

Kapitel 4: Pandemiepolitik für und in der Krise

»Wir werden in ein paar Monaten wahrscheinlich viel einander verzeihen müssen.«

Jens Spahn, 2020 (damals Bundesminister für Gesundheit)¹

Vor und nach einer Krise dürfen die ethischen Abwägungen der zu treffenden pandemiepolitischen Maßnahmen komplex sein – sie müssen es sogar, wie zum Beispiel im Fall einer krisenbedingt notwendigen Regelung der Triage. Während der Pandemie operiert die Pandemiepolitik aber im Krisenmodus und muss sich für nicht vorhersehbare Herausforderungen auf eine klare, praktikable Krisenethik stützen können. Wie sich zeigen wird, ist der Utilitarismus als Richtschnur für eine praktikable Krisenethik zu komplex. Wird aber eine ethische Grundlage nicht im Vorhinein entwickelt, bleibt in der Krise nur der tumbé Reflex auf *Mort interdite*. Zur Pandemiepolitik vor und damit zwischen Pandemien gehören deshalb nicht nur technische und organisatorische Vorkehrungen, sondern auch Entscheidungen, die ethisches Handeln in der Pandemie erst möglich machen.

Die Mängel des Deprivationismus

Prioritäres Ziel der deutschen C19-Pandemiepolitik war die Verhinderung des schlechten Sterbens (*Mort-interdite-Zielfunktion 1 und 2*). Im Deprivationismus als Philosophie von *Mort interdite* fand diese Politik ihre Legitimation. Doch welche Angriffsfläche bietet der Deprivationismus

¹ Bundesgesundheitsministerium 2020.

im Speziellen und der Utilitarismus im Allgemeinen als normativer Orientierungsrahmen für die Pandemiepolitik?

Die erste Kritik betrifft die Vernachlässigung all dessen, was ein gutes Leben ausmacht.

Kritik 1 – Diskriminierung des guten Lebens: Der Deprivationismus setzt die Lebensorhaltung der gesundheitlich Gefährdeten über alles andere. Wer deprivationistisch beurteilt, beurteilt utilitaristisch und müsste deshalb den Nutzen mit den gesellschaftlichen Gesamtkosten des Pandemieschutzes vergleichen und gegebenenfalls die Lebensverlängerung von Gefährdeten dem Hedonismus der Nichtgefährdeten opfern.

Der Deprivationismus berücksichtigt in *Ceteris-paribus*-Manier nur den Schaden am Leben, den die Sterblichkeit per se am Dasein verursacht, und lässt den Schaden, den Maßnahmen zum Lebensschutz verursachen, unberücksichtigt. Der Nutzen zum Beispiel eines Lockdowns in Form einer Abwendung des Sterbens (gemäß [9]) (S. 77) wird nicht verglichen mit dem durch den Lockdown selbst verursachten Schaden an der Freiheit im selben Leben. Da aber die Deprivationsethik die Unterscheidung zwischen dem *potenziell führbaren* und dem *tatsächlich zu führenden* Leben zur Richtschnur für normative Urteile macht, kann sie die unvermeidbaren Nebenwirkungen der Lebensverlängerung auf das tatsächlich geführte Leben nicht ignorieren. Sie sollte die durch Freiheitseinschränkung verursachten Kosten für eine Beurteilung der Pandemieschutzmaßnahmen auf dieselbe Stufe stellen wie die Risiken für Gesundheit und Langlebigkeit.

Der Deprivationismus und der Utilitarismus sind aus demselben normativen Holz des sterblichen Daseins geschnitten, und dieses Paradigma zwingt zu einer gesamthaften Kosten-Nutzen-Rechnung in der Beurteilung von Pandemieschutzmaßnahmen: Ökonomische Kosten-Nutzen-Überlegungen sind deshalb kein unethischer Exzess im Ringen um die richtige Politik, sondern ihre ethische *Conditio sine qua non*. Wer deprivationistisch argumentiert, kann die ökonomische Kosten-Nutzen-Rechnung nicht zugleich für unethisch erklären.² Die lexiko-

2 Es geht bei dieser Kosten-Nutzen-Rechnung nicht nur um pekuniäre Kosten im Wirtschaftskreislauf, sondern ebenso um die psychischen und sozialen Kosten durch Vereinsamung, Entfremdung, Verlust an Lebensfreude sowie durch Vernachlässigung sozialpädagogischer Ziele im (digitalen) Distanzunterricht.

grafische Priorisierung von *Mort interdite* in der C19-Politik auf Kosten der individuellen Freiheit der Bewohner von Senioren- und Pflegeheimen ist ein Verstoß gegen das Gebot des Schutzes des Lebens als Ganzes. Der erste Kritikpunkt lautet also: Wer utilitaristisch A sagt, muss auch utilitaristisch B sagen. Dies gilt hier lediglich in Bezug auf ein und daselbe Leben. Der Schaden an anderen Leben durch die Einschränkung der Freiheit Dritter ist hier noch nicht einmal eingerechnet.

In seiner ganzen utilitaristischen Konsequenz für Dritte liefert sich der Deprivationismus uneingeschränkt der Fundamentalkritik am Utilitarismus aus, die in der Deprivationsethik den Wolf im Schafspelz erkennt: Entweder wird der Deprivationismus mit allen ethischen Konsequenzen als Ganzes angenommen, oder er muss abgelehnt werden. Eine deprivationsethische Begründung des Intensivbettenmanagements für C19-Hochrisikogruppen muss nicht nur eine Abwägung gegenüber dem sonstigen intensivmedizinischen Bedarf für planbare Operationen (zum Beispiel von Krebspatienten) enthalten, sondern auch gegenüber dem Schaden, den der Infektionsschutz dem ganz gewöhnlichen Leben zufügt. Das heißt: In letzter Konsequenz ist im Deprivationismus das Leben dem Vergnügen zu opfern. Wer das als unethisch betrachtet, der wird auch den Deprivationismus als eine Ethik der Lebensverlängerung ablehnen (müssen).

Die zweite Kritik betrifft die thanatologische Diversität der Gesellschaft.

Kritik 2 – Diskriminierung der Religiosität: Die totale Diesseitsorientierung des Deprivationismus birgt das Risiko der Diskriminierung von Menschen mit einem Glauben an ein Jenseits.

Der Deprivationismus negiert jegliche transzendentale Imagination des sterblichen Daseins. In guter erkenntnistheoretischer (transzentaler) Tradition wird von allem abstrahiert, über dessen Existenz keine A-priori-Erkenntnis zu gewinnen ist. Der transzendentale *Glaube* des sterblichen Daseins an ein Dasein *T* nach dem Sterben, *S*, wird aus der normativen Beurteilung kategorisch verbannt: Die Zeit nach dem diesseitigen Leben birgt als einziges Potenzial das des verpassten diesseitigen Lebens.

Selbst wenn die ganze Bevölkerung an ein Leben nach dem Tod wie im Paradies glauben sollte, müsste in der Deprivationsethik das Sterben als Tor ins Paradies mit allen gebotenen Mitteln hinausgezögert

werden.³ Demnach wäre also für alle, die ein paradiesisches jenseitiges Sein imaginieren, die *Mort-interdite*-Pandemiepolitik im besten Fall überflüssig und käme im schlimmsten Fall einem gezielten Glücksentzug gleich.⁴ dem nur durch eine Patientenverfügung zu entgehen wäre. Aber in dem Ausmaß, wie sich die Pandemiepolitik auf dieses Patientenrecht stützen würde, unterstellte sie der Bevölkerung eine Fähigkeit zur schnellen Reaktion in Krisenzeiten, die sie selbst in der C19-Pandemie nicht aufweisen konnte. Wenn ethische Positionen den Menschen keine Fähigkeiten unterstellen dürfen, die sie wahrscheinlich nicht haben, bleibt Deprivationisten deshalb nur das meritorische Argument, wider die »Unvernunft« des Volkes handeln zu müssen, wie dies zum Beispiel der Suchtprävention zugrunde liegt.

Der Deprivationismus setzt sich trotz seines Bekenntnisses zum methodischen Individualismus der gesammelten Kritik aus, die gegen Meritorik im Allgemeinen vorgebracht werden kann. Dieser Einwand ist aber nur schlagend, wenn agnostisch die Möglichkeit einer emisch transzendenten Imagination zugelassen wird. Wer den Deprivationismus vertritt, bekennt sich deshalb implizit zum Atheismus und diskriminiert andere Thanatologien in der Pandemiepolitik.

Kritik 2 entfaltet auch eine epistemologische Schärfe. Die Wirkung der *eigenen* (emischen) Imagination des sterblichen Daseins auf das *eigene* Leben wird in der Deprivationsethik zwar zum Kriterium für normative Urteile erhoben, aber eine *fremde* (etische) Imagination ersetzt bei Bedarf die emische Imagination des sterblichen Daseins. Diese *fremde* Imagination ist die des wertenden Deprivationisten. Die kontingente Zukunft des sterblichen Daseins mag ein Jenseits (im Glauben) einschließen oder nicht, die transzendentale Epistemologie des Deprivationisten oktroyiert jedem sterblichen Dasein eine Imagination auf, so

-
- 3 Dies schließt ein Suizidverbot mit ein. Man beachte aber, dass auch die abrahamitischen Religionen ihre Heilsbotschaft mit einem Suizidverbot verknüpfen. Als »diesseitige« Erklärung für diese Inkonsistenz wird angeführt, dass es praktischerweise dabei hilfe, der Religion (und ihrem Staat) ihre Humanressourcen nicht abhandenkommen zu lassen.
- 4 Im besten Fall ist das Glück im Jenseits unendlich und deshalb alles Irdische ohne Belang. Im schlimmsten Fall verkleinert das Hinauszögern des Sterbens wie in einer Investitionsrechnung das im Jenseits erfahrbare Glück und schadet im Lockdown ebenso dem diesseitigen Glück. Ein Suizidverbot der Religion macht die Freiheit des Sterbens krankheitshalber umso wertvoller.

als ob alle Atheisten wären. Aus diesem Grund kann die Deprivationsethik keine universale Gültigkeit beanspruchen.⁵ Der logische Widerspruch im ethischen Argument besteht im Wechsel von einer emischen zu einer etischen Argumentation, sobald der Deprivationist eine Diskrepanz zwischen seiner eigenen etischen und der emischen Jenseitsimagination seines Untersuchungsgegenstands feststellt. Der Deprivationist ähnelt demjenigen »[who] cannot escape the problem of Everbetter wine by scolding the connoisseur for believing that he has an infinite future«⁶. Die emische Imagination des sterblichen Daseins ist für die ethische Beurteilung der Pandemiepolitik genauso relevant, wie sie es im Zusammenhang mit der Legalisierung der Sterbehilfe war.

Die dritte Kritik betrifft die Uneingeschränktheit des Qualitätsaspekts in der Maßnahmenbeurteilung.

Kritik 3 – Diskriminierung Behindter in der Triage: Der Deprivationismus berücksichtigt die Qualität der Lebensverlängerung und zwingt darüber zu interpersonellen Qualitätsvergleichen.

Der Wert einer lebensverlängernden Maßnahme ist im Deprivationismus der in der Folge gestiftete Nutzen, der nicht nur von der gewonnenen Lebenszeit, sondern auch von der dann erreichbaren Lebensqualität abhängt (QALY). Ausgehend von der Deprivationsethik muss eine Triage-Entscheidung deshalb auch die in und nach der Therapie erreichbare Lebensqualität als Faktor mitberücksichtigen. *Ceteris paribus* ist demnach in einer Triage jener Patient abzuweisen, der die geringere Lebensqualität zu erwarten hat. Eine Benachteiligung von Behinderten mit dem Argument der geringeren Lebensqualität im Vergleich zu Nichtbehinderten ist deshalb deprivationsethisch nicht ausgeschlossen.

Das Urteil des (deutschen) Bundesverfassungsgerichts vom 16. Dezember 2021 verlangt hingegen von der Triage, »dass allein nach der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit entschieden

5 Der menschenrechtsähnliche, universale Status des Schutzwesens Gesundheit, wie er von der WHO propagiert wird, lässt sich wegen der Religionsvielfalt ethisch nicht auf den Deprivationismus stützen.

6 Sorensen 2006, S. 223.

wird⁷, und erklärt in der Begründung die aktuelle Gesetzeslage für grundgesetzwidrig und die Empfehlungen der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) für zu ungenau. Es verbietet damit kategorisch die Anwendung von QALY-Gesichtspunkten in der Triage. Das Gericht erklärt damit implizit den Deprivationismus als im Widerspruch zum Grundgesetz stehend. Wer das Urteil nicht nur legalistisch, sondern ethisch akzeptiert, wird Zweifel an der generellen Brauchbarkeit des Deprivationismus als Wegeleitung für die Pandemiepolitik hegen.

Die vierte Kritik betrifft den Konsequentialismus der Deprivationsethik.

Kritik 4 – Schädlichkeit aufgezwungener Rationalität: Im Deprivationismus ist das aufgezwungene Glück dasselbe wie das freiwillig gewählte Glück.

Dagegen kann argumentiert werden, dass nicht Schutzmaßnahmen per se eine Gefahr fürs individuelle Glück darstellen, sondern die vom Ordnungsrecht aufgezwungene Unmöglichkeit, das Richtige aus freien Stücken zu tun. Die individuelle Befolgung einer Impfpflicht leistet zum Beispiel denselben epidemiologischen Beitrag zum Schutz Dritter wie die freiwillige Impfung und ist insofern im Konsequentialismus des Deprivationismus gleich zu beurteilen. Aber die Befolgung der Impfpflicht führt zu keinem Eintrag ins Lebensbuch der guten Taten. Dasselbe gilt für verordnete Kontakt- oder Reisebeschränkungen. Dadurch entgeht allen eine willkommene Gelegenheit, Gutes tun wollend und Gutes tun können, Gutes zu tun. Unfreiheit gefährdet das gute Leben derer, denen mit der aufgezwungenen Lebensweise die Chance genommen wird, ihren altruistischen Beitrag zum Wohl Dritter nicht nur zu leisten, sondern ihn mit der richtigen *Einstellung* leisten zu können.

Man beachte den in dieser Argumentation vollzogenen grundlegenden Wechsel der Ethik. Der Deprivationismus ist eine rein konsequentialistische Ethik, die Taten nur nach ihren Konsequenzen beurteilt – eine Tat per se ist weder gut noch schlecht. Eine aufgezwungene gute Tat

7 BVerfG 2021. Das Gericht erwähnt in diesem Urteil auch, dass der Deutsche Ethikrat der Einladung des Gerichts zur Stellungnahme aus grundsätzlichen Erwägungen nicht gefolgt sei. Ob diese Erwägungen solche zur Rechtsfrage an sich oder zum zugrunde liegenden ethischen Problem waren, ließ es in der Urteilsbegründung offen.

bleibt genauso wertvoll wie die freiwillige gute Tat. Kritik 4 weist hingegen tugendethische Züge auf: Maßgeblich für die Bewertung einer Tat ist die Einstellung, mit der sie vollbracht wird. Nur die tugendethisch richtige Einstellung, mit der man die richtige Tat vollbringt, führt zum Ziel. Aber einer aufgezwungenen Tat kann überhaupt keine tugendethische Einstellung zugrunde liegen.⁸ Hingegen können Taten aus freien Stücken in ganz unterschiedlichen Einstellungen vollbracht werden und ermöglichen es so dem sterblichen Dasein, sein Leben tugendethisch zu kuratieren. Dies sind emische Kosten einer mit Zwang operierenden Pandemiepolitik, die vom Deprivationismus ignoriert werden.

Diese vier Kritikpunkte am Deprivationismus sprechen gegen seine Eignung als ethischer Kompass für die Pandemiepolitik: Der erste Einwand (wer A sagt, muss auch B sagen!) spricht für die konsequente Verallgemeinerung hin zum Utilitarismus oder in deren Konsequenz wider den Utilitarismus als Ganzes. Die anderen drei Kritikpunkte betreffen den Utilitarismus in gleichem Maße wie den Deprivationismus im Speziellen.

Der Utilitarismus hat den unbestreitbaren Vorzug, in vielen Kontexten eine Abwägung von Für und Wider zu ermöglichen, aber er zwingt auch zur Abwägung: Nichts wird kategorisch von der Berücksichtigung bei der Entscheidungsfindung ausgeschlossen, was emisch Relevanz für Glück und Unglück des sterblichen Daseins hat. Der *praktizierte* Utilitarismus erliegt hingegen dem atheistischen Paradigma in seiner Verengung auf alles Irdische und blendet als Tabunehmer und Tabuwächter von *Mort interdite* die vielfältigen und interpersonell unterschiedlichen Wirkungen des Sterbens aus. In dieser Verengung bleibt er allerdings noch weit genug, das diesseitige Ideelle, zum Beispiel die Geborgenheit in der Familie, mitzuberücksichtigen.

Mit seiner Ergebnisoffenheit besitzt selbst der *praktizierte* Utilitarismus einen diskursethischen Vorzug vor dem engeren Deprivationismus und allen anderen Ethiken, die die Gesundheit kategorisch über alles andere stellen. Er lädt zu einem breiten gesellschaftlichen Diskurs über die Ausgestaltung der Pandemiepolitik ein.⁹

8 Allenfalls eine verzeihliche, zum Beispiel bei einer widerwillig unter Zwang vollbrachten Tat. Die Freiheitsliebe ist damit keine intrinsische, sondern eine instrumentelle Präferenz. Sie ist instrumentell für die Tugendfähigkeit.

9 Nur in seiner karikierenden Verengung auf das rein Materielle liefert der Utilitarismus jene Monsterethik, aus der in populärwissenschaftlichen Abhandlungen

Die hier vorgebrachten Vorbehalte gegen den Utilitarismus zeigen aber auch, dass er als »zweifarbiger Bandit« – auf der einen Seite und auf der anderen! – zu Urteilen führen kann, die dem Ethos ganzer Berufsgruppen (Mediziner) und der Verfassung zuwiderlaufen. Ob der Utilitarismus und sein thanatologischer Ableger, der Deprivationismus, zum ethischen Fundament der Pandemiepolitik gehören sollten, bleibt wie so viele Fragen zur ethischen Dimension staatlichen Handelns offen. Eines ist jedoch klar: Selbst dann, wenn sich die Pandemiepolitik auf den Utilitarismus stützen sollte, kann er nicht ihr einziges ethisches Fundament sein.

New-Age-Querdenkertum

Ein Beispiel für die Unzulänglichkeit des Utilitarismus *in der Pandemie* ist die »Querdenker«-Bewegung. Die in Kritik 4 monierten emischen Kosten einer mit Zwang operierenden Pandemiepolitik sind nicht auf die rigide abrahamitische Transzendenz beschränkt. *New Age*, das Sammelbecken von Lebensstilen aus einem Mix aus Esoterik, Jugendgegenkulturen, orientalischer Spiritualität, alternativen Therapien, einem unausgeprägten theoretischen und intellektuellen Profil und vollends fehlenden rigiden normativen Ethos¹⁰, ist ein Milieu, in dem die richtige Einstellung der Schlüssel zum Glück wird. Varianten von Lockdown, 3G und Impfpflicht sind darin Hindernisse für das Leben mit der richtigen Einstellung.

»Querdenker«-Demonstrationen in der C19-Pandemie waren Ausfluss der mit diesen emischen Kosten einhergehenden Unzufriedenheit.

sodann die Forderung nach einem »neuen Denken« abgeleitet wird. Eine populärwissenschaftliche Ausnahme ist Noebel 2021. Dort wird ein logischer Widerspruch zwischen der Karikatur des Utilitarismus und der Forderung daraus nach einem »neuen Denken« offengelegt: Wenn der Mensch so sei wie in der Karikatur gezeichnet, sei die Forderung nach dem »neuen Denken« reines Wunschedenken, und wenn der Mensch das »neue Denken« schon in sich trage, brauche es keinen Ersatz für den Utilitarismus. Aber den Vorwurf muss sich die Volkswirtschaftslehre gefallen lassen, dass sie in der Breite ihrer Lehrbuchsammlungen und damit in der volkswirtschaftlichen Nachwuchsarbeit Verkürzungen des Utilitarismus (wie in der Verkürzung von [4] auf [1], [S. 68, 65]), Vorschub leistet.

¹⁰ Perniola 2007, S. 47.

Die Herausforderung für die Pandemiepolitik könnte nicht größer sein: Selbst ein allwissender wohlwollender Diktator, der konsequentialistisch zum Wohl des New-Age-Sammelbeckens diesem genau das aufzwänge, was in ihm freiwillig geschehen würde, ließe ihm nur Schlechtes widerfahren.

Kritik 4 am Utilitarismus ist im Umkehrschluss aber keine automatische Legitimierung des Querdenkertums. Sie ist lediglich Kritik am systematischen Ignorieren der tugendethischen Problematik des Law-and-Order-Instrumentenkastens. Die konsequentialistische C19-Politik rutschte in eine Ordnungsrechtsroutine hinein, die den Freiheitsgedanken nur noch als elitäres Lippenbekenntnis kannte und die rhetorische Ohnmacht des New-Age-Querdenkertums den öffentlich-rechtlichen Medien zur virtuos betriebenen Verhöhnung und moralischen Vernichtung auslieferte.

Pandemiepolitik für und in der Krise

Die Beurteilung einer Pandemiepolitik muss zwischen Politik *für* und Politik *in* der Krise unterscheiden. Politik *für* die Krise ist die Politik *vor* der Krise, dient also der Prophylaxe und der Stärkung des Gesundheitssystems für den Pandemiefall. Sie sollte aber auch den gesellschaftlichen Diskurs über die Einstellung zu Tod und Sterben, sprich: das kulturelle Substrat befördern, in das eine künftige Pandemie fallen wird und darin die Pandemiepolitik *in* der Krise bindet. Pandemiepolitik *für* die Krise ist deshalb auch eine Investition in die spätere Akzeptanz von Schutzmaßnahmen der Bevölkerung. Pandemiepolitik *in* der Krise ist die Politik in der Zeit zwischen Ausbruch der Pandemie und ihrem Übergang in die Endemie. Diese beiden Phasen der Pandemiepolitik müssen klar getrennt werden, weil die Anforderungen an sie und die, die sie zu verantworten haben, ganz unterschiedlich sind.

Im Vorfeld der C19-Pandemie war die Zeit der deutschen Pandemiepolitik *für* die Krise mindestens die Zeit zwischen dem 3. Januar 2013 (der Kenntnisnahme des RKI-Berichts über die Modi-SARS-Simulation durch den Deutschen Bundestag) und dem zehnten C19-Infizierten in Deutschland im Februar/März 2020. Die Phase der Pandemiepolitik *in* der Krise war die Zeit ab März 2020 bis zur schlechenden Kapitula-

tion der C19-Politik vor der wachsenden C19-Müdigkeit des Wirtschaftsraums im Frühjahr/Sommer 2022.¹¹

Pandemiepolitik *für* die Krise wird gemacht oder unterlassen. Pandemiepolitik *in* der Krise muss gemacht werden mit dem, was die Pandemiepolitik *für* die Krise dafür an rechtlichen Rahmenbedingungen, Sachinvestitionen und organisatorischen Vorkehrungen zur Verfügung gestellt hat. Zu den rechtlichen Rahmenbedingungen können ein mit dem Datenschutz abgestimmtes, aktualisiertes Infektionsschutz- und Impfgesetz gehören und getestete Regeln für die föderale Aufgabenteilung; zu den Sachinvestitionen eine Notreserve von Infektionsschutzmitteln, der Ausbau der Intensivmedizinkapazitäten, die Digitalisierung des öffentlichen Sektors, ein zeitgemäßes Informations- und Alarmwesen. Organisatorisch gehört dazu die schlafende Aufbauorganisation nach dem Milizprinzip für den Krisenfall in der Exekutive und ihrem wissenschaftlichen Backoffice.

Die Pandemiepolitik *in* der Krise kann all das nicht oder kaum mehr leisten, was die Pandemiepolitik *für* die Krise ihr vorenthalten hat. Sie operiert im Krisenmodus und folgt nun einer Krisenethik, an die im Zitat vom Kapitelanfang appelliert wurde.

Ethik *für* die Pandemie: Zur Vorenthaltung der Intensivmedizin

Ein Beispiel für die Inkonsistenz der normativen Anforderungen an die Pandemiepolitik *vor* und *in* der Krise sind die Regeln für die Vorenthaltung intensivmedizinischer Behandlung. Unvermeidbare moralische Dilemmata bei einer Entscheidung für oder gegen die Gewährung einer intensivmedizinischen Behandlung sind dieselben *vor* und *in* der Krise. Sie lassen sich nur nicht auf dieselbe Weise lösen. So schreibt das RKI im Bericht über ihre ModI-SARS-Simulation zum Stand des

¹¹ Die RKI-Simulation unterstellt, dass die Pandemiepolitik *in* der Krise nach etwa dem zehnten bestätigten Infektionsfall anlaufen muss, Maßnahmen ab dem 48. Tag danach greifen und bis zum 408. Tag effektiv sein würden. Später und bis zur Herdenimmunität nach drei Jahren seien Maßnahmen nicht mehr sinnvoll. Die RKI-Simulation ging also von einem Zeitfenster der Pandemiepolitik *in* der Krise von rund einem Jahr aus. Wenig Zeit, um Versäumnisse der Pandemiepolitik *für* die Krise aufzuarbeiten.

Regelwerks vor der Krise: »Bisher gibt es keine Richtlinien, wie mit einem Massenanfall von Infizierten bei einer Pandemie umgegangen werden kann. Diese Problematik erfordert komplexe medizinische, aber auch ethische Überlegungen und sollte möglichst nicht erst in einer besonderen Krisensituation betrachtet werden.«¹² Daraus spricht der Zweifel, dass die Krise der richtige Zeitpunkt für die Ausarbeitung solcher Richtlinien ist. Der monierte Zustand hielt bis zum Bundesverfassungsgerichtsurteil vom Dezember 2021 an. Und auch im Urteil selbst wurden nur Vorgaben für die spezielle Gruppe der Behinderten und hier auch nur für die Triage gemacht und erst im November 2022 gesetzlich umgesetzt.¹³ Das Urteil bezieht sich ausschließlich auf die Triage und nicht auch zum Beispiel auf die (kontingente) Vorenthaltung von Intensivbehandlung aus anderen Gründen.¹⁴ Während der gesamten C19-Pandemie operierte die deutsche Krisenpolitik also ohne klare Regeln über die für ihre *Mort-interdite*-Zielfunktion so zentrale Frage der Aufnahme in die Intensivstation. *Mort interdite* verbot als Tabu jede offen geführte Sachdiskussion darüber.

Die Frage der Vorenthaltung intensivmedizinischer Behandlung, obwohl sie gewährt werden könnte, ist ethisch keinesfalls trivial: Die ethisch korrekte Antwort lautet nicht zwingend: »Ein freies Bett darf niemals vorenthalten werden!« Die Medizinethiker Marc Soerensen und Lars Andersen schlagen das folgende Vorgehen für eine Regelfindung vor:¹⁵

- Das Vorgehen muss alle diskursethischen Bedingungen als notwendige Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehört das Ausschalten aller Formen von Machtentfaltung (zum Beispiel durch Herrschaftswissen) im Findungsprozess, in den Mediziner, Patienten(schützer), Verbände und die allgemeine Öffentlichkeit einzubinden sind.
- Die Legitimität der Regel folgt nicht aus einem (politischen) Konsens (zum Beispiel einem demokratischen Mehrheitsbeschluss), sondern aus der Qualität der Argumente und Gegenargumente, die für und

12 Bundesregierung 2013, S. 65, Fußnote 7.

13 BVerfG 2021. Bundestagsbeschluss vom 10.11.2022.

14 Ist die Dauerbelastung des Intensivmedizinpersonals ein ethisch vertretbarer Grund, um zum Beispiel impfunwilligen, aber impffähigen Pandemiepatienten die Aufnahme zu verweigern?

15 Soerensen und Andersen 2018.

- gegen die Regel vorgebracht werden. Die Pro-Argumente dürfen keine Gegenargumente provozieren, deren Begründung selbst *keine* offenen Bedenken provozieren. Es zählt also nicht die Mehrheitsfähigkeit der Regel, sondern die Güte der sie stützenden Argumente.
- Es gibt keine A-priori-Beschränkung der Argumente, zum Beispiel auf medizinische und das Patientenwohl betreffende Belange. Sie müssen nur alle offen ausgesprochen werden. Auch ökonomische Argumente finden Berücksichtigung. Der Ansatz ist deshalb breit wie der Utilitarismus.
 - Ethische Prinzipien, wie zum Beispiel das Prinzip des Selbstbestimmungsrechts von Patienten, Intensivbehandlung zu beanspruchen, gelten nicht als Argumente per se, sondern nur die Gründe, die für sie sprechen. So müssen Patienten(schützer) ihre Motive offenlegen, warum ihnen Selbstbestimmung wichtig ist, damit sie verstanden und akzeptiert werden können.
 - Am Ende muss das Verfahren Politiker in die Lage versetzen, die Regel aus guten Gründen gegenüber all jenen zu verteidigen, die von ihr negativ betroffen sind.

Dieses argumentationsethische Verfahren ist offensichtlich unbrauchbar *in* der Krise. Es fehlt die Zeit, und wenn die Zeit fehlt, kann der Diskurs nicht machtfrei und in der erforderlichen Gewissenhaftigkeit und Breite geführt werden.¹⁶ Zudem sind *in* der Pandemie die vulnerablen Gruppen meist schon bekannt, und es kann deshalb kein fairer Entscheid *hinter dem Schleier der Unwissenheit*¹⁷ mehr herbeigeführt werden, wie das in einem pandemiepolitischen Diskurs *für* die Krise noch möglich gewesen wäre.

Eine Regel für die Priorisierung in der intensivmedizinischen Behandlung, das heißt, eine strukturierte Triage zu erarbeiten, ist ein Beispiel für eine pandemiepolitische Vorkehrung, die nur *vor* der Krise getroffen werden kann. Da das versäumt worden ist, blieb *in* der C19-Krise nur der reflexartige Rückgriff auf *Mort interdite*.

¹⁶ Die Entscheidung des Deutschen Bundestags vom 10.11.2022 wurde zwar erst in der endemischen C19-Phase gefällt, aber als stark umstrittener parlamentarischer Mehrheitsbeschluss verstößt er gegen die oben genannten argumentationsethischen Regeln und ist deshalb keine verlässliche Grundlage für die Triage in der nächsten Pandemie.

¹⁷ Rawls 1971.

Ethik in der Pandemie

Pandemieschutz lässt sich in ruhigen Zeiten planen, aber er muss sich in der Krise bewähren. Der Mangel an Zeit in der Krise für differenzierte Abwägungen motiviert die folgende zusätzliche Kritik am Utilitarismus:

Kritik 5 – Normative Überladung: Der agnostische Utilitarismus zwingt zur allumfassenden Bewertung aller Lebenssituationen und -verhältnisse aller Menschen auf der Basis von deren Einstellung zum Dies- und auch Jenseits. Er stellt damit unerfüllbare Anforderungen an die Pandemiepolitik in der Krise.

Dies ist nicht nur eine Kritik an der praktischen Umsetzbarkeit, die dem Utilitarismus wie fast jedem abstrakten Konzept gilt. Sie bleibt insofern auch eine ethische Kritik, als der Versuch, ihn zu befolgen, die Pandemiepolitik darin behindert, im Krisenmodus das vielleicht nicht Optimale, aber Nützliche zum richtigen Zeitpunkt zu tun. In der Arbeit von Parlamenten, Regierungen, Task Forces und in »War Rooms« bleibt keine Zeit für differenzierte Sachabwägungen, ist die Krise erst ausgebrochen. Die ethische Kritik lautet: Wenn die Zeit drängt, ist eine Ethik, die der Prokrastination Vorschub leistet, unethisch.

So klar zwischen Ethik *für* die Pandemie und Ethik *in* der Pandemie unterschieden werden muss – so sehr braucht es beide! Ethik *für* die Pandemie setzt den normativen Rahmen für den prophylaktischen kapazitäts- und organisationsschaffenden Aufbau jener Strukturen, in denen im Bedarfsfall eine Pandemie zu bekämpfen ist. Die Ethik *für* die Pandemie darf komplex und anspruchsvoll sein: Ihre Grundsätze des Pandemieschutzes sind einerseits von größerer Präzision als die allgemeinen, in der Verfassung vorgegebenen Prinzipien, andererseits sind sie bezogen auf ein Umfeld der epidemischen Ungewissheit, sodass aus der Vergangenheit nur bedingt auf zukünftige Epidemien zu schließen ist. Es geht zum Beispiel um die Ausgewogenheit von Datenschutz und Kontakttracing, um das Für oder Gegen die Anwendung des Ursacherprinzips in der physischen Lastenverteilung (Impfstatus und G-Regeln), um Fragen des prioritären Maßnahmentyps, von Zwang oder Incentivierung und die Regeln für die Triage. All das muss rechtzeitig geschehen, für künftige Krisen, in denen sonst nur die Wahl besteht zwischen dem Regen widersprüchlichen Handelns und der Traufe nicht rechtzeitigen Handelns.

Trotz der sehr präzisen Pandemie-Simulation des RKI von 2013 hat C19 die Politik wie eine unvorhersehbare Naturkatastrophe getroffen. Stützen konnten sich die Entscheidungsträger nach dem ersten Schock auf die Infrastruktur und Organisation der sogenannten systemrelevanten Bereiche – Katastrophenschutz, Militär, Polizei, Ordnungsämter sowie das Gesundheitssystem.¹⁸ Jedem einzelnen davon, dem für Krisen aller Art vorgehaltenen Katastrophenschutz, dem militärischen Sanitätswesen und Teilen der Intensivmedizininfrastruktur, vor allem aber den »für den Normalbetrieb« zuständigen Verwaltungs- und Versorgungseinrichtungen wie Kommunal- und Landesbehörden, Gesundheitsämter, das allgemeine Spitalwesen, die Arztpraxen usw., fielen nun Zusatzaufgaben zu, die sie bis an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit brachten. Eher im Hintergrund, dafür näher an den Entscheidungsträgern standen der behördliche wissenschaftliche Dienst (in Deutschland RKI und Paul-Ehrlich-Institut) sowie ständige Kommissionen wie die (in Deutschland) ehrenamtlich arbeitende Impfkommission und der Ethikrat bereit. Speziell zusammengesetzte Expertenrunden und Task Forces ergänzten den nach dem Milizprinzip – schnell, aus dem Stand – von der und für die Politik *in der Pandemie* zusammengetragenen Sachverstand. Maßnahmen mussten verfassungsgerichtsfest sein und unter Wahrung des Subsidiaritätsprinzips und der föderalen Zuständigkeiten zustande kommen. Dies in einer Dauerkrise, in der Wahlen durchgeführt und überstanden werden mussten, sich die virologische und epidemische Eigendynamik steigerte und die Regionen zwar alleamt, aber zu unterschiedlichen Zeiten von den Infektionswellen erfasst wurden.

Dieser kurze Abriss des Handlungskontexts der C19-Politik *in der Krise* macht schon deutlich, dass eine komplexe Ethik wie der Utilitarismus ein prohibitives Hindernis für die zügige Abarbeitung der sich auftürmenden Herausforderungen war. Doch auch eine gut vorbereitete Pandemiepolitik *für* die Krise, eine, die zum Beispiel auf der Grundlage der RKI-Simulation entwickelt worden wäre, hätte *in der Krise ad hoc*, schnell und mit einer einfachen Heuristik zu treffende Entscheidungen nicht überflüssig gemacht.

18 So wird in der Modell-SARS-Simulation des RKI prognostiziert, dass die systemrelevante Infrastruktur in Deutschland ausreichend Resilienz habe für die simulierte Pandemie.

In Anbetracht der Ungewissheiten, mit denen ein vorausschauender Pandemieschutz konfrontiert ist, gelten für die ethischen Grundsätze *in der Pandemie*, dass sie anwendbar sein müssen in Situationen, die schnelles Reagieren auf unvorhergesehene Ereignisse und Entwicklungen erfordern. Dementsprechend muss die Ethik *in der Pandemie* einfach in der Anwendung und robust in der Übertragung auf Kontexte sein, die in vergangenen Krisen noch keine Rolle gespielt haben.

Im folgenden Kapitel wird eine im Vergleich zum Utilitarismus leichter umsetzbare Ethik der Pandemiepolitik *in der Krise* vorgestellt. Sie basiert auf einer gedanklichen Verwesentlichung des Wirtschaftsorganismus Mensch und erschließt eine Handlungsheuristik, die ethisch fundiert und zugleich krisentauglich ist.

