerkrankung mit noch unbekannter Ursache in China bestätigt. Schnell breitete sich das neue Coronavirus SARS-CoV-2 weltweit aus. Am 11. März 2020 stellte die WHO offiziell eine Pandemie fest. Seit ihrem Beginn nötigt sie weltweit Gesellschaften zu teils tief einschneidenden Abwägungen und Priorisierungen, die nicht nur politisch verantwortet, sondern auch ethisch gerechtfertigt werden müssen.

Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Stellungnahme ist das dritte Jahr der COVID-19-Pandemie angebrochen und ihr Ende immer noch nicht abzusehen. Seit Ende 2020 wird geimpft, was entscheidend dazu beigetragen hat, dass im zweiten Pandemiewinter zwar Rekordinzidenzen zu verzeichnen waren, die Zahl schwerer und tödlicher Krankheitsverläufe aber deutlich niedriger war, als es ohne Impfung der Fall gewesen wäre. Erste Experten meinen, dass sich ein Übergang von der pandemischen in eine anzustrebende, von der Bedrohungslage her kontrollierbare endemische Situation, die durch ein wiederkehrendes, jedoch räumlich begrenztes Auftreten des Erregers gekennzeichnet ist (kurz „endemische Situation“)¹, am Horizont abzuzeichnen beginnt – wobei diese Prognose angesichts immer neuer Virusvarianten und von Impfdurchbrüchen nach wie vor mit großen wissenschaftlichen Unsicherheiten behaftet ist. Für Teile dieser Welt dürfte ein Ende der Pandemie ohnehin noch lange nicht in greifbarer Nähe sein.

Jede und jeder Einzelne, jedes Gemeinwesen, ja die ganze Welt wurde und wird in dieser Krise auf die Probe gestellt. Die Pandemie hat etliche Normalitätsvorstellungen ins Wanken gebracht, manche Gewissheiten beseitigt und das Vertrauen in die Planbarkeit des Lebens erschüttert. Sie konfrontiert uns in besonderem Maße 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. Die Pandemie lehrt: Freiheit war und ist fragil und verletzlich. Zugleich aber vermittelte die Pandemie auch die ermutigende Erfahrung, dass der überwiegende Teil der Bevölkerung die einschneidenden Einschränkungen nicht nur geduldig ertrug, sondern sich aus Einsicht in deren Notwendigkeit, ja zuweilen sogar als Ausdruck eines tiefempfundenen Gefühls von Gemeinschaftlichkeit und Solidarität auch *freiwillig* zu eigen machte. Das zeigt: Freiheit war und ist auch widerstandsfähig.

Es wird um Menschen getrauert, die zum Teil ohne Begleitung durch ihre Nächsten sterben mussten. Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte kämpfen am Rande der Erschöpfung um das Leben zu vieler Patientinnen und Patienten auf den Intensivstationen. So sehr die Folgen der Pandemie und ihre Bewältigung alle betreffen, treffen sie doch nicht alle in gleicher Weise. Sowohl eine unterschiedlich

¹ In der öffentlichen Debatte wird der Übergang in eine endemische Situation meist so verstanden, dass Infektionen mit SARS-CoV-2 wie im Fall von Erkältungsviren (zu denen eine Reihe von Coronaviren zählen) nur noch in den seltensten Fällen schwer verlaufen werden. Wegen seiner nach wie vor hohen Infektiosität würden regelmäßige Kontakte mit dem Virus die Immunität in der Bevölkerung aufrechterhalten und dadurch die Krankheitslast beherrschbar werden. Vgl. beispielsweise <https://www.zdf.de/nachrichten/heute-journal/drosten-omikron-koennte-impfluecke-schliessen-100.html>

ausgeprägte physiologische Vulnerabilität (durch Alter oder Vorerkrankung) als auch ein unterschiedliches Expositionsrisiko (besonders hoch beispielsweise beim medizinischen Personal) resultieren in der ungleichen Verteilung von Ansteckungsquoten, schweren Erkrankungen und Tod. Auch die Lasten, die Menschen infolge der Infektionsschutzmaßnahmen zu tragen haben, wiegen je nach biografischer 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. Dies betraf nicht nur Bevölkerungsgruppen, die schon vor der Pandemie besonders benachteiligt waren, wie zum Beispiel weniger finanzstarke Familien und Alleinerziehende. Vielmehr wurden auch Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen sowie Beschäftigte in besonders betroffenen Bereichen wie etwa der Gastronomie oder der Kultur- und Veranstaltungsbranche ad hoc enormen Belastungen ausgesetzt. Zweifelsohne kam es im Umgang mit den vielfachen Herausforderungen der Pandemie zu zahlreichen Ungerechtigkeiten. Die vorliegende Stellungnahme will einen Beitrag zur Aufarbeitung dieser Erfahrungen leisten, um für zukünftige pandemische Krisen besser gewappnet zu sein.

Viele sind inzwischen der Pandemie müde. Dazu beigetragen haben politische Fehlentscheidungen, die unter anderem aus einer unzureichenden Vorbereitung auf eine solche Pandemie, ja generell auf eine Krise dieser Größenordnung resultierten. Davon betroffen waren hierzulande besonders das Bildungs- und Gesundheitswesen. Die Maßnahmen zum Brechen der Wellen der Pandemie wurden zum Teil nicht gut kommuniziert, waren manches Mal aber auch nicht gut genug begründet. Eine überzeugende, wissenschaftlich fundierte, ethisch begründete und rechtlich tragfähige Langzeitstrategie, die die empirischen Ungewissheiten ernst nimmt, gibt es bis heute nicht.

Auf die Vielzahl von Belastungen und Risiken in der Pandemie, sowohl durch SARS-CoV-2 beziehungsweise die COVID-19-Erkrankung selbst als auch die verschiedenen Nebenfolgen der Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung, hat der Deutsche Ethikrat schon im März 2020 in seiner Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ hingewiesen. Darin wurden bereits zentrale ethische Konflikte beschrieben, die sich aus der Ungleichverteilung dieser Risiken und Belastungen ergeben können. Als vorrangiges Ziel wurde die Vermeidung von Triage-Situationen genannt. Schon damals empfahl der Rat, den Verlauf der Pandemie und die gegen sie ergriffenen Maßnahmen regelmäßig zu evaluieren, um Belastungen und Folgeschäden so gering wie möglich zu halten und langfristige Lösungen zu entwickeln.² Im Laufe des ersten Pandemiejahres wurde deutlich, dass in Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe lebende Personen ganz besonders unter COVID-19 und den pandemiebedingten Kontakteinschränkungen zu leiden haben. Über die zahlreichen schweren und tödlichen Krankheitsverläufe in diesen Personengruppen hinaus führten die Pandemieschutzmaßnahmen zu ihrer weitgehenden sozialen Isolation. In seiner Ad-hoc-Empfehlung „Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie“ schlug daher der Deutsche Ethikrat im Dezember 2020 Maßnahmen vor, um den

² Vgl. Deutscher Ethikrat 2020a.

Betroffenen trotz des gebotenen Infektionsschutzes ein Mindestmaß an zwischenmenschlichen Kontakten zu sichern.³

Im Sommer 2020 wurde kontrovers über die Einführung staatlich kontrollierter Immunitätsbescheinigungen diskutiert, mit denen Genesene bereichsspezifisch oder sogar pauschal von bestimmten infektionsschutzbasierten Freiheitsbeschränkungen hätten ausgenommen werden können. Dies veranlasste den damaligen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn dazu, den Deutschen Ethikrat um eine Erörterung der ethischen Voraussetzungen und Implikationen dieses regulatorischen Instruments zu bitten. Der Rat kam in seiner im September 2020 veröffentlichten Stellungnahme „Immunitätsbescheinigungen in der Covid-19-Pandemie“ zu dem Schluss, dass angesichts der zum damaligen Zeitpunkt bestehenden Unsicherheiten hinsichtlich der Ausprägung und des zeitlichen Verlaufs von Immunität und Infektiosität sowie der Aussagekraft von Antikörpertests für SARS-CoV-2 der Einsatz von Immunitätsbescheinigungen nicht empfohlen werden könne.⁴

Nach Beginn der Impfkampagne griff der Ethikrat die Frage nach möglichen Ausnahmen von Pandemieschutzregelungen in Bezug auf Geimpfte erneut auf. In der Ad-hoc-Empfehlung „Besondere Regeln für Geimpfte?“ vom Februar 2021 empfahl der Rat, auf die Rücknahme von staatlichen Freiheitsbeschränkungen zumindest so lange zu verzichten, bis alle Menschen in Deutschland die Chance hatten, sich impfen zu lassen.⁵ In beiden Dokumenten wurde auf die großen Unsicherheiten hinsichtlich einer zuverlässigen Beurteilung des Immunstatus in Bezug auf eine COVID-19-Infektion hingewiesen. Wie sich seitdem gezeigt hat, waren diese Vorbehalte sehr berechtigt.

Es ist als wirklich beachtliche wissenschaftliche Errungenschaft zu werten, wie schnell verschiedene COVID-19-Impfstoffe entwickelt werden konnten. Im Herbst 2020 war die Zulassung der ersten Impfstoffe bereits absehbar, es wurde aber auch deutlich, dass der Aufbau ausreichender Produktionskapazitäten einige Zeit in Anspruch nehmen und Impfstoff daher zunächst nur begrenzt zur Verfügung stehen würde. Deshalb erarbeitete eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO), des Deutschen Ethikrats und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina im November 2020 ein gemeinsames Positionspapier zu der Frage, wie der Zugang zu COVID-19-Impfstoffen auf ebenso ethisch und rechtlich akzeptable wie praktisch sinnvolle Weise geregelt werden könnte. Darin wird empfohlen, zum einen Personen vorrangig zu priorisieren, die ein durch Alter und Vorerkrankungen bedingtes erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf aufweisen, und zum anderen Personen, die ein hohes Infektionsrisiko tragen, das mit bestimmten Lebens- und Arbeitsbedingungen assoziiert ist. Das Papier hebt außerdem hervor, wie wichtig Vertrauen sowohl für die Akzeptanz der Impfpriorisierung als auch der Impfkampagne als Ganzer sind. Zur Herstellung von Vertrauen seien Transparenz und gute Kommunikation erforderlich, wobei Bedenken und Ängste in der Bevölkerung ernst genommen werden müssten.⁶

³ Vgl. Deutscher Ethikrat 2020b.

⁴ Vgl. Deutscher Ethikrat 2020c.

⁵ Vgl. Deutscher Ethikrat 2021a.

⁶ Vgl. Ständige Impfkommission/Deutscher Ethikrat/Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2020.

Ein gutes Jahr später sind die Impfquoten in Deutschland zu gering, um die Ausbreitung von Virusvarianten wie Delta und Omikron einzudämmen, wofür deutlich höhere Impfquoten erforderlich sind als, ursprünglich angenommen worden war. Damit ist Anlass zu Befürchtungen gegeben, dass eine kontrollierbare endemische Situation nicht zeitnah erreicht werden und weitere Pandemiewellen mit gesundheitlichen und sozialen Belastungen drohen könnten, welche auch aus den dann gegebenenfalls wieder notwendig werdenden Freiheitsbeschränkungen resultieren würden. Vor dem Hintergrund der Anfang des Jahres 2022 nach wie vor bestehenden Impflücken wird eine kontroverse Debatte über verpflichtende Impfungen geführt, die zu Beginn der Impfkampagne noch überwiegend ausgeschlossen worden waren – auch in den Publikationen des Deutschen Ethikrates. Der Ethikrat hat sich in jüngerer Zeit in zwei Ad-hoc-Empfehlungen zur Impfpflicht positioniert. In „Zur Impfpflicht gegen Covid-19 für Mitarbeitende in besonderer beruflicher Verantwortung“ empfahl der Rat im November 2021 die „ernsthafte und rasche Prüfung“ einer berufsbezogenen Impfpflicht gegen COVID-19 in Bereichen, in denen besonders vulnerable Menschen versorgt werden. Eine solche verpflichtende Impfung sollte alle Beschäftigten umfassen, die schwer oder chronisch kranke sowie hochbetagte Menschen beruflich versorgen, wie ärztliches und pflegendes Personal, aber auch Mitarbeitende des Sozialdienstes, der Alltagsbegleitung oder der Hauswirtschaft.⁷ In „Ethische Orientierung zur Frage einer allgemeinen gesetzlichen Impfpflicht“ legte der Ethikrat im Dezember 2021 wesentliche ethische und rechtliche Argumente für und gegen eine allgemeine gesetzliche Impfpflicht dar und empfahl mehrheitlich eine Erweiterung der bereits verabschiedeten einrichtungsbezogenen Impfpflicht entweder auf alle erwachsenen Personen oder zumindest auf Personen mit einem hohen Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf.⁸

In der nun vorliegenden umfangreichen Stellungnahme will der Deutsche Ethikrat keine weiteren Empfehlungen zu Einzelproblemen vorlegen, sondern vielmehr ethische Orientierung für schwierige Abwägungsprozesse geben, die bei Entscheidungen über Maßnahmen zur Bewältigung dieser oder künftiger pandemiebedingter Krisen unausweichlich sind. Komplexe Entscheidungskonstellationen und -konflikte müssen nämlich auch im Fall einer Pandemie Gegenstand multipolarer, gesamtgesellschaftlich relevanter Abwägungen sein. Es ist eine Langzeitstrategie notwendig, die konsequent auf die Überwindung der Krise ausgerichtet ist, auch wenn immer wieder kurzfristige Ziele vorübergehend im Fokus stehen. Unterschiedliche Ziele müssen hierarchisiert und die Mittel zu ihrer Realisierung kontinuierlich adjustiert werden. Das geschieht auch in einer Pandemie unter den konflikthaften Bedingungen eines pluralistischen Gemeinwesens.

Auf den ersten Blick kreisen die Abwägungen vor allem um zwei Pole: den Pol der Freiheit und jenen des Gesundheitsschutzes, verstanden als facettenreiche Chiffren für wechselwirkende individuelle und überindividuelle Interessen. Ohne hier bereits umfassende Definitionen dieser notorisch schillernden Begriffe liefern zu wollen, lässt sich jedenfalls festhalten, dass, wer Freiheit mit Gesundheitsschutz ins Verhältnis setzt, risikoethische Vor- und Nachrangrelationen formulieren

⁷ Deutscher Ethikrat 2021b.

⁸ Deutscher Ethikrat 2021c.

muss. Diese müssen von guten Gründen dafür getragen werden, in welchen Fällen Freiheit zugunsten des Gesundheitsschutzes zurücktreten sollte – beziehungsweise umgekehrt.

Bereits in der ersten Ad-hoc-Empfehlung zur Corona-Krise vom März 2020 hat der Deutsche Ethikrat hervorgehoben, dass Freiheit und Gesundheitsschutz nur dann in ein gutes Verhältnis gesetzt werden können, wenn neben individualethischen Überlegungen auch eine Perspektive solidarischer Verantwortung einbezogen wird. Letztere muss sich an einem komplexen und vielschichtigen Verständnis von sozialer, intergenerationeller und internationaler Gerechtigkeit ausrichten. Bei der Pandemiebewältigung sollten individuelle und überindividuelle Aspekte nicht gegeneinander ausgespielt, sondern problemadäquat aufeinander bezogen werden. Das betrifft sowohl das Verhältnis von individuellem und überindividuellem („Public Health“) Gesundheitsschutz als auch die Teilhabe an wichtigen öffentlichen Gütern, die für das Wohlergehen von Personen auch während einer Pandemie von zentraler Bedeutung sind (insbesondere Gesundheits- und Bildungswesen). Vor einem grund- und menschenrechtlichen Hintergrund, der den Eigenwert und die Verantwortlichkeit eines jeden Menschen akzentuiert, lässt sich der Versuch, individuelle und überindividuelle Aspekte der Pandemiebewältigung aufeinander zu beziehen, auch als pandemieadäquate Gemeinwohlorientierung charakterisieren.

Den Anfang der Stellungnahme bildet ein chronologischer Überblick über den Verlauf der Pandemie bis Ende Januar 2022. Ihm folgt die Darstellung einzelner Maßnahmen zur Kontrolle und Eindämmung des Infektionsgeschehens, die hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, aber auch ihrer problematischen Konsequenzen für einzelne Personengruppen wie für das Gesundheits- und Bildungssystem als Ganzes kritisch gewürdigt werden.

Dem deskriptiv-analytischen Kapitel folgen grundlegende (sozial-)anthropologische Erwägungen zur Vulnerabilität und Resilienz von Personen und Institutionen. Diese fundamentalen Einsichten in die Grundverfassung des Menschen in seiner immer auch institutionell geformten Lebenswelt wurden in der Vergangenheit häufig ausgeblendet. Die Pandemie hat sie nun aber sehr deutlich ins öffentliche Bewusstsein gehoben. Auf dieser Grundlage werden normative Kriterien entfaltet, die in ethischen Abwägungen zu Maßnahmen der Pandemiebekämpfung aus der Sicht des Ethikrates eine zentrale Rolle spielen sollten.

Die Stellungnahme schließt mit der „Übersetzung“ der zuvor entfalteten Überlegungen in prozedurale wie materiale Anforderungen an ethische Güterabwägungen im Kontext politischer Entscheidungsprozesse. Es werden konkrete materielle Einzelaspekte benannt, die bei der kritischen Reflexion getroffener beziehungsweise zur Rechtfertigung künftiger politischer Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung berücksichtigt werden sollten. Sie können auch bei zukünftig neu auftretenden Pandemien Orientierungspunkte für verantwortungsvolles politisches Entscheiden und Handeln bieten.

2 Sachstand: Rückschau, Erfahrungen und Herausforderungen

Eine Infektionskrankheit mit weltweit starker Ausbreitung, hohen Erkrankungszahlen und schweren Krankheitsverläufen wird als „Pandemie“ bezeichnet (von altgriechisch παν pan „gesamt, umfassend, alles“ und δῆμος dēmos „Volk“).⁹ Pandemien verlaufen üblicherweise in mehreren „Wellen“. Der Begriff wurde während der Spanischen Grippe 1918 eingeführt und beschreibt einen starken (exponentiellen) und nicht nur regionalen Anstieg der Fallzahlen, der wegen Inkubationszeit und Meldeverzögerung erst zeitverzögert wahrgenommen wird. Eine Welle wird „gebrochen“, das heißt ihr exponentielles Ansteigen gestoppt, indem geeignete Schutzmaßnahmen eingeführt werden. In Abschnitt 2.1 wird der Verlauf der COVID-19-Pandemie in Deutschland in groben Zügen nachgezeichnet. Abschnitt 2.2 widmet sich den eingeleiteten Schutzmaßnahmen. In den weiteren Abschnitten des Kapitels werden die komplexen Folgen der Pandemie einerseits und der zu ihrer Eindämmung ergriffenen Maßnahmen andererseits auf verschiedenen Ebenen dargestellt.

2.1 Phasen der Pandemie: Zum Verlauf der COVID-19-Pandemie in Deutschland

Auch der pandemische Ausbruch der hauptsächlich durch Aerosole übertragenen Multiorgan-Infektionskrankheit COVID-19, die vom 2019 entdeckten Coronavirus SARS-CoV-2 verursacht wird (siehe Infokasten 1), verläuft in regional klar erkennbaren Wellen. In Deutschland wird diese Dynamik der Pandemie meist anhand der 7-Tage-Inzidenz dargestellt (siehe Infokasten 2 in Abschnitt 2.1.2). Diese epidemiologische Maßzahl erlaubt eine zeitnahe Abbildung des Infektionsgeschehens, da sie Infektionen frühzeitig (gegebenenfalls bereits vor Symptombeginn) auf Grundlage eines positiven Testergebnisses erfasst. Im Vergleich zeichnen andere Kennziffern, wie die Hospitalisierungsinzidenz, die Belegung der Intensivbetten und die Todesfälle, die Infektionsdynamik um mehrere Wochen zeitverzögert nach. Mit zunehmender Immunität der Bevölkerung infolge des wachsenden Anteils an Geimpften und Genesenen wird das Verhältnis von Hospitalisierungs- und Sterbe- zu Infektionsraten günstiger. Außerdem kann das Auftreten von Virusvarianten das Verhältnis der Raten beeinflussen. Da bei einem hochdynamischen Geschehen wie der Virusausbreitung schnelle Reaktionen entscheidend sind, stellte die Inzidenz von Anfang an ein wichtiges Entscheidungskriterium dar. Viele Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung (insbesondere solche, die das öffentliche Leben einschränken) wurden an das Überschreiten bestimmter Schwellenwerte der Inzidenz gekoppelt. Nach Beginn der Impfkampagne wurden zunehmend auch Kennziffern wie die Hospitalisierungsinzidenz, Intensivbettenauslastung und Sterblichkeit (Mortalität) in politischen Entscheidungsprozessen berücksichtigt.

Die Infografik am Ende der Veröffentlichung fasst den Verlauf der COVID-19-Pandemie in Deutschland zusammen. Bei ihrer Interpretation ist zu berücksichtigen, dass sich das Verhältnis zwischen der Inzidenz und der Zahl der schweren Verläufe und Todesfälle mit dem Voranschreiten der Impfkampagne verändert. Da bei geimpften Personen deutlich weniger schwere Verläufe auftreten und zudem Personen mit höherem Risiko eines schweren Verlaufes prioritär geimpft wurden, traten mit zunehmendem Impffortschritt bei gleicher Inzidenz weniger schwere

⁹ Vgl. Robert Koch-Institut 2015, 99.

Erkrankungsfälle auf. Weil ungeimpfte Personen ein viel höheres Infektionsrisiko tragen, stieg parallel ihr Anteil an der auf die Gesamtbevölkerung bezogenen Inzidenzzahl. Weiterhin ist beim Vergleich von Inzidenzwerten zwischen den verschiedenen Pandemiewellen zu beachten, dass die Dunkelziffer der nicht erfassten Infektionsfälle abhängig von der Zahl der durchgeführten Tests (siehe Infokasten 4 in Abschnitt 2.2.3), der aktuell gültigen Teststrategie und den verfügbaren Testkapazitäten ist. Trotz dieser Limitationen bleibt die Inzidenz gerade aufgrund ihres zeitlichen Vorsprungs im Vergleich zu anderen Kennziffern eine wichtige Bezugsgröße. Nur sie ermöglicht die eigenverantwortliche Anpassung des individuellen Verhaltens auf Basis einer tagesaktuellen Einschätzung des allgemeinen Infektionsgeschehens.

Außer über ihre wellenförmige Infektionsdynamik lässt sich der zeitliche Verlauf einer Pandemie auch durch Phasenmodelle beschreiben. In ihrem Risikomanagement für Grippepandemien unterscheidet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vier zyklisch aufeinanderfolgende Pandemiephasen.¹⁰ Da im Fall der Influenza *nach* der Pandemie stets *vor* der Pandemie ist, spricht die WHO lediglich von „interpandemischen Phasen“ (*interpandemic phase*). Diese gehen in eine „Alarm-Phase“ (*alert phase*) über, wenn erste Ausbrüche eines neuen Influenza-Subtyps dessen weltweite Ausbreitung möglich erscheinen lassen. Die darauffolgende „pandemische Phase“ (*pandemic phase*) mündet irgendwann in eine „Übergangsphase“ (*transition phase*), in der die Abschwächung des Infektionsgeschehens den schrittweisen Abbau von Maßnahmen der Pandemiebekämpfung ermöglicht. Unter Bezugnahme auf dieses Modell soll nun der konkrete Ablauf der COVID-19-Pandemie in Deutschland eingehender analysiert werden.

Infokasten 1 „Das neue Coronavirus SARS-CoV-2“

Das neue Coronavirus SARS-CoV-2

Coronaviren verdanken ihren Namen ihrem „stacheligen“ Erscheinungsbild, das im Elektronenmikroskop erkennbar ist und an eine Krone erinnert (lat. *corona*). Das Erbgut des Ende 2019 erstmals aufgetretenen *Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2* (SARS-CoV-2) besteht aus einem einzelnen Strang RNA (Ribonukleinsäure) und ist mit einer Länge von ca. 30.000 Nukleotiden für ein Virus sehr groß. Die RNA-Sequenz ist mit ihrer sogenannten Plusstrang-Polarität so aufgebaut, dass das Erbgut direkt nach dem Eindringen des Virus von der Wirtszelle abgelesen und als Vorlage für den Bau von Virusproteinen verwendet werden kann.¹¹

Im Aufbau ist das neue SARS-CoV-2 vergleichbar mit anderen länger bekannten Beta-Coronaviren.¹² Zunächst werden zwei große Proteine gebildet und diese dann in mehrere kleinere Proteine aufgespalten, deren Hauptaufgabe es ist, die Virus-RNA zu vervielfältigen (Replikation) und Fehler zu korrigieren, die regelmäßig in diesem Prozess entstehen. In einem zweiten Schritt werden vier strukturelle Proteine gebaut und zu neuen Viren zusammengesetzt: Nukleokapsidprotein, Spikeprotein (Stachelprotein), Membranprotein und Hüllprotein. Das Nukleokapsidprotein verpackt die kopierten Virus-RNAs in ein Proteingerüst (das Kapsid). Dieses wird wiederum von einer Lipidhülle umgeben, in welche die Spike-, Membran- und Hüllproteine eingelagert sind. Die Membran- und Hüllproteine tragen zur Abschwächung der Wirtszellabwehr bei, damit die neu gebildeten Viren nicht von der Wirtszelle angegriffen werden.

Von zentraler Bedeutung für den Infektionsprozess ist das Spikeprotein. Mit ihm dockt das Virus an die Wirtszelle an und leitet den Fusionsprozess ein, der das Einschleusen der Virus-RNA in die Wirtszelle ermöglicht. Dabei bewirkt eine spezifische Bindungsstelle im Spikeprotein, die Rezeptor-Bindungs-Domäne (RBD), das Andocken an ein Protein namens

¹⁰ Vgl. World Health Organization 2017, 13 f.

¹¹ Vgl. Wu et al. 2020; Hu et al. 2021; Yang/Rao 2021.

¹² Vgl. Ziebuhr 2016.

Angiotensin-konvertierendes Enzym 2 (ACE2), das in der Membran der Wirtszelle sitzt. ACE2 kommt im Oberflächengewebe (Epithel) zahlreicher Organe vor, wie etwa in Blutgefäßen, Niere, Herz, Leber, im Verdauungs- und im Atmungstrakt. Seine weite Verbreitung erklärt vermutlich die komplexen Auswirkungen einer COVID-19-Infektion auf verschiedene Organe. Viele Antikörper, die eine Virusvermehrung hemmen (sogenannte neutralisierende Antikörper), binden an den RBD-Abschnitt im Spikeprotein und verhindern auf diese Weise das Anheften des Virus an eine Wirtszelle. Daher bildet das Spikeprotein die Grundlage der aktuell zugelassenen Impfstoffe.

2.1.1 Interpandemische Phase

Die interpandemische Phase dient der Vorbereitung auf die nächste Pandemie.

Bemerkenswerterweise ging das Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit bereits im Jahr 2008 in einem Grünbuch zu „Risiken und Herausforderungen für die öffentliche Sicherheit in Deutschland“ am Beispiel des SARS-Virus auf die Möglichkeit einer durch Coronaviren verursachten Pandemie ein.¹³ Maßgeblich dafür war unter anderem die Befürchtung (die sich im Fall von SARS-CoV-2 inzwischen bewahrheitet hat), dass Viren dieser Familie von Infizierten bereits weiterverbreitet werden könnten, bevor diese Krankheitssymptome haben.¹⁴ Der Bericht sah das Land nicht gut vorbereitet auf eine Pandemie mit einem mutierten SARS-Virus: „Eine einheitliche überregionale Notfallplanung, die eine grundsätzliche Strategie der Abwehr einer Pandemie umfasst, ist nicht vorhanden. Das erschwert ein Krisenmanagement auf allen Ebenen. Es bleibt offen, ob bei einer deutschlandweiten Seuche die derzeitigen föderalen Strukturen des Gesundheitswesens und des Katastrophenschutzes die geeignete Organisationsform sind“.¹⁵

In einer Risikoanalyse von 2012 hatte auch das Robert Koch-Institut (RKI) zusammen mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe sowie weiteren Bundesbehörden ein Worst-Case-Szenario einer fiktiven Pandemie mit einem SARS-ähnlichen Virus (Modi-SARS) modelliert und war dabei zu einem Verlauf mit mehreren Wellen gelangt, der große Ähnlichkeit zur Entwicklung der aktuellen Pandemie aufweist. Die Eintrittswahrscheinlichkeit wurde mit „bedingt wahrscheinlich“ (einmal in einem Zeitraum von 100 bis 1.000 Jahren) angegeben.¹⁶ Die Risikoanalyse 2017 enthält Handlungsempfehlungen für Infektionsschutzmaßnahmen wie Quarantäne und andere Formen der Kontaktreduzierung, Schutzkleidung, Desinfektion, Schließung von Schulen und Kindergärten, Absage von Großveranstaltungen, Mund-Nasen-Schutzmasken sowie Kontaktpersonennachverfolgung durch Gesundheitsämter.¹⁷

Der Nationale Pandemieplan von 2017 soll Behörden und Institutionen auf Bundes- und Länderebene auf eine Pandemie vorbereiten und bildet die Grundlage für die Pandemiepläne der Länder und die Ausführungspläne der Kommunen. Seine wichtigsten Ziele sind die Minderung gesundheitlicher Schäden in der Bevölkerung sowie das Aufrechterhalten der Krankenversorgung und anderer essenzieller öffentlicher Dienstleistungen.¹⁸ Der Pandemieplan baut jedoch nicht auf der Modi-SARS-Risikoanalyse von 2012 auf, sondern befasst sich vorwiegend mit den jährlichen Influenza-Wellen.

¹³ Reichenbach et al. 2008.

¹⁴ Ebd., 40.

¹⁵ Ebd., 42.

¹⁶ Vgl. Deutscher Bundestag 2013, 55 ff. (Pandemie durch Virus „Modi-SARS“).

¹⁷ Vgl. Deutscher Bundestag 2019, 31.

¹⁸ Robert Koch-Institut 2017, 7 ff.

Erste Erfahrungen mit dem Coronavirus wurden 2020 in einer „Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan“ verarbeitet.¹⁹ Die im Pandemieplan enthaltenen verbindlichen Regeln zur Bevorratung mit Mund-Nasen-Schutzmasken und Schutzausrüstungen wurden offensichtlich nicht ausreichend umgesetzt, denn sie waren selbst in manchen Krankenhäusern und Arztpraxen Mangelware. Wissenschaftler diagnostizieren deshalb eine unzureichende Verarbeitung von Risikoanalysen durch die Politik: „Die Schließung von Kindertagesstätten, Schulen und Universitäten, von Geschäften aller Art sowie drastische Einschränkungen der Mobilität mit ihren gravierenden gesamtwirtschaftlichen Folgewirkungen sucht man im NPP [Nationalen Pandemieplan] vergeblich, vielleicht auch deshalb, weil ein (befürchteter) Mangel an (intensivmedizinischen) Betten und Schutzausrüstungen [...] nicht für möglich gehalten wurde.“²⁰

2.1.2 Alarm-Phase

Ab Dezember 2019 breitete sich das neue Coronavirus SARS-CoV-2 auch wegen der hohen Mobilität in der globalisierten Welt von China beginnend schnell aus. Am 30. Januar 2020 stufte die WHO den COVID-19-Ausbruch als „gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite“ ein.²¹ Eine Schätzung der effektiven Reproduktionszahl R (siehe Infokasten 2) ergab für Anfang März 2020 in Deutschland Werte von etwa 3,0.²² Das bei R -Werten größer als 1,0 vorliegende exponentielle Ansteigen der Infektionszahlen führte in vielen Ländern zu einer Überlastung der Gesundheitsinfrastruktur und dadurch zu noch höherer Sterblichkeit.²³

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 und Todesfälle, über 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.²⁴

Infokasten 2 „Epidemiologische Kennziffern“

Epidemiologische Kennziffern²⁵

Inzidenz: In der Epidemiologie wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit durch verschiedene statistische Maßzahlen näher bestimmt, die Aussagen über die relative Häufigkeit neu auftretender Krankheitsfälle in einer bestimmten Bevölkerung ermöglichen. In Deutschland ist die 7-Tage-Inzidenz die wichtigste epidemiologische Kennziffer für die Beurteilung der Entwicklung des Infektionsgeschehens während der COVID-19-Pandemie. Sie gibt die labordiagnostisch

¹⁹ Vgl. Robert Koch-Institut 2020.

²⁰ Vgl. Sommer 2020, 9–15.

²¹ Vgl. WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV): [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))

²² Vgl. an der Heiden/Hamouda 2020, 15.

²³ Linka/Peirlinck/Kuhl 2020.

²⁴ Vgl. Deutscher Ethikrat 2020a.

²⁵ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;
https://www.rki.de/DE/Content/Service/Publikationen/Fachwoerterbuch_Infektionsschutz.pdf?__blob=publicationFile

nachgewiesenen und registrierten Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner im Zeitraum einer Woche an. In Abhängigkeit von der Test-Aktivität kann diese Zahl allerdings stark von der tatsächlichen relativen Häufigkeit der neu auftretenden Infektionsfälle abweichen. Diese Abhängigkeit erklärt die im internationalen Vergleich sehr unterschiedlichen Angaben zur Letalität in der ersten Phase der Pandemie. Für Deutschland berechnet das Robert Koch-Institut auf Grundlage der von den Gesundheitsämtern gemeldeten Fallzahlen die 7-Tage-Inzidenz für die einzelnen Bundesländer, Land- und Stadtkreise sowie Alterskohorten.

Reproduktionszahlen: Die Reproduktionszahlen eines Krankheitserregers geben Auskunft darüber, wie viele Menschen eine mit ihm infizierte Person im Mittel ansteckt (= Anzahl der Sekundärinfektionen). Die *Basisreproduktionszahl* R_0 bezeichnet die mittlere Sekundärinfektionsrate einer infizierten Person unter Umständen, die am ehesten zu Beginn einer Epidemie vorliegen. R_0 geht nämlich davon aus, dass in einer Bevölkerung noch keine Immunität durch Impfung oder bereits erlittene Infektion gegeben ist und dass noch keine Schutzmaßnahmen ergriffen wurden. Laut RKI liegt die Basisreproduktionszahl des Wildtyps (= ursprüngliche Form) von SARS-CoV-2 zwischen 2,8 und 3,8. Damit gilt das Virus als hochinfektiös. Besonders im Fall der Delta- und Omikron-Varianten soll R_0 noch deutlich höher liegen.

Im Verlauf einer Pandemie können zeitabhängige *Nettoreproduktionszahlen* R_t herangezogen werden, um etwa die Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen anhand der Reduktion der Ansteckungsgefahr zu beziffern. Dabei gilt, dass die Neuinfektionsrate exponentiell steigt, wenn R_t größer als 1 ist. Werte kleiner als 1 zeigen dagegen eine sinkende Neuinfektionsrate an. Ziel aller Maßnahmen ist es, den R_t -Wert konstant unter 1 zu halten.

Während der COVID-19-Pandemie veröffentlicht das RKI täglich einen 7-Tage-R-Wert, der von Tag zu Tag auftretende Schwankungen ausgleicht und so den Trend der Neuinfektionsrate zuverlässig einzuschätzen gestattet.

Hospitalisierungsinzidenz: Die Hospitalisierungsinzidenz steht allgemein für die Anzahl der Krankenhauseinweisungen in einem bestimmten Zeitraum. Seit Juli 2021 veröffentlicht das RKI fortlaufend die Zahl der an COVID-19 Erkrankten, die pro 100.000 Einwohner während der letzten sieben Tage in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Die Hospitalisierungsinzidenz ist besser als andere Kennziffern der Pandemieentwicklung dazu geeignet, eine drohende Überforderung des Gesundheitssystems wegen erschöpfter Ressourcen in der stationären Akutversorgung anzuzeigen. In bestimmten Kontexten ist es noch aussagekräftiger, die Anzahl oder den Anteil der von an COVID-19 erkrankten Personen belegten Intensivbetten zu bestimmen. Allerdings ist die Zahl der Behandlungsplätze für schwer an COVID-19 Erkrankte kleiner als die Zahl der Intensivbetten, weil für deren Versorgung Spezialausrüstung wie beispielsweise extrakorporale Lungenunterstützung benötigt wird, die oft nur an Universitätskliniken vorhanden ist.

2.1.3 Pandemische Phase

Am 11. März 2020 erklärte die WHO den Ausbruch des neuartigen Coronavirus zur Pandemie.²⁶ Nachdem das RKI das Gesundheitsrisiko für die Bevölkerung in Deutschland Mitte März als „hoch“ eingestuft hatte²⁷, stellte der Bundestag mit Beschluss vom 25. März 2020 eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ fest.²⁸ Bundesregierung und Bundesländer verfügten Kontakt- und Einreisebeschränkungen sowie die Schließung zahlreicher Geschäfte und öffentlicher Einrichtungen wie Kitas, (Hoch-)Schulen und religiöser Versammlungsstätten.²⁹ Vielerorts war das Verlassen der eigenen Wohnung nur noch bei Vorliegen triftiger Gründe erlaubt beziehungsweise der Aufenthalt

²⁶ <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

²⁷ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-17-de.pdf?__blob=publicationFile

²⁸ <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw13-de-corona-infektionsschutz-688952>

²⁹ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/vereinbarung-zwischen-der-bundesregierung-und-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-bundeslaender-angesichts-der-corona-epidemie-in-deutschland-1730934>; <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/besprechung-von-bundeskanzlerin-merkel-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-zum-coronavirus-1733266>; <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2020/03/corona-reisebeschaenkungen.html>

im öffentlichen Raum allenfalls „alleine, mit einer weiteren nicht im Haushalt lebenden Person oder im Kreis der Angehörigen des eigenen Hausstands“ gestattet.³⁰ Zu Beginn der ersten Welle kam es zu Hamsterkäufen von Gütern des täglichen Bedarfs, da unklar schien, wie sich die Pandemie auf die Versorgungssituation auswirken würde.

Begleitend zu den Kontaktbeschränkungen wurden Schutzmaßnahmen empfohlen beziehungsweise eingeführt, die als „AHA-Formel“ das Abstandhalten zu Mitmenschen, das Händewaschen und die Hygiene beim Husten und Niesen sowie das Tragen von Alltagsmasken kombinieren.³¹ Im Juni 2020 wurde eine Corona-Warn-App zur Ergänzung der Kontaktnachverfolgung durch die Gesundheitsämter eingeführt: Sie alarmiert ihre Nutzer darüber, wenn diese sich längere Zeit in der Nähe von Personen aufgehalten haben, die über die App den Nachweis einer COVID-19-Infektion gemeldet haben.³² In vielen Einrichtungen wurden Hygiene- und Lüftungskonzepte entwickelt. Schutzausrüstung, medizinische und FFP2-Masken waren während der ersten Welle Mangelware.

Zuverlässige Testverfahren zur Feststellung, ob eine Person mit dem Virus infiziert ist, erwiesen sich als wichtige Instrumente der Pandemiebekämpfung. Während der pandemischen Phase wurden die verschiedenen Verfahren (weiter-)entwickelt und Testkapazitäten ausgebaut. Die Gesundheitsämter verfolgten die Kontakte von positiv Getesteten und verordneten Maßnahmen der Isolierung oder Quarantäne zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus. Allerdings war die Kontaktnachverfolgung aufgrund von Personalmangel und unzureichender digitaler Infrastruktur der Behörden bei höheren Inzidenzen nicht mehr effektiv möglich (vgl. Abschnitt 2.2.4).

Um einen besseren Überblick über die Belastung des Gesundheitssystems zu bekommen, wurde im März 2020 eine Online-Plattform zur Echtzeit-Erfassung und -Analyse von intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und COVID-19-Fallzahlen eingerichtet.³³ Dieses sogenannte „DIVI-Intensivregister“ (www.intensivregister.de) wird von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und dem RKI betrieben.

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 EU 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. Gleichwohl beschloss die Bund-Länder-Konferenz vorsichtige Lockerungen der Corona-Maßnahmen, wofür

³⁰ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/besprechung-von-bundeskanzlerin-merkel-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-zum-coronavirus-1733266>

³¹ Die Kombination von Vorsorgemaßnahmen wurde in der Folge um das regelmäßige Lüften (AHA+L) sowie das Nutzen der Corona-Warn-App (AHA+L+A) erweitert. An die Stelle der „Alltagsmasken“ trat in der Formel später die Devise „Im Alltag Maske tragen“. <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/alltag-in-zeiten-von-corona> [14.02.2022].

³² <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/kurzmeldungen/DE/2020/06/vorstellung-corona-warn-app.html>

³³ <https://www.divi.de/presse/pressemeldungen/pm-corona-pandemie-website-zur-deutschlandweiten-abfrage-freier-beatmungsplaetze-startet-heute>

neben der langsam Fahrt aufnehmenden Impfkampagne auch die Einführung von Schnell- und Selbsttests als Rechtfertigung herangezogen wurde.

Die dritte Welle lief im April aus und während des Sommers 2021 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 aus Virologie und Epidemiologie die Warnungen vor einer „vierten Welle“, die Deutschland in den Wintermonaten treffen könnte. Anfang September waren nur ca. 62 Prozent der Gesamtbevölkerung vollständig geimpft und die Impfquoten stiegen immer langsamer an.³⁴

Ende 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.³⁵ Es zeigte sich in den Statistiken aber auch die Wirkung des Impfens: Im Laufe des Novembers kam es insbesondere in den Bundesländern mit vergleichsweise niedriger Impfquote zu sehr hohen Neuinfektionszahlen, die auch die Intensivkapazitäten in vielen Krankenhäusern wieder an ihre Grenzen brachten. Viele Patientinnen und Patienten mussten verlegt werden – teils sogar in andere Bundesländer. Dass sich die vierte Infektionswelle im Herbst 2021 höher auftürmte als alle Infektionswellen zuvor, lässt sich außer durch die zu niedrigen Impfquoten noch durch eine Reihe weiterer Faktoren erklären.

Pandemiemüdigkeit und ein falsches Sicherheitsgefühl in Anbetracht des Voranschreitens der Impfkampagne hatten im Sommer viele Menschen dazu gebracht, wieder mehr zu reisen und Kontakte insgesamt weniger konsequent als zuvor einzuschränken. Hinzu kam eine wachsende Zahl an Impfdurchbrüchen, die in dem Ausmaß nicht erwartet worden war. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die Immunität auch nach zweifacher Impfung individuell unterschiedlich ausgeprägt ist und nach einigen Monaten wieder abnimmt. Die STIKO empfiehlt in der Folge eine Auffrischimpfung (sogenannte Booster-Impfung), die drei Monate nach der letzten Impfstoffdosis der Grundimmunisierung verabreicht werden sollte. Der Schutz vor schweren Krankheitsverläufen ist nach einer Impfung in jedem Falle noch längere Zeit – auch bei Infektion mit einer der Virusvarianten – hoch. Das zeigt sich statistisch am Verhältnis geringerer Hospitalisierungs- und Mortalitätsraten im Verhältnis zu den Inzidenzen während der vierten Welle, als bereits ein Teil der Bevölkerung vollständig geimpft war, im Vergleich zur ersten und zweiten Welle der Pandemie (vgl. Infografik).

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 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 begannen die Inzidenzen bereits vor dem Jahreswechsel erneut steil anzusteigen. Ohne dass ein regelrechtes Wellental

³⁴ Wochenbericht des Robert Koch-Instituts vom 09.09.2021 zu COVID-19, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-09-09.pdf?__blob=publicationFile

³⁵ Archiv der täglichen Situationsberichte des RKI zu COVID-19, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Archiv_tab.html

erreicht worden wäre, schloss sich an die vierte unmittelbar die fünfte Pandemiewelle an. Der Hauptgrund hierfür war das Auftreten einer neuen, der Omikron-Virusvariante, die Anfang Januar 2022 dominant wurde. Da die Omikron-Variante sehr viel ansteckender als alle früheren Varianten ist, erreichen die COVID-19-Fallzahlen zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Stellungnahme Ende Januar 2022 immer neue Höchstwerte. Zum Trost bleibt, dass die Hospitalisierungsinzidenz und die Todesfälle nicht im gleichen Maße anwachsen, weil Infektionen mit der Omikron-Variante im Schnitt mildere Krankheitsverläufe nach sich ziehen. Dementsprechend wird verstärkt diskutiert, welche Pandemieschutzmaßnahmen aufrechterhalten bleiben sollen beziehungsweise dürfen.

2.1.4 Übergangsphase

Alle Indikatoren sprechen derzeit dafür, dass eine endgültige Eradikation des Virus nicht möglich sein wird, schon wegen seiner Reservoirs im Tierreich, aber auch wegen seiner weltweiten Verbreitung bis hinein in weitgehend isolierte Populationen. 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 also lediglich einer unter vielen pathogenen Erregern sein wird.

Um in eine kontrollierbare endemische Situation zu gelangen, ist eine umfassende Durchimpfung der Bevölkerung notwendig – wobei überstandene Infektionen ebenfalls den Immunschutz stärken. Da die Impfungen gegenwärtig keine „sterile Immunität“ vermitteln, bei welcher die Weitergabe des Erregers an Dritte vollständig unterbunden ist, werden COVID-19-Erkrankungen weiterhin auftreten. Wenn jedoch zukünftig Geimpfte und Genesene überwiegend nur noch auf Geimpfte und Genesene treffen, wird das Infektionsgeschehen voraussichtlich so stark verringert, dass es – sofern keine noch infektiöseren neuen Virusvarianten auftreten – nicht mehr zu einem exponentiellen Wachstum der Inzidenzen kommt. Damit wäre dann auch die Gefahr einer Überlastung des Gesundheitswesens gebannt, da die Impfung sehr zuverlässig vor schweren, potenziell tödlichen Krankheitsverläufen schützt.³⁶

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 (siehe Infokasten 3). Bei jedem Vervielfältigungsvorgang des Virus können „Fehler“ im Bauplan des Virus auftreten; man spricht dann von Virusvarianten. Die meisten dieser Fehler vermindern die Fähigkeit des Virus, sich erfolgreich auszubreiten (die sogenannte Fitness). Es können aber auch Veränderungen entstehen, die dem Virus durch eine gesteigerte Infektiosität und Verminderung des durch die Erkrankung oder Impfung erworbenen Immunschutzes einen Selektionsvorteil gegenüber bisherigen Varianten und dem Stammvirus vermitteln. Diese können zu einem schwereren, aber auch – wie die Omikron-Variante zeigt – zu einem mildereren Krankheitsverlauf führen.³⁷ Je mehr Infektionen weltweit auftreten, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit der Bildung von Virusvarianten. Deshalb ist es auch für den Erfolg der in

³⁶ https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Wirksamkeit.html#FAQId16602074

³⁷ Vgl. Tao et al. 2021.

Deutschland ergriffenen Maßnahmen entscheidend, ob andernorts hohe Infektionszahlen vorliegen, die durch das Begünstigen der Entstehung neuer, ansteckender Virusvarianten weitere globale Erkrankungswellen auslösen können. Zu beachten ist zudem, dass eine unzureichende Impfquote einen Selektionsdruck erzeugt, der die Ausbreitung von Fluchtvarianten des Virus – also solcher Varianten, gegen die die bestehenden Impfstoffe nicht wirken – begünstigt. Dieser Effekt ist mit dem Entstehen resistenter Bakterien bei zu niedrig dosierter Antibiotikagabe vergleichbar, da hier dem Erreger jeweils die Möglichkeit zur Anpassung an die neuen Gegebenheiten im menschlichen Wirt gegeben wird.

Infolge der Verbreitung von Fluchtvarianten des Virus kann nicht nur die Wirksamkeit vorhandener Impfstoffe, sondern auch von Medikamenten (wie etwa von antiviralen Antikörpern) herabgesetzt sein. Die WHO koordiniert ein weltweites Überwachungssystem, das Daten zu neu auftretenden Varianten von SARS-CoV-2 mittels stichprobenartiger Sequenzierung des Gesamt- oder Teilgenoms erhebt. Damit stehen Informationen zur Verfügung, die frühzeitig zur Impfstoffanpassung und zur Verbesserung der Passgenauigkeit von antiviralen Antikörpern und Inhibitoren genutzt werden können. Auch neue Technologien wie etwa die mRNA-Technologie, mit der in kürzester Zeit effektive Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 entwickelt wurden, begünstigen deren schnelle Anpassung. Ein bedeutendes Ziel ist weiterhin die Entwicklung universeller Impfstoffe, die gegen mehrere Varianten wirksam sind und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch trotz weiterer Mutationen des Virus schützen werden.³⁸ Je umfassender das virale Genom erforscht und die Bedeutung von Mutationen für die Infektiosität und den Krankheitsverlauf bekannt ist, desto besser kann das Risiko durch neue Varianten vorhergesagt und die Impfstoffentwicklung von biomedizinischer Seite optimiert werden. Ergänzend sollten beschleunigte Zulassungsverfahren für Impfstoffe, wie sie bei den COVID-19-Impfstoffen bereits zur Anwendung gelangt sind, weiter etabliert werden. Dabei muss es um Schnelligkeit und Effizienz, ohne Abstriche in der Sicherheit gehen.

Infokasten 3 „Virusvarianten“

Virusvarianten³⁹

Während der Vervielfältigung des Viruserbguts entstehen Fehler (Mutationen), die Virusvarianten hervorbringen können. Bei SARS-CoV-2 werden solche Fehler dank der im Erbgut eingebauten Qualitätskontrollproteine zwar 10-mal effizienter korrigiert als bei Influenzaviren, aber je mehr Virusvervielfältigung stattfindet, desto mehr Varianten können sich bilden.⁴⁰ Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens neuer Virusvarianten korreliert daher mit den Infektionszahlen. Infiziert sich eine Person gleichzeitig mit mehreren Virusvarianten, kann es sogar zum Austausch ihres Erbguts und dessen Neuzusammensetzung (Rekombination) kommen. Auf diese Weise können komplexe Kombinationen von Veränderungen entstehen.

Die weltweite Sequenzierung von Virusvarianten zeigte, dass Mutationen gehäuft im Spikeprotein auftreten, aber auch andere virale Proteine betroffen sind. Mutationen verändern die räumliche Struktur von Proteinen und ihre Bindungseigenschaften und können so zu Virusvarianten führen, deren Übertragbarkeit erhöht ist, beispielsweise durch ein effizienteres Eindringen in Wirtszellen. Passen Antikörper, die an bekannte Virusvarianten binden, nicht mehr gut auf eine neue Variante, kann diese auch die zuvor aufgebaute Immunität eines Wirts unterlaufen. Beide Prozesse führen dazu, dass solche neuen Varianten einen Selektionsvorteil haben und sich schnell ausbreiten. Ein Beispiel für komplexe Veränderungen

³⁸ Vgl. Planas et al. 2021; Pouwels et al. 2021.

³⁹ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virusvariante.html

⁴⁰ Vgl. Tao et al. 2021.

ist die Omikron-Variante, die mehr als 30 Mutationen im Spikeprotein trägt. Einige der in Omikron nachgewiesenen Mutationen finden sich auch in der Alpha- und Delta-Variante, andere sind dagegen neu.

Basierend auf der Information von mehr als 2 Millionen sequenzierten SARS-CoV-2-RNA-Genomen ist eine Zuordnung von Virusvarianten zu verschiedenen Linien möglich.⁴¹ Um eine Einordnung zu ermöglichen und die Vorbereitung von Maßnahmen der Pandemiebekämpfung zu unterstützen, unterscheidet die WHO unterschiedlich risikoreich erscheinende Varianten⁴²: Besorgniserregende Varianten (*variants of concern*) sind infektiöser und/oder bewirken einen schwereren Krankheitsverlauf beziehungsweise können weniger effektiv mit etablierten Maßnahmen bekämpft werden. Beispiele hierfür sind die SARS-CoV-2-Varianten Alpha, Beta, Gamma, Delta und jetzt Omikron. Eine zweite Kategorie umfasst Varianten von besonderem Interesse (*variants of interest*). Diese lassen entweder wegen ihrer Mutationen erhöhte Pathogenität (Krankheitspotenzial) erwarten oder haben das Potenzial zu weltweiter Verbreitung mit entsprechenden Risiken für öffentliche Gesundheitssysteme. In eine dritte Kategorie, die Varianten unter Beobachtung (*variants under monitoring*), fallen Virusvarianten mit nur potenziell risikoreichen Mutationen. Durch die kontinuierliche weltweite Überwachung können besorgniserregende Entwicklungen frühzeitig erkannt werden.

2.2 Schutzmaßnahmen

Um die Ausbreitung der Pandemie einzudämmen, die Menschen in diesem Land vor Erkrankungen zu schützen und die öffentliche Gesundheitsversorgung vor dem Risiko einer Überforderung bis hin zu Triage-Situationen 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. Epidemiologische Modellrechnungen trugen zusammen mit den schockierenden Geschichten und Bildern von Intensivstationen in Italien, Spanien und Frankreich zur Akzeptanz rascher und wirkungsvoller Maßnahmen bei.⁴³

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.⁴⁴ 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.⁴⁵

Mit Blick auf direkte Gesundheitsgefahren, die von dem neuen Virus ausgehen, müssen Krankheitsrisiken und Infektionsrisiken unterschieden werden. Das Risiko eines schweren, potenziell tödlichen Verlaufs von COVID-19 ist statistisch bei älteren Personen und solchen mit bestimmten Vorerkrankungen deutlich erhöht. Das Infektionsrisiko hängt von der regionalen Verbreitung des Virus, vom individuellen Verhalten, vor allem aber von den Lebens- und Arbeitsbedingungen ab. Generell besteht überall dort, wo sich körperliche Nähe zwischen Menschen nicht vermeiden lässt, wie etwa in Gemeinschaftseinrichtungen, ein erhöhtes Infektionsrisiko (vgl. Abschnitt 2.3.1).

⁴¹ Vgl. Rambaut et al. 2020.

⁴² <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

⁴³ Vgl. beispielhaft für Italien Nacoti et al. 2020.

⁴⁴ Zur allgemeinen Problematik pandemiepolitischer Entscheidungen unter Ungewissheit vgl. Munthe/Heiling/Wild 2021.

⁴⁵ Erst 2021 wurde etwa mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Gesundheit die StopptCOVID-Studie initiiert, die systematisch die Wirksamkeit und Wirkung von nicht-pharmazeutischen Maßnahmen zur Kontrolle der COVID-19-Pandemie in Deutschland untersucht

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/StopptCOVID_studie.html).

2.2.1 Basisschutzmaßnahmen

Zu den individuell umsetzbaren Basisschutzmaßnahmen zählen einige grundlegende Hygieneregeln, welche die von Mensch zu Mensch vorwiegend über Aerosole weitergegebene Infektion mit SARS-CoV-2 zu verhindern helfen sollen. Diese betreffen etwa das richtige Husten und Niesen, das regelmäßige, gründliche Waschen der Hände sowie die Haushaltshygiene. Hinzu kommen Abstandsregeln, Vorgaben zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung (Maske) sowie Empfehlungen zum regelmäßigen Lüften von geschlossenen Räumen und zur Nutzung der Corona-Warn-App.⁴⁶

Das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung wurde in verschiedenen Phasen der Pandemie und für verschiedene Bereiche des öffentlichen Lebens – wie öffentliche Verkehrsmittel und Gebäude, Geschäfte und andere Gewerberäume, zum Teil auch für Menschenansammlungen im Freien – in unterschiedlicher Form vorgeschrieben. Dabei haben OP-Masken eine geringere Schutzwirkung als sogenannte FFP2- (und vergleichbare) Masken, die auch zum Schutz von medizinischem Personal genutzt werden, das im direkten Kontakt mit an COVID-19 erkrankten Patienten steht. Zu Beginn der Pandemie standen nicht genügend medizinische Masken mit hoher Schutzwirkung zur Verfügung und sie waren teuer. Deshalb wurden zunächst sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext überwiegend wiederverwendbare textile Alltagsmasken verwendet.

Ein Mangel an medizinischen Masken trat sogar in vielen Bereichen der Krankenversorgung, der Pflege und sozialer Dienste auf. Medizinische Masken wurden häufig mehrfach getragen oder es wurden auch in diesen Bereichen Alltagsmasken verwendet. Ärztinnen und Ärzte, Beschäftigte in den Bereichen der Pflege und der Sozialen Arbeit sowie viele andere Angehörige von Berufsgruppen, die im direkten Kontakt mit anderen Menschen tätig sind, waren daher vor allem in der ersten Zeit der Pandemie vielfach hohen Infektionsrisiken ausgesetzt. In einem auf Pandemien vorbereiteten Gesundheitswesen wäre dies mit geringem Aufwand vermeidbar gewesen.

Die Maskenpflicht stellt sicherlich objektiv eine vergleichsweise geringe Beeinträchtigung dar, was subjektiv allerdings von manchen Menschen anders gesehen wird. Offenbar ist die Maske zum Symbol einer verhassten Pandemiepolitik insbesondere in den Kreisen sogenannter Querdenker geworden. Im September 2021 kam es sogar zu einem Tötungsdelikt im Rahmen eines Streits um die Maskenpflicht, und Warnungen vor einer Radikalisierung von Maskengegnerinnen und -gegnern häuften sich.⁴⁷ Dass die Schutzwirkung von Masken, die mittlerweile gut wissenschaftlich belegt ist⁴⁸, anfangs auch von einigen Experten angezweifelt wurde⁴⁹, hat ihre Akzeptanz sicher nicht gefördert.

Das Einhalten von Abstandsregeln – auch im Freien – wird generell empfohlen und ist in verschiedenen Bereichen sogar Pflicht, um so die Anzahl von Personen zu begrenzen, die sich etwa in

⁴⁶ <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/alltag-in-zeiten-von-corona.html>

⁴⁷ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/127488/Politiker-beklagen-Radikalisierung-von-Maskengegnern>

⁴⁸ Vgl. Mitze et al. 2020; Howard et al. 2021; Bagheri et al. 2021.

⁴⁹ Der Vorsitzende des Weltärztebundes Frank Ulrich Montgomery bezeichnete es in einem Anfang Januar 2022 gegebenen Interview selbst als Fehler, dass er zu Beginn der Pandemie den Nutzen „so eines feuchten Lappens vor dem Gesicht“ in Abrede gestellt habe (*Neue Zürcher Zeitung* vom 08.01.2022, S. 40, <https://www.nzz.ch/feuilleton/frank-ulrich-montgomery-ich-bin-ueberhaupt-kein-streitsuechtiger-mensch-ld.1663599>).

einem Geschäft, einem Veranstaltungs- oder Unterrichtsraum aufhalten darf. Außerdem soll das Halten von Abständen durch Verkehrswegeregungen gefördert werden.

2.2.2 Bewegungs- und Kontaktbeschränkungen

Zu den zentralen Pandemieschutzmaßnahmen gehören Bewegungs- und Kontaktbeschränkungen mit dem Ziel, die Ausbreitung des Virus einzudämmen. Dabei muss unterschieden werden einerseits zwischen direkten Einschränkungen von Bewegungs- und Begegnungsmöglichkeiten, wie sie während eines strengen Lockdowns im Wortsinn etwa durch Ausgangssperren oder physische Barrieren („Schutzzonen“) 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.

Obwohl die erste Phase der Kontaktbeschränkungen ab Mitte März 2020 als die des „harten Lockdowns“ in Erinnerung bleibt, wurde in Deutschland – anders als in vielen anderen Ländern – weitgehend auf Ausgangssperren verzichtet. Die getroffenen Regelungen sahen zu unterschiedlichen Phasen der Pandemie jedoch Einschränkungen vor, wie viele Personen sich im privaten Raum – und teilweise auch im Freien – treffen dürfen. Insbesondere in der ersten Phase der Pandemie wurden die Menschen aufgefordert, möglichst zu Hause zu bleiben und Risikopersonen durch den Verzicht auf Besuche zu schützen. Zeitweise durfte nur eine nicht zum Haushalt gehörende Person als Besuch empfangen werden. Anhand der Bewegungsdaten von Mobiltelefonen konnte nachgewiesen werden, dass die Kontaktbeschränkungsmaßnahmen überwiegend eingehalten wurden.⁵⁰

Aufgrund der Bedeutung von Großveranstaltungen für die Infektionsdynamik wurden diese über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr weitgehend abgesagt und verboten. Erst nach und nach wurden Großveranstaltungen zunächst mit dem Einsatz von Schnelltests, dann unter Beachtung der sogenannten 3G-Regel (Geimpfte, Genesene und aktuell negativ Getestete) wieder ermöglicht. Krippen, Kindergärten und Schulen waren über lange Zeiträume geschlossen oder nur sehr eingeschränkt – als Notbetreuung der Kinder von Eltern, die in sogenannten systemrelevanten Bereichen arbeiten, oder für Schülerinnen und Schüler in Abschlussklassen – geöffnet. Hochschulen und Universitäten arbeiteten drei Semester lang nahezu vollständig im digitalen Modus und kehrten nach einer zeitweiligen Öffnung im Herbst 2021 wieder in diesen zurück.

Arbeitgeber wurden aufgefordert, ihre Beschäftigten überall dort, wo es möglich ist, im Homeoffice arbeiten zu lassen. Auf generell verpflichtende Vorgaben für Arbeitgeber wurde jedoch weitgehend verzichtet. Handel, Kultur, Freizeit und Sport waren stark von Kontaktbeschränkungen beziehungsweise Schließungen betroffen. Das soziale und kulturelle Leben lag weitgehend brach. Beschäftigte in Beherbergungsbetrieben, Gastronomie, Kultur-, Freizeit- und Sportstätten sowie Künstlerinnen und Künstler konnten nicht arbeiten, was durch Kurzarbeitergeld und Entschädigungszahlungen zumindest teilweise kompensiert wurde. Auch die öffentliche

⁵⁰ Vgl. Schlosser 2020.

Religionsausübung war stark beschränkt. Vielfach wurden ersatzweise digitale Veranstaltungsformate angeboten.

Das Infektionsschutzgesetz ermöglicht grundsätzlich die Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten. Vor allem in der ersten Welle der Pandemie wurden zahlreiche ambulante und stationäre Einrichtungen der Pflege und Betreuung, Tageskliniken, Werkstätten für Menschen mit Behinderung, aber auch Treffpunkte und Anlaufstellen etwa für Wohnungslose oder Psychiatrieerfahrene zur Verhinderung von Infektionsausbrüchen geschlossen. Fahrdienste für Menschen mit Behinderung wurden eingestellt. Nach der ersten Welle wurden viele dieser Einrichtungen und Dienste mit Hygieneschutzkonzepten und damit verbundenen Einschränkungen (z. B. Maskenpflicht, Abstandsgebot, Begrenzung der Zahl von Personen im Raum, Testregime) wieder geöffnet.

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. Gemeinschaftsaktivitäten wurden eingestellt oder sehr stark eingeschränkt. Ziel war nicht nur der Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner selbst, sondern auch der Allgemeinheit vor den Folgen von Infektionsausbrüchen. 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. Im November 2020 wurde durch eine Novelle des Infektionsschutzgesetzes festgeschrieben, dass „ein Mindestmaß an sozialen Kontakten“ in Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens trotz aller Schutzmaßnahmen gewährleistet bleiben muss (§ 28a Abs. 2). Der Deutsche Ethikrat bekräftigte und konkretisierte diese Forderung wenig später in seiner Ad-hoc-Empfehlung „Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie“.⁵¹ Auch wenn das Fortschreiten der Impfkampagne und die immer leichtere Verfügbarkeit von Schnelltests später weitere Lockerungen der Besuchs- und Kontaktregelungen in Gemeinschaftsunterkünften ermöglichten, sind die dort Lebenden nach wie vor stark durch Pandemieschutzmaßnahmen eingeschränkt.⁵²

In der Justiz führten Kontaktbeschränkungen nicht nur zu erheblichen Beeinträchtigungen im organisatorischen Ablauf bis hin zur Beeinträchtigung von Kernaufgaben. Beispielsweise wurde zu Beginn der Pandemie aus Infektionsschutzgründen teilweise ganz auf mündliche Verhandlungen mit anwesenden Beteiligten und auf persönliche Anhörungen verzichtet. Nach geraumer Zeit und aufgrund einiger Entscheidungen von Rechtsmittelgerichten setzte sich die Einsicht durch, dass die Justiz ihre Aufgaben auch in der Pandemie wahrnehmen muss und es nicht um das Ob einer mündlichen Verhandlung oder persönlichen Anhörung, sondern ausschließlich um die Art und Weise

⁵¹ Vgl. Deutscher Ethikrat 2020b.

⁵² Vgl. etwa die aktuellen Empfehlungen des RKI zum Umgang mit COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/AE-GU/Aufnahmeeinrichtungen.html [15.02.2022]).

ihrer Durchführung gehen darf. So wurde etwa im Zivilprozess die gesetzlich bestehende Möglichkeit einer mündlichen Verhandlung oder Beweisaufnahme per Videokonferenz (§ 128a ZPO) zunehmend genutzt. Die Familien- und Betreuungsgerichte konnten eine mündliche Erörterung oder persönliche Anhörung ebenfalls in dieser Form durchführen (§§ 32, 34 FamFG). Das setzte allerdings voraus, dass dabei das rechtliche Gehör der Beteiligten ausreichend gewährleistet war. Richterliche Anhörungen von Personen mit psychischen Erkrankungen und von älteren Menschen mit demenziellen Veränderungen müssen daher in der Regel in Anwesenheit erfolgen.⁵³ Weiter gehende Vorschläge, auch in diesen Fällen aus Infektionsschutzgründen per Videokonferenz anzuhören,⁵⁴ sind nicht Gesetz geworden.

Mit den Entscheidungen über die verschiedenen hier genannten 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.⁵⁵

Im wissenschaftlichen Diskurs wurden die Kontaktbeschränkungsmaßnahmen teilweise als zu wenig konsequent kritisiert. Dies führe letztlich dazu, dass sie länger aufrechterhalten bleiben müssten. Eine europäische Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern forderte die Einführung einer *No-COVID-Strategie*. Mit sehr konsequenten Kontaktbeschränkungen sei es möglich, die 7-Tage-Inzidenz auf unter zehn zu drücken. Dort, wo dies gelinge, könnten grüne Zonen mit mehr Freiheiten eingeführt werden. Modellrechnungen belegten, dass auf diese Weise die Dauer von Kontaktbeschränkungen vermindert werden könnte, was auch der Wirtschaft nütze⁵⁶ und die Wahrscheinlichkeit des Entstehens neuer gefährlicherer Virusvarianten verringere. Allerdings zeigte sich zum Beispiel im südlichen Italien, aber auch in anderen Regionen Europas, dass auch äußerst niedrige Inzidenzen keinen verlässlichen Schutz vor einem späteren raschen Anstieg bieten. Eine weitere, *Zero Covid* genannte Strategie forderte ein noch härteres Vorgehen, wobei insbesondere die Wirtschaft mit strikten und verbindlichen Vorgaben für Infektionsschutzmaßnahmen stärker in die Pflicht zu nehmen sei.⁵⁷

Zugunsten dieser Strategien kann geltend gemacht werden, Inzidenzen ließen sich so rasch und effektiv senken sowie vermittels Kontaktnachverfolgung und Isolierung beziehungsweise Quarantäne dauerhaft niedrig halten. Die kürzere Dauer von strikten Kontaktbeschränkungen bedeute auch eine geringere Belastung aller. Dagegen ließe sich vorbringen, diese Strategien wären mit

⁵³ Vgl. BGH, Beschluss vom 14.10.2020 – XII ZB 235/20.

⁵⁴ Gesetzentwurf des Bundesrats vom 01.07.2020, BT-Drucksache 19/20623. <https://dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-zum-schutz-vulnerabler-personen-bei-richterlichen-anh%C3%B6rungen-im-betreuungs/261988>

⁵⁵ Christian Endt und Sören Müller-Hansen: Im Blindflug durch die Pandemie. *Süddeutsche Zeitung* vom 29.03.2021, S. 13 (<https://sz.de/1.5248148>).

⁵⁶ Vgl. Baumann et al. 2021; Priesemann et al. 2021.

⁵⁷ ZeroCovid. „Positionspapiere“, 24. März 2021. <https://zero-covid.org/positionspapiere>

unverhältnismäßigen und ungleich verteilten Belastungen für die Wirtschaft wie für die Bevölkerung insgesamt verbunden.

2.2.3 Teststrategie

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. Zudem werden zwischenmenschliche Begegnungen ohne Infektionsgefahr ermöglicht. Auf der Bevölkerungsebene sollen Infektionsketten festgestellt und unterbrochen werden, um das Infektionsgeschehen einzudämmen sowie dessen Dynamik in der Bevölkerung zu erfassen.

Besonders Antigentests wurden breit eingesetzt, um Infektionsrisiken im direkten Kontakt in Schulen, Betrieben, Handel, Gastronomie, Kultur- und Sportstätten sowie auch im privaten Umfeld zu reduzieren. Mithilfe von anfangswirtschaftlich attraktiven Erstattungssätzen aus Steuermitteln wurde innerhalb weniger Monate eine flächendeckende Versorgung durch private Testzentren geschaffen. Dabei führte jedoch die Kombination von lukrativer staatlicher Finanzierung nach Fallzahl, mangelnder Kontrolle sowie einem übereinstimmenden Interesse von getesteten und testenden Personen an einem negativen Ergebnis zu erheblichen Qualitätsmängeln.

Vom 1. März bis zum 11. Oktober 2021 standen in Deutschland allen Menschen Antigentests kostenlos als sogenannte Bürgertests zur Verfügung. In der Folge einer Neufassung der Coronavirus-Testverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden die Tests danach vorübergehend kostenpflichtig. Dies führte zum schnellen Nachlassen der Inanspruchnahme der Tests in weiten Bevölkerungskreisen, weshalb deren Kosten ab dem 13. November 2021 wieder vom Bund übernommen wurden.

Weiterhin wurden mit der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung ab dem 23. April 2021 bundesweit alle Betriebe, Einrichtungen und Verwaltungen verpflichtet, Beschäftigten, die nicht im Homeoffice arbeiten, mindestens zweimal in der Woche einen Antigen- oder PCR-Test anzubieten. Ebenfalls im April 2021 wurden auf Länderebene verpflichtende Tests an Schulen eingeführt. In seiner Neufassung vom 30. Juli 2021 verlangte die Coronavirus-Einreiseverordnung von allen Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, bei der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland einen Testnachweis oder alternativ entweder einen Genesenennachweis oder einen Impfnachweis. Mit der 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“). Arbeitgeber sind in diesem Zusammenhang befugt, den Impfstatus ihrer Beschäftigten abzufragen. Für Beschäftigte in Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe gilt eine Testpflicht mit tagesaktuellem Antigentest oder maximal 48 Stunden altem PCR-Test auch für geimpftes oder genesenes Personal, ebenso für Besucherinnen und Besucher der Einrichtungen.

Infokasten 4 „Testverfahren“

Testverfahren⁵⁸

PCR-Test: Der PCR-Test (Polymerase-Chain-Reaction-Test) war das erste zum Nachweis einer SARS-CoV-2-Infektion verfügbare Verfahren und wurde bereits im Januar 2020 entwickelt. Er weist virale Genomabschnitte nach und ist grundsätzlich auch dazu geeignet, zwischen unterschiedlichen Virusstämmen zu differenzieren. Der PCR-Test gilt unter den momentan verfügbaren Testverfahren als Goldstandard, da mit ihm Infektionen am zuverlässigsten festgestellt werden können. Liefert ein Test, der mit einem anderen Verfahren durchgeführt wurde, ein positives Ergebnis, muss das tatsächliche Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion durch einen PCR-Test bestätigt werden.

Antigentest: Antigentests wurden im Oktober 2020 in Testzentren eingeführt und können seit März 2021 auch von medizinischen Laien als Selbsttest genutzt werden. Neben ihrer einfacheren Anwendung sind ihre kürzere Auswertungszeit von nur ca. 15 Minuten („Schnelltest“) und ihre geringeren Kosten weitere Vorteile gegenüber PCR-Tests. Dafür weisen sie teilweise eine deutlich geringere Sensitivität als PCR-Tests auf. Schulen, öffentliche Einrichtungen und Privatpersonen können sich ihrer relativ einfach bedienen, um etwa bei Veranstaltungen eine höhere Sicherheit zu gewährleisten. Die Probenentnahme erfolgt durch einen Mundrachen- oder Nasenrachenabstrich. Die verbreitete Durchführung an vorderen Nasenabstrichen führt zu einer höheren Quote falsch-negativer Ergebnisse. Der Test reagiert nicht auf das Erbgut des Virus, sondern auf das virale Hüllprotein oder das virale Nukleokapsidprotein, sogenannte *Antigene*, die spezifisch für das Virus sind. Diese gehen mit komplementären Antikörpern auf dem Teststreifen eine Bindung ein. Die Antigen-Testantikörper-Komplexe ergeben eine Farbmarkierung, welche ein positives Ergebnis anzeigt.

Antikörpertest: Ein Antikörpertest zeigt im Gegensatz zu den anderen Verfahren keine aktuelle Infektion an, sondern wird meist nach Genesung oder zur Überprüfung des Impferfolgs durchgeführt. Das Testverfahren weist *Antikörper* im Blut nach, die der Körper nach einer Infektion oder Impfung zur Erkennung der Virus- oder Impfantigene bildet. Weil das Immunsystem Zeit für die Bildung der spezifischen Antikörper benötigt, kann eine Infektion im Anfangsstadium mit diesem Verfahren nicht festgestellt werden. Dafür können länger zurückliegende Infektionen nachgewiesen werden, da die Antikörper mehrere Monate nach ihrer Überwindung erhalten bleiben. Antikörpertests erfassen nur die durch B-Zellen produzierten Antikörper, das heißt die „humorale“ Immunität, während die durch T-Zellen vermittelte „zelluläre“ Immunität nicht adressiert wird. Wenn ein ausreichender Antikörpertiter gegeben ist und insbesondere genügend neutralisierende Antikörper vorhanden sind, hat der Körper einen zumindest teilweisen Schutz vor einer (erneuten) Infektion.

Um eine präzisere Vorhersage über eine spätere Immunantwort zu machen, müssen *Neutralisationsantikörpertests* durchgeführt werden. Bei diesen Tests werden Antikörper in vitro mit Coronaviren in Kontakt gebracht und es wird in der Zellkultur getestet, ob auf diese Weise eine Infektion verhindert werden kann, um so die Effektivität der vorliegenden Antikörper zu überprüfen. Diese Tests können aus Gründen der Laborsicherheit nur in Speziallabors durchgeführt werden und sind extrem aufwendig, sodass sie nicht für die Routineanwendung geeignet sind.

2.2.4 Kontaktpersonennachverfolgung

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 auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes in Verbindung mit einschlägigen Infektionsschutzverordnungen erfüllt. Untersuchungsstellen, die anhand eines positiven Testergebnisses einen SARS-CoV-2-Infektionsfall feststellen, sind dazu verpflichtet, die vorliegenden Daten zur betroffenen Person (dem sogenannten Indexfall) an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. Während der COVID-19-Pandemie haben die Ämter in der

⁵⁸ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html;
<https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/tests-auf-sars-cov-2>;
<https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/testsysteme.html>;
https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/Spezialthemen/_node.html

Regel telefonisch Kontakt zu infizierten Personen aufgenommen. Im Zuge einer eingehenden Befragung wurde sodann zum einen ermittelt, wo beziehungsweise bei wem der Indexfall sich infiziert haben könnte (sogenannte Rückwärtsermittlung). Zum anderen wurde herauszufinden versucht, welche weiteren Personen sich im Kontakt zum Indexfall infiziert haben könnten (sogenannte Vorwärtsermittlung).⁵⁹ Anschließend wurden die Kontaktpersonen über die Möglichkeit einer Infektion informiert und hinsichtlich der zu ergreifenden Maßnahmen beraten.

Die Kontaktpersonennachverfolgung gilt gemeinhin als effektive Maßnahme der Infektionseindämmung und wird weltweit eingesetzt.⁶⁰ Sie ist jedoch sehr personalintensiv und aufwendig; besonders bei jungen Menschen mit vielen Kontakten sind 100 und mehr Kontaktpersonen, die pro Indexfall nachverfolgt werden müssen, keine Seltenheit.⁶¹ Auch ist die Nachverfolgung neben guter Erinnerung der befragten Personen immer auch von deren vollständiger Auskunftsbereitschaft abhängig. Ergänzend zogen die Gesundheitsämter daher Kontaktdaten heran, die diverse Betriebe und Einrichtungen von Kundinnen und Kunden, Gästen und den Teilnehmenden an Veranstaltungen erheben mussten. Aber auch diese Informationen waren häufig unvollständig. Zudem warf die zwischenzeitlich übliche Erhebung von Kontaktdaten mithilfe handschriftlich auszufüllender Listen etwa in Gaststätten gravierende datenschutzrechtliche Probleme auf.

Die telefonische Kontaktpersonennachverfolgung kann nicht automatisiert, sondern muss von Beschäftigten der Gesundheitsämter durchgeführt werden. In der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie waren Ärztinnen und Ärzte sowie Hygieneinspektoren mit der Aufgabe befasst. Mit steigenden Fallzahlen und entsprechend vervielfachten Kontaktpersonenzahlen konnte die Arbeit nicht mehr ausreichend schnell nur vom Fachpersonal der Gesundheitsämter durchgeführt werden, sodass Beschäftigte aus anderen Verwaltungsbereichen nach meist nur kurzer Schulung zum Einsatz kamen. Ferner konnte auf Angehörige der Bundeswehr und Studierende als Unterstützung zurückgegriffen werden. Dies war allerdings begrenzt erfolgreich, weil neben Empathie und Geduld auch medizinisches Wissen für eine erfolgreiche Kontaktpersonennachverfolgung sehr hilfreich ist, wenn es etwa um die angemessene Beantwortung von Fragen der kontaktierten Personen geht. Regelmäßig traten auch sprachliche Hürden auf, die mit Dolmetschern überwunden werden mussten. Zudem stößt die Nachverfolgung an ihre Grenzen im Umgang mit Menschen ohne festen Wohnsitz oder ohne Telefon.

Gesundheitsämter, die bereits vor der Pandemie über eine gute digitale Infrastruktur verfügt hatten, nutzten teils Software, aus deren Eingabedaten dann die Gesundheitsämter selbst, aber auch das RKI Schlüsse über den Verlauf der Pandemie ziehen konnten. Eine etablierte digitale Kontaktpersonennachverfolgung gibt es hierzulande jedoch bislang nicht. Die Datenqualität litt außerdem mit der Zunahme an nicht ausgebildetem Personal.

⁵⁹ RKI: Kontaktpersonen-Nachverfolgung (KP-N) bei SARS-CoV-2-Infektionen, 1.4

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html#doc13516162bodyText5

⁶⁰ Vgl. Kretzschmar 2020; Eames/Keeling 2003.

⁶¹ Die folgende Darstellung der Situation in den Gesundheitsämtern während der Corona-Krise stützt sich unter anderem auf persönliche Auskünfte von Dr. Bernhard Bornhofen, dem Leiter des Stadtgesundheitsamts Offenbach am Main, der so freundlich war, seine Erfahrungen aus erster Hand mit dem Ethikrat zu teilen.

Immer wieder kam es im Verlauf der Pandemie – vor allem bei hohen Inzidenzen – zu Engpässen in Gesundheitsämtern, sodass die Kontaktnachverfolgung nicht effektiv durchgeführt werden konnte. Wegen der laufenden Kontaktnachverfolgung, aber auch wegen vieler Anfragen aus der Bevölkerung waren Telefonanschlüsse oft dauerhaft blockiert. Vielfach war es nicht mehr möglich, auf den regulären Telefonnummern Mitarbeitende der Gesundheitsämter zu erreichen. Teilweise mussten Einrichtungsleitungen Telefone abschalten, um die Organisation und Durchführung von Abläufen und Verfahrensweisen sicherzustellen. Die Kommunikation zwischen den Ämtern gelang vielfach nur noch über private Handynummern der dort Beschäftigten. Ein elektronischer Datenaustausch zwischen Gesundheitsämtern, etwa bei größeren Ausbrüchen, war in der Anfangsphase nicht und ist auch gegenwärtig mit der SORMAS-Software nur rudimentär möglich. Daneben gibt es verschiedene, rasch entwickelte digitale Insellösungen, die nicht immer kompatibel sind. Trotz vieler zusätzlicher Arbeitsstunden gerieten manche Gesundheitsämter bei der Nachverfolgung bis zu zwei Wochen in Rückstand, sodass eine Unterbrechung der Infektionsketten in der zweiten und dritten Welle zeitweise nicht mehr möglich war. Vielmehr gingen die Inzidenzwerte irgendwann wegen der allgemeinen Schutzmaßnahmen und Kontaktbeschränkungen zurück. Es wurde mehrfach öffentlich beanstandet, der Personalabbau der letzten Jahrzehnte habe die im Ernstfall verfügbaren Kapazitäten der Gesundheitsämter deutlich reduziert.

Im Rahmen der Pandemiebekämpfung wurden verschiedene technische Hilfsmittel zur Nachverfolgung von Infektionsketten entwickelt, wie die Corona-Warn-App oder andere Tools zur Unterstützung der Kontaktnachverfolgung.⁶² Die Corona-Warn-App wurde als Open-Source-Anwendung im Auftrag der Bundesregierung entwickelt.⁶³ Mithilfe der verwendeten Bluetooth-Technologie können Abstand und Begegnungsdauer von Personen erfasst werden, sodass man im Falle der Begegnung mit einer positiv getesteten Person durch die Corona-Warn-App informiert wird, dass man nun ein erhöhtes Risiko einer Infektion hat und sich in der Folge selbst testen lassen soll. Voraussetzung dafür ist, dass Personen den Erhalt eines positiven Testergebnisses in der App melden. Die Kontaktinformationen werden nur auf den Endgeräten, auf denen die App installiert ist, und nicht zentral – etwa bei den Gesundheitsbehörden – erfasst. Dieses Vorgehen war von Beginn an umstritten.⁶⁴ Aufgrund des dezentralen Modells der deutschen Corona-Warn-App hatten die Gesundheitsämter keinen Zugriff auf die Kontaktdaten. Da die Nutzung der App zudem freiwillig war, erfasste sie nur einen kleinen Teil der Infektionen. Der hohe Stellenwert des Datenschutzes bei der Entwicklung der Corona-Warn-App dürfte zu ihrer Akzeptanz beigetragen haben. Außerdem hätte eine zentrale Datenerfassung die Engpässe bei der Kontaktpersonennachverfolgung durch die Gesundheitsämter, die offenbar das eigentliche Problem waren, nicht behoben. Die deutsche Corona-Warn-App hätte allerdings sicherlich erfolgreicher sein können, wenn sie von einer guten Kommunikationsstrategie flankiert worden wäre.⁶⁵

⁶² Vgl. Druschel et al. 2021.

⁶³ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/corona-warn-app/corona-warn-app-faq-1758392>

⁶⁴ Vgl. Simon/Rieder 2021.

⁶⁵ Vgl. Lasarov 2021.

2.2.5 Quarantäne und häusliche Isolierung

Die Anordnung von häuslicher Isolierung oder Quarantäne ist ein weiterer Baustein zur Einschränkung des Infektionsgeschehens. Das Ziel dieser Maßnahmen ist, 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 Personen, bei denen lediglich ein Infektionsverdacht besteht. Ein solcher liegt vor bei sogenannten engen Kontaktpersonen, die beispielsweise mit einer infizierten Person in einem Haushalt zusammenleben oder mindestens 10 Minuten lang mit einer infizierten Person engen Kontakt (mit weniger als 1,5 Metern Abstand) hatten, ohne dabei durchgehend und korrekt einen Mund-Nasen-Schutz oder eine FFP2-Maske getragen zu haben.⁶⁶ Quarantäneanordnungen gibt es darüber hinaus für Reiserückkehrer aus Gebieten, in denen ein besonders hohes Infektionsrisiko besteht oder neue Virusvarianten verbreitet sind. Die Entlassung aus häuslicher Isolation und Quarantäne erfolgt nach festgelegten Kriterien, die sicherstellen sollen, dass von den betroffenen Personen kein Infektionsrisiko mehr ausgeht.

In Kliniken, Heimen, betreuten Wohngemeinschaften oder Sammelunterkünften gelten besondere Schutzvorkehrungen für den Fall eines Infektionsausbruchs. Die meisten Regelungen sehen vor, dass infizierte Personen von anderen dort lebenden oder tätigen Personen zu isolieren sind. Zum Teil werden aber auch Kollektivquarantänemaßnahmen durchgeführt, um die Infektion im Namen des Schutzes der Allgemeinheit auf die Einrichtung zu beschränken. Dies wird allerdings mit einem hohen Infektionsrisiko für andere in der Einrichtung wohnende oder arbeitende Personen „erkauft“. Einer Studie zufolge wurden in 71 Prozent der einbezogenen Einrichtungen für Geflüchtete Kollektivquarantänen durchgeführt. Im Durchschnitt infizierten sich 19 Prozent der davon betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner. Im Unterschied dazu lag die durchschnittliche Infektionsquote in Einrichtungen, in denen nur positiv Getestete und deren enge Kontaktpersonen einzeln oder in kleinen Gruppen isoliert wurden, nur bei 5 Prozent. Die Autoren empfehlen daher, die Kollektivquarantäne ausnahmslos zu vermeiden.⁶⁷ Ohnehin ist die rechtliche Zulässigkeit von Kollektivquarantäne umstritten.⁶⁸ Auch das RKI rät von ihr unter Hinweis auf die besonderen Belastungen für die betroffenen Personen ab.⁶⁹ Laut den aktuellen Empfehlungen des RKI zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende muss „[d]ie notwendige räumliche Trennung von a) labordiagnostisch bestätigten Fällen, b) Kontakten und Verdachtsfällen sowie c) Nicht-Fällen [...] im Vorfeld gut vorbereitet sein, um eine Quarantäne der gesamten Einrichtung oder größerer Gruppen zu vermeiden.“⁷⁰ Das RKI empfiehlt weiterhin die separate Unterbringung von Risikopersonen und

⁶⁶ RKI: Kontaktpersonen-Nachverfolgung (KP-N) bei SARS-CoV-2-Infektionen, 3.1.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html#doc13516162bodyText11

⁶⁷ Vgl. Bozorgmehr et al. 2020.

⁶⁸ Vgl. Kießling 2020.

⁶⁹ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Marginalisierte_Groupen.html

⁷⁰ RKI: Empfehlungen für Gesundheitsämter zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende (im Sinne von §§ 44, 53 AsylG), „Vorgehen“.

ihren Familien während der gesamten Pandemie sowie generell die Reduzierung der Belegungsdichte in Gemeinschaftsunterkünften.⁷¹

2.2.6 Impfungen

Entscheidend zur Überwindung der pandemischen Situation ist die Impfung (siehe Infokasten 5). Nach der Veröffentlichung der vollständigen RNA-Genomsequenz von SARS-CoV-2 im Januar 2020 begann umgehend – weltweit und mit enormer Dynamik – die Arbeit an Impfstoffen. Schon Mitte März 2020 startete die erste klinische Studie für einen Impfstoff.⁷² Anfang April gab es bereits 78 bestätigte aktive Impfstoffkandidaten, von denen sich fünf in Phase I der klinischen Prüfung befanden.⁷³ Am 11. August 2020 wurde als weltweit erster Impfstoff das Präparat Gam-COVID-Vac („Sputnik V“) des staatlichen Gamaleja-Instituts in Russland zugelassen.⁷⁴ Am 21. Dezember 2020 erhielt mit dem Präparat BNT162b2 („Comirnaty“) der Hersteller BioNTech/Pfizer der erste Impfstoff in der EU eine bedingte Zulassung (vgl. unten).⁷⁵ Bis zum Ende des Jahres 2021 wurden insgesamt fünf Impfstoffe in Deutschland auf der Grundlage des zentralisierten Zulassungsverfahrens der EU zugelassen.⁷⁶

Auch wenn bei der Entwicklung der Impfstoffe gegen COVID-19 teilweise auf neue Techniken gesetzt wurde, konnte auf zahlreichen Vorarbeiten aufgebaut werden. Zudem wurden Studienprotokolle beispielsweise durch die Parallelführung von Studienabschnitten effizienter gestaltet. Gemeinsam mit enormen finanziellen Investitionen sowohl von öffentlicher als auch von privater Seite verkürzte dies den Entwicklungszeitraum für die Impfstoffe gegen COVID-19 erheblich.

Weiterhin wurden die Zulassungsverfahren, die für Impfstoffe ansonsten durchaus Jahre in Anspruch nehmen können, beschleunigt. Dies wurde außer durch die Aufstockung und Konzentration personeller Kapazitäten in den zuständigen Behörden – in der EU etwa bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) und in Deutschland beim Paul-Ehrlich-Institut (PEI) – durch die Anwendung des sogenannten *Rolling Review* ermöglicht. Bei diesem warten die Zulassungsstellen nicht mit der Begutachtung, bis alle Unterlagen abschließend vorliegen, sondern prüfen einzelne Datenpakete bereits vorab, sodass Teile des Antragsdossiers bereits vor der eigentlichen Antragstellung nachgebessert werden können.⁷⁷ Auf dieser Basis haben alle in Deutschland und der EU bislang zugelassenen COVID-19-Impfstoffe eine „bedingte Marktzulassung“ erhalten. Das

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/AE-GU/Aufnahmeeinrichtungen.html#doc14256998bodyText2

⁷¹ Ebd., „Risikopersonen“ (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/AE-GU/Aufnahmeeinrichtungen.html#doc14256998bodyText5), „Kontaktreduktion und Schutzverhalten“ (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/AE-GU/Aufnahmeeinrichtungen.html#doc14256998bodyText6).

⁷² <https://www.businesswire.com/news/home/20200316005666/en>

⁷³ Vgl. Le et al. 2020.

⁷⁴ <https://covid19.rosminzdrav.ru/minzdrav-rossii-zaregistririval-pervuyu-v-mire-vakczinu-ot-covid-19>

⁷⁵ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_20_2466

⁷⁶ <https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html>

⁷⁷ Vgl. PEI: FAQ Entwicklung, Zulassung, Chargenprüfung, <https://www.pei.de/DE/service/faq/coronavirus/faq-coronavirus-node.html>.

bedeutet, ihre Zulassung ist an die Auflage geknüpft, dass die jeweils antragstellenden Unternehmen innerhalb eines definierten Zeitraums die für eine abschließende Nutzen-Risiko-Bilanz erforderlichen Daten nachreichen. Die bedingte Zulassung darf nur erteilt werden, wenn die bereits vorliegenden Studienergebnisse für die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit eines Impfstoffs sprechen. Sie ist ein Jahr lang gültig, kann aber verlängert und in eine normale Zulassung mit unbegrenzter Gültigkeit umgewandelt werden, wenn der Hersteller die erforderlichen Studienergebnisse vorlegt.⁷⁸ Die bedingte Zulassung der vier Ende 2020 beziehungsweise Anfang 2021 erstmals in der EU zugelassenen COVID-19-Impfstoffe wurde bereits ein erstes Mal um ein Jahr verlängert.⁷⁹

Die Impfstoffentwicklung war nicht nur schnell, sondern auch ausnehmend erfolgreich. Laut der Datenlage zum Zeitpunkt ihrer Zulassung reduzierten die ersten mRNA-Impfstoffe die Anzahl der COVID-19-Erkrankungen in einer Gruppe geimpfter Personen um mehr als 90 Prozent im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Ungeimpften⁸⁰ und übertreffen damit die durchschnittliche Wirksamkeit von Grippe-Vakzinen erheblich. Für die Delta-Variante des Virus geht das RKI (mit Stand zum 7. Februar 2022) immerhin noch davon aus, dass die mRNA-Impfstoffe „Comirnaty (BioNTech/Pfizer) und Spikevax (Moderna) sowie der Vektor-Impfstoff Vaxzevria (AstraZeneca) bei Infektion mit Delta eine sehr hohe Wirksamkeit von etwa 90 % gegen eine schwere COVID-19-Erkrankung (z. B. Behandlung im Krankenhaus) und eine gute Wirksamkeit von etwa 75 % gegen eine symptomatische SARS-CoV-2-Infektion“ aufweisen.⁸¹ Was die Omikron-Variante betrifft, steht bislang nur fest, dass die vorhandenen Impfstoffe weniger gut vor einer Infektion mit dieser Virusvariante schützen, genau beziffern lässt sich diese Minderung der Wirksamkeit bislang jedoch nicht. Immerhin scheinen die verfügbaren Impfstoffe insbesondere nach Erhalt einer Auffrischimpfung immer noch gut vor Infektionsverläufen zu schützen, die eine Krankenhausaufnahme erforderlich machen.⁸²

Die Impfkampagne begann in Deutschland am 27. Dezember 2020 unter der Bedingung erheblicher Impfstoffknappheit. Daher bat der Bundesminister für Gesundheit Spahn bereits im Herbst 2020 die Ständige Impfkommission (STIKO), die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und den Deutschen Ethikrat, gemeinsam einen normativen Rahmen für die möglichst gerechte und effiziente Verteilung dieses knappen Gutes – also eine Priorisierung – zu entwickeln. Anfang November 2020 legten die Gremien das Ergebnis ihres einrichtungs- und disziplinenübergreifenden Diskussionsprozesses vor. Die in dem gemeinsamen Positionspapier enthaltenen Empfehlungen orientieren sich an den folgenden konkreten Impfzielen: „Verhinderung schwerer COVID-19-Verläufe (Hospitalisation) und Todesfälle; Schutz von Personen mit besonders hohem arbeitsbedingten SARS-

⁷⁸ Vgl. PEI: FAQ Entwicklung, Zulassung, Chargenprüfung, <https://www.pei.de/DE/service/faq/coronavirus/faq-coronavirus-node.html> [14.02.2022]. Eine Notfallzulassung ist demgegenüber eigentlich keine Zulassung, sondern ermöglicht nur die vorübergehende Anwendung eines nicht zugelassenen Impfstoffs in einer Notsituation (vgl. Europäische Kommission: Fragen und Antworten: Bedingte Marktzulassung für COVID-19-Impfstoffe in der EU, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/qanda_20_2390 [14.02.2022]).

⁷⁹ <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-authorised> [14.02.2022].

⁸⁰ Vgl. PEI: FAQ Sicherheit und Wirksamkeit, <https://www.pei.de/DE/service/faq/coronavirus/faq-coronavirus-node.html>.

⁸¹ RKI: „Wie wirksam sind die COVID-19-Impfstoffe?“ (https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Wirksamkeit.html)

⁸² RKI: „Was ist bisher über die Impfstoffwirksamkeit gegen die Omikron-Variante bekannt?“ (https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Wirksamkeit.html)

CoV-2-Expositionsrisiko (berufliche Indikation); Verhinderung von Transmission sowie Schutz in Umgebungen mit hohem Anteil vulnerabler Personen und in solchen mit hohem Ausbruchspotenzial; Aufrechterhaltung staatlicher Funktionen und des öffentlichen Lebens“.⁸³ Anders als in anderen Ländern wie etwa Großbritannien und den USA wurde in der initialen Verteilungsphase dem Schutz hochvulnerabler Patientengruppen, insbesondere Hochbetagter, Vorrang vor der schnellen Immunisierung systemrelevanter Berufsgruppen gegeben. Das BMG nahm in fortlaufend angepassten Impfverordnungen eine Priorisierung vor, die vom oben genannten Positionspapier teilweise abwich. Am 7. Juni 2021 wurde die Priorisierung bundesweit förmlich aufgehoben.⁸⁴

Die Beschaffung sowie die Verteilung der Impfstoffe verliefen anfangs insbesondere im Vergleich mit Ländern wie Israel, den USA oder Großbritannien schleppend. Geimpft wurde zunächst durch mobile Impfteams in Einrichtungen der Langzeitpflege und in eigens eingerichteten Impfzentren. Im zweiten Quartal 2021 erfolgten größere Impfstofflieferungen und das Impftempo nahm deutlich zu, auch weil niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in die Strategie eingebunden wurden. Bis Ende Juni 2021 konnte allen erwachsenen Personen mit erhöhten Risiken für eine Infektion beziehungsweise einen schweren Krankheitsverlauf ein Impfangebot gemacht werden.

Aufgrund der besonders hohen Infektionsrisiken in Kombination mit den sehr hohen Risiken für einen schweren Krankheitsverlauf wurden Menschen, die ambulant oder stationär gepflegt werden, sowie Pflegekräfte in die höchste Priorisierungsgruppe für eine Impfung eingeordnet. Obwohl bereits im März 2021 eine weitgehende Durchimpfung der in Pflegeheimen Versorgten und Beschäftigten erreicht war, konnte eine Erleichterung ihrer Lebens- und Arbeitssituation politisch nicht durchgesetzt werden. Die in Einrichtungen der Langzeitpflege geltenden Hygiene-, Schutz- und Testkonzepte wurden danach noch monatelang konsequent weiter befolgt, sodass die soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen stark eingeschränkt blieb.⁸⁵ Auch die zuletzt Anfang Februar 2022 aktualisierten Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zum Management von COVID-19 beinhalten noch bedeutende Beschränkungen von Teilhabemöglichkeiten.⁸⁶

Sozial- und Behindertenverbände kritisierten die Umsetzung der Impfpriorisierung für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen.⁸⁷ Bei der Impfung von Personen, die in betreuten Wohnformen leben oder von Diensten der Eingliederungshilfe versorgt werden, sei es im Vergleich zu anderen Personengruppen derselben Priorisierungsstufe teilweise zu deutlichen Verzögerungen gekommen. Für selbstständig lebende Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen, die sich in vielen Fällen aufgrund ihres hohen Risikos für einen schweren Krankheitsverlauf in Selbstisolation begeben hatten, war trotz Priorisierung die Impfung teils nur schwer zugänglich.⁸⁸

⁸³ Ständige Impfkommission/Deutscher Ethikrat/Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2020, 3.

⁸⁴ <https://www.zusammengengencorona.de/impfen/basiswissen-zum-impfen/aufhebung-der-impfpriorisierung/>

⁸⁵ Vgl. Kohl et al. 2021, 5.

⁸⁶ Vgl. Robert Koch-Institut 2022.

⁸⁷ Vgl. z. B.: <https://www.lv-koerperbehinderte-bw.de/n/c1-0.php?select=2021053101>

⁸⁸ <https://www1.wdr.de/nachrichten/themen/coronavirus/wurden-menschen-mit-behinderung-bei-der-impfung-vergessen-100.html>

Auch Wohnungslose waren aufgrund hoher Risiken für Infektion und schweren Krankheitsverlauf hoch priorisiert. Entsprechende Impfaktionen, die in Zusammenarbeit mit den Wohnungslosenhilfen organisiert wurden, liefen jedoch oft nur verzögert an. Dies lag unter anderem an dem zwischenzeitlichen Stopp der Impfungen mit dem Vakzin von AstraZeneca und der verzögerten Lieferung des Präparats von Johnson & Johnson,⁸⁹ aber auch an Kommunikationsproblemen und Misstrauen aufseiten der wohnungslosen Personen.⁹⁰ So wurden Wohnungslosen beispielsweise in NRW erst Mitte April 2021 gezielt Impfangebote gemacht, sodass Anfang Mai erst etwa 10 Prozent geimpft waren.⁹¹ Ein ähnliches Bild ergibt sich im Hinblick auf geflüchtete Personen in Gemeinschaftsunterkünften. Laut Presseberichten erhielten diese in den meisten Bundesländern weniger schnell Zugang zur Impfung als Angehörige gleich hoch priorisierter Gruppen.⁹² Zusätzlich spielte eine Rolle, dass auch unter Geflüchteten Impfskepsis aufgrund von Misstrauen und Fehlinformationen verbreitet ist.⁹³

Das RKI geht inzwischen davon aus, dass es selbst bei einer Impfquote von 100 Prozent nicht gelingen würde, SARS-CoV-2 zu eliminieren.⁹⁴ Aber auch wenn es keinen Schwellenwert zu einer so verstandenen „Herdenimmunität“ gibt, schlägt sich doch jede Erhöhung der Impfquote in einer Verbesserung des Gemeinschaftsschutzes in dem Sinne nieder, dass sie die Infektionsrisiken von Personen mindere, die selbst aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können. Noch auf Basis der Gegebenheiten der damals dominanten Delta-Variante des Virus empfahl das RKI im Juli 2021 „eine Zielimpfquote (Impfschutz durch vollständige Impfung) von 85 % für die 12–59-Jährigen sowie von 90 % für Personen ab dem Alter von 60 Jahren“.⁹⁵ Diese Zielmarken wurden in Deutschland bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt, Ende Januar 2022, nicht erreicht. Mit Stand zum 8. Februar 2022 sind laut dem Impfdashboard von RKI und BMG mindestens 80,4 Prozent der 12- bis 59-Jährigen und 88,3 Prozent der Menschen über 60 Jahren vollständig geimpft. Die inzwischen empfohlene Auffrischimpfung haben zu diesem Zeitpunkt erst 54,5 Prozent der 12- bis 59-Jährigen und 75,4 Prozent der Menschen über 60 Jahren erhalten.⁹⁶ Entsprechend beklagen namhafte Expertinnen und Experten im Dezember 2021, die vierte COVID-19-Welle sei durch fehlenden Impfschutz angestoßen worden.⁹⁷

Nachdem die anfängliche Impfstoffknappheit und auch die darauffolgende Phase des insbesondere durch Schwierigkeiten bei der Terminvergabe (z. B. komplizierte Online-Terminvergabeverfahren,

⁸⁹ <https://sz.de/dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-210503-99-444093> (dpa-infocom, dpa:210503-99-444093/2)

⁹⁰ Vgl. Specht et al. 2020.

⁹¹ https://www.aachener-nachrichten.de/nrw-region/impfkampagne-unter-wohnungslosen-fortgesetzt_aid-57804915

⁹² https://www.focus.de/politik/totz-prio-2-fluechtlinge-in-keinem-bundesland-flaechendeckend-geimpft-das-raecht-sich-in-der-pandemie_id_13182250.html

⁹³ <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-impfung-gefluechtete-100.html>

⁹⁴ Vgl. Wichmann et al. 2021, 4.

⁹⁵ Wichmann et al. 2021, 11.

⁹⁶ <https://impfdashboard.de>, Stand: 08.02.2022, 09:31 Uhr. Die Impfquoten des RKI sind als Mindestangaben zu verstehen, weil sie bestimmten Untererfassungseffekten unterliegen. Zumindest im Oktober 2021 hat das RKI jedoch noch ausdrücklich festgehalten, dass die im Text angeführten Zielimpfquoten selbst unter Berücksichtigung eines Korrekturfaktors für die Untererfassung noch nicht erreicht wurden. Vgl. Pressemitteilung des Robert Koch-Instituts vom 13.10.2021 „Erläuterungen zur Erfassung von COVID-19-Impfquoten“ (https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2021/07_2021.html).

⁹⁷ Vgl. Maier et al. 2021.

überlastete Hotlines) geprägten erschwerten Zugangs zur COVID-19-Impfung überwunden sind, dürfte inzwischen das Haupthindernis auf dem Weg zu höheren Impfquoten die fehlende Impfbereitschaft sein. Ergebnissen der „European COvid Survey“ (ECOS), einer repräsentativen Befragung in acht europäischen Ländern, zufolge lag die allgemeine Impfbereitschaft in Deutschland Anfang im September 2021 bei 82 Prozent; während sich 5 Prozent noch unsicher waren, gaben 13 Prozent an, sich nicht impfen lassen zu wollen.⁹⁸ Die Impfbereitschaft stieg in Deutschland wie in den anderen sieben Staaten seit November 2020 sukzessive an, liegt aber im Ländervergleich mit Spanien und Portugal an der Spitze (jeweils 90 Prozent) eher zurück.⁹⁹

Den Gründen dafür, warum bislang Ungeimpfte sich noch nicht haben impfen lassen, geht in Deutschland die sogenannte COSMO-Studie, das „COVID-19 Snapshot Monitoring“, nach, indem im zweiwöchentlichen Abstand Befragungswellen zur Einstellung gegenüber der Pandemie durchgeführt werden. Mitte Januar 2022 gaben aus einer repräsentativen Stichprobe der erwachsenen Bevölkerung 11 Prozent der Befragten an, noch ungeimpft zu sein. Von diesen äußerten nur 14 Prozent, sie seien impfbereit, und 23 Prozent waren zögerlich, wohingegen 63 Prozent bekundeten, sich auf keinen Fall impfen lassen zu wollen. Demnach wäre ein leicht rückläufiger Anteil von 7 Prozent aller Befragten als Impfverweigerer einzustufen (bis November 2021 waren es 9 bis 10 Prozent).¹⁰⁰ Dieser Erhebung 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.¹⁰¹

Die von vielen Ungeimpften als maßgeblich gekennzeichneten Sicherheitsbedenken gegenüber COVID-19-Impfstoffen dürften unter anderem auf Irritationen durch die rasche Zulassung der Impfstoffe, die Diskussionen über Nebenwirkungen und die als Unsicherheit ausgelegten wiederholten Revisionen der Altersempfehlungen für bestimmte Vakzine zurückzuführen sein. Auch Zweifel an der Unabhängigkeit der STIKO, die gerade bei der Impfempfehlung für Kinder Druck von politischer Seite ausgesetzt war, spielten eine Rolle. Zur Verunsicherung trugen in Teilen der Bevölkerung weiterhin die sich häufenden Berichte über symptomatische Infektionsfälle trotz Impfung (sogenannte Impfdurchbrüche) bei. Weiterhin wird kritisiert, zielgruppenspezifische, kultursensible und mehrsprachige Informationskampagnen hätten gefehlt.¹⁰² Diese hätten überzeugend vermitteln müssen, wie sicher die Impfstoffe sind und dass sie jedenfalls mit deutlich weniger Gesundheitsrisiken einhergehen als eine COVID-19-Erkrankung sowie dass der Impfschutz vor einer Infektion zwar nicht vollständig ist und mit der Zeit nachlässt, man aber dennoch deutlich besser vor schwerem Erkrankungsverlauf geschützt ist, als wenn man ungeimpft bleibt. Darüber hinaus hätte man nachdrücklicher darauf hinweisen müssen, dass die COVID-19-Impfung nicht nur

⁹⁸ <https://www.hche.uni-hamburg.de/corona/vergangene-befragungswellen/8-achte-befragungswelle.html>

⁹⁹ <https://www.hche.uni-hamburg.de/corona/vergangene-befragungswellen/8-achte-befragungswelle.html>;
<https://www.hche.uni-hamburg.de/corona/dashboard/ecos-dashboard.html>

¹⁰⁰ COSMO (2022): Zusammenfassung und Empfehlungen Welle 59, Erhebung vom 11./12.01.2022. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/59/>

¹⁰¹ Ebd.

¹⁰² <https://www.tagesspiegel.de/politik/gerechte-gesundheitspolitik-deutschland-ist-einwanderungsland-und-braucht-eine-passende-impfkampagne/27147042.html> [17.02.2022].

eine persönliche Entscheidung ist, weil es keine Alternative zu einer möglichst vollständigen Durchimpfung der Bevölkerung gibt, wenn künftige Pandemiewellen mit allen Freiheitsbeschränkungen, die sie erzwingen, verhindert werden sollen.

Eine Auswertung der COVID-19-Krankenhausaufnahmen, die zwischen dem 14. Dezember 2021 und dem 12. Januar 2022 vom DIVI-Intensivregister und dem RKI durchgeführt wurde, belegt den effektiven Schutz des Gesundheitswesens vor Überlastung durch die Impfung. Die Auswertung zeigt für den fraglichen Zeitraum, dass fast zwei Drittel (62 Prozent beziehungsweise 5.521 Fälle) aller COVID-19-Neuaufnahmen in den Krankenhäusern auf ungeimpfte Personen entfielen. Rund 9,6 Prozent (856 Fälle) wiesen einen unvollständigen Immunschutz auf (Genesene ohne Impfung und nur teilimmunisierte Geimpfte). Über ein Viertel der COVID-19-Aufnahmen auf Intensivstationen (28,4 Prozent, 2.535 Fälle) hatte einen vollständigen Impfschutz (Grundimmunisierung oder Booster). Dabei lag der Anteil mit Auffrischimpfung nur bei ca. 5,8 Prozent (520 Fälle). Die Zahlen beziehen sich auf die Neuaufnahmen, für die der Impfstatus vorlag. Dies waren 90 Prozent aller Fälle (8.912 von 9.946 Fällen). Außerdem fällt das Dominantwerden der Omikron-Variante in diesen Zeitraum.¹⁰³

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. Ein Thema war dabei die Einführung von 2G-Regelungen im November 2021, mit denen nicht geimpfte Personen von vielen gesellschaftlichen, kulturellen und sportlichen Angeboten ausgeschlossen wurden, weil das Vorlegen eines negativen Tests auf SARS-CoV-2 nicht länger als Zugangsvoraussetzung ausreichte. Auch das (vorübergehende) Aussetzen der Kostenfreiheit der Bürgertests im Oktober 2021 wurde weithin als Versuch verstanden, noch ungeimpfte Personen mit finanziellem Druck zur Impfung zu bewegen.

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. Angesichts der sich mit der vierten Welle erneut zuspitzenden Lage nahmen im geimpften Teil der Bevölkerung Unverständnis und Ungeduld gegenüber Impfskeptikern und Impfverweigerern zu. Immer mehr Stimmen sprachen sich unter dem Eindruck von Intensivstationen, die zunehmend an ihre Kapazitätsgrenzen stießen¹⁰⁴, für eine allgemeine Impfpflicht aus.¹⁰⁵

¹⁰³ <https://www.divi.de/presse/pressemeldungen/presseinformation-daten-aus-dem-intensivregister-ungeimpfte-machen-mehrheit-aller-covid-19-faelle-auf-intensivstationen-aus>

¹⁰⁴ So waren Mitte Dezember 2020 im bundesweiten Schnitt bis zu 90 Prozent der Intensivbetten belegt, von denen ca. 25 Prozent zulasten von COVID-19-Fällen gingen (<https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>). Auswertungen aus dem Intensivregister zeigen zudem, dass ca. 62 Prozent aller COVID-19-Neuaufnahmen mit bekanntem Impfstatus ungeimpft waren (<https://www.divi.de/presse/pressemeldungen/presseinformation-daten-aus-dem-intensivregister-ungeimpfte-machen-mehrheit-aller-covid-19-faelle-auf-intensivstationen-aus>).

¹⁰⁵ Etwa Olaf Scholz (<https://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/scholz-bei-bild-live-zur-allgemeinen-impfpflicht-man-kann-nicht-herzlos-zugucken-78402404.bild.html>), Christian Lindner und Robert Habeck (<https://www.zdf.de/nachrichten/politik/was-nun-habeck-lindner-koalitionsvertrag-100.html>).

Vonseiten der Politik – prominent in Gestalt der ehemaligen Bundeskanzlerin Angela Merkel, des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Jens Spahn und der Ministerpräsidenten der Länder – war die Einführung einer gesetzlichen Impfpflicht frühzeitig ausgeschlossen worden. Auch der Deutsche Ethikrat hatte sich in dem gemeinsam mit der STIKO und der Leopoldina verfassten Positionspapier zur Impfpriorisierung vom November 2020 aus ethischen Gründen noch gegen eine allgemeine Impfpflicht ausgesprochen. Im Laufe des darauffolgenden ersten Jahres der Impfkampagne hatten sich jedoch nicht so viele Menschen freiwillig gegen COVID-19 impfen lassen wie erhofft und zur nachhaltigen Pandemieeindämmung erforderlich. Im Herbst 2021 berichteten Medien über COVID-19-Ausbrüche in Pflegeheimen, in denen ein nennenswerter Anteil der dort Beschäftigten noch ungeimpft gewesen war. In der Folge verabschiedete der Ethikrat am 11. November 2021 eine Ad-hoc-Empfehlung „Zur Impfpflicht gegen Covid-19 für Mitarbeitende in besonderer beruflicher Verantwortung“, in der die rasche und ernsthafte Prüfung einer berufsbezogenen Impfpflicht in Bereichen, in denen besonders vulnerable Personen versorgt werden, gefordert wird. Im Blick sind insbesondere Beschäftigte, die schwer oder chronisch kranke sowie hochbetagte Menschen beruflich versorgen, wie ärztliches und pflegendes Personal, aber auch Mitarbeitende des Sozialdienstes, der Alltagsbegleitung oder der Hauswirtschaft. All diese Berufsgruppen tragen eine besondere Verantwortung dafür, die ihnen Anvertrauten nicht zu schädigen. In der Empfehlung wird „betont, dass die – auf Freiwilligkeit, Information, Überzeugungsarbeit und Vertrauensbildung beruhende – Impfstrategie unverändert wichtig bleibt“ und dass „die Anstrengungen, möglichst alle Menschen von der Notwendigkeit der Impfung zu überzeugen“, verstärkt werden sollten.

Bereits einen Monat später ging der Deutsche Ethikrat mit seiner Ad-hoc-Empfehlung „Ethische Orientierung zur Frage einer allgemeinen gesetzlichen Impfpflicht“ noch einen Schritt weiter, indem er – mit vier Gegenstimmen – für eine Ausweitung der Impfpflicht über die bereits vom Deutschen Bundestag beschlossene bereichsbezogene Impfpflicht hinaus plädierte. 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. Einhellig wird betont, dass eine gesetzliche Impfpflicht stets eine erhebliche Beeinträchtigung rechtlich und moralisch geschützter Güter darstellt und sie daher nur zu rechtfertigen ist, wenn mit ihrer Hilfe gravierende negative Folgen möglicher künftiger Pandemiewellen wie eine hohe Sterblichkeit, langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen signifikanter Teile der Bevölkerung oder der Kollaps des Gesundheitssystems verhindert werden können. Eine Impfpflicht ist weder ein kurzfristig wirksamer Wellenbrecher noch ein Allheilmittel gegen die Pandemie. Sie kann jedoch als ein Bestandteil einer „umfassenden, evidenzbasierten, differenzierten und vorausschauenden Pandemie-Gesamtstrategie“ erwogen werden.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Deutscher Ethikrat 2021c, 5.

Infokasten 5 „COVID-19-Impfstoffe“

COVID-19-Impfstoffe

In der Europäischen Union (EU) zugelassene Impfstoffe¹⁰⁷

- Comirnaty der Firmen BioNTech/Pfizer (mRNA-Impfstoff), zugelassen seit 21.12.2020
- Spikevax der Firma Moderna (mRNA-Impfstoff), zugelassen seit 06.01.2021
- Vaxzevria der Firma AstraZeneca (Vektor-Impfstoff), zugelassen seit 29.01.2021
- COVID-19 Vaccine Janssen der Firma Janssen-Cilag International (zur Johnson & Johnson-Gruppe gehörig, Vektor-Impfstoff), zugelassen seit 11.03.2021
- Nuvaxovid der Firma Novavax (proteinbasierter Impfstoff), zugelassen seit 20.12.2021

Ablauf des zentralisierten Zulassungsverfahrens in der EU¹⁰⁸

1. Präklinische Studien in vitro und/oder an Tieren (Proof of Concept)
2. Klinische Studien zur Wirksamkeit (Immunantwort) und Sicherheit (Nebenwirkungen) mit zunehmender Probandenzahl
 - Phase I: 30 bis 100 Menschen; Schwerpunkt: Sicherheit beziehungsweise Verträglichkeit
 - Phase II: 200 bis 400 Menschen; Schwerpunkt: optimale Dosis
 - Phase III: 3.000 bis ca. 20.000 Menschen¹⁰⁹; Schwerpunkt: Wirksamkeit (gegebenenfalls mit Placebo-Vergleich)
3. Wissenschaftliche Auswertung durch die Europäische Arzneimittelagentur und Zulassung durch die Europäische Kommission
4. Übernahme der EU-Zulassung auf die nationale Ebene
5. Anwendungsbeobachtungen (Phase IV) unter anderem zur Feststellung seltener Nebenwirkungen, fortlaufend ausgewertet durch die nationale Zulassungsbehörde (Paul-Ehrlich-Institut)

Aufgabe der STIKO¹¹⁰

Nachdem ein Impfstoff zugelassen wurde, spricht die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) Empfehlungen dazu aus, wie vor dem Hintergrund der Verfügbarkeit und Effektivität anderer Impfstoffe aus seiner Anwendung der größtmögliche medizinische Nutzen auf Bevölkerungsebene gezogen werden kann. Sie beurteilt also nicht primär die Wirksamkeit und Sicherheit des einzelnen Impfstoffs, sondern seinen möglichen Beitrag zu einer kohärenten Impfstrategie für Deutschland.

Wirkmechanismen der Impfstoffe¹¹¹

Vektorimpfstoffe: Bei der Entwicklung dieser Art von Impfstoffen werden sogenannte virale Vektoren genutzt, um genetische Informationen von Krankheitserregern in Zellen einzuschleusen. Als Vektoren werden nicht-pathogene Viren (z. B. aus der Gruppe der Adenoviren) eingesetzt, die im Fall der COVID-19-Impfstoffe die Information zur Herstellung von SARS-CoV-2-Spikeproteinen enthalten. Bei diesen handelt es sich um Eiweißstoffe, die für das Virus charakteristisch sind und ihm das Andocken an eine Wirtszelle ermöglichen. Neutralisierende Antikörper, das heißt Antikörper, die diese Proteine erkennen und das Binden des Virus an eine Wirtszelle verhindern, vermitteln eine schützende Immunität. Weil die Spikeproteine nur eine Komponente des Virus sind, können sie selbst keine Infektion auslösen, sehr wohl jedoch den Körper zur Produktion von Antikörpern und zytotoxischen T-Zellen anregen, die bei einer Infektion das Virus abfangen.

mRNA-Impfstoffe: In diesen Impfstoffen kommen einzelne Stränge von Botenstoff-RNA (mRNA) zum Einsatz, die in eine Hülle aus Lipid-Nanopartikeln verpackt sind und dank dieser nach der Verimpfung von Körperzellen aufgenommen werden

¹⁰⁷ https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html?cms_pos=2

¹⁰⁸ Alle COVID-19-Impfstoffe wurden auf EU-Ebene zugelassen. Vgl. zum Verfahren im Allgemeinen Grabski/Hildt/Wagner 2020.

¹⁰⁹ Im Fall des BioNTech-Impfstoffs waren über 40.000 Probanden an der placebokontrollierten Phase-III-Studie beteiligt (vgl. Polack 2020).

¹¹⁰ https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html

¹¹¹ Vgl. Meyer 2021.

können. Nach dem Ablesen der mRNA – diese zerfällt unmittelbar danach – beginnt die Wirtszelle Spikeproteine zu produzieren, auf die der Körper – wie bereits im Fall der Vektorimpfstoffe erläutert – mit dem Aufbau einer gegen SARS-CoV-2 schützenden Immunantwort reagiert. mRNA-Impfstoffe bewirken die Sensibilisierung des Immunsystems, ohne dass ein Vektorvirus injiziert werden muss. Die verimpften mRNA-Partikel werden ebenso wenig wie die genetische Information viraler Vektoren in die zelleigene DNA eingebaut.

Proteinbasierte Impfstoffe: Diese Impfstoffe enthalten abgetötete Krankheitserreger oder nur Bestandteile der Erreger und lösen damit eine Immunreaktion aus, die gegen eine Infektion mit dem vermehrungsfähigen Erreger schützt. Das Prinzip von proteinbasierten Impfstoffen wird bereits sehr erfolgreich beispielsweise für die Immunisierung gegen Hepatitis B oder Polio eingesetzt. Mittlerweile ist ein erster proteinbasierter Impfstoff gegen COVID-19 in der EU zugelassen.

2.3 Konsequenzen für die Bevölkerung

Maßnahmen der Pandemiebekämpfung beinhalten zum Teil erhebliche Freiheitseinschränkungen. Nicht nur die mit der Pandemie verbundenen Gesundheitsrisiken, sondern auch die mit den Schutzmaßnahmen einhergehenden Risiken und Belastungen treffen verschiedene Personengruppen in verschiedener Weise und in unterschiedlichem Ausmaß. Ob Personen mit einem eher geringen Gesundheitsrisiko vergleichsweise hohe Einschränkungen ihrer Freiheit akzeptieren, was viele jüngere Menschen betrifft, oder ob Personen berufsbedingt hohe Infektionsrisiken akzeptieren, um gesellschaftlich unverzichtbare Tätigkeiten etwa im Bereich der Pflege oder der sozialen Arbeit zu vollbringen, hängt von ihrer Bereitschaft zu Solidarität ab. Die sozialen Folgen dieser Solidarität treffen Menschen in prekären Lebenslagen (z. B. geringes Einkommen, unsichere Arbeitsverhältnisse) besonders hart. Auch vor diesem Hintergrund ist die hohe Solidaritätsbereitschaft, die Personen aus den genannten Gruppen während der Pandemie gezeigt haben, bemerkenswert. Die Zustimmung in der Bevölkerung zu den Infektionsschutzmaßnahmen lag im März 2020 laut der Mannheimer Corona-Studie noch bei über 90 Prozent, ließ dann aber im Laufe der Pandemie deutlich nach. Aktuell hält laut Infratest dimap Anfang Februar 2022 mit 44 Prozent noch knapp die Hälfte der Bevölkerung die zur Eindämmung der Pandemie ergriffenen Maßnahmen für angemessen.¹¹²

2.3.1 Gesundheitliche Konsequenzen

Direkte gesundheitliche Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion und indirekte gesundheitliche Folgen, die auf infektionsschutzbedingte Einschränkungen der Gesundheitsversorgung zurückzuführen sind, müssen unterschieden werden. Dabei verdient beides gleichermaßen Beachtung.

a) Gesundheitliche Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion

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. Eine Person etwa, die alleine oder nur mit einem Partner lebt, im Homeoffice arbeitet, nur zu einer kleinen Zahl von Personen regelmäßige Kontakte pflegt, die ebenfalls wenige Kontakte zu anderen Personen haben, und sich wenig und vorsichtig in der Öffentlichkeit bewegt, hat ein geringes Infektionsrisiko und setzt sich folglich auch

¹¹² <https://www.tagesschau.de/inland/deutschlandtrend/deutschlandtrend-2883.html>

nur einer geringen gesundheitlichen Gefährdung aus. In einer solchen Situation sind selbst Personen gut geschützt, die individuell ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf im Falle einer Infektion haben. Eine Person dagegen, die in einer großen Familie lebt mit Kindern, die in die Schule gehen (sofern diese geöffnet ist), und Familienmitgliedern, die beruflich viele Kontakte haben, weist ein eher hohes Infektionsrisiko auf. Wenn dazu ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf kommt, besteht für diese Person eine vergleichsweise große Gesundheitsgefährdung. Da die Lebens- und Arbeitsbedingungen stark vom sozioökonomischen Status abhängen, spielt dieser auch eine wesentliche Rolle für die Verteilung der Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung. Dies ist bei den folgenden Ausführungen immer mitzudenken.

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. Gleichwohl mussten allein im Jahr 2020 insgesamt 176.100 Menschen mit oder wegen einer Corona-Infektion stationär klinisch versorgt werden.¹¹³ Das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf wird bei Personen ab etwa 50 bis 60 Lebensjahren mit zunehmendem Alter immer größer. Außerdem können bestimmte Vorerkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen, Diabetes oder Schädigungen von Leber und Niere), aber auch Faktoren wie Adipositas und Rauchen das Risiko für eine schwere Erkrankung erhöhen. Dieses Risiko ist zudem bei älteren Menschen mit Vorerkrankungen höher, als wenn Personen nur einen Faktor (Alter oder Vorerkrankung) aufweisen. Weiterhin tragen ältere Menschen mit nur einer Vorerkrankung ein geringeres Risiko für schwere Krankheitsverläufe als solche mit mehreren Erkrankungen (Multimorbidität).¹¹⁴ Laut einer Übersicht des RKI entfallen auf die bis zum 9. Februar 2022 insgesamt in Deutschland gemeldeten rund 11,5 Millionen Infektionsfälle knapp 120.000 Todesfälle.¹¹⁵ Von allen Menschen, die bis dahin laut laborbestätigtem Nachweis an oder mit der Infektion gestorben sind, waren 63,6 Prozent älter als 80 Jahre, 30,7 Prozent entfielen auf die 60- bis 79-Jährigen und 5,3 Prozent auf die 35- bis 59-Jährigen. Nicht einmal ein halbes Prozent der COVID-19-Todesfälle betraf demnach Personen, die zum Infektionszeitpunkt jünger als 35 Jahre waren.¹¹⁶ Im Geschlechtervergleich stellt sich heraus, dass weltweit Männer häufiger schwer an COVID-19 erkranken und auch häufiger daran sterben als Frauen.¹¹⁷

Je nach betrachteter Patientengruppe werden sehr unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit des Auftretens längerfristiger gesundheitlicher Beschwerden nach einer akuten SARS-CoV-2-Infektion gemacht. Für das Post-COVID-Syndrom, von dem man nach einer Fortdauer von Symptomen über mehr als 12 Wochen nach einer akuten Infektion hinaus spricht, nimmt man über alle

¹¹³ Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung Nr. 445 vom 22. September 2021.

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_445_231.html.

¹¹⁴ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html

¹¹⁵ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html

¹¹⁶ RKI: COVID-19-Dashboard, <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4> [09.02.2022].

¹¹⁷ Vgl. Peckham et al. 2020.

Patientengruppen hinweg eine Häufigkeit von bis zu 15 Prozent an.¹¹⁸ Long COVID meint demgegenüber das Auftreten charakteristischer Symptome in dem Intervall zwischen vier und zwölf Wochen nach der Infektion. Zu den häufigsten Symptomen zählen Müdigkeit, Erschöpfung, Kurzatmigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Schlafstörungen, depressive Symptome und Ängstlichkeit.¹¹⁹ Viele wichtige Fragen zu Long bzw. Post COVID, wie etwa die nach dem Einfluss der Schwere des COVID-19-Erkrankungsverlaufs auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens längerfristiger Symptome und nach weiteren möglichen Risikofaktoren, lassen sich beim gegenwärtigen Forschungsstand noch nicht zuverlässig und umfassend beantworten.¹²⁰

Für stationär gepflegte Menschen sind die Gesundheitsgefahren einer SARS-CoV-2-Infektion besonders hoch. Einer internationalen Studie zufolge belief sich ihr Anteil je nach Land auf 42 bis 57 Prozent aller an oder mit COVID-19 Verstorbenen.¹²¹ Bei über 60-Jährigen entfiel in der ersten Welle der Pandemie jeder fünfte COVID-19-Krankenhausaufenthalt und fast jeder dritte COVID-19-Todesfall im Krankenhaus auf einen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen. Das belegen die Abrechnungsdaten der AOK für Personen, die vollstationär gepflegt werden.¹²² Die Daten weisen auch eine höhere Sterblichkeit als im Mittel der Vorjahre – für die 15. Kalenderwoche 2020 um 20 Prozent – aus.¹²³ 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. Dieses Netz ist deshalb so groß, weil in solchen Einrichtungen meist größere Gruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern zusammenleben, die von ebenfalls meist größeren Pflegekräfte-Teams versorgt werden, deren familiäre Kontakte das Netz zusätzlich erweitern. Damit sind ideale Bedingungen für eine rasche Infektionsausbreitung gegeben. Es kommt hinzu, dass längerfristig pflegebedürftige Menschen oft zusätzliche Risikofaktoren für schwere Krankheitsverläufe aufweisen, etwa bestimmte Vorerkrankungen.¹²⁴ Auch die in Einrichtungen der Langzeitpflege Beschäftigten können sich nicht immer ausreichend vor Infektionen schützen und sind abhängig von ihrem Alter und der gesundheitlichen Vorbelastung ebenfalls vergleichsweise hohen Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt.¹²⁵

Die sozialegpidemiologische Forschung liefert seit Langem Belege für die vielfältigen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Merkmalen einerseits und Gesundheitschancen, Krankheits- sowie Sterberisiken andererseits.¹²⁶ Dies gilt auch für schwere COVID-19-Krankheitsverläufe.¹²⁷ Aus der

¹¹⁸ Koczulla, A. R. et al. (2021): S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID, 5. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-0271_S1_Post_COVID_Long_COVID_2021-07.pdf

¹¹⁹ RKI: FAQ Gesundheitliche Langzeitfolgen: Welche Symptome haben Menschen mit gesundheitlichen Langzeitfolgen von COVID-19? (Stand: 26.01.2022) (https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Gesundheitliche_Langzeitfolgen.html)

¹²⁰ Zu diesen und weiteren häufig gestellten Fragen rund um gesundheitliche Langzeitfolgen pflegt das RKI laufend aktualisierte Informationsseiten (https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Gesundheitliche_Langzeitfolgen.html).

¹²¹ Comas-Herrera et al. 2020.

¹²² Vgl. Kohl et al. 2021, 12.

¹²³ Vgl. Kohl et al. 2021, 9.

¹²⁴ Li et al. 2020.

¹²⁵ Wolf-Ostermann/Rothgang 2020, 55 f.

¹²⁶ Vgl. Lampert et al. 2021.

¹²⁷ Vgl. Hoebel et al. 2021.

Auswertung von Krankenkassendaten der AOK Rheinland/Hamburg (01.01.2020 bis 18.06.2020) ergibt sich gegenüber regulär Erwerbstätigen für Bezieher von Arbeitslosengeld II ein um den Faktor 1,94 erhöhtes Risiko für einen Krankenhausaufenthalt nach COVID-19-Diagnose, für Bezieher von Arbeitslosengeld I ein um den Faktor 1,29 und für Niedriglohtätigkeit mit Sozialleistungen ein um den Faktor 1,33 erhöhtes Risiko.¹²⁸

Für Deutschland liegen erste Daten zu den pandemiebedingten Gesundheitsrisiken von Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten (darunter auch viele Pflegekräfte) sowie von Geflüchteten vor. Die Lebenssituationen dieser beiden Gruppen sind zwar sehr unterschiedlich, eine Gemeinsamkeit besteht jedoch in besonderen Hürden für das Einhalten von Abstandsregeln. Eine Auswertung der Datenlage bis zum März 2021 ergab, dass enge Unterbringung und prekäre Arbeitsverhältnisse ein sehr hohes Infektionsrisiko mit sich bringen, das sich im Fall einer kollektiven Quarantäne-Anordnung noch erhöhen kann. In der Folge ist trotz (altersbedingt) geringerer gesundheitlicher Vorbelastungen eine erhöhte Sterblichkeit bei Arbeitsmigranten und -migrantinnen festzustellen. Dafür dürften neben den Wohn- und Lebensbedingungen auch Mängel in der medizinischen Versorgung und im Zugang zu frühzeitiger Versorgung eine Rolle spielen.¹²⁹

b) Gesundheitsschädigungen als Konsequenz der Schutzmaßnahmen

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. Durch ausgebliebene Vorsorgeuntersuchungen werden zum Teil Krebserkrankungen erst zu einem späten Zeitpunkt entdeckt, was die Therapie aufwendiger macht und die Chancen auf Heilung deutlich verschlechtert.¹³⁰ Aufgrund der befürchteten Überlastung von Intensivkapazitäten wurden elektive Operationen verzögert durchgeführt,¹³¹ was verschiedenste Komplikationen durch die Verschlimmerung oder Chronifizierung von Gesundheitsproblemen nach sich gezogen haben könnte (z. B. Ruptur eines nicht zeitgerecht präventiv operierten Aortenaneurysmas). Insgesamt kam es im Jahr 2020 in Deutschland zu „[f]ast 2,5 Millionen weniger Krankenhausbehandlungen und gut 690 000 weniger Operationen als im Vorjahr“.¹³²

Schon im Vorfeld der klinischen Versorgung ist es offenbar zu Verzögerungen eigentlich notwendiger Klinikeinweisungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gekommen. Dabei könnte die Besorgnis leitend gewesen sein, durch nicht zwingend erforderliche Einweisungen zur Überlastung der Krankenhäuser beizutragen. Womöglich wollten Ärztinnen und Ärzte die von ihnen versorgten Personen auch vor den erhöhten Infektionsrisiken im klinischen Setting bewahren. Dazu kommt eine unbekannte Zahl eigentlich behandlungsbedürftiger Personen, die von sich aus darauf verzichtet haben, Leistungen der medizinischen Grundversorgung oder von Kliniken in Anspruch zu nehmen. Sei

¹²⁸ Vgl. Wahrendorf et al. 2021.

¹²⁹ Vgl. Hintermeier et al. 2021.

¹³⁰ Vgl. Tsubulak et al. 2020; Bolenz et al. 2021.

¹³¹ Vgl. Stöß et al. 2020.

¹³² Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung Nr. 445 vom 22. September 2021.

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_445_231.html.

es aus Angst, sich dabei mit COVID-19 zu infizieren, oder aus vorausseilender Rücksichtnahme auf pandemiebedingte Engpässe des Gesundheitssystems. 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. Schädigungen der psychischen Gesundheit wird der folgende Abschnitt in den Blick nehmen.

Der Pflege-Report 2021 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK bietet Belege dafür, dass sich in Pflegeheimen auch unabhängig von SARS-CoV-2-Infektionen die medizinische Versorgungsqualität während der Pandemie erheblich verschlechtert haben könnte. So seien die Krankenhausaufnahmen von in Pflegeeinrichtungen lebenden Personen im ersten Jahr der Pandemie massiv zurückgegangen. Dies könne nur zum Teil auf das Aussetzen von planbaren und elektiven Behandlungen zurückgeführt werden, weil auch weniger Aufnahmen wegen akut behandlungsbedürftiger Zustände wie Femurfrakturen (Rückgang um 8 Prozent), Herzinsuffizienz (Rückgang um 31 Prozent) oder Hirninfarkt (Rückgang um 20 Prozent) verzeichnet wurden.¹³³ Weiterhin sei auch die Sterblichkeit in Pflegeheimen während der ersten beiden Pandemiewellen gegenüber dem Mittel der Vorjahre deutlich angestiegen. In der ersten Welle lag diese Übersterblichkeit demnach bei 20 Prozent und in der zweiten Pandemiewelle durchschnittlich bei 30 Prozent.¹³⁴ Zusätzlichen Aufschluss über die Qualität der Versorgung in häuslichen und stationären Pflegesettings während der ersten Pandemiewelle geben die Ergebnisse einer weiteren im Pflege-Report 2021 veröffentlichten Studie, in der die Pflege- bzw. Bezugspersonen pflegebedürftiger Menschen retrospektiv online zu deren Lebens- und Versorgungssituation befragt wurden. In allen pflegerischen Settings ist es demnach zu erheblichen Einschränkungen der sozialen Teilhabe von Pflegebedürftigen gekommen. Die an den Pflegebedürftigen wahrgenommenen negativen Veränderungen decken ein weites Spektrum körperlicher wie geistiger Fähigkeiten ebenso ab wie die psychische Verfassung.¹³⁵

Auch für Menschen mit Behinderung kam es zu erheblichen Einschränkungen der gesundheitlichen Versorgung etwa bei Präventionsmaßnahmen, notwendigen Behandlungen und operativen Eingriffen. Gerade die für Menschen mit schweren körperlichen und geistigen Behinderungen sehr wichtigen Heilmittel wie Physiotherapie, Ergotherapie oder auch Logotherapie fielen über einen längeren Zeitraum ersatzlos aus, was sich langfristig negativ auf die Gesundheit der betroffenen Personen auswirkt.¹³⁶

2.3.2 Psychische Anforderungen und Belastungen

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

¹³³ Vgl. Kohl et al. 2021, 15 f.

¹³⁴ Wissenschaftliches Institut der AOK (2021): Pflege-Report 2021: Deutlicher Anstieg der Sterblichkeit in Pflegeheimen während der ersten und zweiten Pandemiewelle. Pressemitteilung vom 29. Juni 2021 (https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/wido_pm_pflege_report_290621.pdf).

¹³⁵ Vgl. Räker/Klauber/Schwinger 2021.

¹³⁶ Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2021a, 17 ff., 19 ff.

Zusammenwirkens von Personen-, Lebenslage- und Umweltmerkmalen sowie damit zusammenhängenden Entwicklungspotenzialen und Vulnerabilitäten.

Empirische Erhebungen sprechen dafür, dass psychische Belastungen in der erwachsenen deutschen Bevölkerung nicht nur in der ersten Welle der Pandemie während des sogenannten Lockdowns zugenommen haben, sondern vielfach Unsicherheiten und Ängste fortbestanden.¹³⁷ Unabhängig von der Gewöhnung an eine „neue Normalität“ blieb die Belastung weiterhin hoch.¹³⁸ Andere Studienergebnisse legen nahe, dass die COVID-19-Pandemie für Frauen mit stärkeren zusätzlichen psychischen Belastungen verbunden ist als für Männer.¹³⁹ Weiterhin sind jüngere Menschen im Vergleich mit älteren stärker von psychosozialen Belastungen betroffen, zum Beispiel durch zusätzliche Aufgaben im Zusammenhang mit Kinderbetreuung oder Unterstützung älterer Familienangehöriger, durch finanzielle Einbußen oder wirtschaftliche Unsicherheit.¹⁴⁰

Insgesamt sprechen repräsentative Befunde dafür, dass die Auswirkungen der Pandemie auf die psychosoziale Gesundheit älterer Menschen gering sind. Die meisten von ihnen sind als ausreichend resilient und psychisch stabil einzuschätzen und kommen gut mit dem Pandemiegeschehen zurecht.¹⁴¹ Hierfür wesentliche Ressourcen sehen die älteren Menschen selbst vor allem in ihrer Lebenserfahrung, der erfolgreichen Auseinandersetzung mit früheren Krisen, einer optimistischen Grundhaltung und der Tatsache, dass die getroffenen Maßnahmen als notwendig und angemessen verstanden werden können.¹⁴² Nicht übersehen werden sollten allerdings erhöhte Belastungen in besonders vulnerablen Gruppen wie einsamen älteren Menschen mit fehlender sozialer Unterstützung oder Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der Langzeitpflege und der Behindertenhilfe.¹⁴³ Rückzug und Isolation sind Forderungen, die in der COVID-19-Pandemie gerade an alte und behinderte Menschen gerichtet oder – wie für stationär versorgte Menschen geschehen – verordnet werden. Unter diesen „Schutz-Bedingungen“ nimmt die Wahrscheinlichkeit psychischer Störungen zu, sodass der Schutz vor COVID-19 möglicherweise mit dem Verlust der psychischen

¹³⁷ Vgl. Bäuerle et al. 2020; Skoda et al. 2021.

¹³⁸ In einer vom 10.03. bis zum 27.07.2020 durchgeführten Online-Befragung – willkürliche Stichprobe von 22.961 Personen, davon 16.918 im Alter von mindestens 18 Jahren mit Wohnort in Deutschland und vollständigem Datensatz – wurden generalisierte Angst, Depression und psychischer Distress erfasst und mit vorliegenden Referenzwerten aus der Zeit vor der Pandemie verglichen. Des Weiteren liegen Daten zu COVID-19-bezogenen Erlebens- und Verhaltensweisen (COVID-19-bezogene Angst, Vertrauen in staatliche Maßnahmen, subjektives Informiertheitslevel, adhärentes Sicherheitsverhalten und persönliche Risikoeinschätzung für Ansteckung/Erkrankungsschwere) vor. Der Erhebungszeitraum wurde retrospektiv in fünf Phasen (Anfangs-, Krisen-, Lockdown-, Neuorientierungsphase und „neue Normalität“) unterteilt, die als Grundlage der rekonstruierten Entwicklung dienen (vgl. Skoda et al. 2021).

¹³⁹ Bäuerle et al. (2020) berichten für Frauen gegenüber Männern mehr generalisierte Angst, mehr Symptome von majorer Depression und psychischem Stress sowie stärkere COVID-19-bezogene Ängste.

¹⁴⁰ Vgl. Robillard et al. 2020.

¹⁴¹ Vgl. z. B. López et al. 2020. Die verschiedenen Erhebungswellen der COSMO-Studie (COVID-19 Snapshot Monitoring) weisen für die 65- bis 74-Jährigen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit und ein geringeres Belastungsempfinden aus (vgl. Betsch et al. 2022). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Untersuchung in China, in der in allen Altersgruppen eine Zunahme von Ängsten, Depression und Alkoholmissbrauch sowie ein Rückgang des psychischen Wohlbefindens im Zuge der Pandemie beobachtet wurde (vgl. Ahmed et al. 2020). Hier zeigen die Ergebnisse eine im Vergleich zu Älteren deutlich erhöhte Vulnerabilität der 21- bis 40-Jährigen.

¹⁴² Vgl. Kruse 2021a; Welzel et al. 2021.

¹⁴³ Vgl. Kruse 2021b; Van der Roest et al. 2020.

Gesundheit erkaufte wird.¹⁴⁴ Gerade mit Blick auf die in Langzeitpflege- und Behinderteneinrichtungen Lebenden – und hier insbesondere auf Personen, die von kognitiven Einschränkungen betroffen sind – ist zu befürchten, dass Kontakteinschränkungen zur Eindämmung der Pandemie zu einer auch nach dem Wegfall von Maßnahmen fortbestehenden (weiteren) Verschlechterung von Kognition und emotionalem Befinden geführt haben.¹⁴⁵

Psychische Belastungen jüngerer Menschen sind durch zahlreiche Studien belegt, zum Beispiel durch die bundesweiten Befragungen „Jugend und Corona“ (JuCo) des Forschungsverbunds „Kindheit – Jugend – Familie in der Corona-Zeit“. Deren Ergebnissen zufolge fühlen sich fast zwei Drittel (64,1 Prozent) der 15- bis 30-Jährigen „teilweise“ bis „deutlich“ psychisch belastet. 60,7 Prozent stimmen mindestens zum Teil zu, sich einsam zu fühlen, 68,7 Prozent bezeichnen Zukunftsängste als ein belastendes Thema. Weiterführende Analysen zeigen, dass sich Mädchen, junge Frauen und nicht-binäre Personen deutlich häufiger psychisch belastet fühlen als Jungen und junge Männer – für Letztere liegt der Anteil jener, der durch Corona bedingte psychische Belastungen angibt, bei 31,9 Prozent, für Mädchen und junge Frauen hingegen bei 45,2 Prozent und für nicht-binäre Personen bei knapp 60 Prozent.¹⁴⁶

Untersuchungen zu Folgen der Pandemie für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ergaben, dass Symptome von Angst und Depression deutlich zugenommen haben.¹⁴⁷ Insbesondere der Verlust von Tagesstruktur und sozialen Kontakten und die Notwendigkeit, die Gleichzeitigkeit von Homeoffice und Homeschooling zu organisieren, sei für alle Familienmitglieder herausfordernd und werde insbesondere in Familien mit jüngeren Kindern und unter Bedingungen räumlicher Enge als belastend erlebt. Befunde aus verschiedenen europäischen Ländern deuten darauf hin, dass aus der Sicht eines großen Teils der Eltern Homeschooling mit potenziell nachhaltigen Benachteiligungen und Ungleichheiten für sie selbst und ihre Kinder verbunden ist.¹⁴⁸ In der COPSYS-Längsschnittstudie wurden 1.586 Eltern mit 7- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen sowie 1.040 11- bis 17-Jährige selbst befragt. 71 Prozent der Kinder und Jugendlichen und 75 Prozent der Eltern gaben an, psychisch belastet zu sein, wobei sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche die Belastung besonders stark erleben. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten hat sich im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie in etwa verdoppelt.¹⁴⁹

Inzwischen liegen auch umfangreiche Studien zu psychischen Störungen bei Studierenden vor.¹⁵⁰ Die Ergebnisse lassen sich pointiert dahingehend zusammenfassen, dass die COVID-19-Pandemie unter

¹⁴⁴ In enger Anlehnung an Kruse 2021b, 146. Vgl. auch Deutscher Ethikrat 2020a.

¹⁴⁵ Gosch et al. (2021) verweisen hier auf die S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“, die geeignete Verfahren zur Erfassung von sozialer Situation, Alltagsaktivitäten, Kognition, Depression, Mobilität und Muskelkraft, Schmerzen und Ernährung zusammenstellt.

¹⁴⁶ Vgl. Andresen et al. 2021, 33.

¹⁴⁷ Vgl. Schlack et al. 2020.

¹⁴⁸ Vgl. Thorell et al. 2021.

¹⁴⁹ Vgl. Ravens-Sieberer et al. 2021.

¹⁵⁰ In einer großen chinesischen Studie waren etwa 45 Prozent der ca. 750.000 teilnehmenden Studierenden von ausgeprägten psychischen Problemen betroffen, 34,9 Prozent litten unter akuten Stressreaktionen, 21,1 Prozent unter depressiven Störungen, 11,0 Prozent unter Angststörungen (vgl. Ma et al. 2020). Eine Befragung von über 45.000 US-amerikanischen Studierenden spricht dafür, dass sich bei Graduierten die Prävalenz von depressiven Störungen infolge der Pandemie verdoppelt und die Prävalenz von Angststörungen um die Hälfte zugenommen hat (vgl. Chirikov et al. 2020).

Studierenden mit einer „Pandemie“ von depressiven Störungen und Angststörungen einhergeht. Aussagekräftig für die Situation in Deutschland ist eine an der Universität Heidelberg durchgeführte Mixed-Methods-Studie.¹⁵¹ Danach fühlten sich 72,2 Prozent der Studierenden in ihrem Wohlbefinden stark beeinträchtigt. 75,8 Prozent erfüllten die Kriterien für die Diagnose mindestens eines Syndroms, bei 41,6 Prozent kann von einer depressiven Störung ausgegangen werden, bei 25,4 Prozent von einer somatoformen Störung und bei 20,0 Prozent von einer Angststörung. Die meisten Studierenden waren der Auffassung, dass ihre besondere Betroffenheit in der Pandemie weder in der Öffentlichkeit noch vonseiten der Politik gesehen und berücksichtigt wird.¹⁵²

Zusätzliche psychische Folgen der Pandemie ergeben sich für Menschen, die unter Quarantäne gestellt wurden – und dies unabhängig vom Lebensalter.¹⁵³ Neben psychischen Reaktionen wie Furcht, Wut, Angst, Schlaflosigkeit, Verwirrtheit, Niedergeschlagenheit und Gefühllosigkeit wurden in den vorliegenden Studien zum Teil noch nach mehreren Monaten Verhaltensänderungen wie zwanghaftes Händewaschen, Vermeidung von Menschenansammlungen und verzögerte Rückkehr zur „Normalität“ beobachtet. Dies legt eine nicht lediglich kurz-, sondern auch längerfristige Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit nahe.¹⁵⁴ Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende erhöht sich laut RKI der wegen ihrer prekären Lage ohnehin große Bedarf an psychosozialer Versorgung durch die pandemiebedingte „Sorge um die eigene Gesundheit, Quarantänemaßnahmen und soziale Isolation“ noch zusätzlich.¹⁵⁵

2.4 Krisentest für Institutionen

Die Pandemie sowie ihre Folgen und Nebenfolgen stellen auch unsere gesellschaftlichen Institutionen – insbesondere des Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesens – vor enorme Herausforderungen. Die problematische Situation in Einrichtungen der Langzeitpflege und der Behindertenhilfe wurde bereits in den Abschnitten 2.3.1 und 2.3.2 dargestellt. Aber auch soziale Dienste für weitere besonders vulnerable Gruppen wie Dienste der Kinder- und Jugendhilfe¹⁵⁶, der

¹⁵¹ Aus dieser Online-Befragung liegen neben Daten zu international vergleichbaren Screening-Instrumenten auch narrative Darstellungen der Studierenden zum eigenen Wohlbefinden und einem besseren Umgang mit der Pandemie vor. Teilgenommen haben 2.135 von 27.162 Studierenden der Universität Heidelberg.

¹⁵² Vgl. Holm-Hadulla et al. 2021.

¹⁵³ Vgl. Demaria/Vicari 2021; Chaves de Lima et al. 2020.

¹⁵⁴ Vgl. Serafini et al. 2020. Orgilés et al. (2020) waren die Ersten, die die emotionalen Auswirkungen von Quarantäne auf Kinder und Jugendliche untersucht haben. In dieser Online-Umfrage wurden 1.143 Eltern spanischer und italienischer Kinder im Alter von 3 bis 18 Jahren zu den Auswirkungen von COVID-19 auf ihre Kinder und sie selbst befragt. 85,7 Prozent der Eltern beobachteten demzufolge Veränderungen im Gemütszustand und/oder Verhalten ihrer Kinder; am häufigsten genannt wurden Konzentrationsschwierigkeiten (76,6 Prozent), Langeweile (52,1 Prozent), Reizbarkeit (39,0 Prozent), Unruhe (38,8 Prozent), Nervosität (38,0 Prozent), Gefühle von Einsamkeit (31,3 Prozent), Unbehagen (30,4 Prozent) und Sorgen (30,1 Prozent), wobei für Kinder und Jugendliche aus Spanien mehr Symptome berichtet wurden.

¹⁵⁵ Robert Koch-Institut: Empfehlungen für Gesundheitsämter zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende (im Sinne von §§ 44, 53 AsylG) [Stand: 25.01.2022], https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/AE-GU/Aufnahmeeinrichtungen.html [16.02.2022].

¹⁵⁶ Während der Schließungen von Kitas und Schulen waren Kinder und Jugendliche besonders durch häusliche Gewalt gefährdet. Gleichzeitig kam es zu einem Rückgang an Fällen in den Kinderschutzambulanzen (vgl. Heimann et al. 2021).

Sozialpsychiatrie und der Wohnungslosenhilfe¹⁵⁷ konnten aufgrund von Infektionsschutzmaßnahmen nur eingeschränkt arbeiten. Damit konnten diese Dienste ihrer Klientel nicht einmal die sonst übliche Unterstützung gewähren, obwohl sich darunter viele Menschen befanden, die dieser pandemiebedingt sogar besonders bedurft hätten. All diese Institutionen sind besonders anfällig für Infektionsausbrüche und daher von Schutzmaßnahmen mit ihren Folgen und Nebenfolgen besonders betroffen. Deshalb konnten sie ihre unverzichtbare gesellschaftliche Aufgabe während der Corona-Krise nur eingeschränkt erfüllen, woraus den von ihnen versorgten, ohnehin besonders vulnerablen Menschen weitere erhebliche Nachteile entstanden sind.

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. Diese Aspekte sollen im Folgenden exemplarisch für das Gesundheitssystem und das Bildungssystem näher ausgeführt werden.

2.4.1 Gesundheitssystem

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 beinhaltet Schwächen hinsichtlich des Gesundheitsschutzes auf Bevölkerungsebene, etwa eine zu geringe Berücksichtigung von Reservekapazitäten bei den Bedarfsplanungen, um auch in einer Notlage adäquat reagieren zu können.¹⁵⁸

Eine Besonderheit des komplexen deutschen Gesundheitssystems ist, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) nicht integraler Teil der Gesundheitsversorgung ist, sondern eine Parallelstruktur mit Behördencharakter darstellt. Dazu kommt, dass die Gesundheitsämter in den letzten Jahrzehnten einem erheblichen Personalabbau ausgesetzt waren.¹⁵⁹ So fehlte es in den Gesundheitsämtern, die die kommunale Säule des ÖGD bilden, während der COVID-19-Pandemie regional immer wieder an genügend qualifiziertem Personal, um essenzielle Aufgaben des Infektionsschutzes wie die Kontaktpersonennachverfolgung und Quarantänebetreuung angemessen

¹⁵⁷ In den Notunterkünften wurden Plätze reduziert, warme Duschen, Essensausgaben und Beratungsangebote waren und sind nur sehr eingeschränkt verfügbar. Einnahmequellen wie das Verkaufen von Zeitungen oder das Sammeln von Flaschen fielen weitgehend weg. Viele Angebote der Wohnungslosenhilfe sind auf die Mitarbeit von Ehrenamtlichen angewiesen, die sich während des Shutdowns nicht oder nur sehr eingeschränkt einbringen konnten. Das RKI empfiehlt eine Reihe von Maßnahmen, um einerseits sowohl die in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe tätigen als auch die dort Hilfe suchenden Personen vor Infektionen und Erkrankungen zu schützen und andererseits von solchen Einrichtungen ausgehende Ausbrüche vermeiden oder wenigstens frühzeitig erkennen und eindämmen zu können. So soll etwa ein niedrigschwelliger Zugang zu aktuellen Informationen zum Infektionsgeschehen, aber auch zu SARS-CoV-2-Tests und COVID-19-Impfungen gewährt werden (vgl. Robert Koch-Institut: Coronavirus-Erkrankung 2019 (COVID-19) im Kontext Wohnungslosigkeit - Empfehlungen für Gesundheitsämter und Anbieter der Wohnungslosen- und Obdachlosenhilfe [Stand: 25.01.2022], https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Wohnungslosigkeit.html [16.02.2022]).

¹⁵⁸ Vgl. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina 2020; Kirubarajan et al. 2020.

¹⁵⁹ Vgl. Reisig/Kuhn 2020.

erledigen zu können (vgl. Abschnitt 2.2.4). Umgekehrt führte die Konzentration auf die Corona-Krise dazu, dass andere Aufgaben des ÖGD vernachlässigt wurden.

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. Nach Mitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft war im Winter 2020/2021 die Maximalzahl von 5.800 an COVID-19 erkrankten Personen in Intensivbehandlung erreicht. Trotz der Anfang Februar 2022 infolge der Ausbreitung der Omikron-Variante sehr hohen 7-Tage-Inzidenz bleibt die Anzahl der intensivmedizinisch behandlungsbedürftigen Personen mit COVID-19 weit hinter diesem Höchstwert zurück. Dafür werden immer mehr Patientinnen und Patienten mit (d. h. nicht unbedingt wegen) einer SARS-CoV-2-Infektion auf den Normalstationen der Krankenhäuser behandelt und müssen dort isoliert werden.¹⁶⁰

Die während der Corona-Krise immer wieder drohende Überforderung der Intensivstationen führte zur Debatte, ob und falls ja nach welchen Kriterien eine Triage erfolgen solle. Der Deutsche Ethikrat beteiligte sich an ihr bereits mit seiner ersten Publikation zur Pandemie, der Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“. Darin wird hervorgehoben, dass in Situationen, in denen der dringende Bedarf an lebenserhaltenden medizinischen Ressourcen nicht für alle gedeckt werden kann, tragische Entscheidungen über Leben und Tod getroffen werden müssen, für die „es keine rechtlich und ethisch umfassend befriedigende Lösung“ gibt. „Die Frage, wer aus welchen Gründen eine knappe Ressource erhält und wem sie verweigert wird, berührt zentrale Grundrechte der Betroffenen und wirft fundamentale Probleme der Verteilungsgerechtigkeit auf.“¹⁶¹ Mittlerweile hat das Bundesverfassungsgericht entschieden (Beschluss vom 16.12.2021), dass der Gesetzgeber Regelungen schaffen muss, um die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung zu verhindern, wenn es zu Triage-Entscheidungen kommt.¹⁶² Das verdeutlicht noch einmal, wie wichtig es ist, es möglichst gar nicht erst zu solchen Mangelsituationen kommen zu lassen. Dank der guten Ausstattung an Intensivkapazitäten, der Infektionsschutzpolitik und der getroffenen Vorkehrungen in der Gesundheitsversorgung ist dies in Deutschland während der COVID-19-Pandemie auch weitgehend gelungen.

Die Umstellung des Systems auf die Versorgung von COVID-19-Patienten hat im internationalen Vergleich gut funktioniert. Der äußerste Notfall eines Zusammenbruchs der Gesundheitsversorgung konnte in Deutschland abgewendet werden. Allerdings sind erhebliche Abstriche bei der Versorgung von Patienten mit anderen Erkrankungen – besonders stark in der ersten „Welle“ der Pandemie – zu verzeichnen.

Zu Beginn der Pandemie gab es keine übergeordnete Erfassung von Intensivbetten und deren Belegung. Das RKI baute deshalb mit fachlicher Unterstützung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin sehr schnell das DIVI-Intensivregister auf. Seit April 2020 veröffentlicht das DIVI-Intensivregister täglich die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten

¹⁶⁰ <https://www.dkgev.de/dkg/coronavirus-fakten-und-infos> (Stand: Februar 2022) [16.02.2022].

¹⁶¹ Deutscher Ethikrat 2020a, 3.

¹⁶² BVerfG, Beschluss vom 16.12.2021, Az. 1 BvR 1541/20 (http://www.bverfg.de/e/rs20211216_1bvr154120.html).

von etwa 1.300 Akut-Krankenhäusern in Deutschland und deren aktuelle Auslastung durch COVID-19-Patientinnen und -Patienten.¹⁶³ Diese Daten stellen eine wichtige Grundlage für die Versorgungsplanung und sie betreffende politische Entscheidungen dar.

Wie unter 2.3.1 dargestellt, führte das Zusammenwirken einer Reihe von Effekten dazu, dass Behandlungskapazitäten für an COVID-19 Erkrankte aufgespart beziehungsweise freigemacht wurden. Von regulatorischer Seite wurde dies etwa dadurch befördert, dass Krankenhäuser einen finanziellen Ausgleich für verschobene planbare Operationen und Behandlungen erhielten. Ab Mitte März 2020 bekamen Krankenhäuser für jedes freigehaltene Bett zunächst eine Pauschale von 560 Euro pro Tag und für jedes zusätzlich geschaffene Intensivbett einen Bonus in Höhe von 50.000 Euro.¹⁶⁴

Die Finanzierung der Corona-Schutzmaßnahmen stellt generell eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen dar, dem eine primär gewinnorientierte Logik der Einzelfallabrechnung zugrunde liegt. Bevölkerungsbezogene Maßnahmen wie das präventive Freihalten von Behandlungskapazitäten, die Testung von Patienten ohne Symptome oder die Impfkampagne lassen sich mit diesem Finanzierungsmodell nicht erfassen. Dem Krankenhausentlastungsgesetz entsprechend werden diese Maßnahmen daher über den Gesundheitsfonds, die Liquiditätsreserve der GKV, finanziert. Aus diesem Fonds wurden im Jahr 2020 insgesamt ca. 2,2 Milliarden Euro für die Pandemiebekämpfung aufgebracht.¹⁶⁵ An diesem Vorgehen wird kritisiert, es gefährde die langfristige Stabilität der GKV-Finanzierung, die durch die Folgen der COVID-19-Pandemie in den nächsten Jahren ohnehin vor großen Belastungen stehen werde.¹⁶⁶

Ein erhebliches Problem stellte in der Pandemie die Personalsituation im Gesundheitswesen dar, insbesondere im Bereich der Pflege. Wenn immer mehr Beschäftigte sowohl in der Kranken- als auch in der Altenpflege ihren Beruf aufgeben, liegt dies einerseits an strukturellen Gegebenheiten und Bedingungen (z. B. der enormen Arbeitsverdichtung seit der Einführung des DRG-Systems in der stationären Krankenhausabrechnung)¹⁶⁷ sowie an institutionellen, organisationalen und organisationsethischen Rahmungen (z. B. mangelnde Angebote zur physischen, psychischen und moralischen Entlastung) und andererseits an den Grenzen persönlicher Ressourcen im Umgang mit Stressoren und Belastungen in Krisensituationen.¹⁶⁸ Zu den strukturbedingten, psychischen und physischen Belastungen sowie multiplen Stressoren im Kontext der COVID-19-Pandemie liegen einschlägige Untersuchungen vor.¹⁶⁹ Aus den besonderen psychischen Problemlagen, die während der Corona-Krise das Gesundheitswesen herausforderten, sei hier nur das „einsame Sterben“ herausgegriffen, weil es nicht nur für alle Beteiligten und Betroffenen, sondern auch für die

¹⁶³ <https://www.intensivregister.de>

¹⁶⁴ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/covid19-krankenhaus-gesetz-1733614>

¹⁶⁵ BT-Drs. 19/29946, S. 4 (<https://dserver.bundestag.de/btd/19/299/1929946.pdf>)

¹⁶⁶ Vgl. Ulrich 2020.

¹⁶⁷ Innerhalb von zehn Jahren, von 2007 bis 2017, hat die Fallzahl in deutschen Krankenhäusern um 13,2 Prozent zu- und die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus um 12,0 Prozent abgenommen. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der beschäftigten Ärztinnen und Ärzte um 36,5 Prozent, die Zahl der Pflegenden jedoch nur um 11,4 Prozent gestiegen (vgl. Böhm 2021, 332).

¹⁶⁸ Vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2021; Hossain/Clatty 2021.

¹⁶⁹ Vgl. z. B. Brakemeier et al. 2020; Kramer et al. 2021; Rohwer et al. 2021; Cotel et al. 2021.

Gesellschaft als Ganze zu den einschneidendsten Erfahrungen der Pandemie zählt. Dass eine Sterbebegleitung insbesondere während der ersten Welle gar nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich war, belastete nicht nur die im Sterben liegenden Personen selbst und war für viele Angehörige traumatisierend. Auch für die Beschäftigten in Kliniken und Pflegeheimen war es kaum zu ertragen, die Kontaktregelungen durchsetzen und das Leid der Betroffenen miterleben zu müssen.¹⁷⁰ Insbesondere die personellen Konsequenzen der Pflegenden auf den Intensivstationen betreffend wird inzwischen der Begriff des Pflexit gebraucht, weil so viele Pflegende den Berufsverbleib in Frage stellen oder den Beruf verlassen.¹⁷¹ Die Pandemie hat folglich sowohl den schon vorhandenen Personalmangel offenbart als ihn auch durch weitere Berufsausstiege noch verschärft.¹⁷²

Eine in ihrem genauen Umfang noch nicht abschätzbare, aber nach allen bisher vorliegenden Indikatoren erhebliche, langfristige Herausforderung für das Gesundheitswesen sind chronische Krankheitsverläufe von COVID-19 (Long- und Post-COVID-Syndrom).¹⁷³ Diese wirken sich nicht nur auf den Versorgungsbedarf in der kurativen Medizin aus, etwa in der Lungenheilkunde, sondern absehbar langfristig auch auf die rehabilitative Medizin.¹⁷⁴

Als Nebenfolge von Kontaktbeschränkungen und Hygienemaßnahmen sind viele Menschen mit weniger Erregern als sonst in Kontakt gekommen, was nach der Lockerung von Maßnahmen zu einer Zunahme von Infektionen geführt hat. So traten aufgrund der Schließung von Kitas und Schulen ab dem Frühjahr 2021 insbesondere bei Kindern und Jugendlichen außergewöhnlich viele Infekte auf, die auf andere Viren als SARS-CoV-2 zurückzuführen sind. Beispielsweise verzeichnete das RKI im Herbst 2021 eine massive Häufung von Atemwegsinfektionen durch das RS-Virus (Respiratorisches Synzytial-Virus), das vor allem für Kleinkinder massive Gesundheitsrisiken birgt.¹⁷⁵ In der Folge kam es gehäuft zur Verlegung kranker Kinder in weniger überlastete Krankenhäuser und es wurde befürchtet, es werde zum Kollaps in den Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin kommen.¹⁷⁶

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.

¹⁷⁰ Vgl. z. B. Karle 2020; Strang et al. 2020.

¹⁷¹ Vgl. Fuchs/Taufer 2021.

¹⁷² <https://www.dgiin.de/allgemeines/pressemitteilungen/pm-leser/online-umfrage-zeigt-mitarbeitende-auf-den-intensivstationen-notaufnahmen-und-im-rettungsdienst-sind-erschöpft.html>

¹⁷³ Vgl. hierzu: S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID (Stand 12.07.2021), https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-027I_S1_Post_COVID_Long_COVID_2021-07.pdf [02.09.2021].

¹⁷⁴ <https://www.zi.de/presse/presseinformationen/8-februar-2022>

¹⁷⁵ Vgl. Wieler/Häcker 2021, 4 f.

¹⁷⁶ <https://www.vlkkd.de/de/aktuelles/meldungen/VLKKD-Pressemitteilung-03.11.21.pdf>

Besondere Lösungen mussten für das Angebot und die Finanzierung von bevölkerungsbezogenen Maßnahmen wie die Test- und die Impfstrategie gefunden werden. Einen negativen Einfluss auf die Bewältigung der pandemiebedingten Herausforderungen hatten insbesondere der generelle Mangel an Pflegefachkräften und deren hohe Belastung sowie die mangelnde Leistungsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitssektors. Von verschiedener Seite wird daher als Lehre aus der Pandemie eine stärkere Gemeinwohlorientierung des Gesundheitswesens, eine nationale Public-Health-Strategie¹⁷⁷ und dabei insbesondere die Stärkung des öffentlichen Gesundheitssektors und dessen Integration in die regionalen Versorgungsnetze¹⁷⁸ sowie effektive Maßnahmen gegen die Arbeitsverdichtung in der Pflege und den Pflegekräftemangel gefordert.¹⁷⁹

2.4.2 Bildungssystem

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 (vgl. Abschnitt 2.2.2). Was die Anpassungsleistungen an die Schließungen und Teilschließungen von Bildungseinrichtungen betrifft, sind sehr große Unterschiede insbesondere zwischen Schulen und Hochschulen zu verzeichnen, worauf im Folgenden besonders eingegangen werden soll. Grundsätzlich müssen zwei Strategien der Anpassung an die Situation unterschieden werden: zum einen die Umstellung auf Distanzunterricht beziehungsweise Homeschooling und zum anderen die Entwicklung von Konzepten des Infektionsschutzes, mit denen sich vollständige Schließungen vermeiden lassen.

Grundschulen waren in Deutschland zwischen Januar 2020 und Mai 2021 durchschnittlich an 64 Tagen, Sekundarschulen im Schnitt sogar an 85 Tagen geschlossen. Im OECD-Vergleich ist das etwas weniger als im Durchschnitt der Länder. Dazu kommen partielle Öffnungen etwa in Gestalt von Wechselunterricht, die im genannten Zeitraum für den Grundschulbereich an durchschnittlich 118 Tagen und für den unteren Sekundarbereich im Schnitt an 98 Tagen galten, ebenso wie Befreiungen von der Präsenzpflcht für vorerkrankte Kinder beziehungsweise Kinder mit vulnerablen Familienmitgliedern. Die Kitas liegen mit durchschnittlich 61 Schließtagen etwas über dem OECD-Durchschnitt.¹⁸⁰

Ein zentrales Problem bei der Umstellung auf Distanzunterricht stellten die im internationalen Vergleich teils erheblichen Defizite deutscher Schulen bei der Digitalisierung dar. Dies betrifft alle Ebenen der Digitalisierung von der digitalen Infrastruktur (leistungsfähiges Internet, digitale Lernplattformen und Konferenzsysteme, Endgeräte für Lernende wie Lehrende) bis zu den digitalen

¹⁷⁷ <https://zukunftforum-public-health.de/public-health-strategie/>

¹⁷⁸ Vgl. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina 2020.

¹⁷⁹ Vgl. https://www.buendnisjungaerzte.org/fileadmin/user_upload/PDF/Offener_Brief_der_jungen_Aerzte.pdf sowie: <https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/coronavirus-pandemie-medizinische-versorgung-und-patientennahe-forschung-in-einem-adaptiven-gesundheitssystem-2020> vgl. <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensiv-und-notfallpflege/210309-stellungnahme-zur-staerkung-und-zukunft-der-intensivpflege.pdf> ; vgl. <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2021/COVID-Effekt-weltweiter-Personalmangel-in-der-Pflege-befuerchtet.php>; https://www.dgiin.de/files/dgiin/aktuelles/2021/20210422_Onlinebefragung-Belastungserleben-Corona-Pandemie.pdf

¹⁸⁰ Vgl. OECD 2021, 40.

Kompetenzen von Lehrenden und Lernenden. In vielen Bereichen erreicht Deutschland im internationalen Vergleich deutlich unterdurchschnittliche Werte.¹⁸¹ Während der ersten Phase der Schulschließungen wurden die Aufgaben, die von den Schülerinnen und Schülern alleine oder mit Unterstützung der Eltern bearbeitet werden sollten, überwiegend per E-Mail, mitunter sogar per Post verschickt.¹⁸² Die Unterstützung durch die Lehrkräfte erfolgte häufig per Telefon oder – bei besonderem Förderbedarf – teilweise sogar durch Hausbesuche.¹⁸³ In einer Befragung gaben 70 Prozent der Lehrkräfte an, dass ihre Angebote die Schülerinnen und Schüler problemlos erreichten – auch ohne routinemäßigen Einsatz digitaler Technologien. Alarmierend ist aber, dass 30 Prozent der Lehrkräfte Lernangebote nicht problemlos zur Verfügung stellen beziehungsweise keine Angabe hierzu machen konnten.¹⁸⁴ Manche Eltern von behinderten Kindern fühlten sich völlig im Stich gelassen.¹⁸⁵ Auch wenn die Schulen Anstrengungen unternommen haben, die Defizite im Feld der Digitalisierung zu beheben, sind bis heute Möglichkeiten zur Nutzung von Lernplattformen und Konferenzsystemen nicht oder nur eingeschränkt gegeben.

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 Bildungsabschluss¹⁸⁶ und für Personen mit Kindern im Kita- und Grundschulalter¹⁸⁷. Belastungen ergeben sich weniger aus der Notwendigkeit, mehr Zeit mit den Kindern zu verbringen, sondern gehen vor allem auf Anforderungen der elterlichen Erwerbsarbeit, zum Teil auch der Schule zurück.¹⁸⁸ Eltern mit niedrigerem Bildungsstand fühlen sich weniger als solche mit höherer Bildung befähigt, ihre Kinder beim Lernen zu Hause zu unterstützen, und reagieren auf diese Herausforderung mit größerem emotionalen Stress. In einer Sonderbefragung des Nationalen Bildungspanels gaben 23 Prozent der Eltern ohne Abitur an, Probleme mit der im Zuge von Homeschooling notwendigen Unterstützung 14-Jähriger zu haben – bei Eltern mit Abitur liegt der entsprechende Anteil bei 10 Prozent.¹⁸⁹ Es gibt gute Belege dafür, dass elterliche Erfahrungen von Hilflosigkeit und Stress die Entwicklung von Kindern negativ beeinflussen können.¹⁹⁰ Demnach könnte für die vielfach nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Bildungschancen während der Pandemie auch das elterliche Fähigkeits- und Belastungserleben während der Schulschließungen eine Rolle spielen.¹⁹¹

Ähnlich wie für die Eltern gilt auch für Schülerinnen und Schüler, dass sich die Auswirkungen der Pandemie auf die Lernsituation je nach betrachteter Gruppe sehr unterschiedlich darstellen.¹⁹² Ein

¹⁸¹ Vgl. Eickelmann et al. 2019.

¹⁸² Vgl. Eickelmann/Drossel 2020, 14.

¹⁸³ Vgl. Maaz/Diedrich 2021.

¹⁸⁴ Vgl. Eickelmann/Drossel 2020, 13 ff.

¹⁸⁵ Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2021b, 136.

¹⁸⁶ Vgl. Zinn/Bayer 2021.

¹⁸⁷ Vgl. Huebener et al. 2020.

¹⁸⁸ Vgl. Knauf 2021.

¹⁸⁹ Vgl. Sari/Bittmann/Homuth 2021.

¹⁹⁰ Vgl. Masarik/Conger 2017.

¹⁹¹ Vgl. Vogelbacher/Attig 2021.

¹⁹² Vgl. Huber et al. 2020.

Teil der Schulkinder profitiert von der Möglichkeit, im eigenen Rhythmus selbstbestimmt arbeiten zu können, und gibt an, effektiver zu lernen und gut mit der Situation zurechtzukommen.¹⁹³ Andere haben Probleme mit der Strukturierung ihres Alltags, der Erledigung von Aufgaben, Langeweile und fehlender Motivation. Die beiden Gruppen unterscheiden sich erheblich in ihrer Lernzeit und ihrem Lernfortschritt, einmal bestehende Leistungsunterschiede vergrößern sich im Verlauf der Pandemie im Sinne eines Schereneffekts. Bildungsverliererinnen und -verlierer sind vor allem (aber nicht nur) Kinder sozioökonomisch (stark) benachteiligter Eltern. Ungleiche Bildungschancen und resultierende Schereneffekte können hier laut Schul-Barometer insbesondere auf drei Gründe zurückgeführt werden: Unterschiede in der technischen Ausstattung (Verfügbarkeit von Geräten, leistungsfähigem Internetzugang und aktueller Software), die räumliche Situation zu Hause (fehlende Rückzugs- und Konzentrationsmöglichkeiten), das Fehlen zeitlicher und emotionaler Ressourcen bei Eltern und Geschwistern, um den Anforderungen der Rolle des Unterrichtenden gerecht zu werden.

Die Schließungen von Schulen und Kitas sind mit gravierenderen Folgen für Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status oder mit Migrationshintergrund verbunden, wobei sich die bereits vor der Pandemie deutlich erkennbare ungleiche Verteilung der Bildungschancen weiter verstärkt.¹⁹⁴ So fehlten asylsuchenden Kindern einer Umfrage des UNHCR und von UNICEF Deutschland zufolge die technischen und sonstigen Grundvoraussetzungen für das Lernen außerhalb der Schule.¹⁹⁵ Ein besonderes Problem für Kinder und Jugendliche mit Behinderung ist die oft fehlende Barrierefreiheit digitaler Angebote (Distanzunterricht, digitale Beratung und Sprechstunden). Dies trifft auch für Studierende mit Behinderung zu. Sie können die Angebote ohne besondere Anpassungen vielfach nicht nutzen. Beispielsweise sind Menschen mit Hör- und Sehbeeinträchtigung auf spezielle technische Ausrüstung und Unterstützung angewiesen, die ihnen während der COVID-19-Pandemie nicht oder nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stand. Erhebliche Bildungsnachteile von Lernenden mit Behinderung vor allem in der Schule, aber auch im Studium sind die Folge.¹⁹⁶

¹⁹³ Laut Schul-Barometer waren 24 Prozent der Schülerinnen und Schüler (eher) der Ansicht, unter den Bedingungen des häuslichen Lernens mehr zu lernen als im normalen Unterricht (Huber et al. 2020, 48 f.).

¹⁹⁴ Ackeren et al. (2020) differenzieren drei empirisch gut belegte Argumentationslinien, die deutlich machen, dass die aktuelle Corona-Krise mit jedem Tag ohne Schule vor Ort bestehende soziale Ungleichheiten verschärft. Hingewiesen wird erstens auf charakteristische Probleme längerer Zeiträume ohne Beschulung. Es ist eindeutig belegt, dass längere schulfreie Phasen (z. B. auch Ferien) bei Kindern und Jugendlichen aus unterprivilegierten Verhältnissen anders als bei Gleichaltrigen, die in stärkerem Maße auf familiäre Unterstützung zurückgreifen können, einmal erworbene Kompetenzen, weil weniger genutzt und gefördert, eher zurückgehen lassen. Zweitens wird auf Unterschiede im Zugang von Kindern und Jugendlichen zu digitalen Medien – als Facette einer für Deutschland nach wie vor bestehenden digitalen Spaltung – hingewiesen. Hier besteht die Gefahr, dass im Fernunterricht übermittelte Lernmaterialien schwerer zugänglich sind und nicht im vorgesehenen Zeitraum bearbeitet werden können. Drittens sind Ergebnisse der International Computer and Information Literacy Study (ICILS) bedeutsam, die für 2018 wie auch schon für 2013 belegen, dass ein im internationalen Vergleich großer Teil der Schülerinnen und Schüler in Deutschland (jeweils etwa ein Drittel) nur über sehr geringe digitale Kenntnisse verfügt, viele Lehrkräfte in der Nutzung digitaler Medien nach wie vor nicht hinreichend ausgebildet beziehungsweise erfahren und viele der verfügbaren digitalen Tools noch nicht hinreichend qualitätsgeprüft sind (vgl. hierzu Eickelmann et al. 2019).

¹⁹⁵ Vgl. UNHCR/Deutsches Komitee für UNICEF 2021, 12.

¹⁹⁶ Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2021b, 69 ff.

Ein ähnliches Bild ergibt sich mit Blick auf die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten des Infektionsschutzes, die zumindest Teilöffnungen von Bildungseinrichtungen ermöglichen sollen. Die Schulen waren dabei von konzeptionellen Entscheidungen der Schulbehörden etwa zu Wechselunterrichtsmodellen abhängig, die oft nur verzögert getroffen wurden. Daher wurde öffentlich kritisiert, die Zeiten zwischen den Pandemiewellen seien nicht genutzt worden, um die Schulen besser auf die Herausforderungen der Pandemie vorzubereiten.

Das Bundesverfassungsgericht stellt in seinem Beschluss vom 19. November 2021 („Bundesnotbremse II“) ein Recht von Kindern und Jugendlichen gegenüber dem Staat auf schulische Bildung fest, das aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 GG folgt. Die Schulschließungen zur Eindämmung der Pandemie werden zwar dem Grunde nach für zulässig angesehen. Allerdings umfasst das Recht auf schulische Bildung das Recht auf gleichen Zugang zu den Bildungsangeboten im Rahmen des vorhandenen Schulsystems und den Anspruch auf Distanzunterricht für den Fall, dass aus Infektionsschutzgründen kein Präsenzunterricht möglich ist. Demnach müssen sowohl Vorkehrungen getroffen werden, um Präsenzunterricht nach Möglichkeit aufrechtzuerhalten, als auch die technischen und didaktischen Voraussetzungen für qualitativ hochwertigen Distanzunterricht geschaffen werden. Die Präsenzpflcht in der Schule trage dazu bei, Kindeswohlgefährdungen rechtzeitig zu erkennen.¹⁹⁷

Hochschulen und Universitäten wurden zu Beginn der Pandemie ebenfalls weitgehend geschlossen. Ab dem Sommersemester 2020 wurde drei Semester lang in Deutschland überwiegend digital studiert. Erst im Wintersemester 2021/22 begann die Rückkehr zur Präsenzlehre. Viele Lehrveranstaltungen finden indes weiterhin digital oder jedenfalls in hybrider Form statt. Verglichen mit den Schulen hatten Hochschulen und Universitäten einen Vorsprung in der digitalen Lehre, sowohl was die technische Infrastruktur als auch was die digitalen Kompetenzen von Lehrenden und Studierenden angeht. Auch die gesamte Administration und die Supportstrukturen wurden ad hoc auf digitale Angebote umgestellt. Technisch und administrativ ist das verglichen mit den Schulen gut gelungen, weil Hochschulen und Universitäten auf Grundlage der Hochschulautonomie und ihrer relativen Budgetsouveränität eigenverantwortlich handeln können. Dies gilt auch hinsichtlich von Infektionsschutzkonzepten, mit deren Hilfe Bildungseinrichtungen zumindest teilweise geöffnet bleiben können sollen. Diese spielten an den Hochschulen und Universitäten zwar sowohl zeitlich als auch vom Umfang her eine geringere Rolle als an den Schulen, konnten aber im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben weitgehend eigenverantwortlich entwickelt und umgesetzt werden.

Aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen haben die Hochschulen trotz ihrer Autonomie ziemlich einheitlich reagiert: digitale Lehre statt Präsenz, initiale Schließungen und nur langsame Wiedereröffnung von Bibliotheken und sonstigen Einrichtungen usw. Nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Lehr- und Lernanforderungen, sondern gerade auch dank ihrer größeren Entscheidungsfreiheit konnten die Hochschulen die Einschränkungen für Studierende dennoch deutlich geringer halten, als es Schulen für die Schülerinnen und Schüler möglich war. Während die Hochschullehre durchgehend digital angeboten wurde, waren die Angebote für Schülerinnen und Schüler aufgrund der mangelhaften Digitalisierung der Schulen vielfach auf Aufgaben zum

¹⁹⁷ BVerfG, Beschluss vom 19.11.2021 („Bundesnotbremse II“), Az. 1 BvR 971/21 u. a. (http://www.bverfg.de/e/rs20211119_1bvr097121.html).

Selbstlernen beschränkt. Allerdings wird erst allmählich bewusst, welche Defizite die (weitgehend) digital durchgeführten Semester auch für das Studium und die Bildung der Studierenden insgesamt bedeuten. Zwei Jahrgänge von Studierenden haben ihr Studium in dieser Form begonnen, der erste Jahrgang hat bereits die Hälfte der regulären Studienzeit eines B.A.-Studiums digital studiert.

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. Im Unterschied zu Hochschulen und Universitäten scheiterte ein digital basierter oder unterstützter Distanzunterricht in den Schulen an Digitalisierungsdefiziten. Soziale Ungleichheit in Bezug auf Bildungschancen wurde verstärkt. Als Lehren aus der Pandemie werden daher die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit von Schulleitungen und Kollegien, Konzepte zur Unterstützung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher, eine Abkehr von der einseitigen Sicht auf die Wissensvermittlungsfunktion der Schule und eine Stärkung des Bewusstseins für die Relevanz der Schule als sozialer Ort gefordert.¹⁹⁸

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. Dabei besteht zudem bei undifferenziertem Vorgehen die Gefahr eines überhöhten Leistungsdrucks.¹⁹⁹ Die individuellen und gesellschaftlichen Folgen dieser Einschränkungen sind noch lange nicht absehbar.²⁰⁰

2.5 Wirtschaftliche Folgen der Pandemie und der Pandemiebekämpfung

Auch wenn sich die vielfältigen wirtschaftlichen Folgen der aktuellen Pandemie und der zu ihrer Bekämpfung ergriffenen Maßnahmen bislang noch nicht abschließend bilanzieren lassen, steht schon heute fest, dass dabei unterschiedliche Problembereiche – wie zum Beispiel die Voraussetzungen für ein nachhaltiges Wirtschaftswachstum, die Ungleichheit und Verteilung von wirtschaftlichen Chancen und Risiken, die ordnungspolitische Leistungsfähigkeit staatlicher Organisationen auf nationaler und internationaler Ebene sowie die Tragfähigkeit der Staatsfinanzen – differenziert zu analysieren sind.²⁰¹ Da die Pandemie zudem rein zeitlich mit anderen grundlegenden Strukturveränderungen, etwa durch den demografischen Wandel, die Digitalisierung und eine an anspruchsvollen klimapolitischen Zielen ausgerichtete Orientierung des wirtschaftlichen Handelns, zusammenfällt, ist mit einer Fülle wechselseitiger Effekte zu rechnen, die sich teils verstärken, teils aber auch in gegensätzliche Richtungen weisen können. Zwar hat sich die deutsche Wirtschaft im Vergleich zu der anderer Länder bislang als relativ stabil erwiesen, was gute Konjunktur- und Arbeitsmarktdaten

¹⁹⁸ Vgl. Immerfall 2021; Schubarth 2021.

¹⁹⁹ Vgl. <https://www.bayerische-staatszeitung.de/staatszeitung/politik/detailansicht-politik/artikel/nicht-ueberfordern.html> [<https://youtu.be/2K6sf7YxM9o>].

²⁰⁰ Vgl. Schubarth 2021.

²⁰¹ Vgl. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina 2021.

belegen.²⁰² 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.

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.²⁰³ Dies gilt, obwohl die Sorge vor negativen wirtschaftlichen Auswirkungen dazu geführt hat, ökonomisch relevante und sensible Gesellschaftsbereiche möglichst lange von pandemiebezogenen Beeinträchtigungen frei zu halten. In der Folge galten oftmals im Privatleben striktere Kontaktbeschränkungen als in wirtschaftlichen Betrieben.

Nicht alle während der Pandemie aufgetretenen Schwierigkeiten lassen sich ursächlich auf diese zurückführen. In manchen Bereichen hat die Corona-Krise bestimmte, branchenbezogen sehr unterschiedlich ausgestaltete Fragilitäten, die schon länger bestehen, lediglich offengelegt²⁰⁴ – etwa die Abhängigkeit von internationalen und Just-in-time-Lieferungen, Arbeitsmigration und damit einhergehende Kontrollverluste (erkennbar an hohen Infektionsinzidenzen in Grenzregionen), Fachkräftemangel sowie auf allen Ebenen vorfindliche Defizite an Flexibilität und Digitalisierung. Zu diesen Fragilitäten gehört auch eine unzureichende Koordination der Geld- und Wirtschaftspolitik inklusive über die Krise hinausreichender europäischer Integrationsbestrebungen und steigenden Inflationsdrucks. Die aktuelle Pandemie könnte daher als Katalysator wirken, um diese Probleme endlich anzugehen und zukunftsorientierte Lösungen zu erarbeiten.

Aus ethischer Perspektive besonders wichtig ist die angemessene Berücksichtigung der ungleichen Belastungen sowohl durch die Pandemie selbst als auch durch die zu ihrer Bekämpfung ergriffenen Maßnahmen. Es erweist sich gerade hinsichtlich der wirtschaftlichen Folgen, dass eine Pandemie zwar alle, aber eben nicht alle in gleicher Weise betrifft: Je nach Berufsgruppe, Beschäftigungsart und sozioökonomischem Status (etwa: prekär Beschäftigte, kleinselbstständige Unternehmer) fallen die individuellen Belastungen sehr unterschiedlich gravierend aus. Dies gilt umso mehr, als es neben den Verlierern auch vereinzelte wirtschaftliche Gewinner der Pandemie gibt, die solche Güter und Dienstleistungen anbieten, die unter diesen speziellen Bedingungen verstärkt nachgefragt werden und entsprechend hohe Profite generieren.

²⁰² Vgl. Feld 2021.

²⁰³ Vgl. Dorn et al. 2020.

²⁰⁴ Vgl. Schmidt et al. 2020.

Mittelbare Verbindungen zur wirtschaftlichen Lage gibt es zudem bei dem erkennbaren pandemiebezogenen Geschlechter-Bias, soweit zusätzlich erforderliche Care-Arbeit überproportional auf Frauen übertragen wurde, was eine Retraditionalisierung des Berufs- und Familienbildes nahelegt,²⁰⁵ sowie mit Blick auf die teilweise massiv und möglicherweise dauerhaft beeinträchtigten Bildungsbiografien. Letzteres ist zudem ein Indiz dafür, wie die ökonomische Betrachtung dazu anhält, längerfristige Folgen nicht nur der Pandemie, sondern auch der Pandemiebekämpfungsmaßnahmen mit zu berücksichtigen²⁰⁶ und entsprechende Lern- und Adaptionsprozesse anzuleiten²⁰⁷. Das gilt gerade auch mit Blick auf die mit negativen wirtschaftlichen Entwicklungen verbundenen gesundheitlichen Probleme. In eine solche Langfristperspektive sind auch intergenerationelle Verteilungsfragen einzubeziehen, da die jetzt getroffenen Entscheidungen zum Umgang mit der Pandemie erhebliche Konsequenzen für nachfolgende Generationen haben werden (vgl. Abschnitt 4.4.1).

2.6 Politische Folgen

Krisen werden immer wieder als „Stunde der Exekutive“ bezeichnet.²⁰⁸ Offenbar findet in Krisensituationen eine starke Exekutive den Zuspruch großer Teile der Bevölkerung. Das trifft auch für die COVID-19-Pandemie zu. Jedenfalls zu Beginn der Krise waren die Zustimmung zu den zur Eindämmung der Pandemie ergriffenen Maßnahmen und auch das Vertrauen der Bevölkerung in die amtierenden Regierungen in Bund und Ländern hoch.²⁰⁹ 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.

Im Unterschied zu vielen anderen Staaten haben die politischen Institutionen hierzulande in der Corona-Krise nicht den Ausnahmezustand ausgerufen, sondern auf Grundlage der Verfassung und der Gesetze, insbesondere im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes, agiert. Die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie stützen sich hierbei auf die Generalklausel des Infektionsschutzgesetzes (§ 8 Abs. 1 IfSG), die während der Pandemie vom Bundestag zweimal geändert wurde. Sie ermöglicht bestimmte Grundrechtseinschränkungen, wenn diese zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionskrankheiten notwendig sind. Das Infektionsschutzgesetz ermächtigte zudem die Landesregierungen zum Erlass entsprechender Rechtsverordnungen (§ 32 IfSG).²¹⁰ Auch der Bundesgesundheitsminister erhielt erweiterte Kompetenzen zum Erlass von Verordnungen (etwa zur Kontrolle des Reiseverkehrs). Zusätzliche weitreichende politische Entscheidungen zur Bewältigung der Folgen der Pandemie betrafen das Arbeits-, Miet- und Sozialrecht sowie einen umfangreichen

²⁰⁵ Vgl. Möhring et al. 2020.

²⁰⁶ Vgl. Barabas et al. 2020; Feld 2021.

²⁰⁷ Vgl. etwa Ragnitz 2020.

²⁰⁸ Malte Lehming: Versammelt um die Flagge. Die Exekutive gewinnt in der Krise. *Der Tagesspiegel* vom 31.03.2020, S. 4 (<https://www.tagesspiegel.de/politik/die-stunde-der-exekutive-wie-die-coronakrise-die-herrschenden-staerkt/25697164.html>).

²⁰⁹ Näheres hierzu am Ende dieses Abschnittes.

²¹⁰ Vgl. Kersten/Rixen 2021, 48 ff.

Nachtragshaushalt, mit dem unter anderem diverse Maßnahmen der Wirtschaftsförderung finanziert wurden.²¹¹

Auch wenn die deutsche Corona-Politik demnach demokratisch legitimiert war, mussten die Parlamente ihre Entscheidungen angesichts der Lage unter Zeitdruck treffen, sodass der öffentliche Austausch von Argumenten weniger als sonst üblich stattfinden konnte. Zudem war auch die parlamentarische Arbeit selbst durch Infektionsschutzmaßnahmen behindert. So wurden etwa öffentliche Ausschusssitzungen zeitweise abgesagt, Plenarsitzungen komprimiert und die Redezeit der Abgeordneten verkürzt. Die Rede von der Schwächung der Parlamente in der COVID-19-Pandemie hat also 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.²¹² Um die Funktionsfähigkeit der parlamentarischen Gremien aufrechtzuerhalten, wurden etwa wie in vielen anderen Bereichen auch Regelungen zur digitalen Teilnahme an Gremiensitzungen etabliert.²¹³

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 arbeitsfähig²¹⁴ und zum anderen zunächst sehr zurückhaltend in ihren Urteilen über einschneidende Infektionsschutzmaßnahmen.²¹⁵ Die Pandemiebekämpfung erfolgte aber trotz qualitativer Herausforderungen für die parlamentarische Demokratie im Wesentlichen im Rahmen des demokratischen Rechts- und Sozialstaats.²¹⁶ Von verschiedener Seite wird mit guten Gründen gefordert, sicherzustellen, dass in künftigen Krisen parlamentarische Arbeit und gerichtliche Kontrolle besser funktionieren.²¹⁷

In der COVID-19-Pandemie ist zudem der deutsche Föderalismus in die öffentliche Kritik geraten. Der Gesundheitsschutz ist wie die Bildungspolitik im Wesentlichen Sache der Länder. Daher waren die Infektionsschutzmaßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie 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. Dazu kommt, dass anstehende Wahlen Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis offensichtlich zu strategischer Kommunikation verleiten. Beispielsweise schoben sich gelegentlich die verschiedenen Ebenen des föderalen Systems gegenseitig zumindest rhetorisch die politische Verantwortung für die Infektionsschutzmaßnahmen zu. So sind nach der grundgesetzlichen Kompetenzordnung und dem Infektionsschutzgesetz in erster Linie die Bundesländer und die Kommunen für den Infektionsschutz zuständig, während der Bund auch bei der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie nur eine beschränkte Zuständigkeit besitzt (§§ 4 ff., 28a IfSG). Dessen ungeachtet entstand nicht selten der

²¹¹ Vgl. Kersten/Rixen 2021, 57 ff.

²¹² Vgl. Marschall 2021.

²¹³ Lea Schrenk; Suzanne S. Schüttemeyer: Corona-Krise: Welche Folgen hat die Pandemie für Demokratien? *bpb.de* 20.05.2020. <https://www.bpb.de/310202>

²¹⁴ Vgl. Kersten/Rixen 2021, 251 ff.

²¹⁵ Vgl. Marschall 2021.

²¹⁶ Vgl. Kersten 2021.

²¹⁷ Vgl. Marschall 2021; Kersten/Rixen 2021.

Eindruck, die Entscheidungen über Schutzmaßnahmen würden auf Bundesebene getroffen oder müssten dort getroffen werden. Dies wurde etwa an den besonderen Schutzmaßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie (§ 28a IfSG) deutlich. Solange der Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hatte, konnten die Bundesländer die erforderlichen Rechtsverordnungen erlassen (§ 28a in Verbindung mit §§ 5 Abs. 1 Satz 1, 28, 32 IfSG). Diese Feststellung lief am 25. November 2021 aus. Danach war dafür ein entsprechender Beschluss des jeweiligen Landesparlaments erforderlich (§ 28 Abs. 7 IfSG). Gleichwohl beklagten die Länder, es fehle nunmehr die Grundlage für die Pandemiebekämpfung, und forderten den Bund auf, tätig zu werden.

Andererseits bringt der Verzicht auf zentrale Entscheidungen mit einheitlichen deutschlandweiten Regelungen aber auch Vorteile mit sich. Generell spricht für den Föderalismus, dass dieser einer starken Zentralisierung von Macht entgegenwirkt und damit Demokratie und Freiheit stützt. Er 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, wobei die föderal getroffenen Entscheidungen teils koordiniert gleiche und teils individuell angepasste Maßnahmen vorsahen.²¹⁸ Eine gewisse Unübersichtlichkeit ist der Preis hierfür. Das Ringen der Länder um je angemessene Schutzmaßnahmen erfolgte öffentlich. Dies schuf Transparenz und gab den Landesregierungen Gelegenheit, ihre besondere Verantwortung für die Bevölkerung des jeweiligen Landes zum Ausdruck zu bringen.

Weniger im Blick der Öffentlichkeit, aber aus demokratietheoretischer Sicht ebenfalls besorgniserregend ist die Beeinträchtigung von zivilgesellschaftlichem politischem Engagement durch die Kontaktbeschränkungen. Diskussion und Kooperation waren nur noch digital möglich und damit stark eingeschränkt. Dazu kam das Verbot (zu Beginn der Pandemie) beziehungsweise die starke Einschränkung (in späteren Phasen der Pandemie) von öffentlichen Veranstaltungen und Versammlungen. Außerdem dominierte die COVID-19-Pandemie die mediale Agenda. Zivilgesellschaftliche Organisationen und andere Initiativen hatten kaum noch die Möglichkeit, für ihre Anliegen Gehör zu finden.²¹⁹ Die Pandemie bündelte die Aufmerksamkeit.

Eine weitere demokratische Herausforderung für die Pandemie-Politik liegt in der Gefahr eines „technokratischen Regierens“ auf Basis der Ratschläge von Experten. Anders als Deutschland verfügen die USA und Großbritannien über fest etablierte Systeme von Regierungsberatungsgremien und „Chefberatern“. Allerdings wurden diese von den Regierungen beider Länder während der COVID-19-Pandemie nur selektiv genutzt, was angesichts der sehr hohen Zahl an Todesfällen heftig kritisiert wurde. Im Unterschied dazu kann das deutsche Politikberatungssystem als offenes System mit zahlreichen Akteuren charakterisiert werden, durch das Politik vielstimmig und weniger konzertiert beraten wird. Die deutsche Politik nahm die Ratschläge von Expertinnen und Experten ernst und befolgte sie vielfach. Organisationen wie die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, die vier großen Forschungsgemeinschaften (Leibniz-Gemeinschaft, Max-Planck-Gesellschaft, Fraunhofer-Gesellschaft, Helmholtz-Gemeinschaft) und auch der Deutsche Ethikrat

²¹⁸ Vgl. Behnke 2021.

²¹⁹ Vgl. Schiffers 2021.

wurden zumeist aus eigener Initiative beratend tätig und legten verschiedene Stellungnahmen mit Empfehlungen zur Eindämmung der Pandemie vor. Zusätzlich gab das RKI als nationales Public-Health-Institut, das eine dem Bundesgesundheitsministerium nachgeordnete Behörde ist, tägliche Lageberichte ab.²²⁰ Eine zentrale Rolle übernahmen ferner einzelne Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, insbesondere aus den Bereichen der Virologie und Epidemiologie, wobei Politikberatung und Information der Öffentlichkeit eng verflochten waren. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler anderer Disziplinen spielten eine deutlich geringere Rolle. 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.²²¹

Den Gegenpol dieses in den Medien gerne als alternativlos dargestellten „evidenzbasierten Regierens“, wie es in kritischer Perspektive bezeichnet wurde, bildet die von der WHO so bezeichnete „Infodemie“.²²² Damit ist die Flut an Falschinformationen über das Virus und seine Bekämpfung sowie die dahinter vermuteten politischen Motivationen gemeint, die sich insbesondere über die sozialen Medien verbreitete. Die persönliche Betroffenheit praktisch aller Menschen und die emotionale Besetzung des Themas beschleunigten und verschärften zudem die Polarisierung der Diskussion.²²³

Dieser „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. Erst relativ spät stellte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf der Website *infektionsschutz.de* umfangreiche Materialien zur Information und Aufklärung zur Verfügung. Auch die Bundesregierung hält inzwischen Informationen zum Coronavirus in 23 Sprachen vor²²⁴ und das interkulturelle Gesundheitsprojekt „Mit Migrant*innen für Migrant*innen“ (MiMi) bietet sogar in 33 Sprachen Informationen und praktische Hinweise zu SARS-CoV-2²²⁵. Gleichwohl mangelt es immer noch an kultursensibler, mehrsprachiger Aufklärung, die sich auch der Kommunikationsmöglichkeiten der sozialen Netzwerke bedient. So konnten viele Menschen nicht, nur unzureichend oder erst sehr spät erreicht werden.

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 im März 2020 laut der Mannheimer Corona-Studie noch bei über 90 Prozent, ließ dann aber im Laufe der Pandemie deutlich nach. Am stärksten nahm die Zustimmung zu den Kita-, Schul- und Hochschulschließungen ab; dieser Maßnahme stimmten schon im Juni 2020 nur noch weniger als 25 Prozent der befragten Menschen

²²⁰ Vgl. Busch 2021.

²²¹ Vgl. Hegelich 2021.

²²² Für eine kritische Analyse des Begriffs der Infodemie im Kontext der Pandemie vgl. Wäscher/Nguyen/Biller-Andorno 2021.

²²³ Borucki 2021, 197.

²²⁴ <https://www.integrationsbeauftragte.de/ib-de/staatsministerin/corona>

²²⁵ <https://www.mimi-bestellportal.de/corona-information>

zu.²²⁶ Parallel zur Abnahme der Zustimmung zur Corona-Politik nahm auch die Zustimmung zu den erweiterten Exekutivrechten ab. Dies trifft allerdings vor allem für Personen zu, die die Pandemie als weniger schwerwiegende Bedrohung für sich selbst wahrnahmen.²²⁷ Die Entwicklung des Vertrauens in die Bundesregierung lässt sich anhand der von der COSMO-Studie seit März 2020 regelmäßig durchgeführten Erhebungen nachvollziehen. Demnach nahm das anfänglich hohe Vertrauen in die alte Bundesregierung der Kanzlerin Angela Merkel im Pandemieverlauf kontinuierlich und am deutlichsten zwischen Februar und März 2021 ab. Nachdem die neue Ampelkoalition bis Mitte Dezember 2021 einen gewissen Vertrauensvorschuss für sich verbuchen konnte, sind ihre Zustimmungswerte seitdem wieder auf das vorherige niedrige Niveau gesunken.²²⁸ Der Vertrauensverlust im Verlaufe der Pandemie 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.

²²⁶ Vgl. Blom 2021, 310 f.

²²⁷ Vgl. Blom 2021, 315.

²²⁸ COSMO: Vertrauen in Institutionen (letzte Aktualisierung: 14.01.2022), <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/vertrauen-ablehnung-demos/10-vertrauen/#vertrauen-in-die-bundesregierung-im-detail> [15.02.2022]

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

3.1 Vulnerabilität als Deutungskategorie und die Bedeutung von Resilienz

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. Stattdessen gilt: „Wir Menschen alle sind bedürftig und [...] aufeinander angewiesen“²²⁹ – und zwar hinsichtlich sowohl der leiblichen wie der psychosozialen Dimension menschlicher Existenz. Physisch vulnerabel ist der Mensch als körperliches Wesen insbesondere aufgrund seines leiblichen Empfindens von Leid und Schmerz. Sozial und psychisch verletzbar 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.

Vulnerabilität ist also keine bloß punktuelle Anfälligkeit oder Schwachstelle einer gelingenden Lebensführung, die es nach Möglichkeit zu vermeiden gilt. Insofern ist es eigentlich abwegig oder zumindest missverständlich, allgemein von „vulnerablen Personen(-gruppen)“ zu sprechen, die etwa in der COVID-19-Pandemie eines besonderen Schutzes bedürfen. Diese Redeweise kann sogar gefährlich werden: Wenn beispielsweise Schutzmaßnahmen für bestimmte soziale Gruppen aufgrund der ihnen zugeschriebenen Vulnerabilität gerechtfertigt werden, dann wird Vulnerabilität schnell auf krankheitsbedingte Vulnerabilität reduziert. In den Blick geraten, dieser Logik folgend, vor allem Personen im hohen Alter, mit Vorerkrankungen oder mit Behinderungserfahrungen. Diese stillschweigende Zuschreibung ist nicht nur unzulässig vereinfachend, insofern beispielsweise eine junge Person mit kognitiven Einschränkungen, aber ohne relevante Vorerkrankungen im Fall einer SARS-CoV-2-Infektion kein erhöhtes Risiko für einen schweren oder gar tödlichen Krankheitsverlauf hat. Darüber hinaus ist diese pauschalisierende Rede über Vulnerabilität 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. Damit aber geraten allzu leicht strukturelle Veränderungen wie zum Beispiel die Auflösung von Gemeinschaftsunterkünften oder konsequente Infektionsschutzvorschriften für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie deren Beschäftigte aus dem Blick. Vor allem aber blendet eine undifferenzierte Rede von „vulnerablen Gruppen“ die grundsätzliche Vulnerabilität *aller* Menschen aus. Sie lässt vergessen, dass Vulnerabilität ein

²²⁹ Kamlah 1972, 95.

Grundsignum jedes Menschen ist, auch wenn das situative Ausmaß der Verletzlichkeit von Einzelnen oder Gruppen je nach Lebenslage unterschiedlich ist und deshalb differenzierte Maßnahmen notwendig werden können. (Deshalb hat der Deutsche Ethikrat in seinen bisherigen Publikationen zum Thema teilweise ausdrücklich von „*besonders* vulnerablen Personen“ gesprochen.) Vulnerabilität gehört vielmehr zur vorgegebenen Grundverfassung des Menschseins insgesamt; einer Grundverfassung, innerhalb derer jede menschliche Person ihr Leben in ihrem wechselseitigen Aufeinander-Angewiesensein gestalten muss und in Freiheit auch gestalten kann.

Konkreten lebensgeschichtlichen Ausdruck findet dieses anthropologische Grunddatum 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.

Auch die Bedeutung *struktureller* Vulnerabilität zeigt sich in der Pandemie – und zwar 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. Hier manifestiert sich strukturelle Vulnerabilität in der Vulneranz, also in den tatsächlich von bestimmten Institutionen und Organisationen verursachten Verletzungen – in Zeiten der Pandemie etwa in Gestalt strenger Kontaktbeschränkungen, die viele der in Einrichtungen der Langzeitpflege Lebenden einer teils extremen sozialen Isolation (nach außen und im Innern) unterwerfen. 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 (Näheres hierzu unter 3.2). Die Pandemie hat offengelegt, dass über die Einrichtungen der Langzeitpflege hinaus auch Einrichtungen der Behindertenhilfe, Kitas, Schulen und viele Bereiche des Gesundheitswesens (präventive, therapeutische, rehabilitative Versorgungseinrichtungen oder der Öffentliche Gesundheitsdienst) in erheblichem Umfang störanfällig oder sogar in Gänze zumindest zeitweilig der Krise nicht gewachsen waren. Solche Vulnerabilität von Institutionen betrifft sowohl strukturelle, prozedurale und personelle Ressourcen als auch die Qualifikationen der in diesen Institutionen Tätigen.

Über der Anerkennung der Vulnerabilität des Menschen in allen ihren Dimensionen (leiblich und psychosozial) und Erscheinungsformen (Grundverfasstheit, situativ, strukturell) darf jedoch 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. Der resiliente Mensch ist deshalb keine Person, die sich gegen alle Verletzlichkeiten weitgehend abzuschirmen oder ihr Angewiesensein auf andere möglichst gering zu halten bemüht ist, sondern eine, die dieses wechselseitige Angewiesensein als Potenzial gemeinsamer Stärke erkennt und mit ihr die Fragilitäten des Lebens produktiv zu gestalten lernt. In dieser sozialen Bezogenheit auf andere hin und von anderen her kann sich Freiheit als selbstverantwortete Lebensgestaltung, kann sich die Autonomie des Menschen als Bestimmung seiner selbst ereignen.

Das wird nur gelingen, wenn sich Personen in ihrer spezifischen Verletzlichkeit wie Widerstandsfähigkeit von verschiedenen Akteuren getragen und anerkannt wissen. Die Erfahrung von Anerkennung²³⁰ in zwischenmenschlichen Beziehungen und von Zugehörigkeit zu Gemeinschaften²³¹ 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.

Die Bedeutsamkeit von Anerkennung und Zugehörigkeit erhellt sich schon aus entwicklungspsychologischer Sicht. Bereits zu den frühesten Erlebnissen und Erfahrungen der Person gehören jene der Verletzlichkeit und damit auch der Angewiesenheit auf Hilfe und Unterstützung durch andere Menschen. Wenn sich Verletzlichkeit und Solidarität – auf die Personen angewiesen sind, die ihnen aber auch immer wieder gegeben werden kann – im Erleben und in den Erfahrungen der Person miteinander verbinden, so ist damit ein Fundament für das Vertrauen in die Welt geschaffen, das man als „Urvertrauen“²³² bezeichnen kann. Auf diesem Fundament können auch die Bewältigungskompetenzen der Person entstehen, die ihrerseits ein bedeutendes Merkmal von Autonomie – hier im Sinne von selbstbestimmter Lebensführung – bilden.²³³ Es ist für das Verständnis von psychischer Entwicklung zentral, dass auf die Einsicht in die Legitimität eigener Bedürfnisse und Wünsche (für die man sich nicht zu schämen braucht) erste Schritte zur Ausbildung von Bewältigungskompetenzen (die zuversichtliches Engagement erlauben und vor quälenden Selbstzweifeln schützen) folgen. Damit wird erneut deutlich, wie eng – anthropologisch gesprochen – die Verletzlichkeit und die Fähigkeit zur Bewältigung von Herausforderungen und Anforderungen aufeinander bezogen sind. Die Ausbildung dieser Kompetenzen (mithin von Autonomie) kann auch als früheste Antwort der Person auf die Verletzlichkeit gedeutet werden.

Dabei sind die Bewältigungskompetenzen auch für die Entwicklung von Resilienz (im Sinne von psychischer Widerstandsfähigkeit) zentral: Sie bilden den Kern der Widerstandsfähigkeit in

²³⁰ Vgl. Honneth 1992.

²³¹ Vgl. Präambel m UN-Behindertenrechtskonvention (BGBl. 2008 II S. 1419, 1420).

²³² Vgl. Erikson 1999, 241 ff.

²³³ Dieser Entwicklungsschritt wird in dem Entwicklungsmodell von Erik H. Erikson – nach Ausbildung von Urvertrauen – als zweiter zu vollziehender Schritt charakterisiert (vgl. Erikson 1999, 245 ff.).

Belastungssituationen. Vor dem Hintergrund dieser Aussagen wird deutlich, dass die subjektiv erlebte Verletzlichkeit der psychischen Entwicklung der Person – und zwar in ihren frühesten Entwicklungsphasen – wichtige Impulse geben kann.²³⁴ Inwieweit der Aufbau von Bewältigungskompetenzen wie auch von selbstbestimmter Lebensführungskompetenz („Autonomie“) gelingt, ist in hohem Maße vom sozialen Umfeld (Familie, Nachbarschaften usw.) wie auch von Institutionen beeinflusst.²³⁵ In dem Maße, in dem sich Institutionen als zuverlässig und kompetent erweisen, tragen sie auch zur Entwicklung von Autonomie und Identität der Personen bei, die mit ihnen Umgang haben. (Dies gilt im Übrigen auch für Krisen der Person in späteren Entwicklungsphasen – bis in das hohe Alter.) Es müssen also auch Institutionen und Organisationen ihre Robustheit, ihre Widerstandsfähigkeit, ihre Resilienz erweisen. Nur dann können sie selbst in außergewöhnlichen Lebenssituationen Räume offenhalten, die so strukturiert sind, dass sich in ihnen produktive Bewältigungskompetenzen entwickeln können und diese nicht gebremst oder sogar gänzlich zugeschüttet werden.

Die produktive Bewältigung von außergewöhnlichen Lebenskrisen im Zusammenspiel von Vulnerabilität und Resilienz kann selbst zu neuerlicher Anerkennung führen. Freilich ist jede dieser Anerkennungen ambivalent. Denn gerade sie verursacht gelegentlich neuerliche Verletzungen – etwa dadurch, dass bestimmte Personengruppen in spezifischen Situationen als vulnerabel bezeichnet und in der Folge dieses Akts der Anerkennung auf ihre Vulnerabilität festgelegt werden.²³⁶ So hat die Anerkennung eines besonderen Risikos für schwere Krankheitsverläufe bei älteren Menschen in stationären Einrichtungen und der damit einhergehenden Notwendigkeit umfangreicher Schutzmaßnahmen mitunter dazu beigetragen, dass sich die Sicht auf ihre Anliegen, Bedürfnisse und Präferenzen auf das Motiv der Minimierung des Ansteckungsrisikos reduziert hat. Dagegen wurden andere zentrale Bedürfnisse (Kontakt zu An- und Zugehörigen, soziale Teilhabe) ebenso übersehen wie individuelle Potenziale, deren Nutzung manchen Betroffenen ein zentrales Anliegen gewesen wäre. Ähnlich besteht die Gefahr, dass aus einem höheren Risiko schwerer Verläufe auf eine generelle Schwäche und Bedürftigkeit älterer Menschen geschlossen wird.²³⁷ Das hätte letztlich zur Folge, dass das reziproke Verhältnis der Generationen ebenso aus dem Blick gerät wie der Beitrag Älterer zum Gelingen von Gesellschaft. Eine solche Festlegung bedeutet Stigmatisierung und Demütigung²³⁸ „sowie die Erniedrigung“ durch die „Verweigerung sozialer Wertschätzung“.²³⁹

Der Zusammenhang von Vulnerabilität und Resilienz hat darüber hinaus 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

²³⁴ Aus Sicht der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne siehe Kruse 2020.

²³⁵ Hier sei noch einmal auf das Entwicklungsmodell von Erik H. Erikson hingewiesen, der Autonomie und – im Jugendalter – Identität immer im Kontext der „Zuverlässigkeit“ und „Handlungskompetenz“ von Institutionen betrachtet (vgl. Erikson 1999).

²³⁶ Vgl. Butler 2004.

²³⁷ Vgl. Ehni/Wahl 2020.

²³⁸ Vgl. Margalit 1999.

²³⁹ Honneth 1992.

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 verletztlich oder verletzbar. Die im zweiten Kapitel skizzierten Problemlagen haben verdeutlicht, dass gerade auch jüngere Menschen durch Schutzmaßnahmen in besonderer Weise eingeschränkt wurden und in der Folge in erheblichem Umfang von spezifischen psychosozialen Schwierigkeiten betroffen waren, obwohl sie im Vergleich zu älteren ein geringeres Risiko für die Entwicklung schwerer Krankheitssymptome und letaler Verläufe haben.

Gerechtigkeit bleibt ein abstraktes Kriterium, wenn Solidarität nicht als verschränkendes Moment von Freiheit und Gleichheit einbezogen wird. Die Anerkennung von Vulnerabilität ist insofern auch ein Ausweis einer freien und gerechten Gesellschaft, die Gerechtigkeit in der Triade von Freiheit, Gleichheit und Solidarität entfaltet sieht. Eine solche Vorstellung von Gerechtigkeit stellt die in der inhärenten Vulnerabilität begründete Angewiesenheit eines jeden Menschen auf andere und damit auch auf gesellschaftliche Solidarität in den Mittelpunkt. Die Angemessenheit dieser Sichtweise erweist sich im gegenwärtigen Kontext der Pandemiebewältigung daran, dass der Übergang in eine endemische Situation voraussichtlich nur dann gelingen kann, wenn gesellschaftliche Solidarität in diesem Sinne praktiziert wird.

3.2 Resilienz und Vulnerabilität aus klinisch-psychologischer und organisationstheoretischer Perspektive

Der Begriff der Resilienz bezieht sich in der klinisch-psychologischen Forschung auf Unterschiede in der Wirkung und Bearbeitungskapazität von Risiken beziehungsweise Vulnerabilitätsfaktoren.²⁴⁰ 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 wird²⁴¹. 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.

Aber auch Institutionen aus den unterschiedlichen Bildungs- und Versorgungssegmenten zeigen in der aktuellen Pandemie Merkmale, die mit den Begriffen Resilienz und Vulnerabilität umschrieben werden können. 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.²⁴² Zu nennen sind hier Einrichtungen, denen es zum Beispiel gelingt, Prinzipien des

²⁴⁰ Vgl. Kruse 2017, 167–271.

²⁴¹ Vgl. Rutter 2012; Ryff/Singer 2003.

²⁴² Vgl. Ratner et al. 2020.

Gesundheitsschutzes mit jenen der Autonomie und der sozialen Teilhabe ihrer Nutzerinnen und Nutzer zur optimalen Übereinstimmung zu bringen.²⁴³ Dies erfordert ein effektives Gestaltungs- und Risikomanagement, verbunden mit entsprechender Ausstattung und kompetenzförderlichen Angeboten. Die Vulnerabilität von Institutionen meint hingegen, dass sie derartige Ressourcen nicht aufweisen und sich damit gerade in Zeiten der Pandemie als verletzlich erweisen. Solche Institutionen verfügen nur über eine unzureichende Ausstattung und sind im Bedarfsfall nicht dazu befähigt, herkömmliche Handlungsroutinen durch entsprechend veränderte Konzepte und Strategien zu ersetzen. Nachfolgend werden Resilienz und Vulnerabilität in Zeiten der Pandemie betrachtet – und dies aus den Perspektiven der Person, der Familie und der Organisation.

Person: Untersuchungen zeigen, 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.²⁴⁴ Vergleichsweise pessimistischere Selbsteinschätzungen individueller Resilienz erweisen sich dabei als Vorhersagefaktoren für depressive Symptome, Angstzustände, Suizidgedanken, vermehrte Sorgen über die Folgen der Pandemie und größere Schwierigkeiten, emotionale Belastungen in Verbindung mit der Pandemie zu verarbeiten. Dabei scheinen für Resilienz in Zeiten der Pandemie eine Reihe durchaus beeinflussbarer Faktoren – Kontakte zu nahestehenden Menschen, Tagesgestaltung und Spiritualität – maßgeblich zu sein.

Eine für die deutsche Bevölkerung repräsentative Analyse der negativen Folgen der Pandemie für die psychische Gesundheit wie auch möglicher Risiko- und protektiver Faktoren²⁴⁵ deutet darauf hin, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Zeitpunkt der Erhebung unter Angst und seelischem Stress litt und dass die intensive Beschäftigung mit der Pandemie die Vulnerabilität für psychologischen Stress, Angst und Depression zusätzlich erhöhte.²⁴⁶ Als resilienzförderliche Strategien erweisen sich einer internationalen Vergleichsstudie²⁴⁷ zufolge die Aufrechterhaltung eines gesunden Lebensstils und sozialer Kontakte, die Akzeptanz von Angst und negativen Emotionen, die Stärkung des Selbstwertgefühls sowie Informationen über Behandlungs- und Unterstützungsangebote. Als vulnerabilitätssteigernde Merkmale wurden dagegen insbesondere Substanzmissbrauch und die Unterdrückung von Ängsten und negativen Emotionen ermittelt. Frauen zeigen im Durchschnitt stärkere COVID-19-bezogene Ängste, verbringen mehr Zeit mit Gedanken über die Pandemie (in der Form eines psychisch belastenden Grübelns [*rumination*]) und neigen eher zu depressiven Symptomen als Männer. Die Studie zeigte weiterhin, dass jüngere Menschen eine höhere Vulnerabilität für Stress, Depression und Angst und entsprechend höhere Unterstützungsbedarfe aufweisen.²⁴⁸ Für die jüngeren Altersgruppen erwiesen sich – anders als für die Altersgruppe der über 55-Jährigen – Einsamkeit und finanzielle Belastungen als signifikante Vulnerabilitätsfaktoren für Angst und Depression. Für die unter 55-Jährigen bildeten Sport- und

²⁴³ Vgl. BAGSO 2020a.

²⁴⁴ Vgl. Killgore et al. 2020.

²⁴⁵ Vgl. Petzold et al. 2020.

²⁴⁶ Vgl. Watkins/Roberts 2020; Whisman/du Pont/Butterworth 2020; BAGSO 2020b.

²⁴⁷ Vgl. Varma et al. 2021.

²⁴⁸ Differenziert wurde hier zwischen 18–34 Jahre, 35–54 Jahre sowie 55 Jahre und älter – alle in dieser Untersuchung vorgenommenen Analysen sprechen für eine im Vergleich zu Älteren *höhere Vulnerabilität jüngerer Menschen*.

Bewegungsaktivitäten einen schützenden Faktor gegen Depression. Die Studie gelangt zu dem Schluss, gerade in Zeiten der Pandemie zeige sich die Notwendigkeit von globalen Public-Health-Initiativen beziehungsweise Interventionen zur Förderung von gesundem Schlaf und effektiver Stressreduktion.

Weitere internationale Studien²⁴⁹ sprechen für eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Probleme bei Kindern, die (a) besondere Erziehungs- und Beschulungsbedarfe aufweisen, (b) bei denen körperliche Erkrankungen vorliegen, (c) deren Familien von finanziellen Problemen betroffen sind und (d) deren Eltern unter psychischen Problemen leiden. Spätes Zubettgehen, Schlafdefizite und unangemessene Dauer von schulischen Übungen mit den Eltern sowie die exzessive Nutzung von Unterhaltungselektronik/-medien korrelierten sowohl mit dem elterlichen Stresserleben als auch mit psychosozialen Belastungen aufseiten der Kinder.

Familie: 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. Da vielfach auch die Subsysteme selbst oder die ganze Familie von belastenden externen Ereignissen betroffen sind, müssen einzelne Routinen und Regeln, die die Entwicklung des Kindes beeinflussen (Vermittlung von Informationen, Teilen von Emotionen, gemeinsames Problemlösen, dyadische und familiäre Bewältigungsstrategien [*coping*], Sinnggebung, Spiritualität sowie die Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht), möglicherweise aufgegeben, revidiert oder neu ausgehandelt werden.²⁵⁰ Je nachdem, inwieweit familiäre Subsysteme bereits vor dem Auftreten krisenhafter Situationen belastet und in ihrer (potenziellen) Unterstützungsfunktion beeinträchtigt sind, können sie entweder als Resilienz- oder als Vulnerabilitätsfaktoren wirken. Unterstützungsmaßnahmen sollten die familiäre Gesamtsituation berücksichtigen.²⁵¹

Organisation: In einem allgemeineren Verständnis bezieht sich der Begriff der Resilienz auf Prozesse und Kapazitäten, die es Individuen oder sozialen, technischen und natürlichen Systemen erlauben, substanzielle Krisen zu überstehen, Risiken und Widrigkeiten zu widerstehen, sich anzupassen und sich von Rückschlägen zu erholen.²⁵² Andere sprechen in diesem Zusammenhang von resilienter Gesundheitsversorgung als einer systemischen Fähigkeit, unter vorhersehbaren wie nicht vorhersehbaren Bedingungen normales Funktionieren aufrechtzuerhalten.²⁵³ Die Vulnerabilität von Organisationen zeigt sich insbesondere in der Störung beziehungsweise Beeinträchtigung von Arbeits- und Kommunikationsroutinen. Die Resilienz von Organisationen zeigt sich umgekehrt 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

²⁴⁹ Vgl. etwa Tso et al. 2022.

²⁵⁰ Vgl. Prime/Wade/Browne 2020; Walsh 2020.

²⁵¹ Vgl. Walsh 2016.

²⁵² Vgl. Juvet et al. 2021, 2.

²⁵³ Vgl. Anderson et al. 2020.

Kommunikationsprozessen) und *systemische* Resilienz längerfristige Veränderungen von Ressourcen und Praktiken auf der Makroebene (z. B. durch administrative oder politische Entscheidungen).

Das spannungsreiche Verhältnis von Resilienz und Vulnerabilität im Falle der Organisationen des Gesundheitswesens sollte zudem auf drei miteinander interagierenden Ebenen betrachtet werden²⁵⁴: (1) der *individuellen* Ebene, auf der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Problemen und Herausforderungen konfrontiert werden, (2) der *Teamebene*, auf der sich dessen Mitglieder über relevante Herausforderungen und Probleme sowie Möglichkeiten, diesen zu begegnen, verständigen, (3) der *Organisationsebene*, auf der umfassendere Anpassungen von Arbeitsabläufen, Kommunikationsstrukturen und Sicherheitskonzepten beschlossen und umgesetzt werden. Eine Beschränkung von Problemlösungen auf die individuelle Ebene („Problemlösung erster Ordnung“) kann zwar insofern effektiv sein, als sie im konkreten Fall die angemessene Versorgung von Patientinnen und Patienten sichert. Zu bedenken ist aber, dass Kommunikationsdefizite, die auf der Team- und Organisationsebene bestehen (wenn etwa Erfahrungen, die auf der individuellen Ebene gewonnen wurden, nicht repräsentiert und integriert werden), zur Persistenz von Problemen und Herausforderungen beitragen. Damit spiegelt sich gerade in der Tatsache, dass auf der individuellen (und/oder der Team-)Ebene erarbeitete Anpassungsleistungen nicht kommuniziert und verstetigt werden, organisationale beziehungsweise strukturelle Vulnerabilität wider. Entsprechend zeigt sich *organisationale Resilienz* in „Problemlösungen zweiter Ordnung“, mithin in Kommunikationsstrukturen, die sicherstellen, dass individuelle Sicherheitsbedenken, Erfahrungen und Lösungsansätze artikuliert und gehört werden können.²⁵⁵

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.²⁵⁶ 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.

Die (sozial-)anthropologische Vergewisserung der Deutungskategorien von Vulnerabilität und Resilienz zeigt: Die Pandemie konfrontiert mit der prinzipiellen Vulnerabilität des Menschen. Sie verdeutlicht, dass es zu kurz greift, allein spezifische Risikogruppen gesondert in den Blick zu nehmen. Vulnerabilität ist nicht lediglich ein Merkmal von betroffenen Personen, sondern gerade auch das Ergebnis von umfassenden Konstellationen, in denen Risikofaktoren und protektive Faktoren komplex zusammenwirken. Diese Konstellationen sind zu einem guten Teil auch beeinflussbar und herstellbar. Unabhängig davon zeigt sich in den gesundheitlichen, psychischen und sozialen Folgen der Pandemie auch die generelle Ungleichheit der Gesundheits- und Lebenschancen. Nicht allein Individuen zeichnen sich durch spezifische Facetten und Ausprägungen von Vulnerabilität

²⁵⁴ Vgl. Rangachari/Woods 2020.

²⁵⁵ Diese Feststellung kann nicht nur für das Gesundheitssystem, sondern in sehr ähnlicher Form auch für den Wirtschafts- und Bildungssektor Gültigkeit beanspruchen.

²⁵⁶ Vgl. Li et al. 2020.

und Resilienz aus. Auch soziale Netzwerke, Organisationen beziehungsweise Institutionen sind in je spezifischer Weise vulnerabel und resilient. Entsprechend verweist die Frage nach einem angemessenen Pandemiemanagement auf die hier unterschiedenen Ebenen und ihr Zusammenwirken; mögliche Maßnahmen sind auf den verschiedenen Ebenen zu planen und zu evaluieren.

Vulnerabilität wie Resilienz haben für ethische Entscheidungskonflikte kriteriale Relevanz. Bemühungen, beide mit spezifischen und sogar quantitativen Indikatoren für Abwägungs- und Gewichtungsprozesse zu operationalisieren, 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. Quantitative Vulnerabilitätsindizes können dabei – die Verfügbarkeit aktueller, aussagekräftiger Daten vorausgesetzt – vergleichende Informationen liefern und – nach erfolgter Evaluation – die Priorisierung alternativer Zielsetzungen sowie spezifischer Maßnahmen fundieren. 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. Schon deshalb empfiehlt es sich, Vulnerabilitätsindizes, mit denen spezifische Risikokonstellationen und Bewältigungsressourcen (Resilienz) abgebildet werden sollen, regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Vor dem Hintergrund bereits evaluierter Indizes und gewonnener empirischer Befunde²⁵⁷ sollten bei der Bildung von Vulnerabilitätsindizes insbesondere sozioökonomische Ungleichheiten (z. B. Einkommen, Bildung, Armut, Arbeitslosenquote, prekäre Beschäftigung), Migrationshintergrund und Minoritätenstatus, wohn- und haushaltsbezogene Daten, versorgungs- und dienstleistungsbezogene Infrastruktur, die Verbreitung relevanter Vorerkrankungen (einschließlich der unterschiedlichen Formen und Grade von Pflegebedürftigkeit) sowie Impfquoten berücksichtigt werden.

²⁵⁷ Vgl. z. B. Daras et al. 2021; Flanagan et al. 2011; Heisig 2021.

4 Abwägungsentscheidungen und ihre normativ-kriterialen Grundlagen

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 wie ethische Kriterien zurückgreifen.

Diese müssen entfaltet und in ihrer Relevanz für pandemische Krisen verdeutlicht werden. An erster Stelle steht menschliche Freiheit. Treffen die (sozial-)anthropologischen Vergewisserungen zur Vulnerabilität und Resilienz als Konstanten der Existenzweise des Menschen zu, dann ist auch menschliche Freiheit ebenso verletzlich wie widerstandsfähig und ist – 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. Freiheit realisiert sich auf politischer Ebene in demokratischen Entscheidungsprozessen, die während der COVID-19-Pandemie genau wie Rechtsschutzverfahren zwar formal gewährleistet waren, zugleich aber mit besonderen Herausforderungen konfrontiert waren und sind (vgl. Abschnitt 2.6). Dieser Befund führt zu einigen Überlegungen, die auf die Bedeutung von verlässlichen und robusten Institutionen und Prozeduren von Demokratie und politischer Teilhabe aufmerksam machen sowie eine Pandemiepolitik auch grund- und menschenrechtstheoretisch fundieren. Da Probleme sozialer, aber auch intergenerationeller und internationaler Gerechtigkeit in der Pandemie besonders hervorgetreten sind, werden diese eingehender untersucht. Ein weiteres zentrales normatives Kriterium in der Pandemie ist Solidarität. Sie zeigte sich einerseits in beeindruckender Weise in dem freiwilligen Einsatz für Mitmenschen. Andererseits wurde sie aber auch als Pflichtsolidarität den Menschen auferlegt, was mit spezifischen Rechtfertigungslasten verbunden ist. Für Abwägungsprozesse ebenfalls erheblich ist das normative Kriterium des Vertrauens – in Personen wie Institutionen. Gerade Vertrauen ist während der Pandemie in verschiedenen Lebensbereichen schwer erschüttert worden. Zugleich ist Vertrauen aber für eine erfolgreiche Krisenbewältigung unverzichtbar. Abschließend zu nennen ist das Kriterium der Verantwortung, das angesichts der Komplexität wie des Ausmaßes der Eingriffe in die alltägliche Lebensführung von Menschen auf allen Handlungsebenen zu berücksichtigen ist.

4.1 Verletzliche und widerstandsfähige Freiheit

Die Erhaltung beziehungsweise Wiederherstellung größtmöglicher Freiheit stellt in ethischer wie (verfassungs-)rechtlicher Hinsicht eine grundlegende Zielsetzung dar. Die einzelnen Freiheiten sind unmittelbar Ausfluss des Rechtes einer jeden Person, sich in ihrem Selbst, also in ihrer Lebensführung selbst zu bestimmen. Sich in seinem Selbst zu bestimmen ist wiederum unmittelbarer Ausfluss der Selbstzwecklichkeit jedes Menschen und setzt die Erfahrung einer ausreichend starken Zugehörigkeit

zu menschlichen Gemeinschaften voraus.²⁵⁸ Selbstbestimmung ist das „konkret-individuelle Praktisch-Werden der Freiheit“²⁵⁹. 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“²⁶⁰ 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.

Verletzlichkeit (Vulnerabilität) wie Widerstandsfähigkeit (Resilienz) als grundlegende Merkmale der *Conditio humana* prägen menschliche Freiheit: Denn „es gibt weder ein ‚nacktes‘ Leben, das ohne Freiheit bestimmt werden könnte, noch gibt es die ‚reine‘ Freiheit ohne die Leiblichkeit des menschlichen Lebens“²⁶¹. Das Verletzliche wie das Widerstandsfähige der menschlichen Freiheit selbst zeigt sich in verschiedenen Dimensionen: Schon die sogenannte negative Freiheit²⁶² nimmt keinesfalls 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.²⁶³ Umgekehrt wird diese innere negative Freiheit wesentlich in ihrer Widerstandsfähigkeit gestärkt, insofern die betreffende Person etwa über ein ausreichendes Maß an subjektiver Sicherheit verfügt, das ihr „Beruhigung und Geborgenheit“²⁶⁴ beziehungsweise Verlässlichkeit und Vertrauen in die Zukunft vermittelt.²⁶⁵

Diese Voraussetzungen innerer negativer Freiheit verweisen zugleich auf die Dimensionen sogenannter positiver Freiheit. Auch diese 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. Auch diese positive Freiheit hat äußere Seiten – etwa dort, wo öffentliche Leistungen in Anspruch genommen werden oder unterschiedlichste Formen menschlicher Vergemeinschaftung eingegangen werden: Zu nennen sind hier intime Paarbeziehungen ebenso wie soziale Netzwerke in der Familie, im Freundeskreis und der Nachbarschaft oder in größeren sozialen Institutionen wie Bildungseinrichtungen (Kita, Schule, Hochschule) und zivilgesellschaftlichen Vereinigungen bis hin zu staatlichen Organisationsformen.

All diesen inneren wie äußeren Bindungen positiver Freiheit entsprechen situativ individuelle beziehungsweise lebenslagenspezifische Verletzlichkeiten einzelner Personen. Sie können zugleich

²⁵⁸ Vgl. Deutscher Ethikrat 2018, 36.

²⁵⁹ Deutscher Ethikrat 2017, 186.

²⁶⁰ Deutscher Ethikrat 2021a, 2.

²⁶¹ Haker 2021, 100.

²⁶² Vgl. Berlin 1969, 120 ff.

²⁶³ Vgl. zum Begriff der „inneren“ Wahl- und Handlungsfreiheit auch Taylor 1988, bes. 132–135.

²⁶⁴ Vgl. Kaufmann 1973.

²⁶⁵ Vgl. Kruse 2017, 273–315.

potenzielle Ressourcen persönlicher und gemeinschaftlicher Widerstandskraft (Resilienz) sein, die gegen Bedrohungen innerer wie äußerer Freiheiten schützen beziehungsweise aktiviert werden können. Darin zeigt sich die enge Verzahnung negativer und positiver sowie individueller und intersubjektiv ermöglichter wie vollzogener Freiheit. In diesem Sinne sind negative wie positive Freiheit in ihrer Verletzlichkeit und Widerstandskraft kommunikative Freiheit, die nicht nur die Freiheit der Anderen grundsätzlich bejaht, sondern ihre Verknüpfung mit Anderen um ihrer selbst willen sucht. Insofern verwirklicht sich die Freiheit jeder einzelnen Person darin, dass „der eine den andern als Bereicherung seiner selbst und als Aufgabe des eigenen Lebens erfährt“.²⁶⁶ Kommunikative Freiheit ist Ausdruck der engen Verschränkung von negativer und positiver Freiheit.

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. Diese Grundaufgabe privater und öffentlicher Institutionen für die Gewährleistung von Freiheit korrespondiert mit der oben eingeführten (vgl. Abschnitt 3.1) strukturellen Dimension von Vulnerabilität und Resilienz.

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 – im Sinne der oben angesprochenen „inneren Seite“ des Freiheitsverständnisses – 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. Legitimationskonzepte dürfen deshalb nicht zu punktuell ansetzen, sondern müssen kontext- und folgensensibel sein. Es geht fehl, die Freiheit des einen pauschal als Grenze der Freiheit des anderen zu bezeichnen, wie es in der öffentlichen Debatte bisweilen geschieht, oder eine quasiutilitaristische „Gesamtfreiheitsbilanz“ einzufordern. Stattdessen sind Konflikte zwischen Freiheitsinteressen 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.

Aus den Überlegungen zur verletzlichen wie widerstandsfähigen Freiheit in ihren inneren wie äußeren, negativen und positiven Dimensionen ergeben sich erhebliche Konsequenzen für die Frage

²⁶⁶ Huber 1983, 118.

einer ethischen Krieriologie im Umgang mit Entscheidungskonflikten: Die Wiedergewinnung von Freiheit erschöpft sich nicht in der Rücknahme äußerer Restriktionen negativer Freiheit, 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. Bezogen etwa auf Kinder und Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene sind neben den im engen Sinne bildungsbezogenen Institutionen wie Kita, Schulen und Hochschulen besonders auch Freizeit-, Sport- und Kultureinrichtungen zu nennen, die für die Erfahrung von Zugehörigkeit in freier Vergemeinschaftung erheblich sind. Allerdings ist aus verfassungsrechtlicher Perspektive festzuhalten, dass es bei der Ausbalancierung der gegenläufigen Interessen – dort der Gesundheitsschutz, hier die Folgen für die Realisierung innerer und äußerer Freiheit – keine von vornherein statisch feststehenden Grenzen des Zulässigen gibt, abgesehen von der gebotenen Gewährleistung gewisser Mindeststandards (Menschenwürdeschutz und „Kernbereiche“ der Grundrechte). Das Verhältnismäßigkeitsprinzip als Regulativ gewährt dem demokratischen Gesetzgeber einen über verschiedene Ebenen zu entfaltenden Gestaltungsspielraum, der nicht zwingend ausschließlich auf eine Lösung zuläuft, sondern unter Umständen verschiedene vertretbare Lösungsvarianten anerkennt (vgl. Abschnitt 5.1.1).

Das schließt den Bogen zur freiheitstheoretischen Bedeutung von Vertrauen in staatliche und gesellschaftliche Solidarstrukturen, namentlich aber auch in die demokratischen Willensbildungsmechanismen. Diese stellen auf kollektiver Legitimationsebene das Pendant zur individuellen Freiheitssicherung dar. Sie sind zugleich zentraler Ort der Entscheidungen über Freiheitsbegrenzungen und beeinflussen damit schon auf einer frühen, formalen Ebene deren Akzeptanz. Freiheitseinbußen hinzunehmen fällt ersichtlich leichter, wenn die relevanten Entscheidungsstrukturen sich als verlässlich und – zumindest in den Grenzen einer naturgemäß dynamischen und weitgehend vorbildlosen Pandemiebekämpfung – vorhersehbar erweisen. Auch das ist eine Form von Robustheit.

4.2 Verlässliche und robuste Institutionen und Prozesse der Demokratie und politischen Teilhabe

Demokratie und politische Teilhabe sind als Sicherungen und Ausdrucksformen verletzlich 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.

Jede liberale Demokratie lebt von der funktionierenden, rechtsstaatlich strukturierten Aufgabenteilung zwischen Gesetzgebung (Legislative), Regierungs- und Verwaltungshandeln (Exekutive) sowie der Rechtsprechung (Judikative). Insofern muss die Rede davon, dass „Krisen die Stunde der Exekutive“ seien, bedenklich stimmen. Als normative Sollensforderung wäre dies hoch

gefährlich. Zweifellos erfordert eine unmittelbare „Gefahr im Verzug“ eine gleichermaßen schnell wie flexibel handelnde Regierung und öffentliche Verwaltung (Öffentlicher Gesundheits- und Ordnungsdienst, Katastrophenschutz usw.). Sie sollten auf zuvor ausgearbeitete und erprobte Notfallpläne zurückgreifen können und diese im Bedarfsfall auch konsequent umsetzen. Dabei muss aber der Vorrang der Legislative beachtet werden – insbesondere dann, wenn in Krisenzeiten über einen längeren Zeitraum hinweg wesentlich in die Rechte und/oder Lebensführung von Menschen eingegriffen wird. Schon ganz zu Beginn der Corona-Krise hat der Deutsche Ethikrat auf das basale demokratische Erfordernis hingewiesen, dass „[g]erade schmerzhaft Entscheidungen [...] von den Organen getroffen werden [müssen], die hierfür durch das Volk mandatiert sind und dementsprechend auch in politischer Verantwortung stehen“.²⁶⁷ In diesem Sinne sollten sich pandemische Krisen in einer Demokratie als Stunden der parlamentarisch legitimierten Politik erweisen. Diese mag sich dabei 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.

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 – wie etwa das Bundesverfassungsgericht in den Entscheidungen zur „Bundesnotbremse“²⁶⁸ – 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. Bisweilen wurden durch Gerichtsentscheidungen erstaunliche Unklarheiten von Verordnungen und anderen Regelungen offengelegt²⁶⁹ – Sachverhalte, die nach knapp zwei Jahren der Pandemie nicht mehr durch den bloßen Hinweis auf Überforderung und Ungewissheiten erklärt oder gar gerechtfertigt werden können.

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 (vgl. Abschnitt 4.6). Das gefährdet nicht nur die notwendige Normakzeptanz,

²⁶⁷ Deutscher Ethikrat 2020a, 7.

²⁶⁸ BVerfG, Beschluss vom 19.11.2021 („Bundesnotbremse I“), Az. 1 BvR 781/21 u. a. (http://www.bverfg.de/e/rs20211119_1bvr078121.html); Beschluss vom 19.11.2021 („Bundesnotbremse II“), Az. 1 BvR 971/21 u. a. (http://www.bverfg.de/e/rs20211119_1bvr097121.html).

²⁶⁹ Bezeichnend etwa die Entscheidung des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs, Beschluss vom 19.01.2022, Az. 20 NE 21.3119 (<https://www.vgh.bayern.de/media/bayvgh/presse/21a03119b.pdf>). Hier wird kritisiert, einer Verordnung fehle es an einer „nachvollziehbaren, in sich kohärenten und als solcher erkennbaren Regelungsabsicht des Verordnungsgebers“, wenn die verwendete Terminologie weder mit der „Auflistung von konkreten Regelbeispielen in Einklang zu bringen noch der Liste von Regelbeispielen ein einheitliches verbindendes Kriterium zu entnehmen“ sei.

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.

Diese Rückbindung staatlicher Entscheidungen und Regelungen an die Einsicht und freiwillige Mitwirkung der Bevölkerung dient nicht nur dem strategischen Interesse einer effektiven Pandemiebekämpfung („Compliance“), sondern spiegelt auch ein Erfordernis der republikanischen Dimension einer liberalen Demokratie. Staatliche Entscheidungen und Prozeduren bedürfen der Einbettung in die Meinungsbildungs- und Selbstverständigungsprozesse einer rasonierenden Öffentlichkeit. Solche Prozesse dienen ebenso wie Wahlen der Kontrolle und Legitimation staatlicher Macht. Die Vielfalt der öffentlichen Meinungen, die sich im Zuge der Willensbildung innerhalb eines staatlich verfassten Gemeinwesens herausbildet, bietet gewichtige Orientierungspunkte für die Entscheidungen staatlicher Organe und insbesondere der parlamentarischen Legislative. Der öffentliche Diskurs setzt Orte beziehungsweise Gelegenheiten für lebendige Kontroversen voraus. Alle Entscheidungsprozesse staatlicher Institutionen sind letztlich auf diese zivilgesellschaftlichen Ressourcen der Lebenswelt, also „auf eine freiheitliche politische Kultur und eine aufgeklärte politische Sozialisation, vor allem auf die Initiativen meinungsbildender Assoziationen“²⁷⁰ angewiesen.

Während der Pandemie konnten viele der üblichen Gelegenheiten und Orte deliberativer Verständigung wegen der geltenden Kontakt- und Mobilitätsbeschränkungen nicht genutzt werden. Die politische Kommunikation in Vereinen, Initiativen und Verbänden wurde – wenn sie überhaupt stattfand – in den virtuellen Raum verlegt, der die Lebendigkeit präsentischer Versammlungen nur schwer ersetzen oder gar erzeugen kann. Selbst Parteiveranstaltungen wurden weitgehend digital durchgeführt.

Umso bedeutsamer wird angesichts dieser Einschränkungen die Funktion nicht nur sozialer, sondern gerade auch der Massenmedien für die politische Deliberation. Massenmediale Kommunikation ermöglicht strukturierte Meinungsbildungen in einer durchaus heterogenen Öffentlichkeit. Sie lebt von argumentativen Auseinandersetzungen, in denen Gründe für unterschiedliche Auffassungen zur Geltung gebracht und im Gespräch gegeneinander abgewogen werden. 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. Eine zu affirmative oder einseitig plädierende Berichterstattung der (Massen-)Medien

²⁷⁰ Habermas 1996, 292.

versäumt es, die Meinungs- und Willensbildung einer demokratischen Öffentlichkeit mit unerlässlichen Gegenakzenten zu stimulieren. In diesem Sinne ist dem selbstkritischen Meinungsartikel aus dem *Neuen Deutschland* zuzustimmen: „Krise und Ausnahmezustand dürfen nicht als Anlass dienen, auf kritischen Journalismus zu verzichten. Denn gerade dann ist er gefordert! Er muss die politischen und sozialen Konflikte zeigen, die unterm ‚Vorrang der Pandemiebekämpfung‘ nicht verschwinden, aber drohen, in Vergessenheit zu geraten. Das Bewusstsein für Widersprüche wachzuhalten und ihnen ein Forum zu bieten, das wäre in dem ganzen Medientrübels eine aufklärerische Aufgabe.“²⁷¹

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. Solche Mitwirkung vollzieht sich keinesfalls nur auf der gesellschaftlichen Makroebene, auf der zivilgesellschaftliche und soziale Bewegungen gleichsam als Gegenspieler zu staatlichen Institutionen und Organen gesellschaftliche Aushandlungsprozesse konstruktiv-kritisch begleiten und staatliches Handeln im besten Sinne des Wortes herausfordern. Vielmehr betrifft politische Mitwirkung besonders die gesellschaftliche Mesoebene – wenn beispielsweise Menschen in Nachbarschaften oder Institutionen freiwillig, aber zum Teil auch notgedrungen zusammenleben und – wie etwa in Einrichtungen der Langzeitpflege oder der Eingliederungshilfe – in ihrer alltäglichen Lebensführung erheblich von den Regelungen der Institutionen beziehungsweise von den Entscheidungen ihrer Leitungen beeinflusst werden. In vielen solcher Einrichtungen sind zwar verschiedene Formen der Mitwirkung wie zum Beispiel Heimbeiräte etabliert und zum Teil gesetzlich vorgeschrieben. Gleichwohl wurden während der Pandemie gesetzliche Vorgaben etwa zu Hygienekonzepten oftmals kurzfristig und ohne Mitwirkung der Betroffenen von den Leitungen umgesetzt. Dabei hätte es durchaus Spielräume gegeben, deren kreative Nutzung im Interesse der betroffenen Menschen gewesen wäre.

Unbeschadet der auch rechtlich vorgesehenen Letztverantwortung von Einrichtungsleitungen für Regelungen, die einem gedeihlichen und in Pandemiezeiten infektionsschutzkonformen Zusammenleben dienen, müssen Mitwirkungsrechte und Mitwirkungsprozeduren so verlässlich etabliert werden, dass eine entscheidungsrelevante politische Teilhabe jederzeit sichergestellt ist. Genau das stand im Zentrum jener Selbsthilfeorganisation „People first“, die unter dem international einflussreich gewordenen Motto „Nichts über uns ohne uns“ die Mitwirkungsrechte von Menschen mit (kognitiven) Beeinträchtigungen gerade auch in ihren Einrichtungen und an ihren kommunalen beziehungsweise nachbarschaftlichen Lebensorten einzufordern begann. Wenn für das staatliche Handeln in Zeiten der Pandemie gilt, dass die Corona-Krise „die Stunde der demokratisch legitimierten Politik“²⁷² ist, dann sollte angesichts erheblicher Einschnitte in die unmittelbare

²⁷¹ Hayner, J.: Pandemie und Publizistik. *nd.Die Woche* vom 13./14.11.2021, S. 9 (<https://www.nd-aktuell.de/artikel/1158554.medien-und-corona-pandemie-und-publizistik.html>).

²⁷² Deutscher Ethikrat 2020a, 7.

Lebensführung für die meisten gesellschaftlichen und eben auch einrichtungsbezogenen Lebensbereiche gelten: Pandemien sind die Stunde effektiver politischer Partizipation.

4.3 Menschenrechte als Schnittstelle für ethische, (verfassungs-)rechtliche und politische Überlegungen

Menschenrechtsdiskurse, die den ethischen Gehalt von Menschenrechten sichtbar machen, tragen dazu bei, dass die demokratische Ausgestaltung beziehungsweise Beschränkung der Grundrechte, die positivierten 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 (vgl. Abschnitt 2.4).²⁷³ Menschen, die zu wenig sichtbar sind, folgenreich sichtbar zu machen, ist Aufgabe menschenrechtlicher Diskurse, die neben genuin juristischen Grundrechtsdiskursen – und diese ergänzend und korrigierend – eine eigenständige Bedeutung haben.

Der hier behauptete Mangel an menschenrechtlicher Sensibilität bei der Pandemieregulierung stützt sich auf ein Menschenrechtsverständnis, das die „ethische Unruhe“ der Menschenrechte²⁷⁴, die in ihrer juristischen Gestalt weiterwirkt, ernst nimmt. Diesem Verständnis zufolge weisen Menschenrechte einen normativen Überschuss auf, der über den Istzustand positivrechtlicher Grundrechtsdiskurse hinausweist. Er stellt sicher, dass die demokratisch legitimierte Ausgestaltung und Begrenzung der Grundrechte nicht als Diskursstopp missverstanden wird, sondern das kritische Potenzial ethischer Menschenrechtsdiskurse wirksam bleibt und immer wieder zur Überprüfung und Korrektur politischer Grundrechtsausgestaltungen und -begrenzungen anregt.

Ein Menschenrechtsverständnis, das nicht juristisch enggeführt wird, sondern um seine ethischen Wurzeln weiß, kann moralphilosophische Menschenrechts- und juristische Grundrechtsdiskurse kreativ aufeinander beziehen.²⁷⁵ Diese können sich so wechselseitig befruchten und dazu beitragen, blinde Flecke zu erkennen und zu beseitigen: einerseits bei der demokratischen Ausgestaltung und Begrenzung von Grundrechten; andererseits bei einer ethischen Menschenrechtsbetrachtung, die Beschränkungen von Freiheiten von vornherein für inakzeptabel hält, weil sie nicht hinreichend anerkennt, dass Grund- bzw. Menschenrechte auch als Orientierung für die politische Organisation des Zusammenlebens fungieren.

Zur Idee der Menschenrechte gehört die Einsicht, dass erstens grundsätzlich alle Menschen mit ihnen ausgestattet sind, unabhängig von ihrem sozialen Status, ihrem Geschlecht, ihrem Alter, ihrer

²⁷³ Vgl. Rudolf 2021.

²⁷⁴ Vgl. Dürig, in: Maunz/Dürig, GG (1958), Art. 1 Rn. 16.

²⁷⁵ Vgl. Alexy 1998.

Herkunft oder anderen individuellen Eigenschaften. Dies kommt im Prinzip der Inklusivität des Schutzbereichs der Menschenrechte zum Ausdruck. Dieses beinhaltet, dass ausdrücklich auch Menschen, die wie Kinder und Jugendliche sowie viele sozial benachteiligte Menschen für die Wahrnehmung ihrer Rechte auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, in den Schutzbereich der Menschenrechte einbezogen sind.²⁷⁶ Zweitens haben – dem Prinzip der Universalität der Menschenrechte entsprechend – alle Menschen den Anspruch auf die gleiche Achtung ihrer Menschenrechte. Um diesen Anspruch tatsächlich umzusetzen, ist eine Konkretisierung und Präzisierung der Menschenrechte für einzelne Gruppen und Menschen notwendig.²⁷⁷ Dabei 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.²⁷⁸

Die Umsetzung des Prinzips der Universalität der Menschenrechte in der sogenannten Behindertenrechtskonvention macht exemplarisch besonders deutlich, dass die Unterscheidung zwischen bürgerlichen Freiheitsrechten und politischen Rechten als primär negativen (Abwehr-)Rechten einerseits sowie wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen positiven (Anspruchs-)Rechten andererseits im neueren Menschenrechtsverständnis weniger als Gegensatz denn als Ergänzungsverhältnis zu verstehen ist.²⁷⁹ Das kommt etwa darin zum Ausdruck, dass die bürgerlichen Freiheitsrechte und die politischen Rechte mit vergleichsweise umfangreichen und differenzierten Ansprüchen auf Barrierefreiheit, Unterstützungsleistungen und Assistenz in Abhängigkeit von den jeweils besonderen Bedürfnissen und Lebensumständen verbunden werden. Die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechte hingegen sind betont freiheitlich ausgestaltet, um paternalistische Bevormundung und Fremdbestimmung konsequent auszuschließen.²⁸⁰

Ein menschenrechtlich sensibler Begriff des Gemeinwohls steht dazu nicht im Widerspruch. In einem bestimmten Verständnis verweist der Begriff des „Gemeinwohls“ (*bonum commune*) auf die alle Partikularinteressen überschreitende gute Verfasstheit eines gesellschaftlichen Ganzen und kann als Inbegriff all dessen aufgefasst werden, was an materialen und prozeduralen Vorbedingungen zur Verwirklichung individueller oder gesellschaftlicher Interessen notwendig ist. Auf konzeptioneller Ebene verbieten sich alle Versuche, das Gemeinwohl entweder als freischwebendes Gut in Abhebung von den die Gemeinschaft bildenden Personen zu konzipieren oder eine utilitaristische Verrechnung der Rechte bestimmter Individuen zugunsten des größeren Ganzen zu propagieren. Auch organologische Denkfiguren, wie sie in bestimmten Traditionen der Staatstheorie oder in bestimmten Vorstellungen eines kollektiven Gesundheitsschutzes (z. B. der Ideenwelt einer „Volksgesundheit“) bis heute auftauchen, stehen in der Gefahr, die Rechte Einzelner oder

²⁷⁶ Vgl. Tugendhat 1998.

²⁷⁷ Vgl. Riedel 1999.

²⁷⁸ Vgl. Bielefeldt 2006.

²⁷⁹ Vgl. Gosepath 1998.

²⁸⁰ Vgl. Graumann 2011, 80–134.

bestimmter Gruppen unbesehen dem Gemeinwohl unterzuordnen und damit zu relativieren. Wegen dieser latenten Gefahren bietet es sich an, in Anknüpfung an die – in sich außerordentlich vielschichtige – zeitgenössische Menschenrechtsdiskussion bei der Analyse von Maßnahmen der Pandemiebekämpfung vor allem Missstände zu identifizieren, die zu vermeidbaren Beeinträchtigungen bestimmter elementarer Rechtsansprüche führen. Genau dazu trägt ein umfassendes Menschenrechtsverständnis bei. Denn es wirkt als kritischer Impuls, der die gängigen, scheinbar selbstverständlichen Interpretationsroutinen des juristischen Diskurses in Bewegung bringt. Das vom Bundesverfassungsgericht aus Anlass der justiziellen Überprüfung der Pandemieregulierung unter Anleihen bei völkerrechtlichen Menschenrechtsdokumenten entwickelte „Recht auf schulische Bildung“²⁸¹ verdeutlicht das kritisch-kreative Potenzial solcher Menschenrechtsdiskurse.

In pandemischen Krisen müssen ethisch motivierte Menschenrechtsdiskurse als kritisches Korrektiv sowohl in juristischen Diskursen als auch in politischen Debatten, die auf die Ausgestaltung und Begrenzung von Grundrechten abzielen, wirksam bleiben. Solche Diskurse tragen nicht zuletzt dazu bei, dass alle wechselwirkenden Dimensionen des Menschenrechtsschutzes (*respect, protect, fulfill*) bei der politischen Pandemieregulierung dauerhaft beachtet sowie am Leitfaden der Unterscheidung von spezifischen, strukturellen und situativen Vulnerabilitäten differenziert zugeordnet werden.

4.4 Gerechtigkeit

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. Soll der Gerechtigkeitsbegriff nicht zur rhetorischen Leerformel verkommen, hinter der sich lediglich partikulare Interessen oder diffuse Gefühlslagen verbergen, dann ist es unumgänglich, verschiedene Dimensionen dieser vielschichtigen Kategorie voneinander zu unterscheiden. Dabei haben sich im Laufe der Zeit unterschiedliche terminologische Binnendifferenzierungen entwickelt, die zur Strukturierung des Gerechtigkeitsdiskurses beitragen. Sie folgen verschiedenen Einteilungslogiken, die nicht ohne weiteres miteinander zu harmonisieren sind. Da sich der Deutsche Ethikrat in jüngerer Zeit bereits zu den ideengeschichtlichen Hintergründen des modernen Gerechtigkeitsverständnisses geäußert hat²⁸², sind nachfolgend allein jene Aspekte näher zu entfalten, die für den Kontext der Pandemiebewältigung besonders bedeutsam erscheinen: Es sind dies neben der Forderung der Sachgerechtigkeit der zu treffenden Entscheidungen erstens die sozialen, intergenerationellen und internationalen Implikationen der *Verteilungsgerechtigkeit* und zweitens das Konzept der *Befähigungsgerechtigkeit*.

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

²⁸¹ BVerfG, Beschluss vom 19.11.2021 („Bundesnotbremse II“), Az. 1 BvR 971/21 u. a., Rn. 66 ff. (http://www.bverfg.de/e/rs20211119_1bvr097121.html).

²⁸² Vgl. Deutscher Ethikrat 2017, 219 ff.

Pandemie sowie die Entwicklung geeigneter Vakzine und Medikamente als auch die umfassende Folgenanalyse verschiedener politischer Maßnahmen. Ein besonders wichtiges Element zur effizienten Eindämmung der Pandemie ist dabei die Erforschung der Infektionsdynamik und der Möglichkeiten zu ihrer wirksamen Verlangsamung. Solange unklar bleibt, in welchen Konstellationen mit hoher Wahrscheinlichkeit Infektionsherde entstehen, ist es unmöglich, zielgenaue Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Gerade mit Blick auf die systematische Datenerhebung waren im Verlauf der COVID-19-Pandemie jedoch gravierende Defizite zu beklagen (vgl. Abschnitt 2.2.2).

Wie oben bereits ausgeführt wurde, sind hier vor allem Probleme im Bereich der Teststrategie (vgl. Abschnitt 2.2.3), der Kontaktpersonennachverfolgung (vgl. Abschnitt 2.2.4) sowie der Ermittlung der Konsequenzen von Kontaktbeschränkungen zu nennen (vgl. Abschnitt 2.2.2). Der Umstand, dass es keine frühzeitige, breit angelegte (Massen-)Teststrategie gab, führte unter anderem dazu, dass die Anzahl der tatsächlich infizierten Personen nicht genau bestimmt werden konnte. Weiterhin resultierte das – anfängliche – Fehlen einer digitalen Infrastruktur zur Kontaktpersonennachverfolgung in einer qualitativ oft unzureichenden Datenerhebung durch die Gesundheitsämter. Gerade bezüglich einschneidender Maßnahmen wie längerer Kontaktbeschränkungen ist die umfassende Ermittlung der Folgen und Nebenfolgen von großer Bedeutung, um ihre tatsächliche Effektivität und Angemessenheit beurteilen und besondere Härten für bestimmte Betroffenengruppen vermeiden oder abmildern zu können. Der Verzicht auf die Erhebung und Auswertung soziodemografisch detailliert aufgeschlüsselter Daten zu pandemiebedingten Nachteilen stellt auch im internationalen Vergleich ein schweres Versäumnis dar. Potenziell hat die gesamte Bevölkerung die Folgen dieses Unterlassens mit wiederkehrenden, pauschal beschränkenden Maßnahmen (Lockdown oder Shutdown) zu tragen. Auch wenn die adäquate Durchführung der wünschenswerten Studien erhebliche finanzielle und organisatorische Anstrengungen erfordert, sind die in ihnen generierten Daten und Erkenntnisse unerlässlich, um zukünftig etwa Maßnahmen zur Beschränkung des öffentlichen Lebens besser an die jeweilige lokale Gefährdungssituation anzupassen und so unnötige Belastungen für bestimmte Personengruppen und Lebensbereiche zu vermeiden oder um politische Entscheidungen zu solchen Maßnahmen gegenüber der Bevölkerung plausibler zu begründen. Die elementare Forderung der Sachgerechtigkeit verlangt also, die politischen Entscheidungen nicht nur an der jeweils besten verfügbaren empirischen Evidenz auszurichten, sondern deren Umfang und Qualität in längere Zeit andauernden Krisensituationen auch durch geeignete Forschungsanstrengungen sukzessive zu verbessern.

Dies vorausgeschickt sollen nachfolgend zwei Dimensionen der Gerechtigkeit etwas näher untersucht werden. Dies kann hier nur in exemplarischer Form geschehen. Zwar stellen sich im Blick auf die verschiedenen Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung auch vielfältige Fragen etwa der *politischen Gerechtigkeit* (vor allem bezüglich angemessener Beteiligungsmöglichkeiten Betroffener an den politischen Aushandlungsprozessen zur Implementierung und zum Monitoring der jeweiligen Regeln: vgl. Abschnitt 4.2) sowie der *Gesetzes- oder Legalgerechtigkeit* (sowohl hinsichtlich der Rechtskonformität der einzelnen Verordnungen als auch bezüglich der Rechtstreue der einzelnen Bürger bei deren Befolgung), doch sollen im Folgenden entsprechend den zentralen anthropologischen Vorüberlegungen zur Vulnerabilität und Resilienz (vgl. Kapitel 3) vor allem einige Aspekte der *Verteilungs-* und der *Befähigungsgerechtigkeit* vertiefend betrachtet werden.

4.4.1 Verteilungsgerechtigkeit

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. Aus der Fülle der in diesem Zusammenhang relevanten Phänomene seien drei Bereiche herausgegriffen: erstens Fragen der sozialen Gerechtigkeit, zweitens verschiedene Aspekte der Generationengerechtigkeit und drittens gesundheitspolitisch relevante Verteilungsfragen.

a) Belange sozialer Gerechtigkeit

Es ist noch zu früh, die vielfältigen negativen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie abschließend zu bilanzieren. Klar ist jedoch, dass die in unterschiedlichen Ländern ergriffenen Gegenmaßnahmen auch danach zu beurteilen sind, ob und inwiefern sie den Anforderungen sozialer Gerechtigkeit genügen. Weltweit werden von den öffentlichen Haushalten erhebliche Finanzmittel zur Bekämpfung der Pandemiefolgen zur Verfügung gestellt – allein in Deutschland wurden für diese Ausgaben in den Haushaltsjahren 2020 und 2021 ca. 1,5 Billionen Euro veranschlagt.²⁸³ Allerdings sagen solche Gesamtsummen weder etwas über die Zielgenauigkeit und Effizienz der mit ihnen finanzierten Maßnahmen aus, noch geben sie Aufschluss über deren Eignung, die sozialen Härten der am stärksten belasteten Personengruppen in ausreichendem Umfang abzufedern. 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. Aber selbst diesseits besonderer sozialer Härtefälle und akuter Notlagen gibt es ein breites Spektrum an Erfahrungen von Ungleichbehandlung, die distributionsethisch relevante Herausforderungen markieren. So waren nicht nur ohnehin unsicher Beschäftigte wie Soloselbstständige, sondern auch zuvor in sicherer Anstellung befindliche Angehörige bestimmter Berufsgruppen (z. B. Reise- und Veranstaltungsbranche, Hotellerie und Gastronomie) durch die wiederholten Schließungen über längere Zeiträume de facto an der Berufsausübung gehindert.

Auch im familiären Bereich mussten wegen Homeoffice, Homework und Homeschooling ganz neue Alltagsroutinen eingeübt werden (vgl. Abschnitt 2.4.2), wodurch sich die Frage nach einer

²⁸³ Vgl. BT-Dr. 19/25571 (S. 5), <https://dserver.bundestag.de/btd/19/255/1925571.pdf>. Neben den haushaltswirksamen Maßnahmen sind in der Summe auch Garantien des Bundes und der Länder von über 800 Milliarden Euro eingerechnet, die erst bei Inanspruchnahme haushaltswirksam werden.

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.

b) Aspekte der Generationengerechtigkeit/intergenerationellen Gerechtigkeit

Ein weiterer, im pandemischen Kontext besonders wichtiger Bereich der Verteilungsgerechtigkeit ist die sogenannte intergenerationelle Gerechtigkeit. Wie in 2.3.2 dargestellt wurde, waren und sind während der COVID-19-Pandemie die verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich stark von psychischen Belastungen betroffen, wobei jüngere Menschen besonders starke Stressreaktionen zeigten. 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.

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. Darüber hinaus mussten sie Einbußen und Rückschläge ihrer Bildungsbiografien sowie Selbstverwirklichungs- und Entwicklungsmöglichkeiten verkraften, ohne dass diese Opfer in der öffentlichen Wahrnehmung bislang angemessen anerkannt worden wären. Wenn etwa die Qualität des Unterrichts letztlich von der sehr unterschiedlichen digitalen Ausstattung der Schulen und den diesbezüglichen Kompetenzen der Lehrkräfte abhängt, dann ist nicht nur die Chancengleichheit gefährdet. Vielmehr stellen sich insofern auch Fragen der intergenerationellen Gerechtigkeit, als die Schulschließungen vor allem während der ersten Pandemiewelle darauf abzielten, die Ausbreitung des Virus einzudämmen und dadurch die besonders vulnerablen Hochbetagten vor Ansteckung zu schützen. 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.

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. Obwohl es ordnungspolitisch grundsätzlich richtig ist, auf Krisensituationen mit Stabilisierungsmaßnahmen zu reagieren, ist dabei nicht zuletzt die demografische Entwicklung zu berücksichtigen. Aufgrund der speziellen demografischen Situation in Deutschland, die sich je nach Perspektive als Unterjüngung oder Überalterung der Bevölkerung

beschreiben lässt, gewinnt die Problematik einer mittel- und langfristig gerechten generationenübergreifenden Lastenverteilung besonderes Gewicht.

c) Gerechtigkeitsrelevante Verteilungsprobleme im Gesundheitssystem

Von besonderer Brisanz waren im bisherigen Verlauf der COVID-19-Pandemie verschiedene Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. Aus der Fülle der im zweiten Kapitel bereits angesprochenen Einzelprobleme seien hier nur drei vertiefend aufgegriffen: erstens aus der Fokussierung auf an COVID-19 Erkrankte entstandene Nachteile für Personen mit anderem medizinischen Behandlungsbedarf, zweitens der Umgang mit extremem Mangel an intensivmedizinischen Ressourcen, welcher in einigen Ländern sogenannte Triage-Entscheidungen unumgänglich machte, und drittens Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im Kontext der Impfstrategie.

Im Blick auf den ersten Problembereich führte die starke Fokussierung der öffentlichen Aufmerksamkeit auf an COVID-19 Erkrankte im Verbund mit einem ad hoc etablierten System von sogenannten Freihaltepauschalen für die Krankenhausbetreiber zeitweise dazu, dass andere Personengruppen mit dringendem (z. B. onkologischem) Behandlungsbedarf nicht unerheblichen und teilweise nicht wiedergutzumachenden gesundheitlichen Schaden erlitten (vgl. Abschnitte 2.3.1, 2.4.1). Im Interesse der Gerechtigkeit sollten 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.

Zu einer intensiven öffentlichen Debatte führte auch der zweite Problembereich, die Priorisierung knapper intensivmedizinischer Ressourcen unter Pandemiebedingungen. Trotz im internationalen Vergleich großer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten wurden auch in Deutschland infolge exponentiell steigender Infektionszahlen 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).²⁸⁴ Umstritten war dabei unter anderem, ob es möglich ist, die beiden von den meisten medizinischen Fachgesellschaften verwendeten Kriterien der „Dringlichkeit“ und der „Erfolgsaussicht“ der Behandlung²⁸⁵ so zu spezifizieren und in konkrete medizinische Handlungsanweisungen umzusetzen, dass auch indirekte Formen der Diskriminierung (z. B. befürchtet für Menschen mit Behinderung) wirksam ausgeschlossen werden können.²⁸⁶

²⁸⁴ Vgl. Deutscher Ethikrat 2020a.

²⁸⁵ Vgl. DIVI-Empfehlungen (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/040-013.html>).

²⁸⁶ Vgl. Bormann 2021a; Lob-Hüdepohl 2020.

Mittlerweile hat das Bundesverfassungsgericht den Beschwerden mehrerer Menschen mit Behinderung stattgegeben und festgestellt, dass „[d]er Gesetzgeber [...] Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG verletzt [hat], weil er es unterlassen hat, Vorkehrungen zu treffen, damit niemand wegen einer Behinderung bei der Zuteilung überlebenswichtiger, nicht für alle zur Verfügung stehender intensivmedizinischer Ressourcen benachteiligt wird“. Der Gesetzgeber müsse dies nun „unverzüglich [durch] geeignete Vorkehrungen“ sicherstellen.²⁸⁷ Innerhalb dieses kriterialen Rahmens bliebe Raum für die medizinischen Fachgesellschaften, zusätzliche konkretisierende Leitlinien für Triage-Entscheidungen zu entwickeln.

Hinzu kamen kontroverse rechtliche Bewertungen insbesondere der Ex-post-Triage, die das ärztliche Personal mit erheblicher Rechtsunsicherheit konfrontierten.²⁸⁸ Übersehen wurde in der akademischen Debatte jedoch zumeist, dass schon im vorklinischen Bereich regelmäßige Priorisierungen – und dann in der Folge Selektionsentscheidungen – auf unklarer kriteriologischer Basis im Sinn einer „grauen Triage“ vorgenommen wurden. Dies betrifft etwa das bereits unter 2.3.1 beschriebene Phänomen, dass zahlreiche Patientinnen und Patienten aus stationären Einrichtungen der Altenhilfe gar nicht erst einer klinischen Behandlung zugeführt wurden, obwohl diese erforderlich und mit ausreichender klinischer Erfolgsaussicht möglich gewesen wäre. 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 WHO möglichst einheitliche internationale Empfehlungen zum Umgang mit diesen für alle Betroffenen (auch Angehörigen) extrem belastenden Entscheidungen erarbeitet werden.

Im allgemeinen Bewusstsein dürften Fragen der Verteilungsgerechtigkeit vor allem mit dem dritten Problembereich verbunden sein, in dem es um die nähere Ausgestaltung einer angemessenen Impfstrategie geht. Wegen des unterschiedlichen Charakters der hier einschlägigen Probleme bietet es sich an, zwischen einer nationalen und einer internationalen Perspektive zu differenzieren. 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 Impfreihenfolge bedarf, sondern ebenso entschieden werden muss, ob und in welchem Umfang geltende Beschränkungen für Geimpfte aufgehoben werden sollen. Der Deutsche Ethikrat hat zwar zusammen mit der STIKO und der Leopoldina einvernehmlich klare Kriterien zur Impfpriorisierung formuliert, indem er auf die Gefahr für einen schweren oder gar tödlichen Verlauf und das berufliche Ansteckungsrisiko oder weitere Umstände wie beengte Wohnverhältnisse verwies.²⁸⁹ Er hat sich bisher aber nicht explizit zu den gerechtigkeitsethischen Grundlagen einer Rückgewähr von Freiheitsrechten für Geimpfte unter der Voraussetzung geäußert, dass von diesen

²⁸⁷ BVerfG, Beschluss vom 16.12.2021, Az. 1 BvR 1541/20 (http://www.bverfg.de/e/rs20211216_1bvr154120.html).

²⁸⁸ Vgl. auch dazu die Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ vom 27. März 2020, deren nicht unumstrittene Aussagen zur Bewältigung dilemmatischer Entscheidungssituationen den Deutschen Ethikrat dazu bewogen haben, das Thema der Triage am 24. März 2021 noch einmal im Rahmen eines Forums Bioethik intensiv zu diskutieren (<https://www.ethikrat.org/forum-bioethik/triage-priorisierung-intensivmedizinischer-ressourcen-unter-pandemiebedingungen> [09.03.2022]).

²⁸⁹ Vgl. Ständige Impfkommission/Deutscher Ethikrat/Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2020, 3.

weniger Gefahr für eine Weiterverbreitung des Virus ausgeht.²⁹⁰ Auch die gerechtigkeitsethischen Implikationen einer bereichs- bzw. tätigkeitsspezifischen oder sogar generellen Impfpflicht, die in einzelnen Ländern bereits umgesetzt wurde und auch in Deutschland wegen der bislang vergleichsweise niedrigen Impfquote aufgrund der vierten Welle mit dramatischen Infektionszahlen verstärkt diskutiert wird, bedürfen sorgfältiger Reflexion. Der Deutsche Ethikrat hat in seinen Ad-hoc-Empfehlungen „Zur Impfpflicht gegen Covid-19 für Mitarbeitende in besonderer beruflicher Verantwortung“ und „Ethische Orientierung zur Frage einer allgemeinen gesetzlichen Impfpflicht“²⁹¹ erste Überlegungen zu diesen Fragen unter ausdrücklicher Bezugnahme auf ethische Grundkriterien und insbesondere auf Gerechtigkeitsaspekte vorgelegt (vgl. Abschnitt 2.2.6).

Gerade die Impffthematik 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. Für die politische Entscheidungsfindung zu diesen Fragen spielen unterschiedliche Aspekte eine Rolle:

Aus *ethischer* Perspektive ist ein universaler Ansatz bei der Verteilung von Impfstoffen schon deswegen geboten, weil sich die Gründe für die Überzeugungskraft bestimmter Priorisierungskriterien *ceteris paribus* nicht geografisch einschränken lassen, sondern als Vernunftgründe eine universale Plausibilität beanspruchen. 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. Die Pandemie hat vor Augen geführt, dass die rasche weltweite Verbreitung von Krankheitserregern eng mit der globalisierten Wirtschaft und Reisetätigkeit zusammenhängt. Dabei sind die Bevölkerungen der Länder des Globalen Südens, die von der globalisierten Wirtschaft und Reisetätigkeit weniger profitieren, von der COVID-19-Pandemie und ihren medizinischen und gesellschaftlichen Folgen ebenso oder sogar noch stärker betroffen. 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.²⁹² Hinzu treten internationale Verpflichtungen Deutschlands zur Solidarität mit anderen Ländern bei der Bewältigung der Pandemie und ihrer Folgen etwa aus völkerrechtlichen Verträgen oder aus dem Europarecht der EU.

Auf *politischer* Ebene kommen neben diesen normativen Überlegungen weitere Elemente hinzu, insbesondere politische Verpflichtungen gegenüber anderen Staaten, darunter auch solchen des

²⁹⁰ Die Ad-hoc-Empfehlung „Besondere Regeln für Geimpfte?“ vom 04.02. 2021 klammert diese Thematik wegen des damals unzureichenden Wissensstandes zur Infektiosität Geimpfter noch aus.

²⁹¹ Diese Ad-hoc-Empfehlung wurde auf Bitten der Regierungen von Bund und Ländern kurzfristig erstellt und am 22.12.2021 veröffentlicht.

²⁹² Vgl. etwa den Amtseid des Bundespräsidenten, des Bundeskanzlers und der Bundesminister (Art. 56, 64 Abs. 2 GG): „Ich schwöre, daß ich meine Kraft dem Wohle des deutschen Volkes widmen, seinen Nutzen mehren, Schaden von ihm wenden [...] werde.“

Globalen Südens, weitere europa- oder außenpolitische Erwägungen und nicht zuletzt auch das aufgeklärte Eigeninteresse der Staaten an einer effektiven Bekämpfung der Pandemie. So fällt etwa die Bekämpfung der Pandemie nicht in die Zuständigkeit der EU, sondern ihrer Mitgliedstaaten, ist also im Grundsatz Gegenstand nationaler Politik. Gleichwohl haben diese nach anfänglichem Schwanken ihre Politik in vielen Bereichen koordiniert. Zum Teil, etwa bei der Beschaffung von Impfstoffen und ihrer Verteilung, haben die Staaten der EU auch frühzeitig einen europäischen Ansatz verfolgt. Neben der Erwartung, dadurch einen besseren Zugang zu Impfstoffen zu bekommen, als das bei einem einzelstaatlichen Vorgehen möglich gewesen wäre, spielten dabei die Denkfigur einer „europäischen Solidarität“ und andere politische Erwägungen eine Rolle.

Für die erfolgreiche Eindämmung einer Pandemie bedarf es letztlich auch im wohlverstandenen Eigeninteresse der Staaten eines globalen Ansatzes, da sonst immer neue Virusvarianten entstehen, die sich früher oder später in alle Weltregionen ausbreiten und daher auch diejenigen Staaten (wieder) betreffen, die davon bis dato verschont geblieben sind oder sie (derzeit) erfolgreich eingedämmt haben (vgl. Abschnitt 2.1.4). Neben der ethisch, rechtlich und/oder politisch gebotenen Solidarität liegt es deshalb auch im Interesse der reicheren Staaten, Impfstoffe global zugänglich zu machen und sich bei Initiativen wie COVAX zu beteiligen. Weil derartige Initiativen neben dem Interesse an einer effektiven Pandemiebekämpfung noch von weiteren (außen-)politischen Interessen der beteiligten Staaten und außerdem von Interessen der beteiligten Unternehmen bestimmt werden, ist eine ethische Reflexion erforderlich, inwieweit sie den oben genannten ethischen Anforderungen der Verteilungsgerechtigkeit entsprechen.

4.4.2 Befähigungsgerechtigkeit

Die ethische Diskussion der letzten Jahrzehnte hat gezeigt, dass es nicht reicht, die Gerechtigkeitsthematik einfach nur auf die Verteilung bestimmter Güter zu reduzieren. 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. Aufgrund der zentralen Bedeutung des Fähigkeitsbegriffs nicht nur für entwicklungspolitische Ziele, sondern auch für gerechtigkeitsethische Analysen spricht man auch von Befähigungsgerechtigkeit.²⁹³ Die methodische und ebenso inhaltliche Relevanz dieses sogenannten *capability approach* für Fragen der Pandemiebewältigung liegt darin, dass sich diese Theoriemodelle nicht auf den Entwurf einer idealen wohlgeordneten Gesellschaft konzentrieren. Vielmehr sind sie in dem Sinn komparativ ausgerichtet, dass sie alternative Handlungsstrategien nach ihren Gesamtfolgen beurteilen, wobei sie die jeweiligen Ergebnisse im Unterschied zu konventionellen konsequentialistischen Ansätzen nicht allein mittels rein quantitativer Parameter beurteilen, sondern auch prozedurale Aspekte berücksichtigen.²⁹⁴ Durch das Anknüpfen an diesem Ansatz lassen sich wichtige Einsichten der zeitgenössischen politischen Ethik – etwa bezüglich transparenter kommunikativer Verfahren und niederschwelliger Partizipationsmöglichkeiten Betroffener als

²⁹³ Vgl. z. B. Dabrock 2012.

²⁹⁴ Vgl. Sen 2009.

notwendiger Voraussetzungen einer breiten Akzeptanz von Entscheidungen – für den Gerechtigkeitsdiskurs fruchtbar machen. Gerade im Licht der oben angestellten Überlegungen zur Vulnerabilität und Resilienz dürfte sich eine Orientierung an bestimmten Grundfähigkeiten – allen voran der grundlegenden Handlungsfähigkeit von Personen, Institutionen und Systemen²⁹⁵ – auch für eine rückblickende Bewertung der unterschiedlichen Maßnahmen zur Pandemieeindämmung als hilfreich erweisen. So lassen sich die Stärken und Schwächen der von verschiedenen Ländern erprobten materialen und prozeduralen Strategien nur auf der Grundlage einer differenzierten Analyse ihrer empirisch nachweisbaren Resultate angemessen beurteilen.

4.5 Solidarität

Die COVID-19-Pandemie hat in der großen Breite der Bevölkerung eine erstaunlich hohe Solidarbereitschaft offenkundig gemacht.²⁹⁶ 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 und – worauf der Deutsche Ethikrat bereits zu Beginn der Pandemie hingewiesen hat – „Nutzen und Lasten [...] *jedenfalls auf lange Sicht* fair und gerecht verteilt“²⁹⁷ werden sollten.

Solidarität besteht in der Bereitschaft, eigene Ansprüche, die einer Person oder einer Personengruppe unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten prinzipiell zustehen, zugunsten anderer zumindest zeitweilig zurückzustellen. Als solidarisch werden solche Einstellungen, Dispositionen und Handlungen sowie institutionelle und vertragliche Regelungen bezeichnet, die dazu dienen, „andere zu unterstützen, oder zumindest [...] eine Neigung auszudrücken, helfen und unterstützen zu wollen“.²⁹⁸ Wesentlich für solche Hilfsbereitschaft ist, dass sie die Hilfsbereiten etwas „kostet“ – sei es finanziell, emotional, zeitlich oder indem ein ansonsten vermeidbares persönliches Risiko eingegangen wird. 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. Gleichwohl liegt eine Zumutung in der Erwartung an weniger bedrohte Bevölkerungsgruppen, auf die Durchsetzung ihres eigenen Anspruchs auf Gesundheitsschutz zu verzichten, den eine möglichst schnelle Impfung bedeuten würde.²⁹⁹

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,

²⁹⁵ Vgl. Bormann 2021b.

²⁹⁶ Das Kriterium der Solidarität besitzt – wie das ethische Verständnis von Gerechtigkeit – eine sehr heterogene Begriffsgeschichte und wird weder in den verschiedenen Fachdisziplinen noch in der Öffentlichkeit einheitlich verwendet. Für eine ausführliche Übersicht zur Begriffsgenese und konkurrierenden Solidaritätsbegriffen siehe Prainsack/Buyx 2016.

²⁹⁷ Deutscher Ethikrat 2020a, 5.

²⁹⁸ Bayertz 1996, 308.

²⁹⁹ Vgl. Ständige Impfkommision/Deutscher Ethikrat/Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2020, 2.

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. Freiwillige Solidaritäten zählen oftmals zu den sogenannten supererogatorischen Leistungen, die über die üblichen moralischen Verpflichtungen hinausgehen und keiner Person abverlangt werden können. Wer Solidarität in diesem Sinn übt, verbindet damit in der Regel nicht die Erwartung einer ähnlichen Gegenleistung, sollte er oder sie solcher Unterstützung selbst bedürfen. Im Fall staatlich verordneter Pflichtsolidaritäten ist dies anders. Die Bereitschaft, solche Solidarität nicht nur aus Gründen des Zwangs zu üben, sondern auch aus innerer Überzeugung zu praktizieren, lebt von einer Reziprozitätserwartung – der Erwartung also, dass im Fall eigener Bedürftigkeit mit einer umgekehrten solidarischen Unterstützungsleistung gerechnet werden kann. Diese Reziprozitätserwartung, die im Idealfall von der Solidarität einfordernden Seite durch eine Reziprozitätsgarantie bekräftigt wird, bildet den normativen Kern vieler Bereiche des Systems sozialer Sicherungssysteme wie der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, aber auch anderer Systeme solidarischer Absicherungen gegen den Eintritt von Schadensfällen, deren Kompensation die Einzelnen überfordern könnte.³⁰⁰

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. Wohlgemerkt schwindet in solchen Fällen nicht nur die Akzeptanz, sondern auch die moralische Legitimität von Solidarität als (staatlich auferlegter) Pflicht. Im Unterschied zur freiwillig geübten Solidarität wohnt der Pflichtsolidarität ein Gerechtigkeitsmoment inne. Die Pflicht zur Übernahme von Leistungen und zur Zurückstellung eigener Ansprüche zugunsten anderer ist nur dort gerechtfertigt, wo die Begünstigten nicht überproportional profitieren und wo die Kosten „leistungsgerecht“ und angemessen verteilt werden. Die Legitimität von Pflichtsolidaritäten hängt damit in entscheidendem Maß davon ab, dass der „Nutzen“ (also etwa die Schutzeffekte für die Begünstigten) und die „Kosten“ (also etwa die sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen, gesundheitsbezogenen usw. Schadenspotenziale) so weit als möglich valide ermittelt und transparent gemacht werden. Nur auf dieser Grundlage können die abverlangten Solidarpflichten den Betroffenen plausibel dargelegt werden.

4.6 Vertrauen

Ob die durch unterschiedliche Pandemieschutzmaßnahmen zur Solidarität verpflichteten Personen(-gruppen) ihre Belastungen als plausibel und begründet ansehen, hängt auch wesentlich

³⁰⁰ Vgl. dazu auch ausführlicher Deutscher Ethikrat 2017, 227–230.

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 es 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. Vertrauen erweist sich gerade hier als die notwendige Disposition, mit deren Hilfe die einzelne Person die Komplexität gesellschaftlicher (hier: pandemiebezogener) Sachverhalte in einer Weise reduzieren kann, dass sie selbst handlungs- und urteilsfähig bleibt.³⁰¹

4.6.1 Vertrauen als moralisches Gut

Schon aus diesem Grund ist Vertrauen ein hohes moralisches Gut, welches in ethischen Güterabwägungen eine wichtige Rolle spielt.³⁰² Dies gilt umso mehr, als falsches Vertrauen Personen in trügerischer Sicherheit wiegen kann. Berechtigt ist das Vertrauen in eine Person oder Institution vor allem dann, wenn sich deren Informationen, Aussagen und Einschätzungen wiederholt als zutreffend erweisen beziehungsweise kritischer Überprüfung standhalten. Während der COVID-19-Pandemie hat sich gezeigt, wie Menschen agieren und reagieren, wenn sie relevanten Institutionen nicht mehr vertrauen und eine Krise des Vertrauens um sich greift. Gerade in Zeiten großer Verunsicherung und Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Pandemie und ihre Folgen ist Vertrauen von großer Bedeutung. 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 (vgl. Abschnitt 4.5) dazu führen, dass die Akzeptanz von Infektionsschutzmaßnahmen schwindet.

Vertrauen lässt sich als Grundrelation beschreiben, in der eine Person(-engruppe) sich auf eine andere Person(-engruppe) oder eine Institution verlässt, eine bestimmte, für die vertrauende Person erhebliche Angelegenheit zu regeln beziehungsweise zu gewährleisten.³⁰³ Vertrauen beschreibt also eine Relation zwischen mindestens zwei Akteuren in Bezug auf einen Sachverhalt beziehungsweise eine Handlung.³⁰⁴ Damit wird Vertrauen über eine psychologisch relevante, vorsprachliche Grunddisposition des Menschen hinaus zu einer moralischen Praxis.³⁰⁵ Denn die vertrauende Person bindet die Person (oder auch Institution) „ihres Vertrauens“ in eine Beziehung ein, die die

³⁰¹ Vgl. Luhmann 2000.

³⁰² Vgl. dazu auch Simon 2020.

³⁰³ Um von Vertrauen zu reden, werden an die Übernahme der anvertrauten Handlung in der Ethik zumeist weitere Bedingungen gekoppelt. Diese spricht Annette Baier in ihrem grundlegenden Aufsatz „Trust and Antitrust“ als Wohlwollen (*goodwill*) gegenüber dem Vertrauenden und seinem Anliegen an (vgl. Baier 1986).

³⁰⁴ Das Selbstvertrauen ist hier ein spezieller Fall, da eine Person beide Akteursrollen in sich vereint (vgl. dazu Foley 2020).

³⁰⁵ Vgl. dazu Baier (1986, 260): „Trust is a fragile plant, which may not endure inspection of its roots, even when they were, before the inspection, quite healthy.“

Vertrauensperson oder Institution zur Vertrauenswürdigkeit verpflichtet. Dies bedeutet, dass die Person das ihr entgegengebrachte Vertrauen entweder nicht enttäuschen darf oder den entgegengebrachten Vertrauensvorschuss ausdrücklich zurückzuweisen muss, falls sie sich zur Gewährleistung aus welchen Gründen auch immer nicht gewillt und/oder in der Lage sieht.³⁰⁶

Vertrauen ist für eine gelingende Lebensführung unersetzlich. Entgegengebrachtes Vertrauen kann aber enttäuscht, missbraucht und verletzt werden. Dies ist ein Aspekt der Verletzlichkeit jedes Menschen. Vertrauen und Verletzlichkeit beziehungsweise Verletzbarkeit hängen folglich zusammen: Im Akt des Vertrauens werden wir verletzlich und hoffen darauf, dass diejenigen, denen wir vertrauen, dieses Vertrauen nicht missbrauchen.³⁰⁷ Es ist daher von gleichermaßen theoretischer wie praktischer Relevanz, denjenigen und nur denjenigen zu vertrauen, die unseres Vertrauens würdig sind. Die Identifizierung vertrauenswürdiger Akteure ist eine entscheidende Voraussetzung für gerechtfertigtes Vertrauen. Allerdings ist die sichere Bewertung von Vertrauenswürdigkeit alles andere als trivial, müssen wir doch die, denen wir vertrauen, sowohl epistemisch als auch moralisch einschätzen.³⁰⁸ Die Frage ist, ob Akteure und Institutionen hinreichend kompetent sowie angemessen motiviert sind, das in sie gesetzte Vertrauen zu erfüllen.

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. Beide Seiten der Vertrauensrelation sind gefordert, wenn es insbesondere in Zeiten der Verunsicherung und der Krise gelingen soll, Herausforderungen vertrauensvoll gemeinsam zu bewältigen. Wer Vertrauen gewinnen oder nicht verspielen möchte, muss durch umfassende und verlässliche Informationen zu kritischen Entscheidungen eine Vertrauensbasis schaffen. Informationen, die sich als falsch oder unvollständig herausstellen, können Vertrauen verspielen und eine Vertrauenskrise auslösen. Wer auf der anderen Seite insbesondere in Situationen der Abhängigkeit oder des Entscheidungsdrucks darauf angewiesen ist, Vertrauen zu schenken, tut wohl daran, sich vor der Gefahr naiven oder blinden Vertrauens in Acht zu nehmen. Ein gewisses Maß an Misstrauen etwa gegenüber mitgeteilten Informationen und Entscheidungsgründen ist für eine tragfähige Vertrauensbeziehung unerlässlich.

Im Folgenden wird differenziert zwischen personalem und institutionellem Vertrauen. Personales Vertrauen umfasst die Dimensionen des Selbstvertrauens und des Vertrauens in andere, auf die Personen in Krisen verwiesen und angewiesen sind. Institutionelles Vertrauen hingegen bezieht sich auf das Vertrauen in Institutionen und in institutionelle Abläufe. Zu den besonders wichtigen Institutionen während einer Pandemie gehören neben der Politik, den Medien und dem Gesundheitswesen³⁰⁹ insbesondere auch die Wissenschaft³¹⁰ im Allgemeinen und die medizinische Forschung im Besonderen. Die Perspektive der Wissenschaft wird daher in einem dritten Punkt gesondert dargelegt.

³⁰⁶ Vgl. Hartmann 2011; Wieseemann 2016.

³⁰⁷ Vgl. Wieseemann 2016; Hartmann 2020.

³⁰⁸ Vgl. O'Neill 2020; Scheman 2020.

³⁰⁹ Vgl. Nickel/Frank 2020.

³¹⁰ Vgl. Rolin 2020.

4.6.2 Personales Vertrauen

In Situationen der Ungewissheit, wie Pandemien sie darstellen, zeichnen sich viele Vertrauenspersonen durch spezifische Sach- und Fachkenntnisse aus. Dies betrifft zum Beispiel im Gesundheitswesen Tätige. In besonderem Maße auf Vertrauen angewiesen sind in Krisensituationen wie Pandemien aber auch staatlich Entscheidungsbefugte, von denen erwartet wird, dass sie sich für das Wohl, die Sicherheit, die Gesundheit und die Grundrechte der Menschen einsetzen. Wenn Vertrauenspersonen in einer solchen Situation das in sie gesetzte Vertrauen enttäuschen, fällt dies auf die Akzeptanz von Maßnahmen zurück, die sie empfehlen oder vorschreiben. Außerdem erodiert ihre Anerkennung als Vertrauensperson. Dies kann beispielsweise der Fall sein, 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. Professionelles Selbstvertrauen ist grundlegend dafür, Vertrauenswürdigkeit in sozialen Interaktionen zu vermitteln. Weil es insofern eine entscheidende Ressource einer kompetenten Gesundheitsversorgung darstellt, sollten Einrichtungsleitungen seine Rückgewinnung durch entsprechende Unterstützungsangebote fördern.

4.6.3 Vertrauen in Institutionen

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. Der Infektionsschutz, der während der COVID-19-Pandemie in Einrichtungen der Langzeitpflege wie auch der Eingliederungshilfe und der Sozialpsychiatrie praktiziert wurde, ließ vielfach die pflegerischen und psychosozialen Maßnahmen in den Hintergrund rücken, die für Lebensqualität, Privatheit, soziale Teilhabe, Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung sowie für die leibliche und psychische Integrität der in diesen Einrichtungen Versorgten von entscheidender Bedeutung sind.³¹¹ Insbesondere die hohe Mortalität und die Umstände des Sterbens unter älteren Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen (vgl. Abschnitt 2.3.1) sowie die eingeschränkte Verlässlichkeit in institutionelle Versorgungsangebote wie zum Beispiel Kitas und Schulen haben das Vertrauen in das Sozial-, Gesundheits- und Bildungssystem erschüttert.

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. Andererseits ist während einer Pandemie das personale Vertrauen auf die Sicherheit und

³¹¹ Vgl. Deutscher Ethikrat 2020b.

die Stabilität der Institution und auf das Vertrauen in die Institution angewiesen. Ist es zum Beispiel aufgrund fehlender personaler Ressourcen nicht möglich, in Kitas, Schulen und Gesundheitseinrichtungen den Anforderungen des Infektionsschutzes vollumfänglich Rechnung zu tragen, können die dort Tätigen kaum Vertrauen in die Institutionen ermöglichen. Trotz seiner eminenten Bedeutung für das institutionelle Vertrauen greift es demnach 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.

4.6.4 Vertrauen in die Wissenschaften

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. Damit verstärkten sie – womöglich unbewusst – eine Erwartungshaltung an *die* Wissenschaft, letztverbindliche und unumstößliche Wahrheiten über die verschiedenen Aspekte der Pandemie zu generieren und der Politik und Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Zwar ist eine solche Erwartungshaltung angesichts der auf weite Teile der Bevölkerung bedrohlich und überfordernd wirkenden Unübersichtlichkeit der Pandemie durchaus verständlich. Die Wissenschaftsgemeinschaft konnte und kann dieser Erwartungshaltung jedoch schlechterdings nicht entsprechen, weil empirisches Wissen grundsätzlich vorläufig und fallibel ist. Es entsteht in einem stetigen Prozess der Bildung von Hypothesen, die unter fortwährender Kritik durch die Wissenschaftsgemeinschaft bestätigt beziehungsweise widerlegt werden. Sichtbares Zeichen solcher wissenschaftsimmanenter Überprüfungspraktiken ist die Tatsache, dass besonders empirische Studien im Grundsatz erst dann in einschlägigen Fachjournalen veröffentlicht werden, wenn sie ein umfangreiches Peer-Review-Verfahren erfolgreich durchlaufen haben.

Die Anerkennung der Vorläufigkeit wissenschaftlicher Erkenntnis und die Bereitschaft, alle Prämissen und Erkenntnisse jederzeit erneut auf den Prüfstand zu stellen, ist eine Tugend der Wissenschaft. Diese epistemische Tugend wird freilich in der Öffentlichkeit mitunter als Schwäche wahrgenommen, die das Vertrauen in *die* Wissenschaft schnell erschüttern kann. Insofern muss die Wissenschaftsgemeinschaft alles tun, um die ihr eigene Logik immer wieder zu betonen und plausibel zu machen. 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. Zudem müssen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die sich in politischen Kontexten öffentlich äußern, deutlich kenntlich machen, ob sie sich zu einem bestimmten Aspekt als Wissenschaftstreibende oder als Bürgerinnen beziehungsweise Bürger äußern. Äußern sie sich als Letztere, schmälert das zwar nicht die Bedeutsamkeit ihrer Aussage. Gleichwohl kann ihre Äußerung nicht die Autorität wissenschaftlicher Expertise in Anspruch nehmen.

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.

4.7 Verantwortung

Wie ausführlich dargelegt wurde, ist Vertrauen ebenso unverzichtbar für die gelingende Lebensführung des Individuums wie für die Funktionstüchtigkeit ganzer Gesellschaften. Vertrauen in Personen wie Institutionen stiftet jenes Maß an objektiv gegebener wie subjektiv empfundener Verlässlichkeit, das für die Gewährleistung beziehungsweise für die Realisierung von Freiheit unerlässlich ist – Freiheit nicht zuletzt verstanden als Freiheit von Not und Unsicherheit und damit als Freiheit zur Gestaltung des eigenen gelingenden Lebens. Insofern Vertrauen ein hohes moralisches Gut ist, obliegt gerade in Zeiten der Pandemie allen die moralische Pflicht, *verantwortlich* mit diesem fragilen Gut umzugehen und ihm in den Güterabwägungen einen hohen Stellenwert zuzumessen.

Verantwortung wird aufgefasst als (mindestens) dreistellige Relation zwischen einem *Verantwortungssubjekt* (Einzelperson, kollektive Akteure, staatliche Organe usw.), einem *Objekt* der Verantwortung (Handlungen, Entscheidungen, Gesetze, Verordnungen usw.) sowie einer *Verantwortungsinstanz* (beteiligte beziehungsweise spezifisch betroffene Personen, Gruppen, Institutionen, heutige oder zukünftige Generationen usw.; klassisch aber auch persönliches Gewissen, Gesetz, Gott), der gegenüber das Verantwortungssubjekt für sein Handeln, Entscheiden, Verordnen usw. einzustehen hat oder von der es zur Verantwortung gezogen wird.³¹²

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“³¹³ auf.

³¹² In anderen Sachkontexten ist ein stärker ausdifferenzierter Verantwortungsbegriff angemessener, der weitere Verantwortungsrelationen kennt. Da sich die vorliegende Stellungnahme auf die Bestimmung des Verantwortungssubjekts konzentriert, erscheint die Grundrelation aus Subjekt, Objekt und Instanz ausreichend.

³¹³ Vgl. Deutscher Ethikrat 2017, 249 f.; 2018, 86 f.

Am einfachsten gelingt die Bestimmung einer persönlichen Verantwortung, die jedes Mitglied einer Gesellschaft durch die Einhaltung staatlich verordneter oder auch freiwillig sich zu eigen gemachter Schutzmaßnahmen für die Abwehr unmittelbarer Gesundheitsrisiken für sich selbst und vor allem für andere übernimmt. Aber schon hier zeigen sich moralisch relevante Mischformen persönlicher Verantwortung: Die Einhaltung der elementaren AHA-L-Regeln (physischer Abstand, Hygiene, Alltag mit Maske, Lüften) kann zwar in gewissen Teilen des öffentlichen Lebens staatlich verordnet und kontrolliert werden. 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. Die Verantwortungsinstanz ist dann nicht die „Obrigkeit“, sondern das eigene Gewissen beziehungsweise die vom eigenen Handeln konkret betroffenen anderen Personen.

Neben der Ebene der persönlichen Verantwortung ist im Kontext einer Pandemie vor allem die Ebene der staatlich beziehungsweise korporativ wahrgenommenen Verantwortung sehr bedeutsam. Beispielsweise lässt sich die komplexe und tiefgreifende Weise, in der Infektionsschutzverordnungen in die alltägliche Lebensführung von Millionen von Menschen eingreifen und deren Lebenssituation teilweise gravierend verändern, wohl nur mit dem bereits erwähnten Konzept der „Multiakteursverantwortung“ angemessen erfassen. 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. Eine Verantwortungsdiffusion³¹⁴ droht etwa dann, wenn das Objekt der Verantwortung kaum zu überschauen ist. Verantwortung erstreckt sich ja nicht nur auf die unmittelbaren Folgen von Handlungen, Entscheidungen oder Verordnungen, sondern auch auf deren langfristige Folgen sowie alle (unbeabsichtigten) Nebenfolgen. Allerdings sind diese häufig weder zuverlässig rückwirkend identifizierbar noch vorausschauend prognostizierbar.³¹⁵ Trotz eines grundsätzlichen Gefühls von Verantwortung erleben sich deshalb viele Verantwortungssubjekte – einzelne ebenso wie kollektive – als machtlos und weisen demzufolge konkrete Verantwortung von sich. Das Konzept einer Multiakteursverantwortung kann gegen die Gefahr lähmender Verantwortungsdiffusion und Verantwortungslosigkeit durch eine präzise Beschreibung von Entscheidungs- und Einwirkungsmöglichkeiten wenigstens Sichtachsen auf rollenspezifische Verantwortlichkeiten und Verantwortungsbereiche eröffnen.

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. Dies betrifft alle Maßnahmen

³¹⁴ Nunner-Winkler 1993, 1190.

³¹⁵ Zu diesen zeitlichen Bezügen siehe auch Heidbrink 2017.

und Regelungen, die um der Rechtsgleichheit aller Betroffenen willen einheitlich gelten und deshalb übergeordnet von der politischen Makroebene getroffen werden müssen. Dieses Prinzip verhindert die ungebührliche Einschränkung der Entscheidungsspielräume von Verantwortlichen unterer Ebenen und insbesondere auf der Mikroebene individueller Beziehungen und Interaktionen.

5 Güterabwägungen in einer Pandemie

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 staatliche Güterabwägungen anleiten, diachron und synchron kohärent bleiben. Dies bedeutet, dass sie in ihrer Gesamtheit stimmig und wohlbegründet sind. Ethik und Jurisprudenz sind für diese Thematik die beiden normativen Leitdisziplinen.

Die zeitgenössische philosophische Ethik beurteilt die Kohärenz einer Praxis in Abhängigkeit von den jeweils zugrundeliegenden Paradigmen. Zum Beispiel verlangen Theorien der konsequentialistischen (folgenorientierten) Ethik von einer kohärenten Praxis, dass zum Erreichen der verfolgten Ziele die optimalen Mittel gewählt beziehungsweise die Konsequenzen optimiert werden. Diese Beurteilung setzt bei mehreren Zielen voraus, dass es ein gemeinsames Bewertungsmaß (im Fall des Utilitarismus: Nützlichkeit) gibt, das die jeweilige Zielerreichung gewichtet beziehungsweise die unterschiedlichen Ziele einem übergeordneten Ziel unterstellt. In konsequentialistischen Konzeptionen gilt etwa die Summe der erreichten Lebensverlängerungen durch präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen als geeignetes Bewertungsmaß der Konsequenzen medizinischer Praxis. Utilitaristische Varianten des ethischen Konsequentialismus führen Gewichtungsfaktoren der Lebensverlängerung ein, die das Wohlergehen der Personen berücksichtigen.

Theorien deontologischer Ethik berücksichtigen zwar ebenfalls die Effektivität von Maßnahmen, sie verlangen jedoch kein einheitliches Bewertungsmaß für unterschiedliche Ziele, und sie orientieren sich nicht ausschließlich an den Folgen der Maßnahmen für die Zielerreichung. Maßnahmen, die zwar effektiv wären, aber eine unzulässige Einschränkung individueller Freiheitsrechte oder eine ungerechte Verteilung der Lasten von Infektionsschutzmaßnahmen zur Folge hätten, lehnen sie ab (deontologische Einschränkung der Optimierung). Pluralistische deontologische Theorien berücksichtigen eine Vielzahl normativer Kriterien für Individualrechte und Gerechtigkeit. Anders als monistische Theorien, die – wie etwa die Moralkonzeptionen in der Tradition Immanuel Kants – diese Kriterien auf ein einziges Prinzip zurückführen, erkennen sie in der Regel an, dass es zu Dilemma-Situationen kommen kann. Pluralistische deontologische Konzeptionen gehen also davon aus, dass mehrere normative Kriterien in einen Konflikt geraten können, der in der Praxis keine eindeutige Auflösung kennt. Vorrangregeln, wie die prioritäre Achtung individueller Rechte (das erste Gerechtigkeitsprinzip in John Rawls' „A Theory of Justice“) vor Fragen der Verteilung (Rawls' sogenanntes Differenzprinzip), können in deontologischen Moraltheorien praktische Kohärenz sicherstellen. Auch eine Praxis, die von unterschiedlichen deontologischen Kriterien geleitet ist, muss also Rationalitätsstandards gerecht werden, die diese als kohärent ausweisen.

In der Rechtsordnung dient das Verfassungsprinzip der Verhältnismäßigkeit dazu, praktische Kohärenz zu sichern. Dieses Prinzip vereint konsequentialistische (Wirksamkeit einer Maßnahme) und deontologische Aspekte der normativen Beurteilung (mildester Eingriff in Grundrechte). Es folgen nun zunächst einige Überlegungen zur Bedeutung des verfassungsrechtlichen Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit im Kontext von Güterabwägungen unter den Bedingungen einer Pandemie. Anschließend werden ebenfalls mit Bezug auf Pandemien Grundsätze moralischer Güterabwägungen

diskutiert. In 5.3 werden einige Schlussfolgerungen für die normative Beurteilung von Maßnahmen der Pandemiebekämpfung gezogen.

5.1 Verhältnismäßigkeit als verfassungsrechtlicher Grundsatz für Güterabwägungen

Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist auf Maßnahmen der Pandemieregulierung ebenso anzuwenden wie auf alle anderen staatlichen Maßnahmen auch.³¹⁶ Demnach müssen sie ein verfassungsrechtlich legitimes Ziel verfolgen und zum Erreichen dieses Ziels geeignet, erforderlich und angemessen (zumutbar) sein³¹⁷. „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 milderer 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. Hierbei kommt es auf eine Güterabwägung an, die das Gewicht des verfolgten Regelungsziels einerseits und die Bedeutung des in Rede stehenden Grundrechts im konkreten Anwendungskontext andererseits in den Blick nimmt und beide Größen in eine „praktische Konkordanz“ zu bringen versucht (so das bekannte Wort des früheren Richters des Bundesverfassungsgerichts Konrad Hesse), also beiden möglichst große effektive Geltung verschafft. Dieses Kriterium wirkt gleichsam als „letzte Auffanglinie“, welche regulatorische Maßlosigkeiten, die auf den vorherigen Stufen noch nicht moniert wurden, herausfiltern soll.

Das Bundesverfassungsgericht hat dem demokratisch legitimierten Gesetzgeber namentlich bei Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie angesichts der Dynamik und der Komplexität der Situation und der großen Bedeutung der zu schützenden Rechtsgüter einen weiten Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum zuerkannt.³¹⁸ Dies betrifft die Ebene der Geeignetheit und Erforderlichkeit ebenso wie die der Angemessenheit – insbesondere bezüglich Letzterer ist die Haltung des Bundesverfassungsgerichts allerdings auch auf Kritik gestoßen.³¹⁹

Die Rede von verhältnismäßigen Beschränkungen ergibt allerdings nur Sinn, wenn Grundrechte überhaupt beschränkt werden dürfen. 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. Dahinter

³¹⁶ Die folgenden Ausführungen zur Verhältnismäßigkeit in enger Anlehnung an Rixen 2021a, 209 f.; 2021b, 82 f.; 2021c, 1000.

³¹⁷ Zusätzlich, im Einzelnen hinsichtlich seiner Reichweite allerdings umstrittenen Schutz der Rechtsgüter vermitteln zudem der Wesensgehaltsschutz des Art. 19 Abs. 2 GG sowie Art. 1 Abs. 1 GG, soweit es um den Menschenwürdekern der einzelnen Grundrechte geht.

³¹⁸ BVerfG, Beschluss vom 19.11.2021 („Bundesnotbremse I“), Az. 1 BvR 781/21 u. a., Rn. 171, 185, 202, 204 f., 216 f. (http://www.bverfg.de/e/rs20211119_1bvr078121.html); Beschluss vom 19.11.2021 („Bundesnotbremse II“), Az. 1 BvR 971/21 u. a., Rn. 114, 123, 135 (http://www.bverfg.de/e/rs20211119_1bvr097121.html).

³¹⁹ Vgl. Lepsius 2021.

steht die Vorstellung, dass Grundrechte die Staatstätigkeit in erster Linie moderieren und disziplinieren, aber nicht stoppen sollen. Zugleich wird anerkannt, dass Regulierung – das konkrete Austarieren gegenläufiger Interessen, das zur Auswahl bestimmter Steuerungsinstrumente führt – keine mathematisch präzise Aufgabe ist, sondern politischen Gestaltungsspielraum erfordert. Es kann also, verfassungsrechtlich betrachtet, mehrere gleich „richtige“ Lösungen geben, die politisch unterschiedlich klug erscheinen mögen, aber jedenfalls verfassungsrechtlich gleichermaßen vertretbar sind.

Dass Dinge aus gutem oder weniger gutem Grund anders gesehen werden können, ist ein Erkennungszeichen der Demokratie. Die Bindung des Gesetzgebers an die Grundrechte (Artikel 1 Absatz 3 Grundgesetz) ist gewissermaßen mit einem demokratietheoretisch motivierten Vorbehalt versehen. Anders formuliert: Die „Wirkkraft“ der Grundrechte muss „in der Formensprache eines demokratischen Verfassungsstaates zur Geltung kommen“³²⁰. Demokratie als solche steht also nicht als potenziell grundrechtsfeindlich unter Verdacht, sondern ist im Gegenteil ein Weg, Grundrechten effektive Geltung zu verschaffen, ohne dass es dafür immer nur einen „richtigen“ Weg gäbe, der verfassungsrechtlich vorgegeben wäre. Dieses demokratietheoretisch begründete Verständnis der Grundrechtsbindung, die zum Programm der Verhältnismäßigkeitsprüfung gehört, wird jenseits juristischer Diskurse über Grundrechte zu wenig wahrgenommen.

Wenn aber der Maßstab die Vertretbarkeit ist und nicht eine vorgeblich glasklare Wahrheit, dann sind in dynamischen Krisensituationen, in denen permanent vorläufige Entscheidungen getroffen werden müssen, unterschiedliche Maßnahmen verfassungsrechtlich zulässig – ohne dass damit schon entschieden wäre, dass sie politisch klug sind. Je multipolarer und komplexer die Abwägungen sind, desto weniger ist das politische Ergebnis verfassungsrechtlich punktgenau vorgegeben. Insbesondere in solchen Abwägungskonstellationen sind genuin ethische Debatten, die etwa auch die Menschenrechte als ethische Postulate ernst nehmen, wertvoll und nötig (dazu 4.3).

Das gilt auch beziehungsweise erst recht, wenn man berücksichtigt, dass politische Entscheidungen typischerweise unter Ungewissheitsbedingungen getroffen werden. Unsicherheiten hinsichtlich des zugrundeliegenden Wissens sind nicht etwa ein spezifisches Charakteristikum allein pandemiebezogener Maßnahmen, sondern kennzeichnen letztlich alle zukunftsorientierten und prognosebasierten Entscheidungen. Einen umfassenden Verzicht auf Kontrolle bedeutet dies nicht. Vielmehr verweist das Bundesverfassungsgericht insoweit auf eine Reihe prozeduraler Mechanismen, um eine zumindest eingeschränkte Überprüfung entsprechenden Staatshandelns einschließlich seiner tatsächlichen Grundlagen zu ermöglichen.³²¹

5.2 Grundsätze moralischer Güterabwägungen

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

³²⁰ Kersten/Rixen 2021, 275.

³²¹ Im Überblick: Augsberg/Augsberg 2007.

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. Die Bandbreite moralischer Entscheidungskonflikte ist beträchtlich: Sie reicht von einfachen Konflikten, in denen das vorzugswürdige Gut unmittelbar einsichtig ist, bis zu echten Dilemmata, in denen hohe Güter miteinander konkurrieren und nicht selten zu tragischen Entscheidungen nötigen – tragisch darin, dass der unvermeidbare Schaden in jedem Fall sehr erheblich ist und für sich genommen eigentlich kaum verantwortet werden kann. Auf ethisch gerechtfertigte Weise werden solche Entscheidungskonflikte dann gelöst, wenn im Rahmen moralischer Güterabwägungen eine vernünftig begründete Vorzugswahl getroffen wird.

Güterabwägungen werden auf unterschiedlichen Ebenen und für verschiedene Betroffene vorgenommen. Jede Person beurteilt zunächst auf einer Mikroebene für sich, welche Güter in konkreten Entscheidungssituationen wie gewichtet werden. (Das trifft schon für die Entscheidung zu, welche Risiken sie ohne weitere Vorsorge einzugehen bereit ist und welche nicht.) Die Leitungen von stationären Einrichtungen etwa der Langzeitpflege oder von Bildungseinrichtungen treffen auf einer Mesoebene im Rahmen ihres durch staatliche Gesetze und Verordnungen eröffneten Ermessensspielraums Güterabwägungen, die neben den in solchen Einrichtungen Lebenden beziehungsweise Lernenden auch die dort Beschäftigten betreffen. Auf der Makroebene von Staat und Gesellschaft bestimmen Güterabwägungen maßgeblich die Entscheidungen in politischen Institutionen, die dafür laut Verfassung oder von Gesetzes wegen zuständig sind.

Die vorliegende Stellungnahme befasst sich vorwiegend mit der letztgenannten Ebene. Besonders in einer pandemischen Krise steht aber jede Güterabwägung vor einem Grundproblem: Sie erfolgt mindestens am Anfang unter der Bedingung großer Unsicherheit über die Folgen und Nebenfolgen von Maßnahmen, die nicht nur andere Güter ungewollt in Mitleidenschaft ziehen, sondern sogar dasjenige Gut schädigen können, auf dessen Schutz die einschlägigen Maßnahmen ausgerichtet waren. So stand in der COVID-19-Pandemie der Gesundheitsschutz der Bevölkerung im Mittelpunkt staatlichen Handelns. Die jeweils zu ergreifenden Maßnahmen rechtfertigen sich als Beitrag, um hohe Sterblichkeit, langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen signifikanter Bevölkerungsteile oder den drohenden Kollaps des Gesundheitssystems zu vermeiden. Wenn sich im Laufe einer Pandemie die statistischen Daten und ihre Interpretation konsolidieren, können einzelne Maßnahmen hinsichtlich ihrer zu erwartenden Wirkungen im Infektionsgeschehen zunehmend rational beurteilt werden. Erst wenn etwa die Letalität im Sinne der *infection fatality rate* einer Infektionskrankheit hinreichend genau bekannt ist, können die spezifischen Risiken mit anderen Gesundheitsrisiken verglichen und damit auch Nebenfolgen von Maßnahmen für andere Gesundheitsgefahren abgeschätzt werden.

Wenn es etwa erforderlich ist, Intensivstationen durch das Freihalten von Behandlungsplätzen auf zu erwartende schwere COVID-19-Fälle vorzubereiten, hat dies in Gestalt aufgeschobener Operationen oder Abweisungen weniger schwerer Fälle Auswirkungen, die in die Gesamtbetrachtung einzubeziehen sind. So weisen Daten des National Health Service Großbritanniens darauf hin, dass sich die Zahl der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch der Todesfälle durch Herzinfarkt während der COVID-19-Pandemie erhöht hat. 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.

In vielen Fällen ist es allerdings nicht möglich, diese gesundheitlichen Auswirkungen in allen Bereichen zuverlässig im Voraus abzuschätzen, sodass die Entscheidungssituation eher dem Typus der *decision under uncertainty* als der *decision under risk* ähnelt. Unter einer *decision under uncertainty* wird dabei eine Entscheidungssituation verstanden, bei der es nicht möglich ist, die Wahrscheinlichkeiten der möglichen Auswirkungen zu bestimmen, während eine *decision under risk* eine Entscheidungssituation charakterisiert, in der alle relevanten Wahrscheinlichkeiten bekannt sind oder jedenfalls verlässlich abgeschätzt werden können. Zwischen diesen beiden extremen Polen gibt es allerdings ein weites Spektrum fließender Übergänge. 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. Mangels verfügbarer Wahrscheinlichkeiten minimiert man also den größtmöglichen Schaden. Im Falle einer reinen Risiko-Situation werden für eine bestimmte Maßnahme die verschiedenen möglichen (Gesundheits-)Schäden mit den Wahrscheinlichkeiten, mit denen diese auftreten, gewichtet und aggregiert (genauer: mit den Wahrscheinlichkeiten des Auftretens multipliziert und diese Einzelterme addiert zu einem erwarteten Schaden). In beiden Fällen geht es um die Verminderung möglicher Schäden beziehungsweise eine möglichst starke Absenkung des Risikos.

Es ist allerdings zu bedenken, dass das Kriterium der Schadensabwehr in beiden Extremvarianten und in allen Mischformen lediglich mögliche Schäden einbezieht und positive Folgen unberücksichtigt lässt. 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. Der Fokussierung auf Schadensminimierung liegt ein impliziter negativer Utilitarismus zugrunde. So naheliegend es in einer Krisensituation sein mag, das Schlimmste verhindern zu wollen, läuft diese Fokussierung doch Gefahr, der Komplexität der Entscheidungssituation nicht gerecht zu werden. Dies gilt umso mehr, je länger eine Pandemie-Krise anhält.

Entscheidungen über Risiken, die entweder in jedem Fall staatlicherseits abzusenken oder aber möglicherweise persönlich wie gesellschaftlich zu akzeptieren sind beziehungsweise denen durch individuelle Risikovorsorge 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. Während jede Person für sich entscheiden kann, auch unverhältnismäßige Risiken auf sich zu nehmen, steht dem Staat diese Möglichkeit nicht offen. 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. Auch wenn sich individuelle und gesellschaftliche Risikovorsorge wechselseitig beeinflussen, fallen sie keinesfalls automatisch zusammen. Zwar gilt grundsätzlich das Primat der Eigenvorsorge. Solange aber einzelnen Personen beispielsweise keine geeigneten Möglichkeiten zur Verfügung stehen, sich

individuell vor einer ansteckenden Krankheit sowie insbesondere vor deren schwerem oder tödlichem Verlauf zu schützen, bedarf es kollektiver und auch staatlicher Vorsorge, um das individuelle Risiko zu minimieren. Sobald aber nicht zuletzt die staatliche Gemeinschaft geeignete Instrumente zur Verfügung stellt, obliegt es der Eigenverantwortung jeder Person, diese zu nutzen, um sich vor einer Gefahr zu schützen und das entsprechende Risiko zu senken.

Im Kontext einer Pandemie stellt sich die Frage, unter welchen Voraussetzungen die Schwelle von der Eigenverantwortung zu einer staatlichen Schutzpflicht überschritten ist. Diese Schwelle ist für die Legitimität von staatlichen Maßnahmen im Umgang mit der Pandemie entscheidend. Die Grenzen der Eigenverantwortung im Hinblick auf Risiken durch eine Infektionskrankheit richten sich zum einen nach deren Gefährlichkeit für die Gesundheit sowie deren Übertragungsart und -geschwindigkeit. Zum anderen spielt es eine Rolle, für wen das Virus unter welchen Voraussetzungen besonders gefährlich ist: Betrifft dies etwa nur einen bestimmten Teil der Bevölkerung, hat dies Konsequenzen für die ethische Rechtfertigbarkeit von Maßnahmen, die von staatlicher Seite gegen die mit dem Virus einhergehenden Gefahren ergriffen werden. Eine besondere Bedeutung kommt dem Vorliegen effektiver und zumutbarer Selbstschutzmöglichkeiten (zum Beispiel durch ein flächendeckendes Angebot wirksamer Impfstoffe) zu.

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. Es ist nicht möglich, die Bevölkerung vor allen denkbaren Risiken zu bewahren, ohne dabei Freiheitsrechte unverhältnismäßig einzuschränken. Aus ethischer und rechtlicher Perspektive sollten staatliche Eingriffe in selbstaufgelegte 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. Dieses Maß ist in allgemeiner Form schwer zu bestimmen, da die allgemeine gesellschaftliche Akzeptanz wechselseitig auferlegter Risiken stark variiert. Das zeigt sich exemplarisch an den normativen Maßstäben, die von Verwaltungsgerichten in Genehmigungsverfahren großtechnischer Anlagen angelegt werden. Im Falle der friedlichen Nutzung der Kernenergie wurde etwa die Wahrscheinlichkeit von eins zu einer Million, durch einen sogenannten Größten anzunehmenden Unfall zu Tode zu kommen, als ethisch und politisch akzeptabel beurteilt.³²² Unter dieser Schwelle gebe es kein Recht, sich dieser Auferlegung eines technisch-ökonomisch bedingten Risikos zu widersetzen, da dies deutlich unter der Schwelle von Risiken liege, die in der alltäglichen Praxis allgemein akzeptiert seien. Das normative Kriterium des allgemeinen Lebensrisikos ist als solches zu unscharf, um in der Pandemiebekämpfung verlässliche Orientierung zu bieten.

Stattdessen lassen sich folgende allgemeine Kriterien benennen, anhand derer bemessen werden kann, ob Pandemieschutzmaßnahmen gerechtfertigt sind: Im Kontext von Infektionskrankheiten

³²² Vgl. z. B. Gesellschaft für Reaktorsicherheit 1980.

kommt es darauf an, welche statistische Verteilung die Morbidität und Mortalität infolge einer Erkrankung innerhalb der Bevölkerung aufweisen. Unter dem Gesichtspunkt der Morbidität zu berücksichtigen sind insbesondere die Hospitalisierungsinzidenz sowie die Intensivbettenpflichtigkeit. Die Infektionsinzidenz ist von Belang, soweit sie frühzeitige Hinweise auf die zu erwartende Hospitalisierung und Intensivbettenauslastung gibt. Daneben treten – in der Reihung ihrer Bedrohlichkeit – Langzeitfolgen mit ihren derzeit nur begrenzt vorhersehbaren quantitativen wie qualitativen Ausprägungen sowie die Häufigkeit des Auftretens von (gegebenenfalls nur milden) Symptomen. Sofern diese 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. Freiheitseinschränkende Pandemiebekämpfungsmaßnahmen wie zum Beispiel Lockdowns (gegebenenfalls auch nur für Ungeimpfte), Schulschließungen, Besuchseinschränkungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens und Reisebeschränkungen sowie Zutrittsbeschränkungen wären dann nicht mehr legitim.

Güterabwägungen erschöpfen sich freilich 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. Es ist jedoch nicht die bloße Vielzahl der Güter selbst, die Abwägungen schwierig macht. Da die jeweils konkurrierenden Güter nicht nur verschiedenen Güterarten oder -klassen angehören, sondern auch auf unterschiedlich viele Personen verteilt sein können, bedarf es zum einen überzeugender Kriterien für die Vorzugswürdigkeit bestimmter Güterklassen und zum anderen der Unterscheidung verschiedener Konfliktarten (z. B. intrapersonal, interpersonal).

In der ethischen Debatte werden deshalb 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.

Das Kriterium der Fundamentalität (Ranghöhe, Grundsätzlichkeit) gibt beispielsweise dem moralischen Gut des physischen Überlebens deshalb den Vorzug etwa vor dem Gut erholsamer Freizeitgestaltung, weil das Lebendig-Sein unabwiesbare Voraussetzung ist für jede persönliche Freizeitgestaltung. In ähnlicher Weise wird man dem Schutz einer Gemeinschaftswohneinheit deshalb den Vorzug geben vor der individuellen Freizügigkeit der in ihr Lebenden, weil diese ihre Freizügigkeit begehrenden Personen aufgrund ihrer besonders unterstützungsbedürftigen Lebenslage zwingend auf die Funktionstüchtigkeit einer Gemeinschaftseinrichtung angewiesen sind. Wie schwierig selbst solche prima facie einfachen Vorzugsentscheidungen nach dem Prinzip der Fundamentalität werden können, zeigt sich aber an dem Umstand, dass der Schaden, der infolge der Hintanstellung eines nachgeordneten Gutes entsteht, so massiv sein kann, dass er wie ein Bumerang

auf das fundamentalere Gut zurückschlägt: Der Verlust erholsamer Freizeitgestaltung oder individueller Freizügigkeit kann auf Dauer zu gesundheitlichen Schäden und funktionalen Einbußen führen. So hat etwa die langanhaltende soziale Isolierung von in Einrichtungen der Langzeitpflege Lebenden zum erheblichen Abbau ihrer körperlichen wie psychischen Verfassung beigetragen, was teils zu früherem Versterben geführt hat.³²³ (vgl. Abschnitte 2.3.1, 2.3.2)

Das Vorzugskriterium der Dignität (Bedeutsamkeit) lässt etwa die freie Persönlichkeitsentwicklung dem absoluten Schutz des (physischen) Lebens deshalb vorziehen, weil die selbstbestimmte Lebensführung einen unmittelbaren Ausfluss der menschlichen Würde („Selbstzwecklichkeit“) darstellt und deshalb sogar dann bedeutsamer erscheint, wenn eine Person durch ihre selbstbestimmte Lebensführung das physische (Über-)Leben schwer gefährdet. Die Menschenwürde ist von oberster und absoluter Dignität. Sie ist das Gut, das sich jeder Abwägung gegen andere Güter entzieht.³²⁴ Ähnlich könnten sich Menschen motiviert sehen, eher das eigene Leben einer Gefährdung auszusetzen als anderen dringend benötigten Schutz vorzuenthalten. Das Gut solidarischer Unterstützung anderer wird hier als bedeutsamer gewichtet als der Schutz des eigenen Wohlergehens – obwohl das eigene Wohlergehen Bedingung der Möglichkeit fremdnützig-solidarischen Handelns ist und damit in gewisser Weise das fundamentalere Gut darstellt.

Güterabwägungen fallen – wie die genannten Beispiele andeuten – 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. Die in dieser Stellungnahme diskutierten ethischen Abwägungskriterien betreffen in erster Linie Entscheidungen im öffentlichen Raum, also in den zuständigen Institutionen der Politik, weniger Entscheidungen in der Sphäre des Privaten. 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. Vielmehr bedarf es eines weiten Verständnisses „öffentlicher Vernunft“ (*public reason*), das die Einbeziehung übereinstimmender Vorstellungen ermöglicht und damit die Stabilität der schlussendlich getroffenen

³²³ Vgl. Peçanha et al. 2020; Simard/Volicer 2020. Vgl. hierzu auch Deutscher Ethikrat 2020b.

³²⁴ Mit Ausnahme insbesondere der Menschenwürdegarantie gewähren die Grundrechte des Grundgesetzes regelhaft keinen absoluten Schutz. Der Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble hatte zu Beginn der Pandemiekrise in einem vieldiskutierten Interview für den *Tagesspiegel* (26.04.2020, S. 3) ausgeführt, dass das Leben nicht das höchste aller Güter sei und gegen andere Rechtsgüter abgewogen werden könne und müsse: „Wenn ich höre, alles andere habe vor dem Schutz von Leben zurückzutreten, dann muss ich sagen: Das ist in dieser Absolutheit nicht richtig.“ [...] „Wenn es überhaupt einen absoluten Wert in unserem Grundgesetz gibt, dann ist das die Würde des Menschen. Die ist unantastbar“, hat Schäuble ausgeführt. „Aber sie schließt nicht aus, dass wir sterben müssen.“ Der Philosoph Jürgen Habermas hat dem mit dem Argument widersprochen, dass ohne Leben alles andere nichts sei und der Staat eine höchste Pflicht habe, das Leben seiner Bürger zu schützen (vgl. den publizierten Briefwechsel zwischen Jürgen Habermas und dem Strafrechtler Klaus Günther in *Die Zeit* vom 07.05.2020, S. 43–44; vgl. auch Habermas 2021). Tatsächlich wägen wir je individuell Lebensrisiken gegen andere Ziele und Werte bewusst oder in Gestalt unserer Handlungswahlen ab, und auch der Staat darf den Lebensschutz nicht gegenüber allen anderen Rechtsgütern verabsolutieren. Unstreitig ist jedoch, dass der gleiche Schutz jedes individuellen menschlichen Lebens ein hohes Gut ist und der Staat die Aufgabe hat, dieses Gut im Rahmen seiner rechtlichen und institutionellen Möglichkeiten zu schützen (vgl. Nida-Rümelin 2005).

Entscheidungen signifikant verbessert.³²⁵ Zwar vermag die Orientierung an den Rangfolgen von *basic needs*, von *essential services* und *essential relationships* oder von *essential capabilities* eine gewisse objektive oder zumindest intersubjektiv geteilte Beurteilung zwischen allen Betroffenen zu erleichtern. Gleichwohl sind auch diese Rangfolgen oder Bedeutsamkeitsansprüche zu offen und zu kontrovers, als dass sie eine möglichst breite Beteiligung möglichst vieler Betroffener ersetzen könnten.

Auch für die hier knapp skizzierten Grundsätze einer Risikogovernance ist die Einbindung in die zivilgesellschaftliche Sphäre öffentlicher Deliberation mehr als nur von strategischem Interesse. Denn die für sie erforderliche, reflexive und kommunikative Urteilsbildung kann nicht allein staatlicherseits gewährleistet werden; sie sollte auch nicht auf den (notwendig selektiven) Austausch mit Wissenschaftsvertretern begrenzt bleiben. Stattdessen sind spezifische und dabei möglichst umfassende Verfahren des Austausches von Informationen und Argumenten vorzusehen. Das verlangt zunächst nach einer ausgearbeiteten Risikokommunikation³²⁶, geht aber darüber hinaus: Weil die zugrundeliegende Frage nach der Akzeptabilität von (Rest-)Risiken nicht allein von der Verwaltung zu beantworten ist, sondern gesellschaftlich ausgehandelt werden muss, ist für die entsprechende (Be-)Wertung ein Risikodiskurs erforderlich, der eine Vielzahl von privaten wie staatlichen Akteuren einbezieht und hierfür angemessen ausgestaltet ist.³²⁷ Vor diesem Hintergrund weist auch der oben angestellte Vergleich der Corona-Bewältigung mit dem bisherigen gesellschaftlichen Umgang mit anderen Infektionskrankheiten nur insoweit eine Bindungswirkung auf, als auch dieser unter dem Vorbehalt einer künftig abweichenden allgemeinen Risikoakzeptanz im Hinblick auf diese Gefahren besteht. Auch unser Umgang zum Beispiel mit der Grippe kann sich künftig ändern – sowohl im Sinne einer stärkeren als auch einer schwächeren Risikovorsorge persönlicher und staatlicher Natur. Eine Neubewertung des Umgangs mit Risiken sollte allerdings nicht im Rahmen einer aktuellen Krisensituation erfolgen.

Die prinzipielle Notwendigkeit gemeinschaftlicher Deliberation verweist auf das Erfordernis geordneter und transparenter Prozeduren, in denen Güterabwägungen größerer Ausmaße – und um solche handelt es sich regelmäßig im Umgang mit Pandemien – erfolgen und legitimiert werden können. Wenn die Gesellschaft mit solchen schwierigen Abwägungsfragen konfrontiert ist, schlägt die Stunde der politischen Meinungsbildung und Entscheidungsfindung. Diese Abwägungen können nicht an die Wissenschaft delegiert werden. Sie sind Sache der Bevölkerung und ihrer Repräsentanten in den Parlamenten. Oben (vgl. Abschnitt 2.6) wurde bereits darauf hingewiesen, dass die weitgehende Verlagerung der Entscheidungsfindung weg von der Legislative hin zu den Exekutiven des Bundes und der Länder während der COVID-19-Pandemie als problematisch anzusehen ist. Auch wenn eine solche Verlagerung in der Notsituation zu Beginn einer dynamischen Pandemie-Krise unvermeidbar sein mag, darf sie nicht zum Dauermodus staatlicher Entscheidungsfindung werden.

Der komplexe Abgleich unterschiedlicher Wertmaßstäbe in einer pandemischen Krise ist von zentraler Bedeutung für die Bewältigung der Notlage selbst und für die Vermeidung einer daraus

³²⁵ Vgl. Gaus 1996; 2011; 2016.

³²⁶ Vgl. Ladeur 2010; Pitschas 1996, 187 ff., 193 ff.

³²⁷ Vgl. zu diesem risikopolitischen Mitwirkungsverhältnis schon Pitschas 2012, Rn. 183 m. w. N.

möglicherweise resultierenden Gefährdung der Demokratie. Deshalb sollte in zukünftigen Krisenszenarien großer Wert darauf gelegt werden, dass die Parlamente ihre zentrale Rolle in existenziellen Fragen behalten, die Öffentlichkeit jederzeit einbezogen wird und die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern erhalten bleibt. Die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie sprechen bei allem Verbesserungsbedarf in der Abstimmung, Organisation und Zuständigkeitsbestimmung jedoch nicht dafür, dass die föderale Ordnung der Bundesrepublik Deutschland der guten Bewältigung einer pandemischen Notlage prinzipiell entgegensteht.

Der öffentliche Diskurs in einem demokratischen Gemeinwesen sollte sich an einer weiten inklusiven Vorstellung des öffentlichen Vernunftgebrauchs orientieren, um ideologisch motivierten Denkverböten 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.

Die demokratische Ordnung beruht aus guten Gründen nicht nur auf Verfahren kollektiver Entscheidungsfindung, sondern ebenso auf der Garantie individueller Rechte und Freiheiten. Diese stehen auch in der Krise nicht prinzipiell zur Disposition. Vielmehr schränken sie den Bereich zulässiger staatlicher Maßnahmen ein, einschließlich solcher, die dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung dienen. Einschränkungen individueller Rechte und Freiheiten müssen verhältnismäßig sein und sollten sich in eine kohärente, von nachvollziehbaren normativen Kriterien geleitete Gesamtstrategie einfügen.

5.3 Schlussfolgerungen für die normative Beurteilung von Pandemiemaßnahmen

5.3.1 Wege aus der Krise

Schon Ende März 2020 hat der Deutsche Ethikrat gefordert, der Öffentlichkeit zu erläutern, wie und unter welchen Voraussetzungen nach einer Phase intensiver Infektionsschutzmaßnahmen Wege zurück in einen Zustand der „Normalität“ beschritten werden können („Öffnungsperspektiven“).³²⁸ Dass die Pandemie länger als zwei Jahre dauern würde, war damals nicht absehbar. 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 präsente Risiken so gestaltet werden, dass gesellschaftliche Folgeschäden minimiert sind. Im Übergang in die endemische Phase stellen sich zumal ethische Fragen. Bei ihrer Beantwortung bedarf es der Klarheit und Transparenz. Auf die Polarität von Vulnerabilität und

³²⁸ Vgl. Deutscher Ethikrat 2020a.

Resilienz hinzuweisen, dürfte auch für künftige, vermutlich anders gelagerte Krisen eine wichtige Orientierung bieten. Allerdings darf die konstatierte grundsätzliche Vulnerabilität aller nicht die teils erheblich unterschiedliche Risiko- und Lastenverteilung in der Krise verdecken. Auch deshalb sollte der Hinweis auf besondere Verletzlichkeiten oder andere sachliche Unterschiede nicht vorschnell als unzulässige Diskriminierung eingestuft, sondern primär als Indikator für erforderliche Differenzierungen verstanden werden. Darüber hinaus bedarf es einer klar begründeten Verbindung von Zwecksetzungen, Maßnahmen (bzw. deren Rücknahme) und Folgen, die über die bloße Reverenz an die herkömmliche juristische Verhältnismäßigkeitsprüfung hinausreicht. Die Dauer und höchst unterschiedliche Intensität der Belastungen sowie die langfristigen, bereits jetzt absehbaren Konsequenzen nicht nur der Pandemie, sondern auch der Pandemiebekämpfungsmaßnahmen müssen ebenso einbezogen werden wie die zunehmend evidenten werdenden, in ihren unterschiedlichen Ursachen zu klärende Vertrauenskrise gegenüber staatlichen, wissenschaftlichen und anderen Institutionen. 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.

5.3.2 Ungewissheit aushalten und bearbeiten

Voraussetzung hierfür ist es, Menschen für epistemische Ungewissheit zu sensibilisieren. Das geschieht seit Längerem an den Universitäten, auch in den Normwissenschaften. 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. Ungewissheit ist etwas anderes als „Nicht-Wissen“, das irgendwann in Sicherheit überführt werden könnte. Es ist die Anerkennung einer immer nur gebändigten, gestalteten Kontingenz, der zufolge morgen auch alles anders sein könnte und immer neues „Nichtwissen“ entsteht. An die Stelle illusorischer Forderungen nach Erkenntnissicherheit treten die Akzeptanz und Bearbeitung unvermeidbarer Wissensdefizite (*coping with uncertainty*). Diese besondere, epistemische Vulnerabilität muss stärker in den Blick von Öffentlichkeit und Politik gerückt werden, zumal nur so erforderliche Abwägungen in einer Weise getroffen und vermittelt werden können, die für möglichst breite Kreise der Bevölkerung einleuchtend und akzeptabel ist. Dazu 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 nicht nur eine enorme kommunikative Aufgabe. Es verlangt unter anderem genauere Untersuchungen im Rückblick auf diese Pandemie sowie den Vergleich mit den Gesundheitsvorsorgeprogrammen anderer Länder. Welche Unsicherheiten waren unvermeidbar, welche selbstverursacht und welche beruhten auf unzureichenden oder unangemessenen Anstrengungen, etwa mit Blick auf das Fehlen aussagekräftiger Daten oder belastbarer Prognostik (Foresight-Institutionen)? Wie lässt sich ein ausreichendes, möglichst umfassendes Vorbereitetsein von Staat und Gesellschaft organisieren? Das stellt nicht in Abrede, dass ein gewisses Maß an Nichtwissen immer unvermeidbar ist. Wie hoch es bleibt, ist aber auch in der Krise nicht Schicksal, sondern eine durch entsprechende Bemühungen beeinflussbare Herausforderung.

5.3.3 Risikoakzeptanz als gesamtgesellschaftlichen Diskurs etablieren

Der unvermeidbare Anteil an Ungewissheit muss zudem normativ bewertet werden, damit er nicht paralisierend wirkt. Dabei ist zu beachten, dass gerade in Phasen großer Unsicherheit öffentliche Diskurse mit besonderer Sensibilität für mögliche Folgen von Maßnahmen geführt werden. Dieser Bewertungsprozess ist in spezifischer Weise durch grundlegende Vorfestlegungen des Verfassungsrechts geprägt. Darüber hinausgehend erfordert er gesellschaftliche Verständigungen über Risikoakzeptanz und bedarf auch institutioneller Unterstützung. Solche Aushandlungsprozesse über den Umgang mit spezifischen Risiken müssen offen und unter breiter Einbeziehung gesellschaftlich relevanter Positionen geführt werden. Medien spielen dabei eine wichtige Rolle, die mit besonderer Verantwortung einhergeht. 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. Dabei ist vor problematischen Gewöhnungseffekten insbesondere im Hinblick auf Freiheitsbeschränkungen unter dem Label einer „neuen Normalität“ zu warnen: Einseitig auf physische Gesundheit fixierte Normen sollten – zumal von staatlicher Seite – im Sinne einer Perspektiverweiterung kritisch hinterfragt werden. Anstatt theoretisch wie praktisch unangemessene Absolutheitsforderungen zu formulieren, sind insbesondere Lebens- und Autonomieschutz in einen angemessenen Ausgleich zu bringen. Deshalb müssen auch Chancen wie Gefahren von Vorsorge und Prävention offen und umfassend diskutiert werden. Vorverlagerter Grundrechtsschutz kann schnell zu überzogenen Grundrechtseingriffen führen. Dies bedeutet die Ablehnung einer generellen Haltung, die undifferenziert eine Vorsorge für bloß theoretisch denkbare, aber höchst unwahrscheinliche Risiken verlangt.

5.3.4 Freiheitsbeeinträchtigungen als begründungs- und erklärungsbedürftige Ausnahme verstehen

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. Deshalb ist es beispielsweise unangemessen, die Rückgewähr von Freiheit sprachlich abzuwerten oder selbst dann noch hinauszuzögern, wenn selbst festgelegte Vorentscheidungen erfüllt sind (etwa Hospitalisierungsinzidenzen) und/oder sich im internationalen Vergleich unter vergleichbaren Bedingungen ein anderer, ebenfalls verantwortbarer Trend abzeichnet (etwa bei der Rücknahme von Maßnahmen). Nicht Freiheit muss gerechtfertigt werden. Vielmehr muss der Staat, der Freiheit beschränkt, klar festlegen und kommunizieren, welche Ziele er anstrebt sowie welche Mittel er warum und wie lange wählt – aber auch, auf welche Handlungsoptionen er aus welchen Gründen verzichtet. Je mehr und je länger die Freiheit beschränkt wird, desto transparenter, nachvollziehbarer und plausibler müssen die Gründe sein, die die Freiheitsbeschränkungen tragen sollen. Im Verlauf

der COVID-19-Pandemie haben sich sowohl im Umgang mit der Begründungslast als auch in der öffentlichen Kommunikation erhebliche Defizite gezeigt – etwa mit Blick auf das zu vage konturierte Schutzgut „öffentliche Gesundheit“. Legitime Fragen nach der fortdauernden Aufrechterhaltung spezifischer Maßnahmen bleiben so unbeantwortet. Der Grad der Verunsicherung in der oft schwer kalkulierbaren Krisendynamik wird so eher gesteigert als ermäßigt. Hier schließt sich der Bogen zur Risikowahrnehmung: Freiheitsbeschränkungen, die einen großen Teil der Bevölkerung weitgehend vom öffentlichen Leben ausschließen, lassen sich nicht auf diffuse Risiken stützen, die durch mildere zumutbare (Selbstschutz-)Maßnahmen weitgehend vermeidbar wären. Wenn eine Gefahrenannahme nicht mehr trägt, ist es nicht nur eine politische Option, sondern zwingend geboten, entsprechende Freiheitsbeschränkungen zurückzunehmen. Besonders für die beginnende Debatte zum – nicht nur wissenschaftlich bestimmbar, sondern auch gesellschaftlich verantwortlich gestaltungsbedürftigen – Ausgang aus der Pandemie in eine endemische Situation ist dies entscheidend.

5.3.5 Selbstkritische Fehlerkultur etablieren und Vertrauen wiederherstellen

Wissen, Entscheidungen und mögliche Selbstkorrekturen in der Pandemie stehen in einem historischen Kontext und unterliegen einer starken Dynamik im Horizont der Ungewissheit. Deshalb darf der historischen Rekonstruktion des Pandemieverlaufs 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. Das betrifft zunächst und vor allem den Bereich der Politik, aber beispielsweise auch Wissenschaften, Medien und Politikberatung. Interne Kritik und wechselseitige kritische Aufarbeitung durch Perspektiven von außen müssen sich ergänzen. Auch bedarf es einer Debatte darüber, wie die teils irreparablen Verletzungen, die durch Infektionsschutzmaßnahmen erfolgten, zumindest sichtbar gemacht und die ungleichen Lastenverteilungen kompensiert werden können. Das gilt etwa für die Förderung von Lebens- und Teilhabechancen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die nachweislich besonders unter den starken Einschränkungen gelitten haben, obwohl sie als Gruppe sehr geringe Gesundheitsrisiken hatten.

Demokratische Organisationen und Institutionen müssen sich auch angesichts großer Ungewissheit weiterhin den Anstrengungen demokratischer Willensbildung unterziehen, um Vertrauen und Autorität auch unter schwierigen Bedingungen zu erhalten. Dazu gehört es auch, der Sehnsucht nach der einen, vorgeblich einzig „rationalen“ und damit alternativlosen Lösung zu widerstehen. Deshalb ist es wichtig, auf der unhintergehbaren Streitigkeit der Positionen zu beharren, demokratischen Wertepluralismus und auch bleibende Differenz also nicht als Makel, sondern als Tugend zu verstehen, statt den politischen Streit durch den Verweis auf eine vermeintlich exklusiv richtige Sichtweise zu vermeiden. In der modernen Demokratie korrespondiert der Einsicht in den Verlust stabiler Gewissheiten nicht eine materiale, sondern eine prozedurale Lösung: das wechselseitige Einbinden der politischen Gegenspieler in den rechtlich geregelten demokratischen Wettbewerb. Staatliche Institutionen dürfen Kritik am eigenen Vorgehen nicht pauschal abwehren, sondern

müssen sie offen aufnehmen. Nicht zuletzt bedarf es eines Vertrauens nicht nur der Bürgerinnen und Bürger in den Staat, sondern auch umgekehrt. Mündigkeit und Selbstwirksamkeit sind besonders in Krisenzeiten elementar. Die hohe Solidarität und die teilweise äußerst kreativen Unterstützungsnetzwerke, auch in Zeiten erheblicher Kontaktbeschränkungen, zeigen das gesellschaftliche Potenzial zu Mitwirkung und Teilhabe. Dass in Deutschland frühzeitig zum Recht gegriffen wurde und hierbei – etwa im Blick auf die steigenden Sanktionshöhen – eine Steigerung der Anwendung hoheitlicher Gewalt zu beobachten ist, wirft nicht zuletzt Fragen auf hinsichtlich des Vertrauens, das der Staat seinen Bürgerinnen und Bürgern entgegenbringt. Es sollte Aufgabe der Post-Corona-Zeit sein, sich dieser Beziehung gründlicher zuzuwenden.

5.3.6 Für einen Verbleib im Miteinander

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. Dabei greift die binäre Unterteilung in „Vernünftige“ und „Unvernünftige“ genauso zu kurz wie die Gegenüberstellungen von „Ängstlichen“ gegen „Freiheitsliebende“ oder „Egoistischen“ gegen „Solidarische“. Offensichtlich bestehen Unterschiede nicht nur bei der Bestimmung der objektiven Gefährdungslage, sondern auch hinsichtlich komplexer subjektiver Faktoren und Kontextbindungen. Diese weiter zu erforschen ist in fragmentierten Gesellschaften lohnend, weil sie für moralische Haltungen mitverantwortlich sind. Manche Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie haben tiefliegende Ängste hervorgerufen, deren gemeinsames Hintergrundthema die Verantwortung für die körperliche Integrität ist. Die auftretenden Konflikte führen zu vielen Spannungen, die sich im Alltag entladen und für ein Gemeinwesen gefährlich sein können. Andere Differenzen und Konflikte, die mit der Pandemie nichts zu tun haben, werden in den Sog dieser Auseinandersetzungen gezogen oder drohen gegenüber dem alles dominierenden Krisenthema zu verschwinden.

Für das friedliche Miteinander in einer demokratisch verfassten Gesellschaft tragen auch die Einzelnen Verantwortung. Sie ist Recht und Zumutung zugleich. Diese Verantwortung erfordert die demokratische Einsicht, dass das Gegenüber für seine Einstellung subjektiv plausible Gründe hat, es aber auch zulässig ist, extern schwer nachvollziehbare oder gar keine Gründe zu haben, solange dies im Rahmen der Rechtsordnung und des respektvollen Miteinanders verbleibt. Wer sich gegen eine bestimmte Politik oder abweichende Meinungen wendet, muss das selbstverständlich in den Grenzen des Rechts tun. Umgekehrt ist Kritik jedoch nicht nur legitim, sondern geboten. Die zentrale Verantwortung dafür, die Bevölkerung in Zeiten der Krise in einem Miteinander zu halten, kommt damit 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.

Wie gut Staat und Bevölkerung kommunizieren, hängt entscheidend von der Vermittlung durch die Medien ab. Diese stehen deshalb nicht nur in der Verantwortung, gesellschaftliche Entwicklungen in der Breite zu begleiten und insbesondere staatliche Herrschaftsausübung kritisch zu hinterfragen.

Diesseits konkreter medienrechtlicher Vorgaben (etwa Trennung von Bericht und Kommentar, Ausgewogenheit) besteht ferner die allgemeinere, demokratietheoretisch und ethisch fundierte Erwartung, Einseitigkeiten entgegenzusteuern und sie auszugleichen. In einer Demokratie müssen – in den Grenzen der Meinungsfreiheit – sämtliche relevanten Stimmen zu Wort kommen, sowohl von Betroffenen als auch von Expertinnen und Experten unterschiedlicher Disziplinen. Nur wo Pluralität hör- und sichtbar wird, ist differenzsensibles Handeln möglich.

6 Empfehlungen

Die im zweiten Kapitel beschriebenen Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie geben Anlass, die getroffenen Schutzmaßnahmen hinsichtlich ihrer intendierten Wirkung und Zielbestimmung, aber auch ihrer Nebenfolgen zu reflektieren und daraus zu lernen, weil wir einerseits langfristig mit SARS-CoV-2 leben und andererseits auch künftig mit dem Auftreten neuer Viren rechnen müssen. Im Folgenden sollen die wichtigsten materiellen Einzelaspekte genannt werden, die aus Sicht des Deutschen Ethikrats bei der Entscheidung über Schutzmaßnahmen ethisch berücksichtigt werden sollten.

In einer freiheitlichen demokratischen Ordnung ist die Bekämpfung einer Pandemie eine Aufgabe, bei der die Individuen, die (Zivil-)Gesellschaft und der Staat von der kommunalen Ebene über die Bundesländer bis hin zum Bund zusammenwirken müssen. Bestehen keine effektiven und zumutbaren Selbstschutzmöglichkeiten, die der Selbst- und Eigenverantwortung der einzelnen Menschen und der Zivilgesellschaft unterliegen, können sie vom Staat erwarten, dass er sie vor pandemiebedingten Gefahren für Leben, Gesundheit und andere grundrechtlich relevante Güter schützt. Dabei tragen die Personen mit Entscheidungsbefugnis auf allen gesellschaftlichen Ebenen von einzelnen Einrichtungen oder Betrieben bis zur politischen Sphäre entsprechend ihrem Zuständigkeitsbereich rollenspezifische Verantwortungen, die ineinandergreifen („Multiakteursverantwortung“). In diesem Zusammenspiel ist der Gesetzgeber in Bund und Ländern für die Regelung der Rahmenbedingungen zuständig, unter denen die Menschen selbst sowie im Sinne der Subsidiarität andere institutionelle Akteure tätig werden und notwendige Schutzmaßnahmen ergreifen und umsetzen. Regierungen und Verwaltungen obliegt es, die staatlichen Schutzmaßnahmen zu konzipieren und umzusetzen.

Schutzmaßnahmen in einer Pandemie müssen zunächst geeignet und erforderlich sein, um Leben und Gesundheit der Menschen zu schützen. Des Weiteren müssen sie hinsichtlich der Einschränkung von Grundrechten und Beschädigung anderer wichtiger Güter, die mit den Schutzmaßnahmen einhergehen, angemessen sein. Dies macht Güterabwägungen notwendig, bei denen die im Folgenden genannten Aspekte zu berücksichtigen sind.

Generell müssen die Folgewirkungen von Schutzmaßnahmen auf andere Lebensbereiche und insbesondere auf andere grundrechtgeschützte Güter so gering wie möglich gehalten werden. Sie dürfen das Verhältnis von erwartbarem Nutzen und Schaden nicht umkehren. Und vor allem: Schutzmaßnahmen dürfen nie die Substanz des Menschenwürdegrundsatzes beschädigen.

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 Berufsverböten 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 intergenerationeller 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.

Literatur

- Ackeren, I. van; Endberg, M.; Locker-Grütjen, O. (2020): Chancenausgleich in der Corona-Krise: Die soziale Bildungsschere wieder schließen. DDS – Die Deutsche Schule 112 (2), 245–248. DOI: 10.31244/dds.2020.02.10
- Ahmed, M. Z. et al. (2020): Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. Asian Journal of Psychiatry 51: 102092. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102092
- Alexy, R. (1998). Die Institutionalisierung der Menschenrechte im demokratischen Verfassungsstaat. In: Gosepath, S.; Lohmann, G. (Hg.): Philosophie der Menschenrechte. Frankfurt am Main, 244–264.
- Anderson, J. E. et al. (2020): Defining adaptive capacity in healthcare: a new framework for researching resilient performance. Applied Ergonomics 87: 103111. DOI: 10.1016/j.apergo.2020.103111
- Andresen, S. et al. (2021): Das Leben von jungen Menschen in der Corona-Pandemie. Erfahrungen, Sorgen, Bedarfe. Gütersloh. DOI: 10.11586/2021021
- Augsberg, I.; Augsberg, S. (2007): Prognostische Elemente in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Verwaltungsarchiv 98 (2), 290–316
- Bagheri, G. et al. (2021): An upper bound on one-to-one exposure to infectious human respiratory particles. PNAS 118 (49), e2110117118. DOI: 10.1073/pnas.2110117118
- BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (2020a): Soziale Teilhabe von Menschen in Alten- und Pflegeheimen auch unter Corona-Bedingungen sicherstellen. https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2020/BAGSO-Stellungnahme_Soziale_Teilhabe_in_Pflegeheimen_sicherstellen.pdf [28.02.2022]
- BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (2020b): Soziale Isolation von Menschen in Pflegeheimen beenden! Dringende Empfehlungen der BAGSO an die Politik. https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2020/Stellungnahme_Soziale_Isolation_Pflegeheime.pdf [28.02.2022]
- Baier, A. (1986): Trust and antitrust. Ethics 96 (2), 231–260. DOI: 10.1086/292745
- Barabas, G. et al. (2020): Projektion der Wirtschaftsentwicklung bis 2025: Wirtschaftliche Corona-Folgen werden in der mittleren Frist überwunden. RWI Konjunkturberichte 71 (4), 27–37. https://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-konjunkturberichte/rwi-kb_4-2020.pdf
- Bäuerle, A. et al. (2020): Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. Journal of Public Health 42 (4), 672–678. DOI: 10.1093/pubmed/fdaa106
- Baumann, M. et al. (2021): Eine neue proaktive Zielsetzung für Deutschland zur Bekämpfung von SARS-CoV-2 (Version 1.0). https://nocovid-europe.eu/assets/doc/nocovid_rahmenpapier.pdf [25.10.2021]
- Bayertz, K. (1996): Staat und Solidarität. In: ders. (Hg.): Politik und Ethik. Stuttgart, 305–329
- Behnke, N. (2021): Föderalismus in der (Corona-)Krise? Föderale Funktionen, Kompetenzen und Entscheidungsprozesse. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Corona. Pandemie und Krise. Bonn, 215–229. <https://www.bpb.de/331371>
- Berlin, I. (1969): Two concepts of liberty. In: ders. (Hg.): Four Essays on Liberty. Oxford, 118–172.

- Betsch, C. et al. (2022): COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Ressourcen und Belastungen [Letzte Aktualisierung: 25.02.2022]. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/vertrauen-zufriedenheit-ressourcen/20-belastungen>
- Bielefeldt, H. (2006): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenkonvention. Berlin.
- Blom, A. G. (2021): Zum gesellschaftlichen Umgang mit der Corona-Pandemie. Ergebnisse der Mannheimer Corona-Studie. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Corona. Pandemie und Krise. Bonn, 305–319. <https://www.bpb.de/331371>
- Böhm, K. (2021): Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. In: Statistisches Bundesamt; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hg.): Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn, 325–333.
- Bolenz, C. et al. (2021): Uroonkologische Therapie in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. Was sagen uns die Krebsregister der deutschen Bundesländer? Der Urologe 60 (3), 291–300. DOI: 10.1007/s00120-021-01454-3
- Bormann, F.-J. (2021a): Ein (medizin-)ethischer Blick auf die sog. Triage. In: Hilgendorf, E.; Hoven, E.; Rostalski, F. (Hg.): Triage in der (Strafrechts-) Wissenschaft. Baden-Baden, 109–130.
- Bormann, F.-J. (2021b): Pandemien als Herausforderung für die Gerechtigkeit. Zeitschrift für medizinische Ethik 67 (2), 171–188. DOI: 10.14623/zfme.2021.2.171-188
- Borucki, I. (2021): Parteien- und Regierungskommunikation: Kampf um Einfluss im Zeichen des Virus. In: Florack, M.; Korte, K.-R.; Schwanholz, J. (Hg.): Coronakratie. Demokratisches Regieren in Ausnahmezeiten. Frankfurt am Main; New York, 193–202
- Bozorgmehr, K. et al. (2020): SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Version 1.0. DOI: 10.4119/unibi/2943665
- Brakemeier, E.-L. et al. (2020): Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. Erkenntnisse und Implikationen für die Forschung und Praxis aus Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 49 (1), 1–31. DOI: 10.1026/1616-3443/a000574
- Busch, A. (2021): Wissen allein genügt nicht: Die Nutzung von politikberatenden Institutionen während der Corona-Pandemie im Vergleich. In: Florack, M.; Korte, K.-R.; Schwanholz, J. (Hg.): Coronakratie. Demokratisches Regieren in Ausnahmezeiten. Frankfurt am Main; New York, 283–293
- Butler, J. (2004): Precarious Life. The Powers of Mourning and Violence. London; New York
- Chaves de Lima, C. V. et al. (2020): Effects of quarantine on mental health of populations affected by Covid-19. Journal of Affective Disorders 275, 253–254. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.063
- Chirikov, I. et al. (2020): Undergraduate and graduate students' mental health during the COVID-19 pandemic. SERU Consortium Reports. <https://escholarship.org/uc/item/80k5d5hw>
- Cotel, A. et al. (2021): Predictors of burnout in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Healthcare 9 (3): 304. DOI: 10.3390/healthcare9030304

Dabrock, P. (2012): Befähigungsgerechtigkeit. Ein Grundkonzept konkreter Ethik in fundamentaltheologischer Perspektive. Gütersloh.

Daras, K. et al. (2021): How does vulnerability to COVID-19 vary between communities in England? Developing a Small Area Vulnerability Index (SAVI). Journal of Epidemiology & Community Health 75 (8), 729-734. DOI: 10.1136/jech-2020-215227

Demaria, F.; Vicari, S. (2021): COVID-19 quarantine: psychological impact and support for children and parents. Italian Journal of Pediatrics 47: 58. DOI: 10.1186/s13052-021-01005-8

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina (2021): Ökonomische Konsequenzen der Coronavirus-Pandemie. Diagnosen und Handlungsoptionen. Halle (Saale). DOI: 0.26164/leopoldina_03_00359

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina (2020): Coronavirus-Pandemie: Medizinische Versorgung und patientennahe Forschung in einem adaptiven Gesundheitssystem. DOI: 10.26164/leopoldina_03_00063

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2021a): Konsultationsprozess „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen“. 1. Teilbericht: Gesundheitsversorgung und medizinische Rehabilitation.
https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Projektberichte/Konsultationsprozess-Berichte-6-2021/1_xTeilbericht_Gesundheitsversorgung_bf.pdf

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2021b): Konsultationsprozess „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen“. 3. Teilbericht: Bildung und Erziehung.
https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Projektberichte/Konsultationsprozess-Berichte-6-2021/3_Teilbericht_Bildung_Erziehung_bf.pdf

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2021): Gut geschützt bei der Arbeit? Zur konkreten Situation beruflich Pflegenden in der Praxis im zweiten Corona-Lockdown.
https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Broschuere_Pflege-im-2.-Lockdown_Auswertung_Feb2021.pdf [30.08.2021]

Deutscher Bundestag (2019): Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2017 (BT-Drs. 19/9520).
<https://dserver.bundestag.de/btd/19/095/1909520.pdf>

Deutscher Bundestag (2013): Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012 (BT-Drs.17/12051).
<https://dserver.bundestag.de/btd/17/120/1712051.pdf>

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

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

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

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

Deutscher Ethikrat (2020b): Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie. Berlin. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-langzeitpflege.pdf>

Deutscher Ethikrat (2020c): Immunitätsbescheinigungen in der Covid-19-Pandemie. Berlin. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-immunitaetsbescheinigungen.pdf>

Deutscher Ethikrat (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Berlin. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf>

Deutscher Ethikrat (2017): Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung. Berlin. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-big-data-und-gesundheit.pdf>

Dorn, F. et al. (2020): Das gemeinsame Interesse von Gesundheit und Wirtschaft: Eine Szenarienrechnung zur Eindämmung der Corona-Pandemie. ifo Schnelldienst digital 1 (6), 1–9. https://www.ifo.de/DocDL/sd-2020-digital-06-ifo-helmholtz-wirtschaft-gesundheit-corona_1.pdf

Druschel, P. et al. (2021): Ansatzpunkte für eine Stärkung digitaler Pandemiebekämpfung. Halle (Saale). DOI: 10.26164/leopoldina_03_00354

Eames, K. T. D.; Keeling, M. J. (2003): Contact tracing and disease control. Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences 270 (1533), 2565–2571. DOI: 10.1098/rspb.2003.2554

Ehni, H.-J.; Wahl, H.-W. (2020): Six propositions against ageism in the COVID-19 pandemic. Journal of Aging & Social Policy 32 (4–5), 515–525. DOI: 10.1080/08959420.2020.1770032

Eickelmann, B. et al. (Hg.) (2019): ICILS 2018 #Deutschland. Computer- und informationsbezogene Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern im zweiten internationalen Vergleich und Kompetenzen im Bereich Computational Thinking. Münster; New York. <https://www.waxmann.com/index.php?eID=download&buchnr=4000>

Eickelmann, B.; Drossel, K. (2020): Schule auf Distanz. Perspektiven und Empfehlungen für den neuen Schulalltag. Eine repräsentative Befragung von Lehrkräften in Deutschland. Düsseldorf. https://www.vodafone-stiftung.de/wp-content/uploads/2020/05/Vodafone-Stiftung-Deutschland_Studie_Schule_auf_Distanz.pdf

Erikson, E. H. (1999): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart.

Feld, L. P. (2021): Nach dem COVID-Schock. Die Wirtschaftslage. Die Politische Meinung 66 (570), 75–79. https://www.kas.de/documents/258927/14906503/75_Feld.pdf

Flanagan, B. E. et al. (2011): A social vulnerability index for disaster management. Journal of Homeland Security and Emergency Management 8 (1), Art. 3. DOI: 10.2202/1547-7355.1792

Foley, R. (2020): Self-trust. In: Simon, J. (Hg.): The Routledge Handbook of Trust and Philosophy. New York; London, 231–242.

Fuchs, D.; Taufer, R. (2021): Literaturrecherche zum Pflexit. Betriebskrankenkassen 6/2021, 46–51. https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Magazin/2021/Heft_6/BKK_06_2021_d_neu.pdf

- Gaus, G. (2016): *The Tyranny of the Ideal. Justice in a Diverse Society*. Princeton; Oxford.
- Gaus, G. (2011): *The Order of Public Reason. A Theory of Freedom and Morality in a Diverse and Bounded World*. Cambridge.
- Gaus, G. F. (1996): *Justificatory Liberalism. An Essay on Epistemology and Political Theory*. New York; Oxford.
- Gesellschaft für Reaktorsicherheit (1980): *Deutsche Risikostudie Kernkraftwerke. Eine Untersuchung zu dem durch Störfälle in Kernkraftwerken verursachten Risiko*. Bonn.
https://www.grs.de/sites/default/files/publications/Deutsche_Risikostudie_Kernkraftwerke.pdf
- Gosch, M. et al. (2021): Langzeitpflegeeinrichtungen in der COVID-19-Pandemie. Überlegungen auf dem Weg zurück in die Normalität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54 (4), 377–383. DOI: 10.1007/s00391-021-01922-7
- Gosepath, S. (1998): Zu Begründungen sozialer Menschenrechte. In: Gosepath, S.; Lohmann, G. (Hg.): *Philosophie der Menschenrechte*. Frankfurt am Main, 146–187.
- Grabski, E.; Hildt, E.; Wagner, R. (2020): Zulassungsverfahren für Humanimpfstoffe in Deutschland und Europa und das Präqualifizierungsprogramm der WHO. *Bundesgesundheitsblatt* 63 (1), 4–15. DOI: 10.1007/s00103-019-03059-w
- Graumann, S. (2011): *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*. Frankfurt am Main; New York.
- Habermas, J. (2021): Corona und der Schutz des Lebens. Zur Grundrechtsdebatte in der pandemischen Ausnahmesituation. *Blätter für deutsche und internationale Politik* 66 (9), 65–78.
<https://www.blaetter.de/ausgabe/2021/september/corona-und-der-schutz-des-lebens>
- Habermas, J. (1996): *Die Einbeziehung des Anderen. Studien zur politischen Theorie*. Frankfurt am Main.
- Haker, H. (2021): Verletzliche Freiheit. Zu einem neuen Prinzip der Bioethik. In: Keul, H. (Hg.): *Theologische Vulnerabilitätsforschung. Gesellschaftsrelevant und interdisziplinär*. Stuttgart, 99–118
- Hartmann, M. (2020): *Vertrauen. Die unsichtbare Macht*. Frankfurt am Main.
- Hartmann, M. (2011): *Die Praxis des Vertrauens*. Berlin.
- Heglich, S. (2021): Evidenzbasiertes Regieren: Von klaren Zielvorgaben in der Corona-Politik zur Glaubensfrage. In: Florack, M.; Korte, K.-R.; Schwanholz, J. (Hg.): *Coronakratie. Demokratisches Regieren in Ausnahmezeiten*. Frankfurt am Main; New York, 295–310
- Heidbrink, L. (2017): Definitionen und Voraussetzungen der Verantwortung. In: Heidbrink, L.; Langbehn, C.; Loh, J. (Hg.): *Handbuch Verantwortung*. Wiesbaden, 3–33. <https://d-nb.info/1079866809>
- Heiden, M. an der; Hamouda, O. (2020): Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland – Nowcasting. *Epidemiologisches Bulletin* 17/2020; 10–16. DOI: 10.25646/6692.4
- Heimann, T. et al. (2021): Medizinischer Kinderschutz während des Corona-Lockdowns. Vergleichende Befunde der Kinderschutzfälle aus Kliniken und Ambulanzen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 169 (4), 346–352. DOI: 10.1007/s00112-021-01135-7
- Heisig, J. P. (2021): Soziale Ungleichheit und gesundheitliches Risiko in der Pandemie. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): *Corona. Pandemie und Krise*. Bonn, 332–344. <https://www.bpb.de/331371>

- Hintermeier, M. et al. (2021): SARS-CoV-2 bei Migrant*innen und geflüchteten Menschen. https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/SARS_COV_2_bei_MigrantInnen_Policybrief_v10.pdf
- Hoebel, J. et al. (2021): Soziale Unterschiede im COVID-19-Risiko am Anfang der Pandemie. In: Statistisches Bundesamt; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hg.): Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn, 500–501.
- Holm-Hadulla, R. M. et al. (2021): Well-being and mental health of students during the COVID-19 pandemic. *Psychopathology* 54 (6), 291–297. DOI: 10.1159/000519366
- Honneth, A. (1992): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt am Main.
- Hossain, F.; Clatty, A. (2021): Self-care strategies in response to nurses' moral injury during COVID-19 pandemic. *Nursing Ethics* 28 (1), 23–32. DOI: 10.1177/0969733020961825
- Howard, J. et al. (2021): An evidence review of face masks against COVID-19. *PNAS* 118 (4), e2014564118. DOI: 10.1073/pnas.2014564118
- Hu, B. et al. (2021): Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology* 19 (3), 141–154. DOI: 10.1038/s41579-020-00459-7
- Huber, S. G. et al. (2020): COVID-19 und aktuelle Herausforderungen in Schule und Bildung. Erste Befunde des Schul-Barometers in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Münster; New York. <https://www.waxmann.com/index.php?eID=download&buchnr=4216>
- Huber, W. (1983): Folgen christlicher Freiheit. Ethik und Theorie der Kirche im Horizont der Barmer Theologischen Erklärung. Neukirchen-Vluyn.
- Huebener, M. et al. (2020): Wohlbefinden von Familien in Zeiten von Corona: Eltern mit jungen Kindern am stärksten beeinträchtigt. *DIW Wochenbericht* 87 (30–31), 527–537. DOI: 10.18723/diw_wb:2020-30-1
- Immerfall, S. (2021): Schule in der Pandemie: Erfahrungen aus Ostwürttemberg. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Corona. Pandemie und Krise. Bonn, 390–400. <https://www.bpb.de/331371>
- Juvet, T. M. et al. (2021): Adapting to the unexpected: problematic work situations and resilience strategies in healthcare institutions during the COVID-19 pandemic's first wave. *Safety Science* 139: 105277. DOI: 10.1016/j.ssci.2021.105277
- Kamlah, W. (1972): Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik. Mannheim.
- Karle, I. (2020): Sterben und Tod in der Corona-Krise – Herausforderungen für die Seelsorge. *Spiritual Care* 9 (3), 231–234. DOI: 10.1515/spircare-2020-0079
- Kaufmann, F.-X. (1973): Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem. Untersuchungen zu einer Wertidee hochdifferenzierter Gesellschaften. Stuttgart.
- Kersten, J. (2021): Leben wir in der Virokratie? Wie sich in der Pandemie unsere Demokratie bewährt. *Blätter für deutsche und internationale Politik* 66 (4), 87–96. <https://www.blaetter.de/ausgabe/2021/april/leben-wir-in-der-virokratie>
- Kersten, J.; Rixen, S. (2021): Der Verfassungsstaat in der Corona-Krise. München

- Kießling, A. (2020): Offene Fragen der (Massen)Quarantäne. Verfassungsblog, v. 02.07.2020, <https://verfassungsblog.de/offene-fragen-der-massenquarantaene>. DOI: 10.17176/20200702-224851-0
- Killgore, W. D. S. et al. (2020): Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Research* 291: 113216. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113216
- Kirubarajan, A. et al. (2020): Mask shortage during epidemics and pandemics: a scoping review of interventions to overcome limited supply. *BMJ Open* 10 (11): e040547. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040547
- Knauf, H. (2021): "Es war o.k., aber es hätte, ehrlich gesagt, auch nicht viel länger noch so gehen dürfen". Familie während der Kita- und Schulschließung infolge der COVID-19-Pandemie. Bielefeld Working Paper 4. DOI: 10.25656/01:22436
- Kohl, R. et al. (2021): COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In: Jacobs, K. et al. (Hg.): *Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen*. Berlin; Heidelberg, 3–20. DOI: 10.1007/978-3-662-63107-2_1
- Kramer, V. et al. (2021): Subjective burdens and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 271 (2), 271–281. DOI: 10.1007/s00406-020-01183-2
- Kretzschmar, M. E. (2020): Impact of delays on effectiveness of contact tracing strategies for COVID-19: a modelling study. *The Lancet Public Health* 5 (8), e452–e459. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30157-2
- Kruse, A. (2021a): Alter und COVID-19. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 67 (2), 161–170. DOI: 10.14623/zfme.2021.2.161-170
- Kruse, A. (2021b): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf ältere Menschen. In: Benoy, C. (Hg.): *COVID-19 – Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche. Einschätzungen und Maßnahmen aus psychologischer Perspektive*. Stuttgart, 143–153.
- Kruse, A. (2020): Aging and personal growth. Developmental potentials in old age. In: Schweda, M.; Coors, M.; Bozzaro, C. (2020): *Aging and Human Nature. Perspectives from Philosophical, Theological, and Historical Anthropology*. Cham, 27-46. DOI: 10.1007/978-3-030-25097-3_3
- Kruse, A. (2017): *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Berlin.
- Ladeur, K.-H. (2010): Kommunikation über Risiken im Rechtssystem. Das Beispiel Nanotechnologie. In: Büscher, C.; Japp, K. P. (Hg.): *Ökologische Aufklärung. 25 Jahre „ökologische Kommunikation“*. Wiesbaden, 131–155.
- Lampert, T. et al. (2021): Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hg.): *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn, 334–345.
- Lasarov, W. (2021): Im Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Freiheit. Eine Analyse zur Akzeptanz der Corona-Warn-App. *HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik* 58 (2), 377–394. DOI: 10.1365/s40702-020-00646-3
- Le, T. T. et al. (2020): The COVID-19 vaccine development landscape. *Nature Reviews Drug Discovery* 19 (5), 305–306. DOI: 10.1038/d41573-020-00073-5
- Lepsius, O. (2021): Hat das BVerfG den Rechtsstaat pandemisch umgebaut? *Legal Tribune Online*, 03.12.2021, https://www.lto.de/persistent/a_id/46831 [15.12.2021]

- Li, Y. et al. (2020): COVID-19 infections and deaths among Connecticut nursing home residents: facility correlates. *Journal of the American Geriatrics Society* 68 (9), 1899-1906. DOI: 10.1111/jgs.16689
- Linka, K.; Peirlinck, M.; Kuhl, E. (2020): The reproduction number of COVID-19 and its correlation with public health interventions. *Computational Mechanics* 66 (4), 1035–1050. DOI: 10.1007/s00466-020-01880-8
- Lob-Hüdepohl, A. (2020): Von ‚höherer Dringlichkeit‘ zur ‚besseren Erfolgsaussicht‘. Gefährliche Akzentverschiebungen bei aktuellen Triage-Kriterien. In: Woesler, M.; Sass, H.-M. (Hg.): *Medizin und Ethik in Zeiten von Corona*. Berlin; Münster, 22–33.
- López, J. et al. (2020): Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young–old and the old–old adults. *International Psychogeriatrics* 32 (11), 1365–1370. DOI: 10.1017/S1041610220000964
- Luhmann, N. (2000): *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart.
- Ma, Z. et al. (2020): Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29: E181. DOI: 10.1017/S2045796020000931
- Maaz, K.; Diedrich, M. (2021): Schule unter Pandemiebedingungen: „Lockdown“ – „Hybridmodell“ – „Normalbetrieb“. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): *Corona. Pandemie und Krise*. Bonn, 378–389. <https://www.bpb.de/331371>
- Maier, B. F. et al. (2021): Die 4. COVID-19-Welle wurde durch fehlenden Impfschutz angestoßen: Was ist zu tun? *Epidemiologisches Bulletin* 49/2021, 3–5. DOI: 10.25646/9363
- Margalit, A. (1999): *Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung*. Frankfurt am Main.
- Marschall, S. (2021): Parlamente in der Krise? Der deutsche Parlamentarismus und die Corona-Pandemie. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): *Corona. Pandemie und Krise*. Bonn, 203–214. <https://www.bpb.de/331371>
- Masarik, A. S.; Conger, R. D. (2017): Stress and child development: a review of the Family Stress Model. *Current Opinion in Psychology* 13, 85–90. DOI: 10.1016/j.copsyc.2016.05.008
- Maunz, T.; Dürig, G. (1958): *Grundgesetz. Kommentar*. München.
- Meyer, H. (2021): COVID-19-Impfstoffe – Übersicht über in Europa zugelassene oder im Zulassungsprozess befindliche Impfstofftypen. *Bulletin zur Arzneimittelsicherheit* 1/2021, 20–22
- Mitze, T. et al. (2020): Face masks considerably reduce COVID-19 cases in Germany. *PNAS* 117 (51), 32293–32301. DOI: 10.1073/pnas.2015954117
- Möhring, K. et al. (2020): Die Mannheimer Corona-Studie: Schwerpunktbericht zu Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung. https://www.uni-mannheim.de/media/Einrichtungen/gip/Corona_Studie/2020-04-05_Schwerpunktbericht_Erwerbstaetigkeit_und_Kinderbetreuung.pdf
- Munthe, C.; Heilinger, J.-C.; Wild, V. (2021): Ethical Aspects of Pandemic Public Policy-Making under Uncertainty. https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/PB_uncertainty_pandemic_olicy_6Jan2021.pdf [15.02.2022]

- Nacoti, M. et al. (2020): At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*.
<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>
- Nickel, P. J.; Frank, L. (2020): Trust in medicine. In: Simon, J. (Hg.): *The Routledge Handbook of Trust and Philosophy*. New York; London, 367–377.
- Nida-Rümelin, J. (2005): Wert des Lebens. In: ders. (Hg.): *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung*. Stuttgart, 886–914.
- Nunner-Winkler, G. (1993): Verantwortung. In: Enderle, G. et al. (Hg.): *Lexikon der Wirtschaftsethik*. Freiburg im Breisgau; Basel; Wien, 1185–1192.
- O'Neill, O. (2020): Questioning trust. In: Simon, J. (Hg.): *The Routledge Handbook of Trust and Philosophy*. New York; London, 17–27.
- OECD (2021): The State of Global Education. 18 Months into the Pandemic. https://www.oecd-ilibrary.org/education/the-state-of-global-education_1a23bb23-en. DOI: 10.1787/1a23bb23-en
- Orgilés, M. et al. (2020): Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in Psychology* 11: 579038. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.579038
- Peçanha, T. et al. (2020): Social isolation during the COVID-19 pandemic can increase physical inactivity and the global burden of cardiovascular disease. *American Journal of Physiology - Heart and Circulatory Physiology* 318 (6), H1441–H1446. DOI: 10.1152/ajpheart.00268.2020
- Peckham, H. et al. (2020): Male sex identified by global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ICU admission. *Nature Communications* 11: 6317. DOI: 10.1038/s41467-020-19741-6
- Petzold, M. B. et al. (2020): Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and Behavior* 10 (9): e01745. DOI: 10.1002/brb3.1745
- Pitschas, R. (2012): Maßstäbe des Verwaltungshandelns. In: Hoffmann-Riem, W.; Schmidt-Aßmann, E.; Voßkuhle, A. (Hg.): *Grundlagen des Verwaltungsrechts. Band II: Informationsordnung, Verwaltungsverfahren, Handlungsformen*. München, 1689–1811.
- Pitschas, R. (1996): Öffentlich-rechtliche Risikokommunikation. In: Di Fabio, U.; Marburger, P.; Schröder, M. (Hg.): *Jahrbuch des Umwelt- und Technikrechts 1996 (UTR 36)*. Berlin, 175–214.
- Planas, D. et al. (2021): Reduced sensitivity of SARS-CoV-2 variant Delta to antibody neutralization. *Nature* 596 (7871), 276–280. DOI: 10.1038/s41586-021-03777-9
- Polack, F. P. et al. (2020): Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. *The New England Journal of Medicine* 383 (27), 2603–2615. DOI: 10.1056/NEJMoa2034577
- Pouwels, K. B. et al. (2021): Effect of Delta variant on viral burden and vaccine effectiveness against new SARS-CoV-2 infections in the UK. *Nature Medicine* 27 (12), 2127–2135. DOI: 10.1038/s41591-021-01548-7
- Prainsack, B.; Buyx, A. (2016): *Das Solidaritätsprinzip. Ein Plädoyer für eine Renaissance in Medizin und Bioethik*. Frankfurt am Main.
- Priesemann, V. et al. (2021): Calling for pan-European commitment for rapid and sustained reduction in SARS-CoV-2 infections. *The Lancet* 397 (10269), 92–93. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32625-8

- Prime, H.; Wade, M.; Browne, D. T. (2020): Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist* 75 (5), 631-643. DOI: 10.1037/amp0000660
- Ragnitz, J. (2020): Langfristige wirtschaftliche Auswirkungen der Corona-Pandemie. *ifo Schnelldienst* 73 (11), 25–30. <https://www.ifo.de/DocDL/sd-2020-11-ragnitz-langfristige-auswirkungen-corona.pdf>
- Räker, M.; Klauber, J.; Schwinger, A. (2021): Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In: Jacobs, K. et al. (Hg.): *Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen*. Berlin; Heidelberg, 33–58. DOI: 10.1007/978-3-662-63107-2_3
- Rambaut, A. et al. (2020): A dynamic nomenclature proposal for SARS-CoV-2 lineages to assist genomic epidemiology. *Nature Microbiology* 5 (11), 1403–1407. DOI: 10.1038/s41564-020-0770-5
- Rangachari, P.; Woods, J. L. (2020): Preserving organizational resilience, patient safety, and staff retention during COVID-19 requires a holistic consideration of the psychological safety of healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (12): 4267. DOI: 10.3390/ijerph17124267
- Ratner, L. et al. (2020): Reflections on resilience during the COVID-19 pandemic: six lessons from working in resource-denied settings. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 102 (6), 1178–1180. DOI: 10.4269/ajtmh.20-0274
- Ravens-Sieberer, U. et al. (2021): Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Bundesgesundheitsblatt* 64 (12), 1512–1521. DOI: 10.1007/s00103-021-03291-3
- Reichenbach, G. et al. (2008): Risiken und Herausforderungen für die öffentliche Sicherheit in Deutschland. Szenarien und Leitfragen. Berlin; Bonn. https://zoes-bund.de/wp-content/uploads/2015/10/Gruenbuch_Zukunftsforum.pdf
- Reisig, V.; Kuhn, J. (2020): Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung [Stand: 26.11.2020]. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung> [16.02.2022]. DOI: 10.17623/BZGA:224-i081-1.0
- Riedel, E. (1999): Menschenrechte als Gruppenrechte auf der Grundlage kollektiver Unrechtserfahrungen. In: Reuter, H.-R. (Hg.): *Ethik der Menschenrechte. Zum Streit um die Universalität einer Idee*. Tübingen, 295–319.
- Rixen, S. (2021a): Die Regulierung der Pandemie als Grundrechtsproblem. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 67 (2), 207–218. DOI: 10.14623/zfme.2021.2.207-218
- Rixen, S. (2021b): Einschränkungen von Grundrechten im Namen von Public Health. Grundrechte als Regulative verhältnismäßiger Pandemie-Bewältigung. In: Reis, A.; Schmidhuber, M.; Frewer, A. (Hg.): *Pandemien und Ethik. Entwicklung – Probleme – Lösungen*. Berlin; Heidelberg, 79–91. DOI: 10.1007/978-3-662-63530-8_6
- Rixen, S. (2021c): Die Denormalisierung des Alltags. Die Pandemie aus verfassungsrechtlicher Sicht. *Forschung & Lehre* 28 (12), 1000–1001. <https://www.forschung-und-lehre.de/recht/die-denormalisierung-des-alltags-4227>
- Robert Koch-Institut (2022): Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst [V.28, 14.02.2022]. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile

- Robert Koch-Institut (2020): Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung. Berlin.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.html
- Robert Koch-Institut (2017): Nationaler Pandemieplan Teil I: Strukturen und Maßnahmen. Berlin.
<http://edoc.rki.de/176904/187>
- Robert Koch-Institut (2015): Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie. Fachwörter – Definitionen – Interpretationen. Berlin.
https://www.rki.de/DE/Content/Service/Publikationen/Fachwoerterbuch_Infektionsschutz.pdf?__blob=publicationFile
- Robillard, R. et al. (2020): Social, financial and psychological stress during an emerging pandemic: observations from a population survey in the acute phase of COVID-19. *BMJ Open* 10 (12): e043805. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-043805
- Rohwer, E. et al. (2021): Stressoren, Stresserleben und Stressfolgen von Pflegekräften im ambulanten und stationären Setting in Deutschland. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie* 71 (1), 38–43. DOI: 10.1007/s40664-020-00404-8
- Rolin, K. (2020): Trust in science. In: Simon, J. (Hg.): *The Routledge Handbook of Trust and Philosophy*. New York; London, 354–366.
- Rudolf, B. (2021): Menschenrechte als Maßstab für eine gute Pandemie-Politik. In: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): *Jahresbericht 2020*. Berlin, 10–12. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Jahresbericht/Jahresbericht_2020.pdf
- Rutter, M. (2012): Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology* 24 (2), 335–344. DOI: 10.1017/S0954579412000028
- Ryff, C. D.; Singer, B. (2003): Flourishing under fire: resilience as a prototype of challenged thriving. In: Keyes, C. L. M.; Haidt, J. (Hg.): *Flourishing. Positive Psychology and the Life Well-Lived*. Washington, 15–36. DOI: 10.1037/10594-001
- Sari, E.; Bittmann, F.; Homuth, C. (2021): Eine Frage der Ressourcen? - Die Auswirkungen der coronabedingten Schulschließungen auf die herkunftsbedingte Bildungsungleichheit. In: Gesellschaft für Empirische Bildungsforschung (Hg.): *Abstractband der Thementagung "Bildung und Corona" vom 22.–23.04.2021*. https://www.digigebf21.de/custom/media/GEBF_2021/Abstractband_TTBildungCorona.pdf [12.06.2021], 47–48.
- Scheman, N. (2020): Trust and trustworthiness. In: Simon, J. (Hg.): *The Routledge Handbook of Trust and Philosophy*. New York; London, 28–40.
- Schiffers, M. (2021): „Unorganisierte“ Interessen: Zivilgesellschaft unter Druck von Basis, Politik und Medien. In: Florack, M.; Korte, K.-R.; Schwanholz, J. (Hg.): *Coronakratie. Demokratisches Regieren in Ausnahmezeiten*. Frankfurt am Main; New York, 223–235
- Schlack, R. et al. (2020): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Journal of Health Monitoring* 5 (4): 23–34. DOI: 10.25646/7173
- Schlosser, F. (2020): Mobilität in Deutschland. Covid-19 Mobility Project vom 05.04.2020. <https://www.covid-19-mobility.org/de/reports/first-report-general-mobility>

- Schmidt, T. et al. (2020): Die wirtschaftliche Entwicklung im Inland: Konjunktur im Griff der Corona-Epidemie. RWI Konjunkturberichte 71 (1), 41–74. https://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-konjunkturberichte/rwi-kb_1-2020.pdf
- Schubarth, W. (2021): „Wir wollen wieder in die Schule“. Schule als sozialen Ort (wieder)entdecken. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Corona. Pandemie und Krise. Bonn, 401–413. <https://www.bpb.de/331371>
- Sen, A. (2009): The Idea of Justice. Cambridge, MA.
- Serafini, G. et al. (2020): The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. QJM: An International Journal of Medicine 113 (8), 531–537. DOI: 10.1093/qjmed/hcaa201
- Simard, J.; Volicer, L. (2020): Loneliness and isolation in long-term care and the COVID-19 pandemic. Journal of the American Medical Directors Association 21 (7), 966–967. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.05.006
- Simon, J. (Hg.) (2020): The Routledge Handbook of Trust and Philosophy. New York; London.
- Simon, J.; Rieder, G. (2021): Trusting the Corona-Warn-App? Contemplations on trust and trustworthiness at the intersection of technology, politics and public debate. European Journal of Communication 36 (4), 334–348. DOI: 10.1177/02673231211028377
- Skoda, E.-M. et al. (2021): Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden. Bundesgesundheitsblatt 64 (3), 322–333. DOI: 10.1007/s00103-021-03278-0
- Sommer, M. (2020): COVID-19 und die Politik. Anmerkungen zur Rezeption von Pandemien-Risikoanalysen im politischen Raum [Stand: 23.04.2020]. <https://www.wiso.uni-hamburg.de/fachbereich-sozoek/ueber-den-fachbereich/personen/sommer-manfred/dateien/e-arbeitspapiere/2020-covid19-und-politik.pdf>
- Specht, A. et al. (2020): Charité COVID-19 Projekt für und mit Obdachlosen in Berlin. Unterstützung der Antigen-Schnelltestung während der Kältehilfe und digitale Wissensvermittlung. Wohnungslos 62 (4), 118–121
- Ständige Impfkommision; Deutscher Ethikrat; Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2020): Wie soll der Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff geregelt werden? Berlin. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/gemeinsames-positionspapier-stiko-der-leopoldina-impfstoffpriorisierung.pdf>
- Stöß, C. et al. (2020): The COVID-19 pandemic: impact on surgical departments of non-university hospitals. BMC Surgery 20: 313. DOI: 10.1186/s12893-020-00970-x
- Strang, P. et al. (2020): Dying from COVID-19: loneliness, end-of-life discussions, and support for patients and their families in nursing homes and hospitals. A national register study. Journal of Pain and Symptom Management 60 (4), e2–e13. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.07.020
- Tao, K. et al. (2021): The biological and clinical significance of emerging SARS-CoV-2 variants. Nature Reviews Genetics 22 (12), 757–773. DOI: 10.1038/s41576-021-00408-x
- Taylor, C. (1988): Negative Freiheit? Zur Kritik des neuzeitlichen Individualismus. Frankfurt am Main.
- Thorell, L. B. et al. (2021): Parental experiences of homeschooling during the COVID-19 pandemic: differences between seven European countries and between children with and without mental health conditions. European Child & Adolescent Psychiatry. DOI: 10.1007/s00787-020-01706-1

- Tsibulak, I. et al. (2020): Decrease in gynecological cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic: an Austrian perspective. *International Journal of Gynecologic Cancer* 30 (11), 1667–1671. DOI: 10.1136/ijgc-2020-001975
- Tso, W. W. Y. et al. (2022): Vulnerability and resilience in children during the COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry* 31 (1), 161–176. DOI: 10.1007/s00787-020-01680-8
- Tugendhat, E. (1998): Die Kontroverse um die Menschenrechte. In: Gosepath, S.; Lohmann, G. (Hg.): *Philosophie der Menschenrechte*. Frankfurt am Main, 48–61.
- Ulrich, V. (2020): Corona Pandemie und finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 25 (5), 239–245. DOI: 10.1055/a-1286-9445
- UNHCR; Deutsches Komitee für UNICEF (2021): Empfehlungen von UNHCR und UNICEF Deutschland zum Bildungszugang asylsuchender Kinder in Erstaufnahmeeinrichtungen. https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2021/08/Empfehlungen-von-UNHCR-und-UNICEF_Einzelseiten_web.pdf
- Van der Roest, H. et al. (2020): The impact of COVID-19 measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association* 21 (11), 1569–1570. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.09.007
- Varma, P. et al. (2021): Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: a global cross-sectional survey. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 109: 110236. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2020.110236
- Vogelbacher, M.; Attig, M. (2021): Mit Vorbelastung(en) in die Pandemie - Auswirkungen sozialer Unterschiede auf die Wahrnehmung der Unterstützungsfähigkeit und emotionaler Belastung während des COVID-19-Lockdowns bei Eltern von Grundschulern. In: Gesellschaft für Empirische Bildungsforschung (Hg.): Abstractband der Thementagung "Bildung und Corona" vom 22.–23.04.2021. https://www.digigebf21.de/custom/media/GEBF_2021/Abstractband_TTBildungCorona.pdf [12.06.2021], 13–14.
- Wahrendorf, M. et al. (2021): Erhöhtes Risiko eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Arbeitslose: Eine Analyse von Krankenkassendaten von 1,28 Mio. Versicherten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 64 (3), 314–321. DOI: 10.1007/s00103-021-03280-6
- Walsh, F. (2020): Loss and resilience in the time of COVID-19: meaning making, hope, and transcendence. *Family Process* 59 (3), 898–911. DOI: 10.1111/famp.12588
- Walsh, F. (2016): *Strengthening Family Resilience*. New York; London.
- Wäscher, S.; Nguyen, T.; Biller-Andorno, N. (2021): ‚Infodemics‘: Der Umgang mit Informationen in Pandemiezeiten aus ethischer Perspektive. In: Reis, A.; Schmidhuber, M.; Frewer, A. (Hg.): *Pandemien und Ethik. Entwicklung – Probleme – Lösungen*. Berlin; Heidelberg, 221–240. DOI: 10.1007/978-3-662-63530-8_13
- Watkins, E. R.; Roberts, H. (2020): Reflecting on rumination: consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy* 127: 103573. DOI: 10.1016/j.brat.2020.103573
- Welzel, F. D. et al. (2021): Gesundheitliche Folgen sozialer Isolation: Qualitative Studie zu psychosozialen Belastungen und Ressourcen älterer Menschen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt* 64 (3), 334–341. DOI: 10.1007/s00103-021-03281-5

- Whisman, M. A.; du Pont, A.; Butterworth, P. (2020): Longitudinal associations between rumination and depressive symptoms in a probability sample of adults. *Journal of Affective Disorders* 260, 680–686. DOI: 10.1016/j.jad.2019.09.035
- Wichmann, O. et al. (2021): Welche Impfquote ist notwendig, um COVID-19 zu kontrollieren? *Epidemiologisches Bulletin* 27/2021, 3–13, DOI: 10.25646/8742
- Wieler, L. H.; Häcker, G. (2021): Warum müssen wir Kinder vor einer SARS-CoV-2-Infektion schützen? *Epidemiologisches Bulletin* 46/2021, 3–9. DOI: 10.25646/9204
- Wiesemann, C. (2016): Vertrauen als moralische Praxis – Bedeutung für Medizin und Ethik. In: Steinfath, H.; Wiesemann, C. (Hg.): *Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin*. Wiesbaden, 69–99.
- Wolf-Ostermann, K.; Rothgang, H. (2020): Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Ergebnisbericht_Coronabefragung_Uni-Bremen_24062020.pdf [18.02.2022]
- World Health Organization (2017): *Pandemic influenza risk management. A WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response*. Genf. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259893>
- Wu, F. et al. (2020): A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature* 579 (7798), 265–269. DOI: 10.1038/s41586-020-2008-3
- Yang, H.; Rao, Z. (2021): Structural biology of SARS-CoV-2 and implications for therapeutic development. *Nature Reviews Microbiology* 19 (11), 685–700. DOI: 10.1038/s41579-021-00630-8
- Ziebuhr, J. (2016): Coronaviren. In: Suerbaum, S. et al. (Hg.): *Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie*. Berlin; Heidelberg, 479–482. DOI: 10.1007/978-3-662-48678-8_58
- Zinn, S.; Bayer, M. (2021): Subjektive Belastung der Eltern durch die Beschulung ihrer Kinder zu Hause zu Zeiten des Corona-bedingten Lockdowns im Frühjahr 2020. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 24 (2), 339–365. DOI: 10.1007/s11618-021-01012-9

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

Verlauf der Covid-19-Pandemie in Deutschland

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.

Inzidenz
7-Tage
pro 100.000 Einwohner

Mortalität
Tägliche
pro 1.000.000 Einwohner

2020

2021

2022

