

Verina Wild*, Jan-Christoph Heilinger und Alison Thompson

Covid-19 und Public-Health-Ethik. Gerechtigkeit ernst nehmen

Covid-19 and public health ethics. Taking justice seriously

<https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0140>

Zusammenfassung: Zentraler Ausgangspunkt für die ethische Diskussion public-health-bezogener Fragen, wie dem Pandemiemanagement, ist die bestehende soziale Ungleichheit in der Gesundheit und die damit zusammenhängende soziale Gerechtigkeit. Hieraus entsteht kein Widerspruch zwischen Freiheit und Gerechtigkeit. Freiheitliche Grundrechte können nur ausgehend von einem gerechtigkeitsbezogenen Ansatz gesichert werden. Auf dieser Basis müssen Vulnerabilitäten identifiziert und Maßnahmen entwickelt werden.

Schlüsselwörter: Covid-19; Gesundheitliche Ungleichheit; Individuelle Freiheit; Pandemie-Ethik; Soziale Gerechtigkeit.

Abstract: The appropriate starting point for ethical discussions of public-health-related issues, such as pandemic management, are the existing social inequalities in health and related issues of social justice. No contradiction between freedom and justice arises from this. Fundamental liberty rights can only be secured for all, starting from a justice-based approach. On this basis vulnerabilities should be identified and measures should be developed and prioritized.

Keywords: Covid-19; health inequalities; individual liberty; pandemic ethics; social justice.

*Korrespondenz: Prof. Dr. med. Verina Wild, University of Augsburg, Ethics of Medicine, Universitätsstr. 2, 86159 Augsburg, Germany, E-mail: Verina.Wild@uni-a.de.

<https://orcid.org/0000-0003-3012-7662>

Jan-Christoph Heilinger: RWTH Aachen University, Applied Ethics, Aachen, Germany

Alison Thompson: University of Toronto, Leslie Dan Faculty of Pharmacy, Toronto, Ontario, Canada

Einleitung

Die Coronapandemie lenkt besondere Aufmerksamkeit auf ethische Fragen der Public Health, wobei die Public-Health-Ethik in Deutschland bislang noch nicht fest als wissenschaftliche Disziplin etabliert ist [1]. Ziel dieses Beitrages ist *erstens* die Darstellung eines vermeintlichen ethischen Hauptkonflikts zwischen individueller Freiheit und Gemeinwohl während einer Pandemie. *Zweitens* wird gezeigt, dass es kein guter Weg für die Public-Health-Ethik in Deutschland wäre, wenn sich gerade dieser Konflikt als zentrales Spannungsfeld im Umgang mit der Pandemie etablieren würde. *Drittens* arbeitet der Beitrag eine geeignete public-health-ethische Rahmung heraus, die Fragen der Public Health als (globales) Gemeinschaftsprojekt der gerechten Verteilung von Chancen auf ein freies und gesundes Leben *für alle* versteht.

Das Paradigma der individuellen Freiheit während der Pandemie

Die „Pflicht zur Freiheit“ ist in journalistischen Kommentaren zur Pandemie ein häufig bemühtes Imperativ [2]. Auch eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommission, des Deutschen Ethikrats und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina argumentierte in 2020 zur möglichen Impfung: „Den Ausgangspunkt bildet die Selbstbestimmung („Autonomie“) jedes Einzelnen. Impfungen setzen prinzipiell eine aufgeklärte, freiwillige Zustimmung voraus. Eine undifferenzierte, allgemeine Impfpflicht ist deshalb auszuschließen“ [3].

Die Fachliteratur diskutiert seit Jahren den Konflikt zwischen populationsbezogenen Gesundheitsmaßnahmen und Freiheit. Selgelid's Buch zur Pandemieethik etwa trägt den bezeichnenden Titel: „Limiting Liberty in Contexts of Contagion“ [4]. Im Klappentext ist zu lesen: „Es gibt einen herausragenden Konflikt bei Ethik von Infektionserkrankungen. Auf der einen Seite steht das Ziel der Förderung der individuellen Freiheit. Auf der anderen

Seite steht die Förderung anderer sozialer Ziele wie Nützlichkeit (oder Gleichheit) bei Public Health.“ (Übers. d. Verf.). Savulescu argumentiert ähnlich: „Gleichheit ist [...] unethisch: Bei einem allgemeinen Lockdown wird die Freiheit aller Menschen eingeschränkt, ohne dass es notwendig ist. Es ist ethisch geboten, nur die Freiheit der gefährdeten Menschen einzuschränken. Solch selektive Diskriminierung ist gerechtfertigt, weil die Einschränkung der Freiheit genau der Gruppe dient, deren Freiheit eingeschränkt wird.“ [5] (Übers. d. Verf.).

In der Öffentlichkeit verfängt diese Rahmung. Seit Beginn der Pandemie sind Stimmen zu hören, die sich gegen Freiheitseinschränkungen wehren und sogar vor einer Gesundheitsdiktatur warnen.

Corona und soziale Ungleichheit

Pandemien wurden schon vor der Covid-19-Pandemie als biologische, politische und soziale Phänomene verstanden, die bereits bestehende soziale Ungleichheiten oft verstärken [6, 7]. Dennoch haben die meisten Länder dies bei der Pandemieplanung nur unzureichend berücksichtigt [8]. Massive Inzidenzunterschiede zwischen Bewohner*innen reicherer oder ärmerer Stadtteile, schleppende Impffortschritte bei Bewohner*innen von Flüchtlingsunterkünften oder die extrem ungleiche globale Impfstoffverteilung waren entsprechend wenig überraschend. Gerade strukturell benachteiligte Gruppen sind nicht nur von der Viruserkrankung, sondern zusätzlich auch von den einschränkenden Maßnahmen besonders betroffen [9–12].

Gerechtigkeit als Ausgangspunkt einer Public-Health-Ethik

Seit Dekaden belegen sozial-epidemiologische Studien die massiven strukturell bedingten Ungleichheiten bei Gesundheit und weisen einen eindeutigen sozialen Gradienten nach [13–15]. In diesem Zusammenhang wird Gerechtigkeit als *der* zentrale Wert der Public Health beschrieben [16, 17]. Die sozialen Determinanten von Gesundheit und die Erkenntnisse zum sozialen Gradienten sind auch in der stetig wachsenden Literatur zu Public-Health-Ethik von zentraler Bedeutung. Etlche Theorien der Gesundheitsgerechtigkeit wurden ausgearbeitet und helfen dabei, besondere Benachteiligungen zu identifizieren und zu priorisieren [18–22].

Es steht außer Frage, dass Freiheit ein hohes und schätzenswertes Gut und Grundrecht in demokratischen

Staaten ist. Doch gerade wegen ihrer Bedeutung muss Freiheit stets als Freiheit *für alle* verstanden werden und ist so untrennbar mit Gerechtigkeit verbunden. Ein ethisch angemessenes Pandemiemanagement verlangt, das „für alle“ ernst zu nehmen und hierbei insbesondere die Gruppen in den Blick zu nehmen, die besonders benachteiligt sind – durch das Virus selbst oder durch Infektionsschutzmaßnahmen. Das Spannungsverhältnis zwischen individueller und bevölkerungsbezogener Gesundheit kann in der Ethik nicht aufrechterhalten werden, da individuelle Gesundheit untrennbarer Teil und Funktion der sozialen Determinanten ist, die die bevölkerungsbezogene Gesundheit bestimmen [23].

Bewusstsein dafür ist u.a. deswegen erforderlich, weil eine erhöhte Vulnerabilität für gesundheitliche und soziale Ungleichheit oft nicht aus eigener Verantwortung entsteht. Vielmehr handelt es sich dabei häufig um eine Folge der individuellen Positionierung in gesellschaftliche Strukturen (wenn etwa niedriger bezahlte Tätigkeiten – beispielsweise in der Fleischverarbeitung – mit weniger Freiheiten und Möglichkeiten einhergehen, sich vor einem Virus zu schützen). Zudem können gesundheitliche Ungleichheiten auch eine Folge von Diskriminierung, Mechanismen der Exklusion und des Nicht-Gehört-Werdens sein. Es ist für strukturell benachteiligte Bevölkerungsgruppen schwieriger, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, sich vor einem Virus oder vor den negativen Folgen der einschränkenden Maßnahmen zu schützen, als es für nicht benachteiligte Gruppen ist. Der grundsätzlich richtige Hinweis auf die notwendige Erhaltung unserer Freiheiten allein genügt also nicht für eine ethische Pandemiebewältigung.

Eine gründliche Analyse der Frage, wer, aus welchen Gründen, zu den besonders benachteiligten Gruppen gehört, ist notwendig, um Benachteiligung zu erkennen, zu priorisieren und Gesundheitsmaßnahmen im Sinne einer guten, sinnvollen Public-Health-Ethik zu entwickeln und umzusetzen [19]. Die Kernfragen eines ethischen Pandemie-„Managements“ sind also: Welche Bevölkerungsgruppen sind hinsichtlich medizinischer/biologischer, psychischer und sozialer Kriterien *besonders* vulnerabel – sowohl, was das Virus, als auch was die Infektionsschutzmaßnahmen angeht, *und aus welchen Gründen*? Welche strukturellen und epistemischen Ungerechtigkeiten verschärfen Ungleichheiten? Wie kann Schaden auf allen Ebenen bestmöglich verhindert werden? Was sind die dazu erforderlichen Beiträge von individueller, institutioneller und politischer Seite? Zwar sind Pandemien kein idealer Zeitpunkt, bestehende Ungerechtigkeiten zu beseitigen, doch die Reaktion auf eine Pandemie sollte sie auch nicht weiter verschärfen.

Gesundheitliche Gerechtigkeit verlangt Anstrengungen in allen Sektoren und kann nur erreicht werden, wenn Chancengleichheit bei allen sozialen Bedingungen gesichert wird, die für Gesundheit relevant sind, etwa Bildung, Einkommen, Arbeitsbedingungen und Wohnungsbau [22]. Während alle gesellschaftlichen Gruppen sich für Chancengleichheit einsetzen sollten, tragen diejenigen besondere Verantwortung, deren Stimme gehört wird (z.B. in den sozialen Medien) und deren Stimme Einfluss hat (z.B. in der Politik).

Fazit

Pandemiemanagement und Public Health insgesamt müssen als *Gemeinschaftsprojekt* verstanden werden, das eine (globale) Population betrifft und diese auch in die Pflicht nimmt. Der geeignete Ausgangspunkt für eine ethische Diskussion public-health-bezogener Fragen ist in einem freiheitlich-demokratischen Land wie der Bundesrepublik Deutschland entsprechend nicht die individuelle Freiheit, sondern die nach wie vor bestehende soziale Ungleichheit in der Gesundheit und die damit zusammenhängenden Fragen sozialer Gerechtigkeit. Aus dem Vorrang der Gerechtigkeit entsteht kein Widerspruch zwischen Freiheit und Gerechtigkeit. Im Gegenteil: Freiheitliche Grundrechte sind von zentraler Bedeutung – aber eben für *alle*. Gesichert werden können freiheitliche Grundrechte nur ausgehend von einem gerechtigkeitsbezogenen Ansatz. Deswegen müssen Vulnerabilitäten identifiziert und gezielt Maßnahmen entwickelt und entsprechend priorisiert werden.

Autorenerklärung

Autorenbeteiligung: Alle Autor*innen tragen Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Artikels und haben der Einreichung des Manuskripts zugestimmt. Wir danken Fabian Linder für die Mithilfe bei der Literaturrecherche und redaktionellen Bearbeitung des Artikels. Finanzierung: Die Autor*innen Verina Wild und Jan-Christoph Heilinger erklären, dass sie eine finanzielle Förderung von der VolkswagenStiftung (Nr. 9A995) erhalten haben. Interessenkonflikt: Verina Wild war als externe Expertin an der Erstellung des gemeinsamen Positionspapier von STIKO, Deutscher Ethikrat und Leopoldina beteiligt. Ethisches Statement: Für die Forschungsarbeit wurden weder von Menschen noch von Tieren Primär-daten erhoben.

Author Declaration

Author contributions: All authors have accepted responsibility for the entire content of this submitted manuscript and approved submission. We would like to thank Fabian

Linder for his help with the literature research and editing of the article. Funding: The authors Verina Wild and Jan-Christoph Heilinger declare that they have received financial support from the Volkswagen Foundation (Nr. 9A995), Funder Name: Volkswagen Foundation, Funder Id: <http://dx.doi.org/10.13039/501100001663>, Grant Number: 9A995. Conflict of interest: Verina Wild participated as external expert in the position paper of STIKO, Deutscher Ethikrat and Leopoldina. Otherwise all authors state no conflict of interest. Ethical statement: Primary data neither for human nor for animals were collected for this research work.

Literatur

1. Wild V, Buyx A, Hurst S, Munthe C, Rid A, Schröder-Bäck P, et al. Covid-19: Eine Ad hoc Public-Health-Ethikberatung. *Das Gesundheitswesen* 2020;20:507–13.
2. Müller R. Die Pflicht zur Freiheit. In: FAZ (Zitierdatum: 09.11.2021), aufrufbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/impfen-gegen-corona-die-pflicht-zur-freiheit-17152720.html>.
3. Positionspapier der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommision, des Deutschen Ethikrates und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Wie soll der Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff geregelt werden? In: Leopoldina.org (Zitierdatum 16.11.2021), aufrufbar unter: <https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/wie-soll-der-zugang-zu-einem-covid-19-impfstoff-geregt-werden-2020/>.
4. Selgelid MJ, McLean A, Arinaminpathy N, Savulescu J. Infectious Disease ethics. Limiting liberty in contexts of contagion. Dordrecht: Springer, 2011.
5. Savulescu J, Cameron J. Why lockdown of the elderly is not ageist and why levelling down equality is wrong. *J Medical Ethics* 2020;46:717–21.
6. Farmer P. *Infections and Inequalities. the modern plagues*. Berkeley: Univ. of California Press, 2009.
7. DeBruin D, Liaschenko J, Marshall MF. Social justice in pandemic preparedness. *Am J Public Health* 2012;102:586–91.
8. Uscher-Pines L, Duggan PS, Garoon JP, Karron RA, Faden RR. Planning for an influenza pandemic. Social justice and disadvantaged groups. *Hastings Cent Rep* 2007;37:32–9.
9. Möhring K, Naumann E, Reifenscheid M, Blom AG, Wenz A, Rettig T, et al. Inequality in employment during the Corona lockdown: Evidence from Germany. In: *Journal for European Social Policy Blog*. (Zitierdatum: 09.11.2021), aufrufbar unter: https://www.uni-mannheim.de/media/Einrichtungen/gip/Corona_Studie/JESP-Blog_Mo_hring_et_al_2020.pdf.
10. Naumann E, Möhring K, Reifenscheid M, Wenz A, Rettig T, Lehrer R, et al. COVID-19 policies in Germany and their social, political, and psychological consequences. *European Policy Analysis* 2020;6:191–202.
11. Blom AG, Cornesse C, Friedel S, Krieger U, Fikel M, Rettig T, et al. High frequency and high quality survey data collection. The Mannheim Corona Study. *Survey Research Methods* 2020;14:171–8.
12. Kohlrausch B, Zucco A, Hövermann A. Die Einkommensungleichheit wird durch die Corona-Krise noch weiter verstärkt.

- In: Verteilungsbericht 2020, WSI Report Nr. 62. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI).
13. McKinlay JB. A case for refocusing upstream - The political economy of illness. In: Enelow AJ, Henderson JB (Hrsg.): Applying behavioral science to cardiovascular risk. American Heart Association, 1975:7–17.
 14. Marmot M, Wilkinson R (Herausgeber). Social determinants of health. Oxford: OUP, 2005.
 15. Wilkinson R, Marmot M (Herausgeber). Social determinants of health – The solid facts. WHO Regional Office for Europe, 2003.
 16. Gostin LO, Powers M. What does social justice require for the public's health? Public health ethics and policy imperatives. *Health Aff* 2006;25:1053–60.
 17. Beauchamp, D. Public health as social justice. *Inquiry* 1976;13:3–14.
 18. Dawson A. Public health ethics: key concepts and issues in policy and practice. Cambridge: CUP, 2011.
 19. Powers M, Faden R. Social justice: the moral foundations of public health and health policy. Oxford: OUP, 2008.
 20. Daniels N. Just health. Meeting health needs fairly. Cambridge: CUP, 2008.
 21. Venkatapuram S. Health justice: an argument from the capabilities approach. Cambridge: Polity, 2011.
 22. Mielck A, Wild V. Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten. Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik. Weinheim: Juventa, 2021.
 23. Robertson, A. Beyond apocalyptic demography: towards a moral economy of interdependence. *Ageing and Society* 1997;17:425–46.