

Kapitel 6: Infektionsschutz

»[E]stimates of future prospects will be based on nothing but the evidence that [one] finds lodged in [ones] memory.«

Ken Binmore¹

Pandemiepolitik kann einen Interessenkonflikt zwischen Jung und Alt hervorrufen, wenn Alte bereits über Erfahrungen verfügen, die zu machen der staatlich verordnete Infektionsschutz die Jungen hindert, so dass diese Laissez-faire bevorzugen und die Alten strengen Infektionsschutz. Unter dem Tabu des *Mort interdite* wurde die C19-Politik zur Parteigängerin der Alten und diskriminierte die Jungen. So blieb sie im steilen Konflikt zwischen Gesundheits- und Freiheitsschutz gefangen. Eine Kombination aus Steuerung der Intensivmedizinkapazität einerseits und Infektionsschutz andererseits bietet eine Möglichkeit zur Beseitigung dieses Interessenkonflikts, kann aber nicht erst in der Krise quasi aus dem Hut gezaubert werden. So verstrickte sich die C19-Politik im für das epikureische Dasein belanglosen Klein-Klein und föderalen Hin und Her.

Zero-Virus- versus Laissez-faire-Strategie

C19 war bis und mit der Delta-Variante in der letalen Wirkung für die Alten gefährlicher als für die Jungen. Es ist also naheliegend, dass sich daraus unterschiedliche Interessen bezüglich der Unterbrechung von Infektionsketten ergaben. Diese Unterschiede wurden mit der

1 Binmore 2016, S. 84.

dominierenden Omikron-Variante ab 2021 zwar verringert, aber selbst ihre vollständige Beseitigung hätte nicht bedeutet, dass sich bei Jung und Alt dieselben instrumentellen Präferenzen hinsichtlich einer Unterbrechung von Infektionsketten und damit des schlechten Sterbens eingestellt hätten. Das Fortbestehen des Interessenkonflikts zwischen Jung und Alt auch unter den Omikron-Bedingungen wird unter Zugrundelegung der epikureischen Krisenrationalität im Folgenden gezeigt.

Angenommen, der Epikureer sei mit den folgenden vier machbaren Erfahrungen und damit mentalen Zuständen konfrontiert: ein kontaktreiches, sozial erfülltes Leben, dessen mentaler Zustand einen Nutzen in Höhe von L bringt; ein kontaktarmes, sozial unerfülltes Leben mit einem Nutzen von l ; ein gutes Sterben, dessen mentaler Zustand einen Nutzen in Höhe von S verspricht; ein schlechtes Sterben mit einem Nutzen s . Es gelten die intrinsischen Präferenzen $L > l$ und $S > s$.²

Die (annahmegemäß) risikofreie Investitionsmöglichkeit des Epikureers ist der Verzicht auf das kontaktreiche Leben, L , zugunsten des kontaktarmen Lebens, l , wodurch das schlechte Sterben, s , abgewendet und das gute Sterben, S , garantiert wird. In einer Pandemie liegt diese Investition in der Vermeidung des Ansteckungsrisikos durch eine kontaktarme Lebensführung, die die Gefahr beseitigt, plötzlich schwer zu erkranken und auf der Intensivstation ohne Abschied von den Lieben dahinzuscheiden (Zero-Virus-Strategie). Das sterbliche Dasein hat damit die Wahl zwischen zwei extremen Alternativen: einer Zero-Virus-

2 In dieser Modellierung offeriert der Epikureismus eine Krisenrationalität im kulturellen Substrat (S, \cdot) . Der Tod als Zustand wird in Übereinstimmung mit dem Einleitungszitat von Kapitel 3 aus dem Entscheidungskalkül herausgenommen, und insofern trifft den Epikureismus dieselbe Thanatoideologiekritik wie den *praktizierten* Utilitarismus. Epistemologisch ist er jedoch dem *praktizierten* Utilitarismus überlegen, denn bei ihm bleibt *Mort interdite* (als Kandidat fürs Infimum) im Entscheidungskalkül präsent. Er setzt sich damit nicht dem Vorwurf der Doppelnulldarstellung von Sterben und Tod von Kapitel 3 aus. Im Epikureismus ist der Tod als Zustand, T , die leere Menge mentaler Zustände und nicht die unendliche Abfolge der Nullnutzen-Erfahrung wie im Utilitarismus, dem es einerlei ist, ob der Mensch das Sterben überdauert, solange die Zeit danach den transzendental nicht nachweisbaren Periodennutzen von exakt null mit sich bringt. Der Epikureismus vermeidet dieses Problem, indem er eine Begründung gibt, warum der Tod dem noch Lebenden ohnehin gleichgültig sein sollte.

Strategie mit einer Garantie aufs gute Sterben und einer Laissez-faire-Strategie mit garantiert schlechtem Sterben.³

Tabelle 1: Zero-Virus versus Laissez-faire

Präferenzen	»Anomalie«	Alte (mit Erlebnis L)		Junge (ohne Erlebnisse)	
		Investi- tion	Lemma	Investi- tion	Lemma
Fall a: $L > l >$ $S > s$	–	ja	3, 4, 6	unbe- stimmt	7
Fall b: $L > S >$ $l > s$	$S > l$	ja	3, 4, 6	unbe- stimmt	7
Fall c: $L > S >$ $s > l$	$s > l$	nein	3, 4, 6	nein	6
Fall d: $S > L >$ $l > s$	$S > L$	ja	3, 6	ja	6
Fall e: $S > L >$ $s > l$	$S > L$ und $s > l$	unbe- stimmt	3, 7	unbe- stimmt	7
Fall f: $S > s >$ $L > l$	$s > L$	unbe- stimmt	3, 7	unbe- stimmt	7

3 Auch während einer Pandemie sterben Menschen weiterhin aus vielerlei Gründen. S kann deshalb im Folgenden als irgendein mögliches Sterben verstanden werden, das schon früher auf das gute Leben, L , gefolgt ist. Das schlechte Sterben, s , »am oder im Zusammenhang mit dem Virus« ist im Folgenden das schlechteste mögliche Sterben überhaupt, das einem bei Laissez-faire bevorsteht und unter der Zero-Virus-Strategie an einem vorbeigeht.

Tabelle 1 fasst gemäß den Lemmata 3 bis 8 den Anreiz zur Investition in den Pandemieschutz von zwei Alterskohorten in Abhängigkeit von unterschiedlichen, bereits gemachten Erfahrungen zusammen. Sie unterscheidet für die vier möglichen Erfahrungen im Leben und für die Rangierungen $L > l$ und $S > s$ insgesamt sechs mögliche intrinsische Präferenzen (Fälle a bis f). Fall a von Tabelle 1 ist der Normalfall, der sich durch eine durchgängige Plausibilität in den ordinalen Relationen der Präferenzordnung auszeichnet. Es ist ein sterbliches Dasein, dem jede Art zu leben lieber ist als die beste Art zu sterben. Alle anderen Fälle weisen die eine oder andere Anomalie in den Präferenzen auf. In Fall b ist es die Anomalie $S > l$, wo Sterben in geordneten Verhältnissen, in der richtigen Reihenfolge und im Kreis der Familie dem kontaktarmen Leben vorgezogen wird. Fall c mit $s > l$ beschreibt das Sozialbiest, für das es nichts Schlimmeres gibt, als auf ein kontaktreiches Leben in Bars, Restaurants, Discos, bei Großveranstaltungen und auf Reisen zu verzichten, wofür *ceteris paribus* die Infektion mit tödlichem Ausgang gerne in Kauf genommen wird. Fall d mit $S > L$ beschreibt hingegen den im Leben mit seinen Lieben so Verwurzelten, dass ihm nichts Besseres passieren kann, als in wohlgeordneter Weise in ihrem Kreis dahinzuscheiden. Fall e mit $S > L$ und $s > l$ ist der im Familien- oder engsten Freundeskreis Verwurzelte, für den zugleich ein kontaktarmes Leben das schlimmste überhaupt ist. Fall f beschreibt mit $s > L$ die Hölle auf Erden, wo selbst das schlechte Sterben noch besser ist als das gute Leben.

Die intrinsischen Präferenzen über die machbaren Erfahrungen von Tabelle 1 seien für alle Alterskohorten identisch und unabhängig von konkreten Entscheidungssituationen, also auch von gemachten Erfahrungen, sodass sie für Jung und Alt gelten.⁴ Davon zu trennen ist die instrumentelle Präferenz für oder gegen die Investition in das

4 Dies sind übliche Annahmen in der orthodoxen Ökonomik. Unabhängigkeit von konkreten Entscheidungssituationen ist dort eine Voraussetzung für konsistentes Verhalten, das in der Revealed-Preference-Theorie sogar mit Rationalität gleichgesetzt wird. Die Gleichheit der Präferenzen erfüllt die erkenntnistheoretische Forderung, dass abweichendes Verhalten nicht ad hoc mit unterschiedlichen Präferenzen erklärt werden sollte. Unterschiedliches Verhalten von Jung und Alt hat dann andere Ursachen, zum Beispiel unterschiedliche gemachte Erfahrungen.

gute Sterben, die gemäß Lemma 8 abhängig von den bereits gemachten Erfahrungen ist.

Im Folgenden wird angenommen, dass die Alten bereits über die Erfahrung des besseren, kontaktreichen Lebens, L , verfügen, während den Jungen noch jede gemachte Erfahrung fehlt. Beiden ist gemein, dass sie als Lebende die Erfahrung des Sterbens noch vor sich haben und sie auch nicht grundsätzlich vermeiden können, aber doch durch eine Investition im Leben das schlechte Sterben abwenden und das gute Sterben sicherstellen können.

Die Annahme, dass die Jungen noch keine Erfahrungen gemacht haben, ist eine Vereinfachung, die konkret nur auf Neugeborene zutrifft. Diese Vereinfachung deckt aber den allgemeineren Fall ab, in dem die Jungen zwar schon Erfahrungen gemacht, ihre besten Jahre aber noch vor sich haben. Die Alten sind bereits überm Zenit ihres Lebens und blicken schon auf ihre besten Jahre zurück. Zwischen Alt und Jung kann es also einen Abstand von mehr als einer Generation geben: Die über 65-Jährigen gelten als die Alten und die Jahrgänge im Schul- und Hochschulalter als die Jungen. So verfuhr auch die C19-Politik, die häufig mit Blick einzig auf Schulen und Seniorenheime gemacht wurde.⁵

Für wen ist die Investition ins gute Sterben vorteilhaft? Die Alten verfügen bereits über die Erfahrung L , was gemäß Lemma 3 (Pfadabhängigkeit) ihre künftige Entscheidungssituation in allen Fällen, a bis f, beeinflusst und in den Fällen a bis c gemäß Lemma 4 das Entscheidungsproblem zum Maximin-Problem werden lässt. In diesen Fällen ist die Entscheidung pro oder contra Investition für die Alten die Entscheidung zwischen den Erfahrungstupel (L, S) und (L, s) , sodass es in den Fällen a und b gemäß Lemma 6 (Dominanz) für die Alten vorteilhaft ist, die Investition zu tätigen. Ohne die bereits gemachte Erfahrung L ist die Investitionsentscheidung der Jungen in den Fällen a und b hingegen eine

5 Genau genommen unterscheidet »Jung« und »Alt« nicht das chronologische oder biologische, sondern das epikureische Alter. Noch »jung« sind alle, die ihre beste Zeit noch vor sich sehen, und »alt« alle, die glauben, darauf bereits zurückzublicken. So gehört ein Methusalem voller Tatendrang und immer noch auf der Jagd nach der besten Lebenserfahrung epikureisch zu den Jungen. Die im Folgenden angenommene Gleichheit des chronologischen/biologischen und des epikureischen Alters ist für die Wirtspopulation als ganze im Sinn einer Korrelation zu verstehen.

Entscheidung zwischen den Erfahrungstupel (L, s) und (l, S) . Die Jungen haben damit einen Trade-off zwischen dem extremen sterblichen Dasein (L, s) und einem moderaten Dasein (l, S) zu beachten (Lemma 7). Ihre Investitionsentscheidung hängt also davon ab, wie sehr sie epikureische Optimisten oder Pessimisten sind. Ohne Detailkenntnis dazu bleibt es offen, wie sie sich entscheiden.

Im Fall c ist es für Jung und Alt vorteilhaft, die Investition nicht zu tätigen. Beide erhalten durch Nichtinvestition das Erfahrungstupel (L, s) , das sowohl im Supremum wie im Infimum das alternative Tupel (S, l) dominiert. Im Fall d ist die Investition für Jung und Alt vorteilhaft. Ohne Investition erhalten sie das Erfahrungstupel (L, s) , das von der Alternative (S, l) sowohl im Supremum wie Infimum dominiert wird.

In den Fällen e und f bleibt es ohne zusätzliche Information über den epikureischen Optimismus/Pessimismus unbestimmt, ob sich Jung und Alt für oder gegen die Investition entscheiden. Sie haben die Wahl zwischen einem extremen Dasein mit dem Tupel (S, l) im Investitionsfall und dem moderaten Tupel (L, s) ohne Investition und stehen einem Trade-off gegenüber (Lemma 7).

In der Gesamtschau haben Jung und Alt je nach Fall identische oder unterschiedliche instrumentelle Präferenzen für die Investition ins gute Sterben. In den Fällen c bis f haben sie dieselben instrumentellen Präferenzen, in den Fällen a und b *potenziell* unterschiedliche. Die Alten bevorzugen in den Fällen a und b die Investition, bei den Jungen hängt diese von ihrem epikureischen Optimismus beziehungsweise Pessimismus ab. Bei extremem Pessimismus sind (wie in Lemma 4) nur die Infima für die Entscheidung relevant, in den Erfahrungstupel (L, s) und (l, S) also nur S und s . Weil $S > s$, wird dann für die Investition entschieden. Bei extremem Optimismus sind (wie in Lemma 5) nur die Suprema relevant, also nur L und l . Da $L > l$, verzichten die Jungen auf die Investition. Allgemein gilt, dass in den Fällen a und b Junge und Alte unterschiedliche instrumentelle Präferenzen für die Investition ins gute Sterben haben, wenn der epikureische Optimismus hinreichend groß ist.

Diese Resultate ergeben:

Proposition 1 – Laissez-faire versus Zero-Virus: In den Fällen a und b haben die Alten eine Präferenz für eine Zero-Virus-Strategie und die Jungen für eine Laissez-faire-Strategie, wenn der epikureische Optimismus hinreichend groß ist. Andernfalls haben Jung und Alt in allen Fällen a bis f dieselben instrumentellen Präferenzen.

Proposition 1 ist bemerkenswert, nicht nur weil Harmonie oder Disharmonie der Interessen von Alt und Jung vom *gemeinsamen* intrinsischen epikureischen Optimismus beziehungsweise Pessimismus abhängt, sondern diese Abhängigkeit gerade in jener Präferenzordnung auftritt, die als einzige keine Anomalie aufweist (Fall a). Daraus können Rückschlüsse auf die Plausibilität normativer Aussagen über die Pandemiepolitik gezogen werden.

Die staatliche Investition ins garantiert gute Sterben

Die C19-Politik, die großenteils der Vermeidung des schlechten Sterbens galt, war also eine Investition ins gute Sterben. Doch auf welches normative Fundament war sie gestützt? *In* der Krise haben die politisch Verantwortlichen Anspruch auf Milde für ihr Handeln. Diese Milde gewährt die Krisenheuristik mit ihrem Pardon für die Nichtbeachtung von so vielem, was utilitaristisch nicht ignoriert werden dürfte.⁶ Will man darüber hinaus den Verantwortlichen nicht auch noch die meritorische »bessere Einsicht« zugestehen, bleibt nur der methodische Individualismus als Maßstab für die Beurteilung der Pandemiepolitik übrig:

Gedankenexperiment: Angenommen, alle Menschen hätten in der Krise dieselben Präferenzen, wie sie der Krisenheuristik des politischen Entscheidungsträgers zugrunde liegen: Ist die staatliche Maßnahme dann konsistent mit den individuellen Präferenzen?

Wenn der Epikureismus die normative Grundlage der Krisenheuristik ist, ist er in diesem Gedankenexperiment auch für die Präferenzen des sterblichen Daseins zu unterstellen. Das Gedankenexperiment bezieht sich dann auf die Frage der Konsistenz der Pandemiepolitik mit den epikureischen Präferenzen des sterblichen Daseins.

Dieses normative Kriterium ist schwächer als das im Utilitarismus verlangte. Dort wird nach der Konsistenz mit den *tatsächlichen* (offenbaren) Präferenzen der Menschen gefragt. Hier wird stattdessen gefragt: Wenn die Menschen die ethischen Grundsätze der staatlich verfügbaren

6 An ebenjene Milde hat der damalige Gesundheitsminister Jens Spahn im einleitenden Zitat von Kapitel 4 appelliert.

Krisenheuristik für nachvollziehbar und vernünftig hielten, wenn sie also bereit wären, in der Krise eine besondere Loyalität gegenüber dem Staat zu zeigen, indem sie dessen normative Krisenlogik für sich selbst übernehmen, wäre dann staatliches Handeln konsistent mit dieser individuellen Krisenrationalität?

Diese Konsistenzbedingung legt nicht die gesamte moralische Verantwortung auf die Schultern des Staates, sondern nimmt auch die Bürger mit in die moralische Pflicht.⁷ Sie ist die ethische Minimalanforderung an die Pandemiepolitik in der Krise, und deren Beurteilung sollte keine lascheren Anforderungen stellen.⁸

Konsistenz lässt sich nur bedingt aus der dritten und fünften Spalte von Tabelle 1 herauslesen. Es lässt sich zwar die Pareto-Effizienz der Investition bestimmen, aber sie hängt von der unterstellten ordinalen Rangierung, den Fällen a bis f, ab. Alle Fälle außer a weisen jedoch Anomalien auf. Die These der Pareto-Effizienz der C19-Infektionsschutzpolitik müsste sich damit in den Fällen b bis f implizit auf die eine oder andere Anomalie stützen.

Wenn man die erforderliche Unterstellung einer solchen Anomalie zum hinreichenden Kriterium für die *Implausibilität* dieser These macht, lassen sich die folgenden Aussagen über die staatliche Investition ins gute Sterben machen:

Folgaussage 1 – radikaler Libertismus: Die These, dass die Zero-Virus-Strategie im Hinblick auf die Präferenzen des sterblichen Daseins zwingend inkonsistent sei, unterstellt $s > l$ und ist deshalb implausibel.

Die Inkonsistenzthese basiert auf der Behauptung, die Beschränkungen der individuellen Freiheit durch die Zero-Covid-Strategie seien schlim-

7 So wie der amtierende Gesundheitsminister Lauterbach in der Impfpflichtdebatte am 13.01.2022 im Bundestag die Bürger mit dem Kant'schen Imperativ in die Pflicht genommen hat.

8 Zur Loyalität Institutionen gegenüber vgl. Hirschman 1970 und die darauf aufbauende umfangreiche Literatur. Loyalität ist neben Fürsorge, Fairness, Respekt vor Autorität und körperlicher und geistiger Reinheit ein moderierender Faktor der moralischen Beurteilung von Verhalten (Moral Foundation Theory). Zum Einfluss dieser Faktoren auf die Befolgung von C19-Schutzvorschriften und -empfehlungen siehe Chan 2021; zum Einfluss der subjektiven gesundheitlichen Vulnerabilität darauf siehe Henderson und Schmall 2021.

mer als das Sterben auf der Intensivstation. Wer behauptet, eine Zero-Virus-Strategie verletze zwingend die Interessen der Bevölkerung, muss sich auf diese extreme These stützen, zumindest wenn ein Bekenntnis zur epikureischen Milde vorliegt. Andernfalls gilt der Vorwurf, unerfüllbare Forderungen an die Rationalität von Entscheidungsträgern in Krisensituationen zu stellen.

Folgaussage 1 wirft einen Schatten auf die libertäre Kritik an der Zero-Covid-Strategie der chinesischen Staatsführung. Die der Bevölkerung auferlegten Zumutungen waren größer als jene in Europa. Aber das damit verbundene emische Leid der Bevölkerung für schlimmer zu erklären als das individuelle Leid in einem Massensterben unter Laissez-faire-Bedingungen setzt eine radikale libertäre Einstellung voraus.

Folgaussage 2 – radikaler gesundheitlicher Protektionismus: Die These, dass eine Zero-Virus-Strategie zwingend konsistent mit den Präferenzen des sterblichen Daseins sei, unterstellt $S > L$ und ist deshalb implausibel.

Die Konsistenzthese basiert auf der Behauptung, das gute Sterben sei sogar noch besser als das Leben ohne Beschränkung sozialer Kontakte. Wer behauptet, eine Zero-Virus-Strategie sei vorbehaltlos im Interesse der Gesamtbevölkerung, muss sich auf diese extreme These stützen. Dieser radikale gesundheitliche Protektionismus unterstellt eine ordinal implausibel hohe Rendite der Freiheitsbeschränkung und muss sich der Frage stellen, welcher Wert Freiheit bei Gefahr fürs Leben generell beizumessen ist.

Folgaussage 3 – Bevorzugung der Alten: Die These, dass eine Zero-Virus-Strategie möglicherweise eine Diskriminierung der Jungen bedeutet (im Sinn der Verletzung des Pareto-Kriteriums), ist plausibel, weil sie konsistent nur mit den Präferenzen $L > l > S > s$ ist.

Die These vom möglichen Bias zugunsten der Alten muss keine Anomalie in den Präferenzen unterstellen. Sie ist nicht implausibel. Wenn eine nicht implausible These plausibel ist, ist die These vom möglichen Bias der Pandemiepolitik zugunsten der Alten plausibel.

Pandemiepolitik in der Krise birgt in Folgeaussage 3 unvermeidbar die Gefahr der intergenerationellen Ungerechtigkeit. Ein solcher Bias ist eine Diskriminierung und steht im Widerspruch zu einer neutralistischen normativen Theorie, die jeder Entscheidung abverlangt, dass sie

unabhängig davon getroffen wird, *welche* Menschen, *welche* Teile des physischen Raums und *welche* Zeiten davon betroffen werden.⁹ Die in Folgeaussage 3 festgestellte Unschärfe ist deshalb ein ethisches Defizit der epikureischen Krisenheuristik, welches es noch zu beseitigen gilt. Denn es bringt Handeln *in* der Krise in ein moralisches Dilemma.

Das moralische Dilemma

Die Folgeaussagen 1 bis 3 über die Pareto-Effizienz einer Zero-Virus-Strategie im Vergleich zu einer Laissez-faire-Strategie basieren auf der Annahme einer in allen, also auch auf die Pandemie bezogenen Belangen homogenen Bevölkerung, die nur in ihren vor der Pandemie gemachten Erfahrungen Unterschiede aufweist. Das aber heißt bei gegebenen epikureischen Präferenzen, dass Menschen dann auch unterschiedliche Interessen *in* der Pandemie bezüglich ihrer weiteren Planung ihres sterblichen Daseins haben. Dies ist der Spaltpilz in der Gesellschaft und die fundamentale Herausforderung für die Pandemiepolitik *in* der Krise: Selbst dann, wenn eine Pandemie die Bevölkerung medizinisch nicht spaltet – was in der Omikron-Phase eher der Fall war –, bleibt die Gefahr der Spaltung der Interessenlagen.

Konfliktlinien quer durch die Bevölkerung laufen dann nicht (nur) zwischen rationalem und irrationalem Verhalten, wie sie in der C19-Pandemie zu den »Querdenken« medial gezogen wurden. Sie laufen auch zwischen rationalen Menschen. Und in der epikureischen Rationalität gilt: Je unterschiedlicher die Erfahrungen sind, mit denen die Menschen in eine Krise hineingehen, desto unterschiedlicher sind ihre instrumentellen Präferenzen, die ihnen ihre gemeinsame Rationalität aufzwingt – auch wenn sie sonst identische Klone und medizinisch von der Pandemie gleich betroffen sind. Appelle an die Vernunft laufen dann in Leere.¹⁰

Die Unschärfe in der Folgeaussage 3 ist der Milde geschuldet, die die Pandemiepolitik *in* der Krise verdient. Sie könnte durch den poli-

9 Temkin 2015.

10 Unvernunft war ein Phänomen der C19-Pandemie. Aber das pauschale Abstem-peln von (Fundamental-)Kritikern als Irrationale war ungerechtfertigt. Es war sogar kontraproduktiv, soweit es das Gefühl der Schmähung durch die politischen, medialen und Bildungseliten hinterlassen hat.

tischen Entscheidungsträger beseitigt werden, indem er den epikureischen Optimismus beziehungsweise Pessimismus mit empirischen Methoden wissenschaftlich feststellen lassen würde. Dafür fehlt aber die Zeit. Es bleibt ihm also nichts übrig, als entweder ins Ungewisse abzuwägen und die normative Unschärfe zu ertragen oder meritorisch zu handeln.

Die erste Möglichkeit entspräche der Überlegung, dass man bei einer aufgenötigten Wahl zwischen Regen und Traufe gar nicht unmoralisch handeln kann. Die Entscheidung über den Bias in die eine oder andere Richtung kann dann dem Würfelspiel überlassen werden. Die Pandemiepolitik *in* der Krise setzt sich so zwar nicht dem Vorwurf der Willkür aus, schafft dafür aber ein Transparenzproblem: Die Bevölkerung würde einer Regierung mit Unverständnis begegnen, von der sie wüsste oder vermutete, dass sie den Entscheid zwischen Sicherung des guten Sterbens und der individuellen Freiheit dem Würfelspiel überlässt. Die zweite Möglichkeit wäre, *ex cathedra* den epikureischen Pessimismus zu verkünden und damit den Alten lexikografisch Vorrang einzuräumen. Dies widerspräche aber dem Abwägungsgebot iii der Krisenheuristik.

Dies ist das moralische Dilemma des Staates:

Epikureisches Dilemma: Ohne Pandemiepolitik für die Krise muss der Staat in der Krise entweder die Gefahr der Diskriminierung in Kauf nehmen, Intransparenz Vorschub leisten oder gegen den ethischen Grundsatz iii der Krisenheuristik (Abwägungsgebot) verstößen.

Hier wird der Staat *in* der Krise von seinem Versäumnis *vor* der Krise eingeholt. Er hat der Prokrastination seine moralische Unschuld geopfert. Das moralische Dilemma wird spätestens dann virulent, wenn, wie in der Omikron-Phase, das Infektionsgeschehen die gesamte Bevölkerung annähernd gleich erfasst.

Die Unverzeihbarkeit des moralischen Dilemmas

Die Trägheit der deutschen Pandemiepolitik *für* die Krise trotz Kenntnis des RKI-Berichts über die Modi-SARS-Simulation ist ein Beispiel solcher Prokrastination. Sie war nicht nur in Deutschland festzustellen. Das Chaos bei der Beschaffung von Schutzmasken und Desinfektionsmitteln in der ersten Phase empfohlener Infektionsschutzmaßnahmen,

das zum Bruch internationaler Lieferverträge führte, zu rücksichtslosem Protektionismus selbst innerhalb der EU und zur wochenlangen Trennung von Familien durch Grenzzäune mitten im Schengenraum, ist nur ein frühes Beispiel für die Schäden dieser Prokrastination. Spätere Beispiele sind der Dilettantismus in der Entwicklung von Contact-Tracing-Apps und der Lindwurm der für den Normalbetrieb gemachten Gesundheitsbürokratie, der mit bleierner Schwere den Krisenmodus belastete. Oder die Debatten für und wider Schulschließung und Wechselunterricht, die jede Viruswelle begleiteten, fast so, als ob sie jeweils die erste wäre.¹¹ *Tempi passati?*

Vergangen sind diese Zeiten insofern, als politische Quittungen nicht mehr ausgestellt werden, keineswegs vorbei sind sie aber im Hinblick auf die Lehren, die daraus gezogen wurden und werden. Entscheidungsträger verdienen zwar Milde für ihr Tun *in* der Krise, aber systematische Fehler dürfen sich nicht wiederholen. Daraus folgt: Die C19-Pandemiepolitik muss aufgearbeitet werden, um so zu einer systematisch entwickelten Pandemiepolitik *für* die Krise zu kommen und sich für die nächste Pandemiepolitik *in* der Krise zu wappnen, einschließlich der Vorbereitung auf extreme Maßnahmen wie eine Zero-Virus- oder Laissez-faire-Strategie. Dieser prophylaktische Pandemieschutz ist nicht nur zweckdienlich und langfristig kostengünstig, sondern vor allem ethisch alternativlos.

Die ethische Unabdingbarkeit einer Pandemiepolitik *für* die Krise folgt aus der Frage, ob »Sollen« *in* der Krise »Können« impliziert, was der moralische Glücksfall wäre, aber auch zum moralischen Handeln verpflichtet. Oder ob die Politik etwas soll, was sie nicht kann, was moralisches Pech wäre, aber unmoralisches Handeln verzeihbar machte.¹² Im moralischen Glücksfall ist unmoralisches Handeln hingegen unverzeihlich. Das epikureische Dilemma ist aber ein Fall von moralischem Pech *nur in* der Pandemie: »Sollen« und »Können« fallen *nur dort* auseinander, und unmoralisches Handeln hat *nur dort* Anspruch auf ein mildes Urteil.

Nur unter der Voraussetzung, dass frühere Präzedenzfälle von SARS-Ausbrüchen in Asien nicht bekannt gewesen wären oder in

11 Solche Schäden der Prokrastination legen die Kontraproduktivität von Angaben zur Wahrscheinlichkeit des Katastrophenfalls in Katastrophensimulationen offen. Die vom RKI angegebene Häufigkeit von eins in 100 bis 1000 Jahren dürfte die Pandemiepolitik *für* die Krise eher gelähmt als wacherüttelt haben.

12 Sorensen 2006.

Deutschland kein RKI-Bericht vorgelegen hätte, wären moralische Verfehlungen der Pandemiepolitik *in* der Krise wie die individuell unverschuldete Erbsünde zu beurteilen. Zu keinem früheren Zeitpunkt hätte man auf der Grundlage von Erfahrung und Kenntnis durch geeignetes Handeln Vorsorge treffen können, dass das Dilemma und damit die Diskrepanz zwischen Sollen und Können nicht entsteht. Handeln im Dilemma wäre dann wie die Erbsünde verzeihlich. Als *Terminus technicus* mag der Begriff »Katastrophenfall« Aufmerksamkeit verschafft haben, aber er insinuiert auch diesen moralischen Erbsündenfall und reklamiert damit die Verzeihbarkeit unmoralischen Handelns.¹³

Die C19-Pandemie war aber kein Erbsündenfall. Denn mit der Kenntnis von Präzedenzfällen und der Modi-SARS-Simulation lag der moralische Glücksfall vor. Es hätte in den sieben Jahren von Anfang 2013 bis Ende 2019 gehandelt und die staatliche Infrastruktur und Organisation für die Pandemiepolitik *in* der Krise ertüchtigt werden können. Obwohl *in* der Krise »Sollen« und »Können« in der Entscheidung zwischen Zero-Virus und Laissez-faire auseinanderfielen, kann die Unvermeidbarkeit der potenziellen Diskriminierung der Jungen durch die C19-Politik keine Milde beanspruchen. Sie bleibt unmoralisch aufgrund von Prokrastination. Daran ändert auch nichts, dass die C19-Politik sich weder ganz auf die Seite von Null Covid noch ganz auf die Seite von Laissez-faire geschlagen, sondern sich mit Varianten des graduellen Infektionsschutzes durchlaviert hat.

Gradueller Infektionsschutz

Gradueller Infektionsschutz nimmt die Ungewissheit darüber in Kauf, ob das sterbliche Dasein trotz der Einschränkung von Freiheit, dafür ohne das Diktat einer Zero-Virus-Strategie die Erfahrung des guten oder schlechten Sterbens machen wird. Eine bekannte Gegenwart trifft auf eine ungewisse Zukunft. Wie ist der graduelle Infektionsschutz im Gedankenexperiment zu beurteilen?

Der Grad des Infektionsschutzes sei φ mit $0 \leq \varphi \leq 1$. Laissez-faire ist $\varphi = 0$, und $\varphi = 1$ ist die Zero-Virus-Strategie. Der Grad des Infektionsschutzes, konkret die Strenge seiner Maßnahmen, bestimmt das

13 Zum Beispiel die Bezeichnung der C19-Pandemie als Naturkatastrophe durch den Virologen Christian Drosten (Vogt 2020).

unter ihm führbare Leben $l(\varphi)$. Je strenger sie sind, umso unfreier und unglücklicher das führbare Leben, das heißt $l'(\varphi) < 0$ im Definitionsbereich $L \geq l(\varphi) \geq l$.

Im Laissez-faire ist das schlechte Sterben garantiert und damit das Erfahrungstupel (L, s) . Die Zero-Virus-Strategie garantiert das gute Sterben und das Erfahrungstupel (l, S) . Dazwischen, $0 < \varphi < 1$, ist die Sterbeerfahrung ungewiss, sie ist entweder S oder s . Es wird im Folgenden angenommen, dass das sterbliche Dasein im Krisenmodus alle führbaren Formen des Lebens allen Formen des möglichen Sterbens vorzieht. Dann gelten die intrinsischen Präferenzen von Fall a aus Tabelle 1 in erweiterter Form:

$$L \geq l(\varphi) \geq l > S > s \quad \text{für } 0 \leq \varphi \leq 1 \quad (10)$$

Je strenger die Infektionsschutzmaßnahmen, umso größer die Chancen aufs gute Sterben. Mit der Normierung $s \equiv 0$ ist der Infektionsschutz deshalb eine Investition in den Erwartungswert des guten Sterbens, $\varphi \cdot S$, mit einer marginalen Rendite S und marginalen Investitionskosten $l'(\varphi)$.

Mit einer VNM-Zielfunktion könnte die optimale Investition φ^* bestimmt werden, die den Erwartungsnutzen des sterblichen Daseins für das Sterberisiko $\varphi \cdot S$ maximiert. Dies ist aber aus zwei Gründen keine Option.

Erstens, es fehlt in der Praxis die Kenntnis des genauen Zusammenhangs zwischen Kosten und Rendite der Investition. Was die C19-Pandemie eindrücklich belegt: Obwohl eine große Übereinstimmung zwischen den im RKI-Bericht unterstellten Infektionseigenschaften der simulierten Modi-SARS-Variante und dem tatsächlichen C19-Virus besteht, liegen die dort angenommene und die tatsächliche Letalität sowohl im Hinblick auf die Gesamtzahl der Todesfälle wie auch deren Verteilung in der Bevölkerung weit auseinander. Dieses Informationsdefizit der Pandemiepolitik für die C19-Krise wurde in der C19-Krise durch die Mutationsdynamik potenziert: Die Lernkurve der C19-Politik wurde durch die Mutationen immer wieder auf näher null gesetzt. Das utilitaristische Erwartungsnutzenkalkül ist in der Krise unbrauchbar. Es braucht ein weniger voraussetzungsreiches Konzept.¹⁴

14 Warnungen vor künftigen Mutationen, die die Infektiosität von Omikron und die Letalität von Delta vereinen, wie im Januar 2022 von Gesundheitsminister

Zweitens, das Erwartungsnutzenkalkül liegt quer zur epikureischen Krisenrationalität. Im vorliegenden Fall würde das Erwartungsnutzenkalkül die Bestimmung eines gewichteten Durchschnitts der beiden mentalen Zustände des guten und schlechten Sterbens verlangen. Was ist aber die Ontologie einer Mischung zweier mentaler Zustände, die wie S und s sich gegenseitig ausschließen? In den Wert des epikureischen sterblichen Daseins fließt nur ein, was Supremum oder Infimum des *tatsächlich* geführten Daseins ist oder sein wird. Und eine Mischung aus sich gegenseitig ausschließenden mentalen Zuständen kann nicht Bestandteil eines tatsächlich erlebten und erlebbaren mentalen Zustands sein und damit kein Bestandteil eines tatsächlich geführten Lebens, was auch immer es sein mag. Nicht im Rückblick auf dieses Leben und nicht im Ausblick darauf. Die Aussicht auf ein sich gegenseitig ausschließendes, ungewisses Sterben braucht in der epikureischen Rationalität eine andere Behandlung als durch das Erwartungsnutzenkalkül. Eine Möglichkeit ist das folgende

Axiom 3 – Minimax und Minimin bei sich ausschließenden mentalen Zuständen: Sofern sich gegenseitig ausschließende mentale Zustände Supremum oder Infimum sein können, fließt nur deren jeweils kleinster Wert in die Ex-ante-Gesamtbewertung des sterblichen Daseins ein.

Das Axiom postuliert eine Grundvorsicht nach dem Motto »Hope whatever you want and expect the worst«. Wenn Ungewissheit besteht, welche der Möglichkeiten fürs Infimum, S oder s , Teil des tatsächlich gelebten Lebens sein wird, lässt Axiom 3 den Epikureer mit dem schlimmsten Ausgang s rechnen und den besseren Ausgang S lediglich als unkalkulierbares Geschenk an sein tatsächlich geführtes Leben annehmen. Dasselbe gilt fürs Supremum: Bei zwei sich gegenseitig ausschließenden

Lauterbach geäußert, reduzieren die VNM-Planbarkeit des Infektionsschutzes weiter. Leonard Savages Metapher von der kleinen und großen Welt trifft auf die Besonderheiten einer Pandemie zu: In der kleinen Welt ist es immer möglich vorauszublicken, bevor man springt, in der großen Welt gibt es einige Brücken, die man nicht überqueren kann, bevor man sie erreicht (Binmore 2008). Pandemiepolitik *in* der Krise ist voller solcher Brücken, die eine Masterplanung mit dem Erwartungsnutzenkalkül verunmöglichen.

Möglichkeiten kalkuliert der Epikureer stets mit der schlechteren und nimmt die bessere als unkalkulierbares Geschenk an.¹⁵

Der Epikureer plant selbst dann mit dem schlechten Sterben, wenn die Chancen aufs gute Sterben gut sind. Dies macht den graduellen Infektionsschutz φ zu einem stumpfen Schwert: Feinsteuerung im Infektionsschutz bleibt weitgehend ohne Wirkung auf die Beurteilung der Folgen fürs Sterben. Diese Unsensibilität der Bewertung des Infektionsschutzes wäre ein Nachteil für die Pandemiepolitik für die Krise, hat in der Krise aber den Vorteil, dass die Entscheidungsträger nicht im Unterholz von Detailabwägungen stecken bleiben. Mit Axiom 3 lassen sich die instrumentellen Präferenzen des Epikureers für Infektionsschutz mit ungewissem Ausgang für die Sterbeerfahrung bestimmen.

Um den Vergleich des graduellen Infektionsschutzes mit den Extremvarianten Laissez-faire und Zero-Virus zu erleichtern, wird im Folgenden unterstellt, dass Jung und Alt jene epikureischen Optimisten sind, die in Proposition 1 (S. 118) zu unterschiedlichen instrumentellen Präferenzen führen. Damit gilt das Tupelranking

$$(L, s) \prec (l, S) \quad (11)$$

das heißt, als epikureische Optimisten ziehen Jung und Alt ein Leben mit extremen Erfahrungen einem Leben mit moderaten vor. Sie unterscheiden sich annahmegemäß aber weiterhin darin, dass die Alten schon auf

15 Binsmore 2016 bleibt unklar in seinen Argumenten pro und contra Erwartungsnutzenkalkül im Epikureismus. Zunächst argumentiert er pro Erwartungsnutzenkalkül auch für den Epikureismus, nur um später Risiko im Entscheidungsproblem zur Vermeidung von Interpretationsproblemen der folgenden Art auszuschließen: Ein mentaler Zustand sei auch, wenn jemand von seiner Frau betrogen würde, ohne es je gemerkt zu haben. Wie könne ein solcher Zustand den Wert seines Lebens anders beeinflussen, als wenn sie ihm stets treu geblieben wäre? Binsmore scheint das Problem dadurch umschiffen zu wollen, dass der Epikureer Untreue ausschließt und sein Dasein so plant, als ob nicht beobachtbare Untreue ausgeschlossen sei, er also den besseren von zwei ungewissen Zuständen als sicher unterstellt. Axiom 3 lässt dieses Dasein hingegen in »Expect-the-worst«-Manier planen und vom denkbar schlimmsten mentalen Zustand ausgehen, mit der Treue als ein Glücksfall, der zwar nicht die Ex-ante-Bewertung künftiger Erfahrungen beeinflusst, aber die Risikovermeidung ins Entscheidungskalkül hineinbringt.

die Erfahrung L zurückblicken. Die Frage ist, ob mit den Möglichkeiten des graduellen Infektionsschutzes das in Folgeaussage 3 (Bevorzugung der Alten) steckende ethische Problem der Pandemiepolitik *in* der Krise vermieden werden kann.

Mit den intrinsischen Präferenzen (10) und (11) gilt das folgende Ranking der möglichen Erfahrungstupel:

$$\begin{aligned}
 (L, S) \prec (L, s) \succ [l(\varphi_1), S] \asymp [l(\varphi), S] \\
 \prec [l(\varphi), s] \asymp [l(\varphi_2), s] \succ (l, S) \prec (l, s)
 \end{aligned}
 \tag{12}$$

für $0 < \varphi_1 \leq \varphi \leq \varphi_2 < 1$. Es folgt unmittelbar, dass die Alten von allen möglichen Infektionsschutzmaßnahmen die Zero-Virus-Strategie, $\varphi = 1$, vorziehen, weil Zero-Virus ihnen S und damit das bestmögliche Erfahrungstupel (L, S) garantiert. Die Möglichkeiten des graduellen Infektionsschutzes zwischen Laissez-faire und Zero-Virus ändern nichts an ihrer instrumentellen Präferenz für die Zero-Virus-Strategie.

Welche instrumentellen Präferenzen haben die Jungen? Tabelle 2 fasst sie zusammen.

Tabelle 2: *Gradueller Infektionsschutz zwischen Zero-Virus und Laissez-faire*

Fall a: $L > l >$ $S > s$	Alte (mit Erlebnis L)		Junge (ohne Erlebnisse)	
	Bereich	Präferenz	Bereich	Präferenz
	$0 \leq \varphi \leq 1$	Zero-Virus	$0 \leq \varphi \leq \varphi_2$	Laissez-faire
			$\varphi_2 \leq \varphi \leq 1$	Zero-Virus

Im Wertebereich des graduellen Infektionsschutzes $\varphi_1 \leq \varphi \leq \varphi_2$ gilt $[l(\varphi_1), s] \asymp [l(\varphi), s] \asymp [l(\varphi_2), s]$, sodass im Fall der schlechteren Sterbeerfahrung der Wert des sterblichen Daseins größer wird, je schwächer die Infektionsschutzmaßnahmen sind. Mit Axiom 3 präferieren die Jungen den am wenigsten strengen Infektionsschutz φ_1 . Den besseren Ausgang nehmen sie lediglich als unkalkulierbares Geschenk an ihr tatsächlich geführtes Leben an. Die in Axiom 3 steckende Vorsicht bei der Lebensplanung macht den Infektionsschutz zu einem

stumpfen Schwert, dessen sicheren Kosten kein kalkulierbarer künftiger Nutzen gegenübersteht, solange noch ein minimales Risiko des schlechten Sterbens weiterbesteht. Diese Vorsicht in der epikureischen Ex-ante-Bewertung des sterblichen Daseins führt in Kombination mit dem epikureischen Optimismus bei der Gewichtung von Infimum und Supremum zur Inkaufnahme des höchsten Risikos, nämlich eines schlechten Sterbens. Wie bei der Wahl zwischen Laissez-faire und Zero-Virus präferieren die jungen epikureischen Optimisten die größtmögliche Freiheit im Leben. Die verbesserte Aussicht auf das gute Sterben, die der graduelle Infektionsschutz offeriert, hat im Bereich $\varphi_1 \leq \varphi \leq \varphi_2$ keinen Einfluss auf die instrumentellen Präferenzen der Jungen.

Die Ungewissheit der Sterbeerfahrung beeinflusst aber die instrumentellen Präferenzen der Jungen im Bereich $\varphi_2 < \varphi \leq 1$. Beim Infektionsschutz φ_2 gilt $[l(\varphi_2), s] \succ (l, S)$, das heißt, der Epikureer ist indifferent gegenüber den sicheren Folgen der Zero-Virus-Strategie und dem weniger strengen Infektionsschutz φ_2 , der das schlechte Sterben nicht ganz verhindern kann, das somit gemäß Axiom 3 in die Bewertung dieses Infektionsschutzes einfließt. Diese Indifferenz betrifft den Trade-off zwischen einem extrem geführten Dasein mit besserem Leben und schlechterem Sterben und einem moderater geführten Dasein mit schlechterem Leben und besserem Sterben.

Im Bereich $\varphi_2 < \varphi \leq 1$ wird die im Infektionsschutz φ verbleibende Ungewissheit über die Art des Sterbens dem jungen Epikureer zur Last. Es gilt dann $[l(\varphi_2), s] \succ (l, S) \prec [l(\varphi), s] \preccurlyeq (l, s)$. Im schlimmen Fall des schlechten Sterbens ist für $\varphi_2 < \varphi < 1$ der Wert des sterblichen Daseins geringer als unter der Zero-Virus-Strategie, obwohl dem Leben noch größere Freiheit bleibt. Gemäß Axiom 3 rechnet der Epikureer bei Ungewissheit mit diesem schlimmen Fall. Unter den Infektionsschutzmaßnahmen $\varphi_2 < \varphi \leq 1$ präferieren die Jungen deshalb die Zero-Virus-Strategie, die das gute Sterben S garantiert. Der Totalschutz gibt die Sicherheit vor dem Wertverlust, der im Unterschied zwischen S und s steckt, der geringe Verbesserungen in der Freiheit der Lebensführung überkompensiert. Ab einem Grad φ_2 der Einschränkung ihrer Freiheit ziehen die Jungen einer weiteren marginalen Verschärfung des Infektionsschutzes den abrupten Übergang zur Zero-Virus-Strategie vor. Die Jungen werden vom Saulus zum Paulus des Infektionsschutzes.

Beim Infektionsschutz φ_1 gilt $[l(\varphi_1), S] \succ (L, s)$, das heißt, es gilt Indifferenz gegenüber den sicheren Konsequenzen von Laissez-faire und dem (etwas) strengeren Infektionsschutz φ_1 , falls die da-

mit geschaffene (geringe) Chance aufs gute Sterben tatsächlich auch darin endet. Der Infektionsschutzbereich $0 < \varphi < \varphi_1$ offeriert deshalb eigentlich eine Wette auf diesen guten Ausgang, denn dort gilt $(L, S) \prec [l(\varphi), S] \prec (L, s)$. Das sterbliche Dasein könnte diese Wette eingehen und mit geringen persönlichen Einschränkungen zugunsten des Infektionsschutzes darauf spekulieren, dass ihm das schlechte Sterben erspart bleibt.

Es sind Wetten wie diese, die Axiom 3 unterbindet. Der Zwang zur Vorsicht in Form einer Planung nur mit dem schlechtesten Ausgang s verhindert Wetten, in denen ein sehr hohes Risiko, auf der Intensivstation zu sterben, nur deshalb in Kauf genommen wird, weil immer noch die Chance bleibt, ihm zu entrinnen. Mit Axiom 3 spielt der Epikureer solche Wetten nicht. Deshalb präferieren die Jungen im Bereich $0 < \varphi < \varphi_2$ totales Laissez-faire mit der Konsequenz des sicheren schlechten Sterbens (L, s) gegenüber allen Formen des graduellen Infektionsschutzes. Sie tun dies allein wegen ihrer intrinsischen Präferenzen (10) (S. 126), nach denen jede mögliche Form des Lebens höher bewertet ist als jede mögliche Art des Sterbens.

Da $[l(\varphi), s] \asymp [l(\varphi_2), s] \asymp (l, S)$ für $0 \leq \varphi < \varphi_2$, wird im gesamten Definitionsbereich des Infektionsschutzes, $0 \leq \varphi < 1$, von den Jungen Laissez-faire jeder Art von Schutzmaßnahmen vorgezogen, wenn Infektionsschutzniveau $\varphi_2 > 0$ unterschritten werden kann.

Epikureischer Pessimismus bedingt andere instrumentelle Präferenzen. Ist er hinreichend groß, gilt $(L, s) \succ (l, S)$ und deshalb

$$\begin{aligned} (L, S) \prec (L, s) \asymp [l(\varphi_1), S] \succ [l(\varphi), S] \\ \succ [l(\varphi), s] \succ [l(\varphi_2), s] \asymp (l, S) \prec (l, s) \end{aligned} \tag{13}$$

für $0 < \varphi_1 \leq \varphi \leq \varphi_2 < 1$. Mit der gemachten Erfahrung L ziehen die Alten aus denselben Gründen die Zero-Virus-Strategie allen anderen Alternativen des Infektionsschutzes vor, was ihnen das bestmögliche Erfahrungstupel (L, S) sichert. Die Jungen präferieren im Bereich $\varphi_1 \leq \varphi \leq \varphi_2$ ebenfalls den stärksten Infektionsschutz φ_2 , der sie auf einen Wert ihres Daseins bringt wie im Fall der Zero-Virus-Strategie, (l, S) . Im Bereich $\varphi_2 < \varphi < 1$ ziehen sie wegen Axiom 3 die Zero-Virus-Strategie jedem geringeren Infektionsschutz vor. Im Bereich $0 < \varphi < \varphi_1$ untersagt Axiom 3 die Wette auf ein fast unbeschwertes Leben in der Hoffnung auf die gute Sterbeerfahrung. Damit präferieren auch die Jungen im gesamten Definitionsbereich des Infektionsschutzes

$0 \leq \varphi \leq 1$ die Zero-Virus-Strategie, und die instrumentellen Präferenzen von Jung und Alt harmonisieren.

Die instrumentellen Präferenzen von Jung und Alt über graduellen Infektionsschutz lassen sich zusammenfassen in:

Proposition 2 – gradueller Infektionsschutz: Im Fall der intrinsischen Präferenzen (10) haben die Alten eine Präferenz für die Zero-Virus-Strategie vor allen schwächeren Formen des Infektionsschutzes. Die Jungen haben dieselbe instrumentelle Präferenz nur bei hinreichend großem epikureischem Pessimismus, ansonsten bevorzugen sie Laissez-faire vor allen Formen des Infektionsschutzes, wenn das Schutzniveau φ_2 , $0 < \varphi_2 < 1$, unterschritten werden kann. Sie bevorzugen die Zero-Virus-Strategie, wenn φ_2 der minimale Infektionsschutz ist.¹⁶

Im Vergleich zu Proposition 1 (S. 118) ändern die Möglichkeiten des graduellen Infektionsschutzes die instrumentellen Präferenzen nur durch die Existenz eines kritischen intermediären Schutzniveaus φ_2 , und nur dann, wenn dieses Schutzniveau als Minimalschutz festgelegt ist.

Infektionsschutzpolitik

In der C19-Pandemie wurde in einigen Ländern zeitweise nach dem Prinzip Hoffnung verfahren – in England zu Beginn der Pandemie, in den USA unter Donald Trump und in Brasilien unter Jair Bolsonaro. Mit seinem Zwang zur pessimistischen Bewertung des sterblichen Daseins verbietet Axiom 3 eine Infektionsschutzpolitik, die auf das Prinzip Hoffnung baut.

16 Proposition 2 löst Binmores Untreueproblem auf folgende Weise: Auf das gute Leben bereits zurückblickend, wird das Leben im Alter so weitergeführt, dass es den geringstmöglichen Anlass zur Untreue gibt. In der Jugend führt der epikureische Optimist ein Leben ohne Rücksicht auf dessen Wirkung auf die Treue des Partners. Nur wenn Normen und Tabus eine Partnerschaft diktiert, die eine hohe Chance auf Treue sicherstellen, führen auch Junge ihr Leben so, wie es dem Erhalt der Treue am meisten förderlich ist. Normen und Tabus zugunsten von partnerschaftlicher Treue können damit als eine epikureische Institution verstanden werden, die den gesellschaftlichen Zusammenhalt innerhalb des partnerschaftlichen Lebens stärken hilft.

Ebendieses Verbot erlegten sich viele andere Länder auf, indem sie einen rigoroseren Infektionsschutz nach dem Prinzip »expect the worst« implementierten. Ihre Infektionsschutzpolitik ähnelte der epikureischen Rationalität von Axiom 3, wobei es graduelle Unterschiede gab: relativ moderater Infektionsschutz zum Beispiel in einigen osteuropäischen Ländern und der Schweiz mit entsprechend höherem Infektionsgeschehen, ein strengeres Regime unter anderem in Deutschland, Österreich und Italien und (Quasi-)Zero-Covid-Strategien in China, Australien, Neuseeland und zahlreichen pazifischen Inselstaaten, mit gelegentlichen Neuausbrüchen, die augenblicklich mit der ganzen Macht des Staates bekämpft wurden.

Für (temporäre) Unterschiede in der Infektionsschutzpolitik gibt es diverse Gründe: neue wissenschaftliche Erkenntnisse und deren Beurteilung, Mutationen, die Länder und Regionen zu unterschiedlichen Zeiten heimsuchen, Unterschiede in Kapazität und Resilienz von Gesundheitssystemen, Geografie, Demografie und Wirtschaft sowie in der allgemeinen Lebensweise. Mit Proposition 2 gehören aber graduelle Unterschiede in der Befindlichkeit der Bevölkerung gegenüber dem Infektionsschutz explizit nicht dazu.

Graduelle Unterschiede in Freiheitsliebe oder der Angst vor dem Sterben zwischen Bergregionen und flachem Land, Stadt und Land oder zwischen Kulturräumen schlagen in der verwesentlichten epikureischen Krisenrationalität nicht bis auf regional differenzierte Unterschiede in den instrumentellen Präferenzen durch. Geografisches Klein-Klein im Infektionsschutz aus *solchen* Gründen ist deshalb falsch. Das stumpfe Schwert des graduellen Infektionsschutzes im epikureischen Dasein legitimiert vielmehr die äußerst krisentaugliche Fokussierung auf wenige Grundalternativen. Bei jeder Änderung der Inzidenz um noch die feinste Anpassungsnuance im Infektionsschutz zu ringen war Zeit- und Ressourcenverschwendung.

Proposition 2 erlaubt und verlangt von der Pandemiepolitik die Abkehr von der Kurzatmigkeit immer neuer Salven exakt ausdifferenzierter Vorsorgemaßnahmen (AHA-Regel) und Testpflichten ([2,3]G-Regel). In der epikureischen Krisenrationalität rangieren sie unter Belanglosigkeiten, solange sie nicht gegen den Grundsatz von Effektivität und Effizienz verstoßen.¹⁷ Die epikureische Krisenrationalität begegnet

17 Das Schließen der Gastronomie in der C19-Krise war ineffizient im Vergleich zum durchdachten Infektionsschutz *in* der Gastronomie. Das Schließen der Au-

dem Hyperventilieren in täglichen Sondersendungen und Talkshows oder den permanenten Wasserstandsmeldungen von Inzidenzen im Null-Komma-Promille-Bereich mit Gleichmut. Ob FFP2-Masken zu tragen sind oder OP-Masken ausreichen, ob Fußballstadien halb- oder viertelvoll sein dürfen, ob zu Hause zwei oder drei Gäste aus einem anderen Haushalt sein dürfen, ob die Sperrstunde um zehn Uhr oder um Mitternacht beginnt, ist für den Epikureer nicht von Belang. Was einzig zählt, ist die Fähigkeit zur autonomen Lebensführung und das Risiko des schlechten Sterbens.

Diese epikureische Verwesentlichung ermöglicht und verlangt eine Pandemiepolitik *in* der Krise mit einem Schutzschild gegen ständige Änderungen und Ausdifferenzierungen in Raum und Zeit und dafür einem Fokus auf das Wesentliche: die Grundfreiheit des Menschen und den Schutz vor dem schlechten Sterben. Das sind die großen Linien der Pandemiepolitik. Emergentes Wissen um Long Covid zum Beispiel bleibt so lange unberücksichtigt, solange das Risiko von C19-Toten auf den Intensivstationen nicht (praktisch) gebannt ist und Long Covid nicht zu einer noch schlimmeren Erfahrung als das schlechte Sterben wird. Die epikureische Pandemiepolitik *in* der Krise verschwendet keinen Gedanken an die Feinsteuerung des Infektionsschutzes, solange zum Beispiel Fragen wie die von Familientreffen an Festtagen nicht geklärt sind. Diese Überlegungen münden in

Folgeaussage 4 – Infektionsschutz für Infimum und Supremum: Rationaler Infektionsschutz in der Krise fokussiert auf Verbesserung oder Sicherung von Supremum und Infimum und ist robust gegenüber Einflussfaktoren intermediärer Erfahrungen des sterblichen Daseins.

Anreizsteuerung über die Intensivstation

Der graduelle Infektionsschutz eröffnet der Pandemiepolitik *für* die Krise eine Möglichkeit, den allfälligen Bias zugunsten der Alten zu vermeiden und zugleich die Kooperationsbereitschaft in der Bevölkerung

ßengastronomie war sogar kontraproduktiv durch die Verdrängung des sozialen Lebens in private Innenräume mit höherem Infektionsrisiko. Das erste verschlechterte das Supremum, ohne das Infimum zu verbessern, das zweite verschlechterte sogar beide.

beim Infektionsschutz zu heben. Es kann ein minimaler Infektionsschutz φ^{\min} festgelegt werden: Was auch immer an Verbesserungen im Leben durch dessen Unterschreitung möglich wäre, wird zur lexikografisch unzulässigen Gefährdung des Lebens erklärt. Wenn $\varphi_2 \leq \varphi^{\min}$, wird gemäß Proposition 2 die Möglichkeit der Diskriminierung der Jungen und das epikureische Dilemma in der nächsten Krise vermieden. Und die damit verbundene Förderung der Kooperation beim Infektionsschutz macht sie zum Win-win. Voraussetzung ist allerdings eine diskursethisch korrekte Abarbeitung des Trade-offs zwischen der Vermeidung des Dilemmas und der damit einhergehenden Einschränkung der Freiheit.

Dieser Diskurs hat unter mindestens einer Ungewissheit zu erfolgen: In Unkenntnis der epidemiologischen und klinischen Eigenschaften künftiger Erreger kann die Untergrenze φ^{\min} der Maßnahmen des Infektionsschutzes nicht schon in der Pandemiepolitik für die Krise festgelegt werden, sondern muss aus allgemeinen Grundsätzen des Schutzziels von Leib und Leben herleitbar sein. Dazu kann φ^{\min} rekursiv aus Zielgrößen der Intensivpflege operationalisiert werden. Diese Zielgrößen müssen bereits in der Pandemiepolitik für die Krise bestimmt werden: Maximal x Prozent der Intensivkapazitäten dürfen für Pandemiekranke genutzt werden. An dieser Obergrenze im Intensivpflegebereich muss sich der Infektionsschutz φ^{\min} in der Krise orientieren: Er ist im Minimum so auszurichten, dass er nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft eine Überschreitung der x -Prozentgrenze verhindert. Wenn die Obergrenze x in der Intensivmedizin so festgesetzt ist, dass $\varphi_2 < \varphi^{\min} < 1$, hat die Pandemiepolitik für die Krise das epikureische Dilemma in der Krise vermieden und zugleich die volle Kooperation der Bevölkerung beim Infektionsschutz hergestellt.

Politikdesign 1 – Intensivpflege: Durch die Festlegung einer maximalen Auslastung x der Intensivstationen mit Pandemiekranken und der rekursiven Bestimmung des daraus folgenden minimalen Infektionsschutzes φ^{\min} , sodass $\varphi_2 \leq \varphi^{\min} < 1$, kann das unvermeidbare ethische Dilemma von Folgeaussage 3 in der Pandemiepolitik für die Krise vermieden und die Kooperationsbereitschaft der Bevölkerung beim Pandemieschutz verbessert werden.

Der über Politikdesign 1 zu führende konkrete Diskurs betrifft also den Trade-off zwischen den ethischen Vorteilen der politischen Selbstbindung bei der zukünftigen Intensivkapazitätsauslastung durch Pande-

miepatienten, x , und den Freiheitskosten, die durch die künstliche Verknappung x in ungewisser Höhe, φ^{min} , in Kauf zu nehmen sind. Politikdesign 1 ist ein Beispiel dafür, wie groß die in der Pandemiepolitik für die Krise bestehenden Chancen, aber auch die anstehenden Herausforderungen sind.

Der C19-Infektionsschutz (in Deutschland) orientierte sich ab Herbst 2021 stärker an der Intensivpflegeauslastung, nachdem vorher die Inzidenz der Neuinfektionen das alles beherrschende Kriterium war. Insofern veränderte er sich in die Richtung, die vorgeschlagen ist in Politikdesign 1. Er blieb aber den entscheidenden Schritt von der Anreizsteuerung des Wirtsorganismus zum größtmöglichen Selbstschutz zurück.

Die Gefahr der Verwässerung der Kernaufgaben der klinischen Intensivpflege zugunsten der außerklinischen Anreizsteuerung des Wirtsorganismus ist kontrollierbar. Es stehen für das Management der Intensivpflegekapazität zwei voneinander unabhängige Instrumente zur Verfügung (Tinbergen-Kriterium): erstens die Gesamtzahl von Pflegebetten (und Pflegepersonal) der relevanten DIVI-Kategorie(n), durch die die gesamte intensivmedizinische Aufgabenbewältigung sichergestellt werden kann (die Größe des Systems); zweitens, und unabhängig davon, der externe Anreizparameter x , mit dem $\varphi_2 \leq \varphi^{min}$ angesteuert werden kann.

Unabhängig davon, ob Politikdesign 1 eine praktikable politische Option ist oder nicht, *Mort-interdite*-Zielfunktion 1 und 2 (S. 33, 40) lenken die Aufmerksamkeit der Pandemiepolitik auf die Intensivstationen. Ihre Kapazitätsplanung sollte vor der Krise Priorität erhalten.

Das (schlechtere) Sterben vor der Intensivstation

Das Anreizdesign über die Intensivstation hat noch eine weitere Hürde zu nehmen. Nicht nur C19 stand für schlechtes Sterben, auch aus anderen Gründen starben Menschen auf der Intensivstation. Also hätte auch eine erfolgreiche Zero-Virus-Strategie schlechtes Sterben auf der Intensivstation nicht verhindern können. Wenn aber das schlechte Sterben auf der Intensivstation die schlimmste Form des Sterbens überhaupt ist, kann $\varphi = 1$ keine Politikoption sein. Denn dann existiert kein Schwellenwert $\varphi_2 < 1$, ab dem es sich für Junge lohnen würde, die instrumen-

telle Präferenz für Laissez-faire gegen Zero-Virus einzutauschen. Und damit versagt auch der Anreizmechanismus von Politikdesign 1.¹⁸

Aber schlimmer als die Aussicht, *auf* der Intensivstation zu sterben, ist die Aussicht, *davor* zu sterben: dann, wenn die Intensivstation voll, die Notaufnahme übervoll und das Gesundheitssystem zusammengebrochen ist. Deshalb ist $\varphi = 1$ zu präzisieren: Es entspricht nicht der Wahrscheinlichkeit von null, mit dem Virus *auf* der Intensivstation zu landen, es ist die Wahrscheinlichkeit von null, dass das Gesundheitssystem zusammenbricht. Das Anreizdesign über die Intensivstation funktioniert erst dann, wenn in der Pandemiepolitik *für* die Krise die Resilienz des Gesundheitssystems sichergestellt worden ist.

Gerade an diesem Punkt wurde die C19-Politik in der westlichen Welt von ihrer Entfremdung der Lebenden von Tod und Sterben (Kapitel 1) eingeholt. In den ewig warnenden Worten über den Zustand *in* den Intensivstationen steckte nicht mehr als die schamhafte Andeutung des unaussprechbaren wahren Grunds aller Besorgnis: dass das Sterben *vor* der vollen Intensivstation um jeden Preis zu vermeiden ist. Das Sterben *davor*, das schlimmstmögliche Erlebnis, blieb als Gefahr politisch und medial tabu. Dadurch wurde in der öffentlichen Wahrnehmung der Infektionsschutz lediglich zum Mittel, das regelte, mit *welcher* Krankheit jemand auf der Intensivstation stirbt, falls er dort stirbt, aber nicht zum ultimativen Mittel, mit dem das Sterben *davor* verhindert wird. Eine Chance, die Kooperationsbereitschaft des Wirtsorganismus zu verbessern, blieb so ungenutzt.

Vor die Welle kommen

Folgeaussage 4 stellt den Infektionsschutz in den Dienst von Infirmum und Supremum und macht seine Ausgestaltung robust gegenüber partikulären Anliegen. Zugleich liefert Politikdesign 1 den Rahmen für seine graduelle Anpassung nach dem Stand der Wissenschaft. Neue Erkenntnisse über Infektionswege und -risiken, die Gefahr, schwer zu erkranken, die Verweildauer auf der Intensivstation und die Dynamik

18 Dies ist ein anreizökonomisches Versagen der Zero-Virus-Strategie. Ein außenwirtschaftliches Versagen ist die Integration in die globale Wirtschaft, die Abschottung nach außen unmöglich macht. Selbst China mit seiner Quasi-Zero-Virus-Strategie wurde von C19 immer wieder heimgesucht.

der Herdenimmunität erzwingen eine Verschärfung oder erlauben eine Lockerung im Infektionsschutz φ . Für die konstante Einhaltung des Grenzwerts x der Auslastung der Intensivstationen mit Pandemiekranken wird φ^{min} bei Bedarf aktualisiert. Der Algorithmus der Anpassung hat als wissenschaftlichen Input die Wirkung des Maßnahmenpakets φ auf die Belegung x . Änderungen im Infektionsgeschehen sind dagegen lediglich der Output des Systems und nur dann Inputinformationen, wenn sie unerwartet sind und zum Beispiel auf eine unentdeckte Mutation hindeuten. So kommt die Pandemiepolitik *in* der Krise vor die Welle. Vor die Welle heißt, im Hinblick auf die Auslastung x noch rechtzeitig handeln und dabei die Inzidenzen nicht als Input, sondern als Output des Systems sehen zu können.

Lange blieb der C19-Infektionsschutz hinter der Welle, das heißt, die Politik sah das Infektionsgeschehen immer vor sich und reagierte kurzfristig: mit Lockerung, wenn die Inzidenz sank, mit Verschärfung, wenn sie stieg, in Form von Ad-hoc-Entscheidungen oder als Teil eines Regelwerks wie das der Bundesnotbremse. Auf diese Weise trieb die natürliche Dynamik der Pandemie den Infektionsschutz zu ständigen Anpassungen. Leben und Wirtschaft litten unter zweierlei Kosten: den Kosten des Schutzniveaus φ und den Kosten seiner ständigen Anpassung.

Anpassungskosten entstanden unter anderem aus dem verordneten Hin und Her zwischen Präsenzarbeit und Homeoffice, zwischen Präsenz-, Wechsel- und Online-Unterricht, zwischen Schließen und Öffnen von Gastronomie und Hotellerie sowie durch Abschreibungen auf aufgestockte verderbliche Lagerbestände und den Ausverkauf von Modeartikeln entlang aller Wertschöpfungsketten im In- und Ausland. Diese hinter der Welle entstehenden Anpassungskosten sind größer als die, die vor der Welle anfallen. Hier werden sie getrieben von den wissenschaftlichen Erkenntnissen *über* die Welle, hinter der Welle von ihr selbst, wodurch sich nicht nur der Anpassungsdruck steigert, sondern auch die daraus entstehenden Kosten.

Auch die Anpassungslogik ist vor der Welle eine andere als hinter ihr. Vor der Welle ist der Infektionsschutz endzielorientiert (x -orientiert), hinter ihr ist er prozessorientiert, der Veränderungsprozess im Infektionsgeschehen wird zum Gegenstand der Politik per se. Dieser Unterschied ist beträchtlich. Warnungen von Epidemiologen vor der nächsten Welle sind auch als Mahnungen (von verkappten Ökonomen) zu verstehen, jetzt endlich vor sie zu kommen.

Föderaler versus zentraler Infektionsschutz

Der C19-Infektionsschutz wurde in Deutschland im Zusammenspiel von Bund und Ländern gemacht, in der Schweiz von Bund und Kantonen. Aber unter welcher Aufgabenteilung? Die Frage nach Zentralisierung oder Dezentralisierung der Pandemiepolitik *in* der Krise erscheint vor dem Hintergrund der epikureischen Verwesentlichung in einem neuen Licht. Zwar bleibt die Verteilung von Informationen und Ressourcen für die Zuteilung von Zuständigkeiten auch weiterhin relevant, aber der epikureische Gleichmut gegenüber intermediären mentalen Zuständen mindert die Vorteile von Föderalismus und Subsidiarität. Kleinräumige Unterschiede im graduellen Infektionsschutz über Kantons- oder Bundesländergrenzen hinweg fallen in den Bereich epikureischer Belanglosigkeiten, soweit sie intermediäre Erfahrungen zwischen Supremum und Infimum betreffen. Klein-Klein in der Pandemie ist also falsch.

Als Krisenrationalität begünstigt der Epikureismus den Zentralismus aber nur bedingt. Denn die Kompetenzverteilung hängt nun davon ab, ob die Verwesentlichung der Pandemiepolitik *in* der Krise besser zentral oder dezentral geschafft werden kann. Wo also die großen Linien gezogen werden sollten, um die Chancen auf ein großes Supremum zu wahren und das schlechteste Infimum abzuwehren, sprich: die Freiheit zu erhalten und das schlechte Sterben abzuwenden.

Die Frage, wo die Kompetenzen liegen sollten, ist keineswegs trivial, weil zu allen sonstigen Gesichtspunkten noch hinzukommt, dass die Interessen des epikureischen Supremums und Infimums in der Pandemiepolitik im diametralen Widerstreit liegen: Freiheit versus Schutz vor dem schlechten Sterben. Wo, im Zentralstaat oder in den Gliedern, können diese Ziele am besten verfolgt werden?

Regionaler Infektionsschutz ist in der Pandemie ein Oxymoron, weil der Erreger keine Grenzen kennt: Die Pandemie schlägt hier selbst den Therapeuten vor. Dies ist ein starkes Argument, die Zuständigkeit für das epikureische Infimum an den Zentralstaat zu übertragen: Die Regeln für den Infektionsschutz zu setzen, zum Beispiel das Politikdesign 1, ist Aufgabe des Bundes, regionale Sonderwege *in* der Pandemie sichern lediglich die *Effizienz* von Schutzniveau φ im Hinblick auf den Handlungszweck x : nämlich die Mittel zu finden, mit deren Hilfe das Schutzziel am besten erreicht wird. Zwar können Aspekte wie ländlicher Raum, Agglomeration, Netzinfrastruktur usw. hier unterschiedliche

Maßnahmenpakete rechtfertigen, insgesamt jedoch geht es dabei um träge Faktoren, sodass regionale Unterschiede bezüglich der Mittel des Infektionsschutzes weitgehend unverändert bleiben. Kurzatmiges Hin und Her auf der unteren Politikebene gehört also nicht zur föderalen Arbeitsteilung.

Von der effizienzgetriebenen föderalen Flexibilität der Schutzmaßnahmen für das Management des Infimums ist die zielorientierte Flexibilisierung zugunsten des Supremums zu unterscheiden. Wie groß dürfen Unterschiede in der Sicherstellung des Freiheitsziels sein? Kann für Bergkantone oder den Osten Deutschlands der Infektionsschutz weniger streng sein, weil die Freiheitsliebe dort größer ist?

In einer Bandbreite zwischen der minimalen Einschränkung der Freiheit, φ^{min} , die den Grenzwert x der intensivmedizinischen Kapazitätsauslastung gerade so sicherstellen kann, und einer Einschränkung φ^{max} , die eine Sicherheitsreserve hat, mit $0 < \varphi^{min} \leq \varphi \leq \varphi^{max} < 1$, kann Infektionsschutz und die damit verbundene Einschränkung der Freiheit, φ , flexibel festgelegt werden. Föderale Unterschiede im Schutzniveau sind so möglich, ohne den vom Bund bestimmten Schutzzweck x zu gefährden. Deshalb ist eine Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern beziehungsweise Kantonen möglich, in der es Bundesache ist, φ^{max} als Infektionsschutzstandard mit Sicherheitsreserve festzulegen, von dem die föderale Ebene bis zur unteren Grenze φ^{min} abweichen kann.

Da die Pandemie als Naturereignis der oberen föderalen Ebene nur die natürliche Zuständigkeit fürs Infimum zuweist, es aber keine naturwissenschaftlichen Gründe für eine bestimmte Zuständigkeit hinsichtlich der Sicherung der individuellen Freiheit gibt, kann die Zuständigkeit fürs Supremum föderal so oder so geregelt werden. In Deutschland misstraut das Grundgesetz dem Bund in Sachen Freiheit und macht die Bundesländer zum Korrektiv. Und in der Schweiz sind die Kantone Bollwerk gegen den Durchgriff der Mehrheit auf die Rechte von Minderheiten. Respektiert man diese Zuweisung der Verfassung, läge die Zuständigkeit fürs epikureische Supremum bei den Ländern beziehungsweise Kantonen mit folgender föderalen Aufgabenteilung: Der Bund legt den Infektionsschutzstandard φ^{max} als Infektionsschutzstandard mit Sicherheitsreserve fest, von dem die Länder oder Kantone nach unten bis zur Grenze φ^{min} abweichen können. Dies mündet in:

Politikdesign 2 – föderale Aufgabenteilung: In der epikureischen Pandemiepolitik ist die Oberebene zuständig für die Kontrolle des Infimums und die Unterebene für die Sicherung des Supremums.

Der Föderalismus zeigte sich in der C19-Pandemie in der Schweiz und Deutschland auf unterschiedliche Weise.

Die nach dem schweizerischen Epidemiegesetz (EpG) vom Bundesrat (Bundesregierung) festzustellende besondere Lage, die ihm nach Anhörung der Kantone die Kompetenz überträgt, bestimmte Maßnahmen anzuordnen, die normalerweise in die Zuständigkeit der Kantone fallen, macht den Bundesrat in der Krise zum allgemeinen Sachwalter sowohl des epikureischen Infimums wie des Supremums. Der Schweizer Bundesrat hatte damit eine Güterabwägung zwischen Pandemieschutz und individueller Freiheit (inklusive Wirtschaftsfreiheit) vorzunehmen.

Mit dem Dreiphasenmodell (Schutz – Stabilisierung – Normalisierung) vom 12. Mai 2021, das die schweizerische C19-Langfriststrategie und die Regeln für deren kurz- und mittelfristige Umsetzung festlegte, wurde der nationale Standard, φ^{CH} , festgelegt, der phasenabhängig und situativ von den Kantonen verschärft oder abgeschwächt werden konnte. Der nationale Infektionsschutzstandard, φ^{CH} , war im Vergleich zu Deutschland schwach genug, um auch die Freiheit zu schützen. Die konkrete Sicherstellung des Schutzziels x war hingegen die Aufgabe der Kantone, die je nach Phase entweder Anwalt des Infektionsschutzes oder der Freiheit werden konnten.

In Phase 1 (Schutz) konnten die Kantone in Reaktion auf die jeweilige epidemiologische Entwicklung und unter Berücksichtigung der Gesundheitsinfrastruktur vor Ort ihren kantonalen Standard, φ^K , $\varphi^K \geq \varphi^{CH}$, auch schärfer, aber nicht schwächer setzen. Es war damit Aufgabe und zugewiesene Kompetenz der Kantone, über den Trade-off zwischen Supremum und Infimum zulasten des Supremums zu entscheiden. Nicht nur den Gegebenheiten der lokalen Gesundheitsinfrastruktur, sondern auch dem Volk näherstehend, trugen die Kantone die politischen Kosten von Extraopfern, die der lokalen Freiheit zugunsten des lokalen Gesundheitsschutzes abverlangt wurden. Es ist klar, dass die Kantone deshalb Zurückhaltung bei der Ausübung ihrer Kompetenz übten und der nationale Standard φ^{CH} , obwohl Mindeststandard im Gesundheitsschutz in Phase 1, in Wirklichkeit dem Schutz der Freiheit in den kritischsten Phasen der Pandemie diente. In der Schutzphase des Drei-

phasenmodells war der Bund im Widerspruch zu Politikdesign 2 de facto fürs Supremum zuständig.

In Phase 2 (Stabilisierung), erhielten die Kantone eine andere Kompetenz. Ihnen musste der Bund Erleichterungen, $\varphi^{CH} \geq \varphi^K$, genehmigen, wenn es die epidemische Entwicklung im Kanton (im Hinblick auf x) zuließ. So wurden die Kantone mit fortschreitender Kontrolle über das Infektionsgeschehen (Phase 2) zum Förderer des Supremums, und der Bund wurde zuständig fürs Infimum. In Phase 2 des Dreiphasenmodells entsprach die föderale Aufgabenverteilung dem Politikdesign 2.

Der Preis für den im Vergleich zu Deutschland lockereren Infektionsschutzstandard, $\varphi^{CH} < \varphi^D$, waren höhere Inzidenzen von Neuinfektionen und damit eine größere Wellendynamik. Dank guter Kapazität und Qualität des Gesundheitssystems sowie fortgeschrittener Digitalisierung des öffentlichen Sektors konnte er bezahlt werden. Die größere Wellendynamik wurde durch die Zuständigkeit der Kantone für die konkrete Ausgestaltung der regionalen Pandemieschutzzonen mitverursacht – eine historisch bedingte Kleinräumigkeit, vor der das Virus nicht haltmachte. Was in Phase 2 leichter zu tragen war, war in Phase 1 eine Herausforderung.

In Deutschland gab es keine dem schweizerischen Dreiphasenmodell vergleichbare Langfriststrategie, von der Maßnahmen verbindlich und vorhersehbar hätten abgeleitet werden können. In den Bund-Länder-Runden, aber auch in der Bundesgesetzgebung wurden Regeln und Maßnahmen von zum Teil geringer Halbwertzeit beschlossen (wie der Ultrakurzläufer der Bundesnotbremse). Bundesländer hielten nicht immer Kurs. Bayern und Baden-Württemberg zum Beispiel machten regelmäßig strengere Vorgaben als auf Bundesebene vorgesehen (analog zur Phase 1 des schweizerischen Dreiphasenmodells) und Nordrhein-Westfalen im Wahljahr 2021 schwächere (analog zur schweizerischen Phase 2). Bayern mutierte irgendwann vom verlässlichsten Corona-Falke Anfang 2022 zur Corona-Taube mit der Abschwächung der in der Bund-Länder-Runde beschlossenen 2G-Plus-Regel auf 2G für die bayrische Gastronomie.

Im Hinblick auf künftige Pandemien bietet die epikureische Verwesentlichung auf Supremum und Infimum die Chance für eine strukturiertere Aufgabenteilung im Föderalismus. Die gegenseitige föderale Kontrolle und Aufgabenteilung hat in der Pandemie im epikureischen Supremum und Infimum ihren rationalen Wirkungsbereich.

Infektionsgemeinschaft

Bis hierher galt die Annahme, dass die Wirkung des Infektionsschutzes auf den Einzelnen einzig von seinem Verhalten abhängt: Wer sich dem Zero-Virus-Infektionsschutz unterwirft, dem bleibt Infektion und schlechtes Sterben mit Sicherheit erspart; wer Laissez-faire praktiziert, erkrankt schwer und stirbt mit Sicherheit schlecht; und auch die Wirkung des graduellen Infektionsschutzes aufs eigene Sterben hängt ausschließlich vom graduellen individuellen Infektionsschutz ab. Individuelles Verhalten hat damit keinen Einfluss auf das Infektionsgeschehen in der Population, und der Infektionsschutz der Population hat keinen Einfluss auf das Ansteckungsrisiko des Einzelnen.

Typisch für eine Pandemie ist jedoch die epidemische Interdependenz in einer Infektionsgemeinschaft. Wer sich selbst schützt, schützt auch andere, wer sich selbst nicht schützt, gefährdet auch andere. In der Pandemie hängt die Rendite der eigenen Investition in die eigene Gesundheit auch von der Investitionsentscheidung Dritter in ihre eigene Gesundheit ab.

Ein einfaches Modell der epikureischen Infektionsgemeinschaft lässt sich aus Proposition 1 (S. 118) ableiten. Das Proposition 1 zugrunde liegende Modell ist ein Alles-oder-nichts-Modell mit den Alternativen Laissez-faire und Zero-Virus mit einer jeweils anderen, aber sicheren Zukunft, s oder S . Epidemische Interdependenz lässt sich in dieses Alles-oder-nichts-Modell durch die Annahme integrieren, dass die Zero-Virus-Strategie nur vor Ansteckung schützt, wenn alle Mitglieder der Infektionsgemeinschaft sich ausnahmslos an sie halten, andernfalls sich jeder im Laufe der Zeit infiziert und im schlechten Sterben endet. Nach Proposition 1 lässt sich der Pandemieverlauf in der Infektionsgemeinschaft aus Alt und Jung als das Nash-Gleichgewicht in Tabelle 3 interpretieren.

Die beiden Spieler, Alt und Jung, haben jeweils zwei Strategien zur Verfügung, Laissez-faire und Zero-Virus. Die Spielregeln seien identisch mit denen des Gefangenendilemmas, insbesondere entscheiden beide Spieler ohne gegenseitige Absprache über ihre Strategie. Das erste Tupel in den die Strategie beider Spieler verbindenden Zellen der Auszahlungsmatrix ist das Spielergebnis für Spieler Alt und das zweite Tupel für Spieler Jung. Alt, mit schon gemachter Erfahrung L , erhält in jedem Spielverlauf als Supremum L . Als Infimum wird im Spiel S ausbezahlt, nur wenn beide Spieler sich für die Zero-Virus-Strategie

entscheiden. In allen anderen Fällen ist für beide Spieler das Infimum s . Jung erhält als Supremum l , wenn es Zero-Virus wählt.

Tabelle 3: Infektionsgemeinschaftliches Nash-Gleichgewicht von Proposition 1

		Alt	
		Laissez-faire	Zero-Virus
Jung	Laissez-faire	$(L, s), (L, s)$	$(L, s), (L, s)$
	Zero-Virus	$(L, s), (l, s)$	$(L, S), (l, S)$

Sind die Spieler epikureische Pessimisten (im Sinne von Proposition 1), gilt $(l, S) \prec (L, s)$. Jung hat dann keinen Anreiz, von Zero-Virus abzuweichen, wenn Alt Zero-Virus wählt, und auch Alt präferiert Zero-Virus, wenn Jung Zero-Virus wählt. Zero-Virus für Jung und Alt mit $[(L, S), (l, S)]$ ist das Nash-Gleichgewicht, wenn die Spieler epikureische Pessimisten sind. Im Vergleich zum Fall ohne epidemische Interdependenz (Proposition 1) macht die Interdependenz in einer Infektionsgemeinschaft somit keinen Unterschied, weder im optimalen Verhalten noch in den gemachten Erfahrungen im Leben, wenn deren Mitglieder epikureische Pessimisten sind.

Sind die Jungen epikureische Optimisten im Sinne von Proposition 1, gilt für sie $(L, s) \prec (l, S)$. Für Jung ist dann Zero-Virus nicht die optimale Strategie, wenn Alt Zero-Virus wählt, $[(L, S), (l, S)]$ ist kein Nash-Gleichgewicht. Es gibt in diesem Fall zwei Nash-Gleichgewichte mit der Laissez-faire-Strategie für Jung und Indifferenz gegenüber Laissez-faire und Zero-Virus für Alt. Sind die Jungen epikureische Optimisten, sind die Nash-gleichgewichtigen Erfahrungen für Jung und Alt $[(L, s), (L, s)]$. Im Vergleich zum Fall ohne epidemische Interdependenz (Proposition 1) macht die Infektionsgemeinschaft diesen Unterschied: Nicht nur werden die Jungen infiziert, sondern die gesamte Wirtspopulation, und alle sterben schlecht. In der Infektionsgemeinschaft sind deshalb die Alten Opfer der Jungen und tragen die Kosten der Ansteckung, die sie ohne Interdependenz durch konsequenten Selbstschutz vermieden hätten. Die Jungen hingegen machen dieselben Erfahrungen wie im Fall ohne Interdependenz. Junge epikureische Optimisten

sind deshalb Verursacher einer negativen epidemischen Externalität zulasten der Alten. Es gilt:

Proposition 3 – epidemische Externalität: Mit intrinsischen Präferenzen a (Tabelle 1) und hinreichend großem epikureischem Optimismus verursachen die Jungen eine negative epidemische Externalität zulasten der Alten.

Man beachte, dass diese Externalität nichts mit einer erhöhten medizinischen Vulnerabilität der Alten, wie bei der Gefährdung von Risikogruppen in der C19-Pandemie, zu tun hat. Zur in jeder Pandemie drohenden *Risikogruppen*-Externalität kommt in der epikureischen Pandemiepolitik eine *Erfahrungsgruppen*-Externalität hinzu. Die Jungen schädigen durch ihr Laissez-faire die Alten, die sich nicht dagegen schützen können. Die Zero-Virus-Strategie des Staates schützt die Erfahrungsgemeinschaft der Alten vor dieser Externalität. Proposition 3 relativiert Folgeaussage 3 (Bevorzugung der Alten, S. 121) zu:

Folgeaussage 5 – Nichtbevorzugung der Alten: Ist in der Wirtspopulation der epikureische Optimismus hinreichend stark, ist die Zero-Virus-Strategie kein Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot, wenn die Pandemie Infektionsgemeinschaften schafft.

In der C19-Pandemie wurde die Risikogruppe der Alten durch staatlich verordneten Infektionsschutz vor Ansteckung durch die Jungen als weniger gefährdeter Gruppe geschützt. Bei gleicher Vulnerabilität in der Wirtspopulation, das heißt ohne spezielle Risikogruppen, aber mit einer epikureisch hinreichend optimistischen Wirtspopulation hätte die Gruppe der Alten von der Gruppe der Jungen einen Schaden erlitten. Damit komplementiert im vorliegenden Modell die Erfahrungsgruppen-Externalität die Risikogruppen-Externalität. Bei der Entscheidung für oder gegen den besonderen Schutz der Alten als Risikogruppe hätte die epikureische Krisenrationalität den Schutz der vulnerablen Gruppe noch stärker legitimiert.

Was ändert sich, wenn in der Infektionsgemeinschaft nicht nur die extremen Handlungsalternativen Laissez-faire und Zero-Virus gewählt werden können, sondern auch gradueller Infektionsschutz? Gemäß Proposition 2 (S. 132) haben Jung und Alt bei hinreichend großem epikureischem Optimismus unverändert dieselben instrumentellen Präferenzen wie in Tabelle 3, wenn der Infektionsschutz im Definitionsbereich $0 \leq$

$\varphi \leq 1$ wählbar ist. In diesem Fall gilt weiterhin Proposition 3 und Folgeaussage 5. Wenn hingegen der graduelle Infektionsschutz φ_2 nicht unterschritten werden kann, bevorzugen Jung und Alt Zero-Virus. Proposition 3 und Folgesatz 5 verlieren damit ihre Gültigkeit, und Politikdesign 1 (Anreizdesign Intensivpflege, S. 135) behält seine wohlfahrtstheoretische Vorteilhaftigkeit auch für eine Infektionsgemeinschaft der Wirtspopulation.

Der Minimalschutz φ_2 , der den Anreiz setzt, ist für Axiom 3 zudem unabhängig vom Grad der Infektiosität: Die in Axiom 3 verordnete Vorsicht bei sich gegenseitig ausschließenden Erlebnissen lässt den Wirtsorganismus sich so verhalten, als ob jede einzelne Abweichung von Zero-Virus immer das eigene schlechte Sterben herbeiführt.

Als Fazit des Vergleichs mit und ohne Infektionsgemeinschaft lässt sich festhalten, dass zwar die normative Beurteilung der Pandemiepolitik von der Existenz einer Infektionsgemeinschaft abhängt, ohne Altruismus des Wirtsorganismus das zugrunde liegende individuelle Verhalten davon aber unbeeinflusst bleibt. Mit dem Fokus der vorliegenden Gesamtbetrachtung auf dem Zusammenspiel von Pandemiepolitik und Verhalten des Wirtsorganismus Mensch wird deshalb für die verbleibenden Kapitel in der formalen Analyse wieder auf den einfachen Fall ohne Infektionsgemeinschaft zurückgegriffen.

Pfadabhängigkeit der normativen Eigenschaften

Proposition 3 und Folgeaussage 5 sind ein Beispiel dafür, wie die normativen Eigenschaften der Pandemiepolitik von der Pfadabhängigkeit der epikureischen instrumentellen Präferenzen abhängen. Ohne die im Eingangszitat von Ken Binmore beschriebene Pfadabhängigkeit der Entscheidungsprobleme (Lemmata 3, 4, 5 und 8, S. 110ff.) ergäbe sich für den Fall ohne epidemische Interdependenz (analog Proposition 1) das Spiel von Tabelle 4.

Tabelle 4: Nash-Gleichgewicht von Proposition 1 ohne epidemische Interdependenz und ohne Pfadabhängigkeit

		Alt	
		Laissez-faire	Zero-Virus
Jung	Laissez-faire	$(L, s), (L, s)$	$(l, S), (L, s)$
	Zero-Virus	$(L, s), (l, S)$	$(l, S), (l, S)$

Für $(l, S) \prec (L, s)$ (epikureischer Pessimismus) ist das Nash-Gleichgewicht Zero-Virus für Jung und Alt. Für $(L, s) \prec (l, S)$ (epikureischer Optimismus) ist das Nash-Gleichgewicht Laissez-faire für Jung und Alt. Dies ist im Fall des epikureischen Optimismus ein Unterschied zu Proposition 1: Ohne Pfadabhängigkeit sind in jedem Fall die instrumentellen Präferenzen von Jung und Alt homogen.¹⁹

Ohne Pfadabhängigkeit, aber mit epidemischer Interdependenz folgt das Spiel von Tabelle 5.

Tabelle 5: Nash-Gleichgewicht von Proposition 1 ohne Pfadabhängigkeit und mit epidemischer Interdependenz

		Alt	
		Laissez-faire	Zero-Virus
Jung	Laissez-faire	$(L, s), (L, s)$	$(l, s), (L, s)$
	Zero-Virus	$(L, s), (l, s)$	$(l, S), (l, S)$

Die Nash-Gleichgewichte des Spiels von Tabelle 5 sind identisch mit denen des Spiels von Tabelle 4. Ohne Pfadabhängigkeit gibt es keine epidemische Externalität in der epikureischen Wirtspopulation. Epidemische Externalität (Tabelle 3) ist somit abhängig von den vom Wirtsorganismus gemachten Erfahrungen. Damit hängen aber auch die normativen Eigenschaften staatlicher Schutzmaßnahmen von

19 Tabelle 4 ist der triviale Fall der strategischen Unabhängigkeit identischer Akteure.

diesen Erfahrungen ab und sind somit ebenso pfadabhängig wie die instrumentellen Präferenzen des Wirtsorganismus.

Die Abhängigkeit der normativen Eigenschaften der Pandemiepolitik von der Pfadabhängigkeit des epikureischen Entscheidungsproblems ist eine besondere Herausforderung *in* der Krise. Pandemiepolitik *in* der Krise muss nicht nur die Varietät der epidemischen und medizinischen Betroffenheit von Bevölkerungsgruppen berücksichtigen, wie in der C19-Pandemie geschehen, sondern auch die Varietät der schon gemachten Erfahrungen dieser Gruppen. Dieser Umstand akzentuiert den Bedarf an sozial- und geisteswissenschaftlicher Expertise in der Krise.