

Internationale Perspektiven der Pandemieprävention und -bewältigung

27. Mai 2021

Online, Berlin

– Übersetzung der englischen Transkription –

Hinweis: Bei der Mitschrift des englischen Originaltons, welche die Grundlage dieser Übersetzung bildet, handelt es sich nicht um eine wörtliche Transkription. Der Text wurde lektoriert, um eine gute Lesbarkeit herzustellen. Der Videomitschnitt der Veranstaltung kann im originalen englischen Wortlaut unter folgendem Link auf unserer Website abgerufen werden:

<https://www.ethikrat.org/anhoerungen/internationale-perspektiven-der-pandemiepraevention-und-bewaeltigung>.

Übersetzung: LinguaConnect (Stephanie Brouwers und Teresa Gehrs)

Programm

Begrüßung	2
Alena Buyx · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates	
Ethical Issues in the Covid-19 Pandemic: Are Lessons ever Learned?.....	4
Ross Upshur · University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health	
Ethical Governance during Covid-19: The United Kingdom Experience	16
Jonathan Montgomery · University College London, Faculty of Laws	
International Cooperation to Increase Access to Covid-19 Vaccines.....	28
Felix Stein · University of Oslo, Centre for Development and the Environment	
Gemeinsame Befragung	38
Schlusswort.....	48
Alena Buyx	

Begrüßung

Alena Buyx · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates

Ein herzliches Willkommen an Sie alle, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer. Ich freue mich sehr, Sie als Vorsitzende des Deutschen Ethikrates heute zu unserer öffentlichen Anhörung über internationale Perspektiven der Pandemieprävention und -bewältigung begrüßen zu dürfen. Ich glaube, wir alle haben inzwischen das Gefühl, dass wir in diesen Tagen wieder Hoffnung schöpfen können. Die Pandemiesituation scheint sich zumindest in Deutschland zu entspannen. Aber viele von Ihnen erinnern sich sicher auch daran, dass wir schon mal an diesem Punkt waren und Hoffnung hegten und dann lief es schief. Wir wissen auch, dass die Pandemie weltweit noch nicht abflaut. In vielen Regionen der Welt ist die Situation sogar noch ziemlich dramatisch. Es ist vieles richtig gelaufen in dieser Pandemie; es wurden großartige Impfstoffe entwickelt, die sicher und effektiv sind, das sollten wir erwähnen, aber es gab auch etliche Dinge, die nicht klappten. Und daraus müssen wir lernen. Wir müssen besser werden. Wir müssen vorbereitet sein. Wir müssen so eine Situation, in der es wieder zu einer Pandemie kommen kann, verhindern. Sollten wir jemals wieder in so eine Situation geraten, müssen wir ihr anders begegnen und besser reagieren. Ich freue mich, heute hervorragende Gäste begrüßen zu dürfen, die uns dabei helfen können, dazuzulernen. Denn wir dürfen nicht nur auf unsere nationale Situation schauen – wir müssen unseren Blick weiten und auf die Empfehlungen hören, die andere Länder aufgrund ihrer Erfahrungen abgeben. Daher freue ich mich, dass heute diese Anhörung

stattfindet. Bevor wir beginnen, möchte ich noch einige organisatorische Dinge erläutern. Diese Anhörung ist Teil eines Arbeitsprozesses in der Arbeitsgruppe „Normative Fragen des Umgangs mit einer Pandemie“. Ich bedanke mich bei der Arbeitsgruppe für die Vorbereitung dieser Veranstaltung. Das bedeutet aber auch, dass die Anhörung ein Teil unserer Arbeit ist und erst in zweiter Linie eine öffentliche Veranstaltung. Aus diesem Grund haben wir uns im Gegensatz zu früheren Anhörungen für ein sehr traditionelles Format entschieden. Wir bieten keine partizipatorischen Elemente an, wie wir sie in der Vergangenheit immer hatten, also keinen Live-Chat, in dem Zuschauerinnen und Zuschauer Fragen stellen können, weil wir jetzt mal egoistisch sein müssen. Wir hören die Experten als Teil des Arbeitsprozesses unserer Arbeitsgruppe an und müssen daher die Fragen stellen, auf die wir eine Antwort benötigen. Ich möchte Sie deshalb gerne dazu aufrufen, den Hashtag #pandemicresponse zu nutzen und Ihre Fragen auf Twitter zu stellen, wo einige von uns ja bereits ziemlich aktiv sind. Wenn es die Zeit erlaubt, werden wir versuchen, diese mit in die Diskussion einzubauen. Wir haben drei Livestreams, ein englisches Original, eine deutsche Übersetzung und eine deutsche Übersetzung mit Untertiteln für gehörlose oder schwerhörige Menschen. Es wird alles dokumentiert. Sie finden die Streams und sämtliche Materialien auf unserer Website und wenn Sie uns nicht weiter zuhören können oder uns weiterempfehlen möchten, so kann man sich diese Veranstaltung auch in Zukunft anhören. Das war es erst einmal von mir. Ich hatte nur zwei Minuten Zeit für meine Begrüßung und daher gebe ich nun weiter an unseren Moderator Andreas Kruse und unsere Moderatorin Frauke Rostalski, zwei Ratsmitglieder, die uns durch

diesen Nachmittag führen werden. Frauke Rostalski wird nun genauer erklären, wie wir fortfahren werden, und sie wird auch unsere Redner vorstellen. Ich freue mich auf diese Veranstaltung. Ich danke Ihnen allen, dass Sie gekommen sind und teilnehmen. Frauke Rostalski, du hast das Wort. Vielen Dank.

Frauke Rostalski

Vielen Dank. Ich möchte jetzt unsere Experten begrüßen, Ross Upshur, Jonathan Montgomery und Felix Stein, die Mitglieder des Deutschen Ethikrates sowie unsere Zuschauerinnen und Zuschauer online. Die Covid-19-Pandemie hat die Welt nun seit über einem Jahr im Griff. Wir haben viele Opfer zu beklagen und das Ende der Pandemie ist noch nicht in Sicht. Sollten wir dieses Ende einmal erreicht haben, wird sich uns vor allem eine Frage stellen: Welche Lehren müssen wir daraus ziehen? Was können wir aus den vergangenen Monaten lernen, um zukünftig auf ähnliche Krisen besser vorbereitet zu sein, ungeachtet dessen, ob sie durch weitere Pandemien oder die Folgen des Klimawandels verursacht werden? Die Antwort dürfte von großer Bedeutung sein, nicht zuletzt für die Situation, in der wir uns heute befinden, denn wir wissen noch nicht, wie lange Covid-19 unseren Alltag noch bestimmen wird. Die Lehren, die wir aus den vergangenen Monaten gezogen haben, können auch einen entscheidenden Einfluss auf unsere derzeitige Herangehensweise an die Pandemie haben. Der Deutsche Ethikrat hat sich diesen Fragen gewidmet, er hat bereits zu einem frühen Zeitpunkt in der Pandemie in einer Stellungnahme die Konflikte hervorgehoben, die während einer Pandemie zwischen den unterschiedlichen, oft gegensätzlichen individuellen Interessen entstehen. Nicht einmal das Leben selbst ist ein absoluter Wert, der um

jeden Preis geschützt werden muss. Es muss eine richtige Balance zwischen Freiheitsrechten auf der einen Seite und dem Schutz von Gesundheit und Leben auf der anderen Seite gefunden werden. Insofern hat der Deutsche Ethikrat zu Recht gefordert, dass die Notwendigkeit und die Verhältnismäßigkeit der ergriffenen Maßnahmen ständig überprüft werden. Die Schwierigkeit dabei liegt natürlich in den erheblichen Wissenslücken zu Beginn der Pandemie: Wie gefährlich ist das Virus? Wer ist besonders davon betroffen und warum? Und welche Maßnahmen sind bei der Bekämpfung von Covid-19 tatsächlich effektiv? Heute haben wir bereits einige Fortschritte hinsichtlich dieser Aspekte zu verzeichnen. Wenn wir jedoch Schlussfolgerungen ziehen wollen, lohnt es sich, einen Blick über die nationalen Grenzen hinaus zu werfen. Das ist eines der Hauptanliegen unserer heutigen Expertenanhörung. Die Experten, die wir heute die Ehre haben zu befragen, können uns Antworten darauf geben, wie weltweit mit der Pandemie umgegangen wurde, was sich als effektiv erwiesen hat und was nicht. Abgesehen von der Effektivität bestimmter Maßnahmen oder spezieller Impfstrategien, betrifft dies nicht zuletzt auch die Bewertung des Ausmaßes der Risikovermeidung bei der Bekämpfung von Covid-19. Das Konzept der Vulnerabilität ist in diesem Kontext besonders wichtig. Es wäre zu simpel, nur diejenigen, deren Gesundheit und Leben besonders durch das Virus gefährdet sind, in diesem Sinne als vulnerabel zu bezeichnen. Kinder, deren Recht auf Bildung durch die Schließung von Schulen und Kindertagesstätten ernsthaft eingeschränkt ist, um nur ein Beispiel zu nennen, sind auch vulnerabel. Wir werden deshalb auch unsere Experten um ihre Meinung bitten, wie der Kampf gegen die Pandemie so

gerecht wie möglich geführt werden kann. Ich möchte weiteren Fragen nun auch gar nicht weiter vorgreifen. Ich freue mich sehr auf die Einschätzungen, die die eingeladenen Experten uns heute mitteilen werden. Vorher möchte ich Ihnen aber noch danken, dass Sie unserer Einladung zu dieser Anhörung so kurzfristig gefolgt sind. Ich habe nun noch die Aufgabe, Ihnen kurz den Ablauf zu erläutern. Wir haben heute drei Experten eingeladen, von denen jeder 20 Minuten Zeit für sein Statement hat. In den darauffolgenden 20 Minuten können die Ratsmitglieder ihre Fragen stellen. Ich teile mir die Moderation mit meinem verehrten Ratskollegen Prof. Andreas Kruse. Der erste Redner heute ist Prof. Ross Upshur. Er ist Professor für öffentliche Gesundheit an der Universität von Toronto, Kanada. Er hat auch den Vorsitz einer Arbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation zu Ethik und Covid-19. Die Zeit drängt und somit erlaube ich mir, Sie für weitere Informationen über unseren ersten Redner auf die Tagungsmappe zu verweisen. Prof. Upshur, ich freue mich, dass Sie heute bei uns sind und gebe das Wort an Sie weiter.

Ethical Issues in the Covid-19 Pandemic: Are Lessons ever Learned?

**Ross Upshur · University of Toronto,
Dalla Lana School of Public Health**

Vielen Dank. Es ist eine große Ehre und ein Privileg, heute dabei sein zu können. Ich bewundere die Arbeit des Deutschen Ethikrates sehr und wir haben schon einige Male bei unserer Tätigkeit in der Weltgesundheitsorganisation darauf zurückgreifen können.

(Folie: Ethical issues in the COVID-19 pandemic: Are lessons ever learned? [Ethische Fragen in der Covid-19-Pandemie: Lernen wir eigentlich jemals dazu?])

Heute werde ich nicht für die Weltgesundheitsorganisation sprechen, sondern werde meine persönlichen Ansichten mit Ihnen teilen. Darum bitte ich Sie, nichts von dem, was ich sage, der Arbeitsgruppe zuzuschreiben. Ich werde mich auf die Frage konzentrieren, was wir aus der Pandemie gelernt haben, das wird eines der Themen sein. Ich werde wohl nicht jede der einzelnen gestellten Fragen direkt beantworten, aber ich hoffe, dass wir in unserer Diskussion Antworten finden.

(Folie: Albert Camus: The Plague [Albert Camus: Die Pest])

Ich möchte mit zwei Zitaten aus dem Werk „Die Pest“ von Albert Camus beginnen. Zu einem frühen Zeitpunkt in der Pandemie forderte ich die Menschen dazu auf, dieses Buch zu lesen, bis klar wurde, dass wir eigentlich bereits mitten in der Erzählung des Buches leben. Es werden zwei Beobachtungen gemacht. Dort steht, dass jeder weiß, dass Seuchen weltweit immer wieder auftreten, und doch fällt es uns schwer, an solche Plagen zu glauben, die aus heiterem Himmel über uns kommen. Es hat in der Geschichte genauso viele Seuchen wie Kriege gegeben, und beide haben die Menschen gleichermaßen überrumpelt.

(Folie: COVID-19: Make it the Last Pandemic [Covid-19: Sorgen wir dafür, dass es die letzte Pandemie ist])

Inwiefern ist das von Belang? Weil genau diese beiden Beobachtungen im vor etwa zwei Wochen veröffentlichten Bericht des Independent Panel erwähnt wurden. Ich möchte den Ethikrat dazu einladen, einen genauen Blick

darauf zu werfen und zu schauen, an welchen Stellen die ethischen Fragen nicht ganz offen zutage treten, aber durchaus im Hintergrund stehen.

(Folie: But the world cannot afford ... [Aber die Welt kann es sich nicht leisten ...])

Es wird Folgendes behauptet: Wir können uns nicht nur auf Covid-19 konzentrieren, und wie es in den rahmenden Kommentaren heißt: Wir müssen in die Zukunft schauen, auf die nächste Pandemie. Die Autoren und Autorinnen betrachten Covid als furchtbaren Weckruf. Darum muss die Welt nun aufwachen und sich zu klaren Zielen, zusätzlichen Ressourcen, neuen Maßnahmen und einer starken Führung verpflichten, um für die Zukunft vorbereitet zu sein. Wir sind gewarnt worden.

(Folie: Sirleaf said: ... [Sirleaf sagte: ...])

In einem Interview sagte die Co-Vorsitzende [des Independent Panel], die ehemalige Präsidentin von Liberia, Sirleaf: Die Situation, in der wir uns heute befinden, hätte verhindert werden können. Der Ausbruch eines neuen Erregers kostete mehr als 3,25 Millionen Menschen das Leben, Schuld sind zahlreiche Versäumnisse, Lücken und Verzögerungen bei der Prävention und der Bewältigung. Das lag zum Teil an dem Versäumnis, aus der Vergangenheit zu lernen.

(Folie: SARS!)

In einer längeren Version dieses Vortrags gehe ich sogar zurück bis zur Attischen Seuche. Als Arzt im öffentlichen Gesundheitswesen und jemand, der sich mit Medizin und Ethik befasst, forsche ich nun seit fast 30 Jahren auf dem Gebiet der Ethik und der Infektionskrankheiten. Und SARS hatte 2003 besonders dramatische Auswirkungen auf die Stadt Toronto. Toronto

gehörte zu den von SARS-1 am meisten betroffenen Städten. Und dort sehen wir ..., ich zeige Ihnen zu Illustrationszwecken dieses inzwischen sehr bekannte Bild mit dem Pestdokter, mit seinen Handschuhen, dem Umhang, der Maske und dem spitzen Stock, um sich den eiternden Beulen der Beulenpest nähern zu können und eine Maske mit [...], denn unter den damaligen Verhältnissen gab es kaum Belüftungsmöglichkeiten, es war ziemlich dramatisch.

(Folie: TIME, Newsweek)

Hier sehen Sie Schlagzeilen vom Mai 2003 auf den Covern von zwei großen Nachrichtenmagazinen in Nordamerika. Es hieß, wir würden uns in einem neuen Zeitalter der Epidemien befinden. Es gäbe eine ganze Reihe von Fragen, über die wir die Wahrheit erfahren müssten, warum das Virus sich verbreitet, ob China Informationen unterschlagen hat und wie beunruhigt wir sein sollten.

(Folie: Person mit Maske und Gesichtsschutz)

In dieser zeitlichen Entwicklung hat sich, und ich möchte da auf die besondere Fürsorgepflicht hinweisen, der das Gesundheitspersonal unterliegt, hinsichtlich der strukturellen Beschaffenheit der persönlichen Schutzausrüstungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen nicht wirklich viel geändert, außer dass der Kunststoff Einzug gehalten hat und keine Umschläge mehr genutzt werden.

(Folie: Feuer, Zug)

Nach SARS im Jahr 2003 entstand große Besorgnis beim Auftreten von H5N1, der Vogelgrippe, und viele Länder begannen, sich gezielt auf Pandemien vorzubereiten. Dabei galt dem Geflügel ein besonderes Augenmerk als eine Art Beschleuniger der viralen Evolution.

Länder begannen mit der Überwachung der Grenzen und hier sehen wir zwei Männer, die die einzigen sind, die gefährdet sind. Ich weiß nicht genau, womit sie sich gegenseitig besprühen, aber ich muss doch betonen, dass ich noch nie Vögel gesehen habe, die auf Zügen trampen. In der Regel befinden sie sich einige Meter darüber.

(Folie: Schwein, Kind mit Schweinen)

Wir bekamen kein H5N1, wir bekamen im Jahr 2009 H1N1, die sogenannte Schweinegrippe.

(Folie: Zeitung)

Die Schweinegrippe führte zu einer Reihe von Stressfaktoren für die Gesundheitssysteme weltweit, darunter die Befürchtungen, dass es zu einer Überbelegung der Intensivstationen kommen könnte, dass wir Beatmungsgeräte aufstocken müssten, dass wir auf eine weitere Welle nicht vorbereitet seien, dass es sehr teuer werden würde und dass gewisse Wirtschaftsbereiche, wie die Schweinefleischproduzenten und Schweinezüchter im Falle der Schweinegrippe, besonders betroffen wären. Das ist alles in der Seitenleiste zu lesen. Die Menschen sollten sich nicht versammeln, um sich dabei nicht mit der Grippe anzustecken. Sie sollten sich voneinander fernhalten und sich die Hände waschen.

(Folie: Ebola)

Und danach kam Ebola. Ebola wurde von den Vereinten Nationen im Jahr 2014 als die größte Herausforderung in Bezug auf die Sicherheit betrachtet.

(Slide: Website CBC News)

Es stellte eine große Gefahr dar und wir erkennen dieselbe Parallelität zwischen den Ereignissen in den Jahren 2014 und 2020/21. Wir müssen in den Bereichen Frieden und Sicherheit bestmöglich zusammenarbeiten.

(Folie: BBC News Africa)

Im September 2014 verhängte Sierra Leone einen dreitägigen Lockdown. Es war das erste Mal, dass in der jüngeren Vergangenheit ein Lockdown zur Krankheitsbekämpfung in einem großen Stadtgebiet verhängt wurde. Hier stelle ich Bilder von leeren Straßen in Sierra Leone und in den Vereinigten Staaten einander gegenüber, zu den Zeiten, als die jeweiligen Lockdown-Maßnahmen verhängt wurden.

(Folie: Liberia Ebola survivors [Überlebende von Ebola in Liberia])

Es gab massive Auswirkungen auf die Menschen ... und diejenigen, die krank wurden und überlebten, auch hier hatten die Überlebenden von Ebola gesundheitliche Probleme und Angst vor einer erneuten Infektion. Und bei Covid haben wir das gleiche Bild, mit Sorgen bezüglich einer erneuten Infektion und Long Covid.

(Folie: Seoul a ghost town [Seoul, eine Geisterstadt])

Wir sollten es nicht versäumen, auch MERS und Zika zu erwähnen, zwei weitere schwere Infektionskrankheiten.

(Folie: Lessons Learned? [Gelernte Lektionen?])

Sie alle haben sich ausgebreitet. Als mich nach Ebola die Frage beschäftigte, wie man Lehren aus diesen Epidemien ziehen kann, gab es eine Flut von Veröffentlichungen zu genau diesem Thema. Bill Gates veröffentlichte ein umfangreiches Statement und die medizinische Fachzeitschrift New England Journal of Medicine sowie die New York Times beschäftigten sich mit der Frage, welche Lehren wir aus Ebola für die nächste Epidemie ziehen sollten. Große Organisationen, unter anderem Ärzte ohne Grenzen, veröffentlichten Dokumente zu dem Thema.

(Folie: The New York Times)

Nun, es ist nicht das erste Mal, dass wir so etwas durchleben. Ich sage es noch einmal, eine der Lektionen, die wir aus SARS-1 ziehen müssen, ist, dass es ein globaler Weckruf für die Weltgesundheit war; und das Gleiche gilt für die Schweinegrippe, das war auch ein globaler Weckruf.

(Folie: Archived: Lessons Learned Review [Archiviert: Rückblick auf gewonnene Erkenntnisse])

Und wenn wir einen solchen Weckruf erleben, müssen wir natürlich auch daraus lernen, und Kanada ist besonders gut darin, Lehren aus etwas zu ziehen. Sie werden sich jedoch schwertun, die Lektionen zu finden, denn die Dokumente wurden archiviert. Nach SARS und H1N1 gab es ausführliche Berichte, umfangreiche Kommissionen, die Empfehlungen für zukünftige Pandemien vorlegten, und, wie hier zu sehen ist, wenn Sie diese auf der Website der Regierung finden wollen, dann sind diese archiviert worden und Sie müssen woanders danach suchen.

(Folie: Suchergebnisse)

Den gleichen Diskurs haben Sie auch schon vor der Herausgabe des Berichts des Independent Panel gehört. Und zwar, dass Covid ein globaler Weckruf sein muss und wir Lehren daraus ziehen müssen.

(Folie: Grafik zu gesundheitlichen Notlagen von internationaler Tragweite)

Hier sehen Sie eine Grafik mit der Anzahl der gesundheitlichen Notlagen von internationaler Tragweite, die seit der Revision der Internationalen Gesundheitsvorschriften nach SARS im Jahr 2005 erfasst wurden. Die Überschrift ist ein direktes Zitat aus dem Bericht

des Independent Panel: Eine Gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) ist der lauteste Alarm, der vom Generaldirektor der WHO ausgelöst werden kann. Dieser lauteste Alarm schrillt eigentlich seit 2014 ununterbrochen und sollte uns alle aufwecken. Menschen vergessen eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite wie bei Polio, die ja immer noch andauert, aber, wie Sie sehen können, gab es auch zwei Ebola-Epidemien und Zika, und nun auch noch SARS-CoV-2.

(Folie: The most important lesson ... [Die wichtigste Lektion ...])

Nach Ebola machte ich mir Gedanken über diese metaphorische Redewendung mit den zu lernenden Lektionen und Weckrufen. In einem schon recht kritischen Blogbeitrag und einem Begleitpapier schrieb ich gemeinsam mit einem meiner Kollegen, dass die wichtigste Lektion, die wir aus unseren Erfahrungen mit Pandemien gelernt haben, die ist, dass wir ungern Lektionen lernen. Wir neigen dazu, sehr schnell wieder einzuschlummern und müssen unsere Lehren immer wieder aufs Neue ziehen, wenn der nächste Ausbruch kommt. Entweder leiden wir alle unter kollektiver Amnesie oder kollektiver Narkolepsie. Und ich bin in der Tat gespannt auf die kleinste Einheit der kollektiven menschlichen Erinnerung, denn sogar während des Ausbruchs von Covid-19, SARS-CoV-2, wurden mir von den Medien dieselben Fragen gestellt wie vor einem Jahr, wobei sich die Antworten ja gar nicht geändert haben.

(Folie: Learning Lessons from COVID-19 ... [Lehren aus COVID-19 ...])

Wir haben dies in zwei Papern zum Ausdruck gebracht. Das eine, das zunächst in der

wissenschaftlichen Zeitschrift *Public Health Ethics* veröffentlicht wurde, beschreibt unsere Analyse, die ergibt, dass die meisten Lektionen, die wir versäumt haben zu lernen, zutiefst normative Lektionen sind, und deshalb möchte ich die Aufmerksamkeit Ihres Ethikrates auf den Bericht des Independent Panel lenken. Denn wenn Sie dort eine Wortsuche starten, werden Sie das Wort „Ethik“ nicht finden. Im Rahmen einer kleinen von mir durchgeführten Begleitstudie beschäftigte ich mich mit technischen Unterlagen der WHO, um zu schauen, inwieweit man sich in den technischen Berichten mit der Ethik befasst. Auch hier finden Sie kein entsprechendes Zusammenwirken.

(Folie: Pandemic Playbook [Skript der Pandemie])

Ich möchte behaupten, dass es so etwas wie ein Skript der Pandemie gibt. Es lassen sich fünf charakteristische Aspekte epi- bzw. pandemischer Ereignisse unterscheiden, die jeweils mit spezifischen ethischen Fragen verbunden sind. Es ist typisch, dass sehr früh in einer Pandemie eine hohe Morbidität und Mortalität unter den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen und dem Pflegepersonal zu verzeichnen ist. Das sind die Menschen, die den engsten Kontakt zu den Kranken haben, das ist die Natur von Infektionen. Das führt zu Fragen rund um die Fürsorgepflicht und die Pflicht, medizinisches Personal zu schützen. Man ist häufig mit einer großen Unsicherheit konfrontiert, einem Mangel an klarer Evidenz und Leitlinien, wie man reagieren soll. Daraus ergibt sich Forschungsbedarf, der neben Fragen der Forschungsethik auch die danach aufwirft, ob wir einen pandemischen Ausnahmezustand zulassen sollten, während dessen im Hinblick auf die Dringlichkeit einer Pandemie verringerte Anforderungen an Versuchspersonen oder

reduzierte ethische Kontrollverfahren gelten würden. Wenn es keine medizinischen Gegenmaßnahmen gibt, so muss man sich der Public-Health-Maßnahmen bedienen und diese Maßnahmen erfordern die Einschränkung allgemein akzeptierter und anerkannter Freiheitsrechte. Das führt uns in den Bereich der Public-Health-Ethik und dazu, wie wir diese Einschränkungen rechtfertigen wollen, sowie zu damit verbundenen Fragen zur Verhältnismäßigkeit, den am wenigsten einschränkenden Mitteln, zu Reziprozität, Transparenz, Schadensprinzip und Vorsorgemaßnahmen. Es gibt in der Pandemie Mangelsituationen, es geht also auch um Ressourcenverteilung und Priorisierung. Und da es sich um eine Pandemie handelt, also um ein weltweites Problem, müssen wir uns natürlich auch über Themen wie Solidarität, Gerechtigkeit und globale Strukturen unterhalten.

(Folie: Leitlinien zu ethischen Fragestellungen)

Das Skript der Pandemie ist allgemein bekannt und es mangelt darin wirklich nicht an ethischen Leitlinien, die all diese Punkte aufgreifen. Ich war sogar an drei oder vier dieser Leitlinien beteiligt, dem Grünbuch sowie zu Themen der Forschungsethik und ethischen Fragen bei pandemisch auftretender Influenza, und muss hier meine Kolleginnen und Kollegen vom Nuffield Council im Vereinigten Königreich loben, denn sie veröffentlichten ihren Bericht „Research in Global Health Emergencies“ am 28. Januar, zwei Tage bevor die gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite für SARS-CoV-2 ausgerufen wurde. Als der R&D Blueprint der WHO in Genf zusammenkam, dachte ich als Co-Vorsitzender des Komitees, dass die Ethik-Community in guter Verfassung sei. Wir haben in der Tat über viele dieser Themen nachgedacht.

(Folie: Evidence and Effectiveness in Decision-making ... [Evidenz und Effektivität in der Entscheidungsfindung ...])

Mein Team hat Dutzende von Artikeln in Zeitschriften mit Peer-Review veröffentlicht und dabei all diese verschiedenen Dimensionen beleuchtet.

(Folie: „Stand on Guard for Thee“ Report [Bericht „Stand on Guard for Thee“])

Nach SARS, durch die Erfahrungen während SARS-1 und im Hinblick auf die Sorgen bezüglich einer Influenza-Pandemie haben wir einen Bericht zur Vorsorgeplanung für Influenza-Pandemien erstellt. Als wir die Themen, die wir im Bericht erörtert hatten, dann noch einmal neu beurteilten, die ausgesprochenen Empfehlungen, die von uns identifizierten Werte und die besprochenen prozeduralen Werte, kam uns das in Bezug auf Covid sehr zugute.

(Folie: Key Concepts [Schlüsselkonzepte])

Es gibt jedoch ein Problem. Die Schlüsselkonzepte und Normen, mit denen wir uns zu dem Zeitpunkt beschäftigt hatten, drehten sich um das Engagement für die Gemeinschaft, um Vertrauen, Gegenseitigkeit, Solidarität und Gerechtigkeit, die wir noch weiter erörtern können.

(Folie: Conclusion [Schlussfolgerungen])

Es gibt hier jedoch Probleme. Ethische Fragen sind grundlegend für die Bewältigung einer Pandemie, werden jedoch kaum in Pandemiepläne integriert. Es ist in der Tat schwer, Führungspersönlichkeiten zu finden ... Führungspersönlichkeiten und Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis benutzen gern eine Sprache, die auf ethische Konzepte zurückgreift. Sie bezeichnen etwas als eine

moralische Katastrophe oder als eine Bedrohung für die Gerechtigkeit, aber ihre Urteile verfügen nur selten über einen kriteriellen Rahmen. Es wurde reichlich Forschung betrieben und viele Leitlinien zu allen Elementen aus dem von mir so genannten Skript der Pandemie wurden erstellt, und doch können Sie feststellen, und ich lade wieder zu einem Blick in den Bericht des Independent Panel ein, dass ethische Fragen im Wesentlichen nicht als solche erkannt werden und deshalb auch nicht explizit angesprochen und als solche analysiert werden.

(Folie: How can ethics be better engaged? [Wie können ethische Fragen besser eingebunden werden?])

Also, wie können ethische Fragen besser eingebunden werden? Und ich glaube, dass diejenigen von uns, die im Bereich der Ethik arbeiten ... ich selbst bin sowohl im praktischen Bereich als auch in der Welt der wissenschaftlichen Reflexion tätig ... Trotz aller Beschwerden – ich meine, niemand neigt unbedingt dazu, Forschungsethik-Kommissionen zu mögen – wird von allen die Bedeutung der Leitlinien zur Forschungsethik gewürdigt und anerkannt und man greift auf die Leitliniendokumente zurück und verfügt über Systeme, um sicherzustellen, dass die Forschungsethik und eine genaue Überprüfung ethischer Fragen Teil des Forschungsökosystems sind. Ich denke jedoch, dass die Berücksichtigung der wirklich wichtigen und grundlegenden normativen Fragen bei der Pandemiebekämpfung verbessert werden muss. Und wenn ich das Thema als solches anspreche, reden viele Menschen über Gerechtigkeit, aber es gibt da so eine interessante Ambiguität, bei der Menschen über Gerechtigkeit als eine Art epidemiologische Messung von Unterschieden sprechen, aber sie gehen nicht in die Tiefe und

sprechen nicht über die normativen Gründe, warum man sich mit gewissen Ungleichheiten bezüglich der Gesundheit befassen sollte. Wir müssen lernen, so wie es auch die Medizinforschung im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin tat, wie wir Tools wie den Wissenstransfer und die Implementierung wissenschaftlicher Ergebnisse nutzen können, um Endnutzer in den Prozess der Entwicklung, der Implementierung und der Nutzung ethischer Empfehlungen einzubinden. Ich denke, wir müssen unsere Gesundheitskommunikation besser einsetzen und wir brauchen eine bessere Vorbereitung und Ausbildung für medizinisches Personal und politische Entscheidungsträgerinnen und -träger, um zu vermitteln, wie wichtig und grundlegend ethische Fragen für die Pandemiebewältigung sind. Ich denke, ich habe den Zeitrahmen eingehalten, das kommt bei mir eher selten vor. Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Aufmerksamkeit, ich freue mich sehr, dass ich die Gelegenheit hatte, heute dabei zu sein.

Frauke Rostalski

Vielen Dank. Das stimmt. Sie waren gut in der Zeit. Vielen Dank für Ihren Vortrag. Ich denke, das wird unserer Diskussion einen neuen Impuls geben. Nun möchte ich meinen Kolleginnen und Kollegen vom Deutschen Ethikrat die Möglichkeit geben, Ihnen direkt Fragen zu stellen. Ich möchte Sie bitten, das per Handzeichen durch die Funktion in Zoom zu tun. Da ich noch kein Zeichen für eine erste Frage erkennen kann – einige sind vielleicht ein bisschen zu schüchtern, um die erste Frage zu stellen – werde ich das mal tun. Ich habe vorab eine Frage vorbereitet, weil ich mir Ihre Folien bereits angesehen hatte. Sie sagten, dass wir aus der Vergangenheit hätten lernen können. Ich würde in diesem Zusammenhang gerne wissen,

ob wir im Umgang mit Covid-19 risikoscheuer geworden sind als zuvor, wenn wir unsere gegenwärtige Handlungsweise in der Pandemie mit früheren Pandemien oder Pandemiebekämpfungsstrategien vergleichen. Meiner Meinung nach, und ich bin da keine Expertin, waren bisherige Pandemien eher durch Erreger gekennzeichnet, die eine Gefahr für das Leben fast aller Mitglieder der Gesellschaft darstellten. Das ist bei Covid-19 nicht der Fall. Und doch reagieren wir mit deutlichen Maßnahmen, indem wir in Deutschland monatelang im Lockdown leben, Schulen und Geschäfte schließen usw. Stellt das Ihrer Meinung nach eine größere Risikoaversion dar als vorher?

Ross Upshur

Das würde ich verneinen, ich glaube nicht, dass das etwas mit einer größeren Risikoaversion zu tun hat. Eines müssen wir klarstellen, natürlich möchte niemand im Lockdown leben. Und wie ich eingangs schon erwähnte, uns standen keine medizinischen Gegenmaßnahmen zur Verfügung. Darum müssen wir uns auf Public-Health-Maßnahmen verlassen. Es wäre natürlich großartig, wenn wir in einer vollkommenen Welt lebten, in der wir qualitativ hochwertige wissenschaftliche Belege hätten, die uns sagen, wie wir unsere Public-Health- und Sozialmaßnahmen genau auf das Risiko zuschneiden, das das Virus darstellt. Dann hätten wir eine Art transzendentes Argument für eine perfekte Verhältnismäßigkeit der Bewältigungsmaßnahmen, aber das haben wir nicht. Sogar nach einem Jahr ist immer noch nicht klar, welche der Public-Health- oder Sozialmaßnahmen wieviel Schutz bieten. Man muss also fairerweise sagen, dass wir die Belastung in der Gesellschaft möglichst breit verteilen müssen. Die Frage ist nicht, ob die

Public-Health- und Sozialmaßnahmen gerechtfertigt sind oder nicht. Denn das sind sie auf jeden Fall. Es gibt Gründe dafür, dass es in fast jedem Land Gesetze im Bereich der öffentlichen Gesundheit gibt, die es den Gesundheitsbehörden ermöglichen, Schritte zu ergreifen, um die Gesellschaft vor übertragbaren Krankheiten zu schützen. Das Thema wird jedoch zunehmend unklarer, weil wir eben nicht ganz sicher sind. Wir können uns unserer Kenntnisse über das Virus und darüber, welche Bevölkerungsgruppen es in welcher Weise betrifft, niemals ganz gewiss sein. Ein Jahr im Leben eines Virus und in der Reaktion des Menschen auf dieses ist ein sehr, sehr, sehr, also ist ja nur ein Wimpernschlag in Bezug auf die Evolution. Die Tatsache, dass das Virus überwiegend bei älteren Erwachsenen einen klaren Einfluss auf die Mortalität und Morbidität hat, schließt nicht aus, dass es in Zukunft so mutiert bzw. sich wandelt, dass es dann eine größere Bedrohung auch für die jüngere Bevölkerung darstellt. Unsere beste Strategie ist es also, die Sache so schnell wie möglich unter Kontrolle zu bringen, mit welchen Maßnahmen auch immer wir das am besten erreichen. Und wir haben jetzt die Belege, dass die Einschränkung der Bewegungsfreiheit, das Tragen von Masken, die Public-Health- und Sozialmaßnahmen effektiv darin sind, das Virus unter Kontrolle zu bringen. Der Bericht des Independent Panel weist darauf hin, dass einige der Rechtsordnungen, in denen Public-Health-Maßnahmen sehr offensiv genutzt werden, bei der Eindämmung des Virus besonders erfolgreich waren. Ich denke daher nicht, dass es Panikmache war oder eine Überschreitung der Befugnisse; ich finde, es war vernünftig. Und auch das ist im Bericht des Independent Panel zu finden, dort heißt es, dass wir bei

Alarmauslösung vorsichtiger sein müssen. Das war auch eine Schlussfolgerung, die von einer unabhängigen Kommission in Kanada nach SARS-1 gezogen wurde, dass das Vorsorgeprinzip, was auch immer das bedeuten mag, es gibt da verschiedene Interpretationen und wir können das vielleicht noch erörtern, dass es ein ganz wichtiger Punkt ist, auf den man sich konzentrieren sollte, weil er sehr bedeutende normative Komponenten hat. In einem unserer Berichte heißt es, dass das Vorsorgeprinzip im gesamten Gesundheitsrecht in Ontario verankert sein sollte und das Independent Panel sagt jetzt, wir müssen vorsorgender sein in unserer Antwort auf pandemische Gefahren. Ich bin nicht sicher, ob das Ihre Frage beantwortet, aber ich hoffe, es ist hilfreich.

Frauke Rostalski

Vielen Dank. Die nächste Frage kommt von Alena Buyx.

Alena Buyx

Vielen Dank, Ross, für diesen großartigen, wenn auch sehr deprimierenden Vortrag, um es ehrlich zu sagen. Es ist schon sehr vielsagend, dass wir unsere Lektionen nicht lernen. Ich habe eine ganze Reihe von Fragen, aber ich werde mich auf die erste Frage beschränken, die ich am interessantesten finde. Wie eine angemessene Gewichtung von Solidarität aussehen könnte, gehört zu den Fragen, auf die sich nur schwer eine befriedigende Antwort finden lässt, auch wenn wir schon früh in unserem Arbeitsprozess auf sie aufmerksam wurden. Denn wir wissen, dass vulnerable Gruppen – es gibt verschiedene Vulnerabilitäten – unterschiedlich vulnerabel sind. Dies kann sich auf deren Betroffenheit im Laufe der Pandemie auswirken und somit müssen wir diese Balance herstellen, dass wir die vulnerabelsten Gruppen auf gerechte Weise

schützen und gleichzeitig die Solidaritätsbereitschaft, oder, wenn Sie so wollen, die Solidaritätsressourcen, die wir in unserer Gesellschaft haben, nicht erschöpfen. Wir werden ständig gefragt, wie man das hinbekommt, und somit frage ich Sie, haben Sie irgendwelche Kriterien, die Sie vorschlagen möchten oder praktische Empfehlungen, wie man das zukünftig besser machen kann?

Ross Upshur

Ja. Ja. Nun, ich habe lange darüber nachgedacht und selbst wenn wir eine gute Lösung anzubieten hätten, glaube ich kaum, dass sie schnell umzusetzen und aufzugreifen wäre. Zwei Dinge fallen mir sofort dazu ein. Das eine ist, dass wir diese Diskussion offen führen sollten und es eine öffentliche Diskussion sein sollte und dass die Führungspersonlichkeiten, die die Entscheidungen treffen, zuhören sollten. Einer der interessanten Aspekte und Trends in der Forschung, so wie wir erfahren haben, ist, dass wir Menschen mit gelebter Erfahrung in meinem Bereich der klinischen Forschung brauchen. Und wir alle verfügen nun über diese gelebte Erfahrung. Das ist die erste wirklich globale Pandemie, die jeden betroffen hat. Darum ist jeder angesprochen. Die andere entscheidende Frage ist, welches Maß an Reziprozität jedem einzelnen von uns geschuldet wird. Und ich empfinde auch immer so etwas wie das „Bedauern des Experten“ wie ich es nenne, wenn man zu Beginn der Pandemie in den Medien zitiert wird, wenn man etwas sagt, und man wünscht sich, man könnte es zurücknehmen. Ich habe wirklich nicht gedacht, dass das so lang andauert und so langwierig sein würde. Wenn man zum Beispiel über die Verhältnismäßigkeit oder die am wenigsten restriktiven Mittel spricht, und wir haben nun wahrlich einen globalen Ausbruch, und wir haben viele Menschen dazu

befragt und ich hatte den Eindruck, dass man einigen zu viel abverlangt. Zum Thema Reziprozität ist zu fragen, was wir gemeinsam als Gesellschaft für die Menschen tun können, deren Aufgabe und Pflicht es ist, die Pandemie unter Kontrolle zu bringen. Wenn es jedem Einzelnen überlassen ist, Solidarität zu üben, könnte diese zerbrechen, weil mancher damit überfordert wäre. Dann kümmern sich die Menschen nur noch um ihre eigenen Interessen und erkennen nicht, dass dieser Ausbruch der Pandemie die ganze Gesellschaft betrifft und jeden etwas angeht. Das erfordert eine gewisse Fantasie und die Bereitstellung von Ressourcen. Und ich denke, dazu steht auch etwas im Bericht des Independent Panel, aber es wird nicht ganz genau so gesagt. Aber wie spielt sich die Reziprozität hier ab? Ich würde ... also man erfährt nur, was Reziprozität verlangt, wenn man die Menschen fragt, inwiefern sie jeweils betroffen sind. Es wird Forderungen geben, bei denen Sie einfach sagen müssen, es tut mir leid, dass Sie darauf verzichten mussten, aber da können wir nicht viel gegen tun. Es gibt Veröffentlichungen zum Thema moralische Verletzung und moralische Wiedergutmachung, in denen es um die bloße Anerkennung geht, dass jemand gelitten und Verzicht geübt hat. Man kann dann vielleicht symbolische Maßnahmen ergreifen, um mit Situationen umzugehen, bei denen man die Erfordernisse der Reziprozität mit Ressourcen nicht erfüllen kann. Ich meine, wir müssen die Menschen zusammenbringen, um eine gemeinsame Lösung zu finden, und die Werte spielen eine große Rolle; das ist die andere Sache, die in der Antwort zu kurz gekommen ist. Denn wir behaupten, wir haben eine evidenzbasierte Wissenschaft und wissenschaftsgeleitete Erkenntnisse, und das ist ja alles schön und gut,

wenn man die Wissenschaft und die Belege hat. Wenn diese sich jedoch gerade erst entwickeln, unklar und umstritten sind, dürfen wir uns nicht scheuen, die Ziele zu benennen, die wir erreichen wollen und welche normativen Werte die Grundlagen dieser Ziele sind. Aus diesem Grund müssen wir die Epistemologie und die Ethik zusammenführen, um das Problem zu lösen, mit der Einschränkung, dass noch nicht alles ganz klar verstanden ist und unser Wissen vage und fehlbar ist. Ich bin mir nicht sicher, ob Ihnen das hilft.

Frauke Rostalski

Vielen Dank. Leider haben wir nicht so viel Zeit, darum bitte ich meine Kolleginnen und Kollegen, sich bei ihren Fragen kurz zu fassen. Die nächste Frage kommt von Prof. Demuth.

Hans-Ulrich Demuth

Ich habe im Grunde zwei Fragen. Was meinen Sie, wie groß ist die Wahrscheinlichkeit für neue Pandemien? Da gibt es in der deutschen Literatur Diskussionen über das Dengue-Fieber und auch über die Vogelgrippe. Man rechnet bei der Vogelgrippe mit einer Vogel-Mensch-Übertragung. Diese könnten die nächsten Pandemien sein, bei denen wir auf die Folgen und auf die Schlussfolgerungen, die Sie gezogen haben, vorbereitet sein sollten.

Ross Upshur

Ja, das ist es, wir sollten vorbereitet sein. Wenn Sie sich noch einmal die Grafik anschauen, die ich vorhin zeigte, da sehen Sie, dass es seit 2005 sechs gesundheitliche Notlagen von internationaler Tragweite gab. Ich fing an, mich in den frühen neunziger Jahren mit dieser Arbeit zu beschäftigen, als ich meine Facharztausbildung im öffentlichen Gesundheitswesen begann, und ich zeigte großes

Interesse an Infektionskrankheiten und Epidemiologie und startete meine Karriere als Influenza-Modellierer. Ich habe viel Zeit damit verbracht, die Influenza zu erforschen. Ungefähr zu dieser Zeit veröffentlichte das Institute of Medicine einen Bericht mit dem Titel „Emerging and Re-emerging Infectious Diseases“. Daher machen sich die Menschen im öffentlichen Gesundheitswesen und diejenigen, die sich mit Infektionskrankheiten und Zoonosen beschäftigen, seit den neunziger Jahren viele Gedanken über Pandemien. Ja, es wird eine weitere geben. Es wird diskutiert, ob wir mit SARS-CoV-2 sogar noch gut davongekommen sind, denn es wurden noch weitaus tödlichere Pandemien und Organismen befürchtet. Das ist einer der Punkte, die ich wirklich unbegreiflich finde. Schaut man sich die historischen Aufzeichnungen an, haben glaubwürdige Führungspersönlichkeiten aus wichtigen Bereichen, der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, den Infektionskrankheiten, der Medizin und der Ethik, die Menschen schon vor 30 Jahren und mehr gewarnt. Aber denken wir an dieses erste Zitat von Camus, so nach dem Motto: Nanu, wo kommt das denn her? Damit haben wir zu unseren Lebzeiten gar nicht gerechnet. Was machen wir denn jetzt? Wie ich schon sagte, es gibt ausreichend Literatur, Leitlinien und Anweisungen. Wenn das Independent Panel recht hat und wenn wir dieses Mal wirklich aufgewacht sind, obwohl der Alarm ja schon seit 2014 schrillt, und wir unsere Lektionen wirklich lernen, dann werden wir die Pandemieprävention für verschiedene Erreger auch ernst nehmen. Natürlich müssen wir uns nicht nur wegen der Infektionskrankheiten als drohende Gefahren für die Bevölkerung Sorgen machen, es gibt noch viele andere Bedrohungen, die da draußen lauern. Mein ganzer Lebensinhalt bestand bisher

darin, die allgemeine Öffentlichkeit davor zu bewahren, dass sie die Erfahrung machen müssen, sich über die Dinge Gedanken zu machen, die mir nachts den Schlaf rauben und über die ich mir seit 30 Jahren Gedanken mache. Aber leider musste jetzt jeder diese Erfahrung machen. Und wie das Independent Panel sagte, es war vermeidbar. Es gab keinen Grund dafür, dass es so schlimm werden musste.

Hans-Ulrich Demuth

Vielen Dank.

Frauke Rostalski

Vielen Dank. Die letzten beiden Fragen kommen von Stephan Kruip und Susanne Schreiber. Ich würde die Fragen gerne sammeln, so dass Prof. Upshur dann auf beide Fragen gleichzeitig antworten kann. Vielen Dank. Stephan Kruip und dann Susanne Schreiber.

Stephan Kruip

Vielen Dank für Ihren wirklich interessanten Vortrag über Pandemien. Ein kleiner Teil der Bevölkerung leugnet immer die Gefahr und lehnt daher die ergriffenen Maßnahmen ab. Sie erwähnten, wie wichtig es sei, die Gesundheitskommunikation besser zu nutzen. Sehen Sie Möglichkeiten, diese Menschen mit Hilfe gesundheitskommunikativer Mittel zu erreichen und was empfehlen Sie diesbezüglich?

Ross Upshur

Das ist eine exzellente Frage. Ein wirklich interessantes, besonderes und entscheidendes Merkmal der SARS-CoV-2-Pandemie war die Infodemie. Der weit verbreitete Einfluss von Social Media und Twitter. Falschinformationen verbreiten sich schneller als Varianten. Aus diesem Grund hat die WHO eine Gruppe eingesetzt, die sich mit der Infodemie beschäftigt und die es sich zur Aufgabe macht,

herauszufinden, ich benutze hier mal eine Metapher, wie man ein Gegenmittel gegen Falschinformationen schafft. Die andere Seite ist, und ich möchte mit dieser Gruppe nicht zu hart ins Gericht gehen, dass viele Menschen von einer Pandemie profitieren. Sie erinnern sich sicher an „Der dritte Mann“, das großartige Buch von Graham Greene, und an Harry Lime, den Schwarzhändler, der verunreinigtes Penicillin verkaufte. Im Hintergrund jeder Pandemie wird es immer Harry Limes geben, die nach Wegen suchen, aus der Situation Profit zu schlagen. Ich glaube, wir sind häufig zu naiv, was ihr Vorhandensein betrifft, und Kommunikation ist eine der Möglichkeiten, durch die ihr Geschäft blüht und gedeiht. Deshalb müssen wir uns auch die maßgeblichen Faktoren der Informationswelt anschauen und prüfen, wer die Plattformen und den Zugang zu ihnen kontrolliert. Ich denke, ein gewisser Anteil an Minderheitsmeinungen kann niemals ganz ausgelöscht werden. Es ist Kennzeichen der menschlichen Vorstellungskraft und Kennzeichen der menschlichen Spezies, ein ganzes Spektrum unterschiedlicher Meinungen auszubilden. Jeder, der mit der Ideengeschichte vertraut ist, weiß das. Wenn jedoch derartig tödliche Auswirkungen gegeben sind, sollten die Verantwortlichen wirklich gemeinsam handeln und vor allem Druck auf Medien ausüben, die solche Desinformationen verbreiten.

Frauke Rostalski

Vielen Dank. Ich musste die Redeliste jetzt leider schließen, die letzte Frage kommt von Susanne Schreiber, bitte eine ganz kurze Frage und eine möglichst kurze Antwort. Susanne.

Susanne Schreiber

Vielen Dank für diesen wirklich sehr interessanten und auch bedrückenden Beitrag. Meine Internetverbindung war zwischendurch

unterbrochen und ich hoffe, dass die Frage bisher noch nicht gestellt wurde. Falls ja, bitte ich um Verzeihung. Haben Sie spezifische Ratschläge, wie man das Vergessen verhindern kann? Die Kommunikation ist eine Sache, aber ich denke, wir müssen auch die menschliche Natur und die Psychologie mitberücksichtigen. Es ist ziemlich frustrierend zu sehen, wie oft die Geschichte sich schon wiederholt hat. Und ist es nicht an der Zeit, dass wir Maßnahmen finden, um der Prävention mehr Ansehen zu verschaffen? Haben Sie diesbezüglich konkrete Ideen? Vielen Dank.

Ross Upshur

Wenn ich die Antwort darauf wüsste ... in einem Kurs, in dem ich zurzeit globale Gesundheitsethik unterrichte, habe ich ein Wettspiel initiiert. In welchem Jahr im nächsten Jahrzehnt werden wir anfangen zu vergessen, was wir 2021 gelernt haben? Und die *over/under*-Wette liegt bei 2028. Wir brauchen eine wachsame Führung, denn – wie man sich überall auf der Welt im Gesundheitsbereich erzählt – es wird immer wieder an der Überwachung gespart, sobald es wieder gut läuft. Wenn noch Einsparungen in der öffentlichen Gesundheitsvorsorge hinzukommen, ist das, als würde man die Augen und Ohren verschließen. Bei uns in Kanada ist es so passiert und an anderen Orten auch. Das heißt, um nicht zu vergessen, braucht man eine Art ständige Wachsamkeit. Ich weiß nicht, wie wir das erreichen können. Vielleicht können Sie uns eine gute Methode empfehlen. Aber das ist eine wirklich große Herausforderung. Wie wäre es, wenn wir das Nicht-Vergessen anstatt der Entwicklung neuer Impfstoffe als große Herausforderung annähmen?

Frauke Rostalski

Vielen herzlichen Dank für die Teilnahme an unserer Expertenanhörung, Prof. Upshur. Ich möchte nun an meinen Kollegen Andreas Kruse weitergeben.

Andreas Kruse

Vielen Dank, Frauke. Meine Damen und Herren, lassen Sie mich auch den Rednern für Ihre Bereitschaft danken, sich den zahlreichen Fragen der Mitglieder des Deutschen Ethikrates zu stellen. Sie haben unsere Arbeit mit Ihrer Präsentation sehr bereichert. Nun möchte ich Prof. Montgomery begrüßen und Sie auf einige Einzelheiten seines beeindruckenden Lebenslaufs hinweisen. Er ist Professor für Gesundheitsrecht am University College London. Er ist auch Vorsitzender des Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust und Co-Vorsitzender der Moral and Ethical Advisory Group im Department of Health and Social Care for England. Im Jahr 2020 hatte er den Vorsitz des Ethik-Beirats für die vom Vereinigten Königreich geplante Kontaktnachverfolgungs-App. Er war auch bereits Vorsitzender verschiedener nationaler Bioethik-Gremien, einschließlich des Nuffield Council on Bioethics, der Health Research Authority und der Human Genetics Commission. In seiner Forschung konzentriert er sich auf das Gesundheitsrecht und die Governance von bioethischen Fragen. Prof. Montgomery, Sie haben das Wort.

(Folie: Ethical Governance during Covid-19: The United Kingdom experience [Ethisches Regierungshandeln während der Covid-19-Pandemie: Erfahrungen des Vereinigten Königreichs])

Ethical Governance during Covid-19: The United Kingdom Experience

Jonathan Montgomery · University College London, Faculty of Laws

Vielen Dank. Und vielen Dank, dass ich die Möglichkeit erhalte, heute mit Ihnen zu sprechen und ein paar Überlegungen zu ethischen Aspekten der Regierungsführung während der Covid-Pandemie aus britischer Sicht vorzustellen. Ich freue mich sehr, erneut einem Treffen des Ethikrats beiwohnen zu können, obwohl es bedauerlich ist, dass es nur virtuell und aus naheliegenden Gründen nicht in Berlin stattfinden kann.

(Folie: Good Decision Making [Gute Entscheidungsfindung])

Schauen wir auf das Jahr 2019 zurück, als das Vereinigte Königreich von der internationalen Gemeinschaft als eines der Länder betrachtet wurde, das hervorragend auf die Bewältigung einer Pandemie vorbereitet sei. Einigen Einschätzungen zufolge seien lediglich die Vereinigten Staaten von Amerika noch besser vorbereitet. In Bezug auf die Vorbereitung auf ethische Fragen waren dafür zwei Faktoren ausschlaggebend. Der erste dieser Faktoren ist, dass ein vereinbarter ethischer Rahmen vorhanden war, der auf dem Grundprinzip basiert, dass es auf jeden ankommt und dass es auf jeden *gleichermaßen* ankommt. Daraus ergaben sich Verpflichtungen, die Menschen zu respektieren, sie zu informieren, in die Planungen einzubinden und ihnen so viel persönliche Entscheidungsfreiheit wie möglich zu geben. Es beinhaltete auch die Verpflichtung, Schaden zu minimieren, darunter physische, psychologische, soziale und auch ökonomische Schäden, sowie eine Verpflichtung zur Fairness,

zu Zusammenarbeit, gegenseitiger Verantwortungsübernahme und dazu, andere nicht zu gefährden. Informationen über unseren Gesundheitszustand auszutauschen, um eine adäquate Reaktion der Gemeinschaft zu ermöglichen. Ein Prinzip, das wir als Reziprozität bezeichneten, das wir als ein Prinzip beschrieben, das auf gegenseitigem Austausch basiert. Wir haben beispielsweise erkannt, dass wir manchmal von Menschen verlangen, größere Belastungen auf sich zu nehmen als andere, und wenn dem so ist, sollten wir die Belastungen, die wir ihnen aufbürden, durch Risikominderung oder Ähnliches minimieren. Bei Covid zum Beispiel durch persönliche Schutzausrüstung. Wir erkannten, dass es Flexibilität bedarf. Die Prinzipien wurden unterstrichen durch die Verpflichtung zu einer guten Entscheidungsfindung, die wir in Hinblick auf Offenheit und Transparenz, Inklusivität, Verantwortlichkeit und Vernünftigkeit diskutierten, das heißt, die Fähigkeit, Gründe einschließlich der Evidenz zu nennen, auf deren Grundlage gehandelt wird. Viele dieser Prinzipien werden Ihnen von der Folie, die Ross Ihnen in Verbindung mit dem kanadischen Beispiel zeigte, bekannt vorkommen. Das war also eine erste Begründung der Annahme, wir seien gut vorbereitet. Der zweite Grund waren die Erfahrungen, die wir mit dem ethischen Rahmen während der Pandemie 2009 machten. In dieser Zeit, während der Pandemie, saß ich in dem Komitee, das die Leitlinien erarbeitete. Wir erhielten Konzepte zu Themen wie „Umgang mit Pandemiewellen“, was die Zurverfügungstellung von zusätzlichen Krankenhausbetten bei Bedarf beinhaltet, oder zur Impfpriorisierung. Wir erhielten also die Strategieentwürfe und wir bewerteten sie bezüglich der Vereinbarkeit mit dem ethischen Rahmen. Wir erteilten jedoch

keine klinischen Ratschläge, beispielsweise für die Aufnahme auf Intensivstationen. Einige der im klinischen Bereich Tätigen im Vereinigten Königreich waren der Ansicht, unser Rahmenwerk sei nicht richtungsweisend genug. Unsere Gruppe war hingegen der Meinung, dass wir zur ethischen Verantwortung anregen sollten und nicht zur Regelbefolgung. Deshalb hielten wir es für unangemessen, den Klinikern und Klinikern an vorderster Front die Verantwortung zu nehmen. Während der Pandemie 2009 boten wir wichtigen politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern außerdem an, uns anzusprechen, wenn sie in der Pandemie anlassbezogene Beratung bezüglich der Vereinbarung der Prinzipien mit ethischen Richtlinien benötigten. Corona war nun etwas anders.

(Folie: Nuffield Council on Bioethics)

Wir haben gesehen, dass die ethische Führung im Vereinigten Königreich zersplitterte, was zu einer Reihe von Herausforderungen führte. Es ist wichtig zu betonen, dass das nicht nur an Covid lag, und es zeigt teilweise die Art und Weise, wie das Vereinigte Königreich schon immer mit ethischen Leitlinien umgeht. Ich bin sehr dankbar, dass Ross den Nuffield Council on Bioethics erwähnt hat, der im Vereinigten Königreich vermutlich dem Deutschen Ethikrat am nächsten kommt. Dieser hat nicht nur gerade zur rechten Zeit einen Bericht zur Forschung während globaler gesundheitlicher Notlagen veröffentlicht, sondern der Allgemeinheit auch ansonsten ethische Analysen während der Covid-19-Pandemie zur Verfügung gestellt. Dieser Rat befindet sich jedoch außerhalb der Regierung, er verfügt im Vereinigten Königreich streng genommen über keine staatlichen Befugnisse. Das gibt ihm zwar die Freiheit, die Aufmerksamkeit auf bestimmte Themen zu

lenken, macht es ihm aber dafür schwerer, Entscheidungen zu beeinflussen. Das wurde während der Covid-Pandemie deutlich, insofern der Rat zwar Erklärungen abgegeben, Blogbeiträge verfasst und hinter den Kulissen Lobbyarbeit geleistet hat, ohne jedoch auf konkrete Folgen seines Tuns verweisen zu können. Ich möchte noch gerne auf drei Veröffentlichungen aufmerksam machen, die meiner Meinung nach besonders interessant und wichtig sind. Bereits im März 2020 wurde eine Stellungnahme verfasst, in der es um zentrale ethische Überlegungen zu Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge ging, womit entsprechende Lektionen aus der Vergangenheit in den öffentlichen Diskurs getragen wurden. Die zweite Veröffentlichung war eine Stellungnahme zu den Grundlagen der demokratischen Regierungsführung, die im April 2020 abgegeben wurde. Damit wurde die Regierung des Vereinigten Königreichs aufgefordert zu erläutern, was sie tat, ihren ethischen Ansatz darzulegen und zu erklären, wie sie ihre Entscheidungen trifft. Ferner wurde darum gebeten, ein breites Spektrum an Stimmen zu berücksichtigen und vorzudenken. Es entstand der Eindruck, in der wahnsinnigen Eile, mit der auf die Pandemie reagiert werden musste, seien die grundlegenden demokratischen Prinzipien der Regierungsführung aus den Augen verloren worden. Dann wurden zu Beginn des Jahres 2021 Gründe zusammengetragen, warum eine nationale Ressourcenverteilung notwendig sein könnte, in denen es hieß, wie wichtig es sei, über verlässliche, klare, eindeutige, robuste, transparente, faire, glaubwürdige und beständige Leitlinien für die Zuteilung der Ressourcen zu verfügen. Der abschließende Vorschlag macht auf einige der Herausforderungen aufmerksam, die wir in

einem frühen Stadium der Pandemie im Bereich der öffentlichen Ethik im Vereinigten Königreich erlebt haben.

(Folie: Assessing whether Covid-19 patients will benefit from critical care [Einschätzung, ob Covid-19-Patienten von einer Intensivbehandlung profitieren])

Wir hatten das Thema der Entscheidungskriterien zur Aufnahme zur Intensivbehandlung bereits früh diskutiert, aber die Arbeit wurde dann unterbrochen, als absehbar war, dass das Vereinigte Königreich davon ausging, es habe genügend Betten, genügend Kapazitäten, und nicht geplant wurde, die Aufnahme auf Intensivstationen zu rationieren. Die Gründe für diese Unterbrechung unserer Arbeit waren komplex und ich würde gerne später noch darauf eingehen. Ich möchte jedoch drei Elemente herausgreifen, die meiner Meinung nach bedeutend sind für unsere Fähigkeit, der Pandemie zu begegnen. Das erste Element sind die Herausforderungen in Bezug auf die Politik. Wenn die Regierung Ratschläge zur Priorisierung bei der Intensivpflege erbeten und finanziert hätte, hätte es den Eindruck von mangelndem Vertrauen in die eigene Aussage hinsichtlich der Verfügbarkeit von Intensivbetten vermittelt, und das hätte die Kommunikation mit der Öffentlichkeit untergraben. Privatpersonen hätten das sagen können, für die Regierung war das während der Pandemie dagegen weitaus schwieriger. Zweitens haben wir einige tiefliegende ethische Uneinigkeiten aufgedeckt. So stellten wir bei unseren Einigungsversuchen fest, dass es unterschiedliche Ansichten dazu gab, ob man den Zugang zu Ressourcen eher anhand eines vergleichsweise anspruchlosen Kriteriums wie etwa der Fähigkeit, einen Nutzen aus einer Maßnahme zu ziehen, oder aber anhand eines extremeren Kriteriums wie dem der

Vergeblichkeit regulieren sollte. Oder ob wir vielleicht älteren Menschen den Vorrang geben sollten mit der Begründung, dass man ihnen dadurch wenigstens eine gewisse Chance in Anbetracht ihrer großen Vulnerabilität geben würde. Oder sollten junge Menschen Priorität haben, weil sie noch mehr Lebenszeit vor sich haben? Das sind durchaus zulässige ethische Fragen, aber wir mussten innerhalb weniger Wochen versuchen, Entscheidungen zu treffen und wir waren uns in der Gruppe, in der wir es diskutierten, einig, dass es keine realistische Chance gab, in diesem Zeitrahmen eine Einigung zu erzielen. Der dritte Faktor, und das unterscheidet sich von den Erfahrungen aus dem Jahr 2009, waren die Bedenken in Bezug auf rechtliche Risiken. Es war unklar, ob die Erstellung unserer Leitlinien juristischen Klagen standhalten würde, vor allem in Anbetracht dessen, dass wir im Anfangsstadium der Pandemie nur den Beleg hatten, dass das Alter das Hauptkriterium dafür war, von Maßnahmen zu profitieren, was offensichtlich mögliche diskriminierende Effekte auslöste. Ferner waren unsere Belege zu schwach, und vielleicht nicht belastbar genug, um vor Gericht Entscheidungen über Leben und Tod zu rechtfertigen. Es gab in der Tat eine gerichtliche Überprüfung des Versäumnisses der Regierung, Leitlinien zu erstellen, die jedoch vom Gericht eingestellt wurde. Es gab aber auch die Androhung einer Klage wegen des Inhalts eines Leitlinienentwurfs, der als diskriminierend erachtet wurde. Diese Leitlinien, die ich gerade erörtert habe, wurden schließlich von einem professionellen Gremium herausgegeben, der Intensive Care Society, Sie können das Bild dort sehen. Dieses Gremium hatte eine Diskussion berücksichtigt, die wir in der Moral and Ethical Advisory Group schon zu einem frühen

Zeitpunkt geführt hatten, aber die herausgegebenen Leitlinien entbehrten jeder öffentlichen Autorität oder Legitimation. Das Thema der Legitimation hat sich während der Covid-Pandemie als besonders problematisch erwiesen, vor allem da wir zu einem Zeitpunkt damit zu tun haben, an dem das Vertrauen in Regierungen, und wohl auch in Expertinnen und Experten, eher gering ist.

(Folie: Moral and Ethical Advisory Group)

Ich möchte noch etwas zur Moral and Ethical Advisory Group (MEAG) sagen, die gegründet wurde, um die Berücksichtigung ethischer Belange in der Regierung zu unterstützen, hauptsächlich für Beamtinnen und Beamte, weniger für Politikerinnen und Politiker selbst, und möchte gerne ein paar Punkte herausgreifen. Erstens hat die MEAG eine vielfältige Mitgliedschaft bestehend aus Bioethikerinnen und Bioethikern, Vertretern und Vertreterinnen der Regulierungsbehörden, also von berufsspezifischen Regulierungsbehörden für die Bereiche Medizin, Pflege und Geburtshilfe, sowie Personen aus Führungsgremien gesellschaftlicher Gruppen, religiöser und humanistischer Gemeinschaften. Diese Gruppe verabschiedete den vereinbarten ethischen Rahmen, von dem ich schon gesprochen habe. Dieser Rahmen ist jedoch für das Vereinigte Königreich nicht noch einmal neu aufgelegt worden, obwohl zwei der Länder, Schottland und Wales, eine Covid-spezifische Version hieraus entwickelt haben. Die MEAG war nicht in der Lage, eine Einigung darüber zu erzielen, wie diese [eine Überarbeitung] im Anfangsstadium der Pandemie auszusehen hätte, und entschied, an anderer Stelle weiterzuarbeiten. Letztendlich gab die MEAG also keine öffentlichkeitswirksamen Erklärungen zu ethischen Fragen ab und die Existenz dieser

Gruppe wurde erst Monate, nachdem sie ihre Tätigkeit zu Covid im März 2020 aufgenommen hatte, bekannt gegeben. Die MEAG hat allerdings, wie auch während der vorherigen Pandemie, eine Reihe von politischen Maßnahmen überprüft, darunter ethische Leitlinien im Bereich der Sozialfürsorge. In erster Linie wurden jedoch Beamtinnen und Beamte sowie Gremien des Gesundheitswesens vertraulich beraten. Es ging um Themen wie die Covid-Statuszertifizierung, die Risikostratifizierung und die Frage des Schutzes von Menschen, die klinisch besonders vulnerabel sind, die Selbstisolierung, um das Risiko der Ansteckung nicht einzugehen. Wir beschäftigten uns mit Fragen zur Teilnahme an Beerdigungen und zu anderen rituellen Aspekten von Tod und Sterben und wir diskutierten auch Fragen rund um das Thema Impfskepsis. Derartige Diskussionen fanden jedoch hauptsächlich im geschlossenen Rahmen und für Beamtinnen und Beamte statt, die Öffentlichkeit erfuhr nichts von den Inhalten unserer Ratschläge, obwohl sie wusste, welche Themen wir erörterten.

(Folie: Moral and Ethical Advisory Group: benefits [Moral and Ethical Advisory Group: Vorteile])

Nun einige Überlegungen zu den Vorteilen dieser Herangehensweise; ich bin sicher, einige Schwachstellen sind leicht zu erkennen. Zunächst einmal konnten wir die Dinge zu einem frühen Zeitpunkt diskutieren und konnten es den Gesprächsteilnehmenden ermöglichen, Themen zu erörtern, deren öffentlicher Diskussion Politikerinnen und Politiker wahrscheinlich nicht zugestimmt hätten. Zweitens haben wir uns als ziemlich gut darin erwiesen, zu erklären, wie kompliziert die Dinge sind, und konnten ein breites Themenspektrum bedienen, allein schon aufgrund unserer diversen Mitgliedschaft. Es fiel

uns jedoch nicht so leicht, Empfehlungen festzuhalten, daher versuchten wir unsere Stärken auszuspielen und nicht unsere Schwächen. Und drittens konnten wir eine Informationsquelle darstellen, an die sich eine Reihe von Stellen wenden konnte, um ihre eigenen Entscheidungsprozesse zu ergänzen, ohne selbst Expertengremien einrichten zu müssen. Unser National Screening Committee zum Beispiel nutzte die MEAG zur Beratung im Bereich Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen, als die Erholung von Covid einsetzte. Und zu guter Letzt, da wir nicht so viele öffentliche Erklärungen abgegeben haben, haben wir die politischen Entscheidungsträgerinnen und -träger nicht von ihrer moralischen und ethischen Verantwortung entbunden, und sie können nicht behaupten, dass sie einfach nur ethischen Empfehlungen gefolgt seien, so wie sie dazu neigten zu sagen, sie seien der Wissenschaft gefolgt.

(Folie: Distributed Governance [Verteilte Governance])

Eine der Herausforderungen der Herangehensweise des Vereinigten Königreichs, die man, wenn wir es freundlich ausdrücken wollen, als verteilte Governance beschreiben mag, oder wenn wir weniger nett sind, als spontan, vielleicht zufällig, war, dass die Moral Ethical Advisory Group die Impfpriorisierung debattiert hat. Hauptsächlich nahm sich jedoch ein wissenschaftliches Expertenkomitee, das Joint Committee on Vaccination and Immunisation, diesen Themen an, ein Gremium, das es bereits vor Covid gab und das sich jährlich mit Impfprogrammen im Vereinigten Königreich auseinandersetzt, einschließlich der Immunisierungsprogramme für Kinder und gegen Influenza. Da ergeben sich dann Fragen, wie man das zusätzliche Fachwissen von

Impfspezialisten ins Verhältnis setzen kann zur Konsistenz, wenn wir das Ganze aus der Sicht eines ethischen Gremiums betrachten würden. Die beiden Gremien waren also im Gespräch miteinander, es wurde jedoch keine gemeinsame Auffassung vertreten. Das ist nicht unbedingt neu für das Vereinigte Königreich. Fragen zur Forschungsethik wurden von der Forschungsbehörde, der Health Research Authority (HRA), behandelt. Während der Covid-Pandemie waren es die Ethik-Komitees der HRA, die sich mit Fragen wie den *human challenge trials* auseinandergesetzt haben, bei denen Freiwillige zu Forschungszwecken infiziert werden. Das haben wir anfangs vermieden, bis es Möglichkeiten gab, die Auswirkungen von Covid zu mindern. Und solche Möglichkeiten ergaben sich dann natürlich hauptsächlich als Folge groß angelegter Versuchsreihen, einschließlich der Studie „RECOVERY Trial“ in Oxford. Das Vereinigte Königreich hatte eine Reihe von Konzepten parat, bevor Covid ausbrach. Wir haben aber auch projektbezogene Arbeitsgruppen zur ethischen Beratung gesehen. Ein Beispiel dafür ist der Ethik-Beirat zu Kontaktnachverfolgungs-Apps. Dieser Beirat sollte sich zunächst einige Male treffen, um dann innerhalb von ein paar Wochen Bericht zu erstatten.

(Folie: Features of the Ethics Advisory Board on contact tracing app [Arbeitsweise des Ethik-Beirats zur Kontaktnachverfolgungs-App])

Wir haben den Staatsminister am 24. April zu den wichtigsten ethischen Themen in Zusammenhang mit digitaler Kontaktverfolgung beraten, noch lange bevor eine App reif für die Nutzung war. Im Rahmen dieser Präsentation möchte ich gerne noch ein paar Dinge erwähnen, die ich als interessant in Hinblick auf diese Erfahrung erachte. Zunächst einmal, wie sah das

Team aus, das wir zusammenstellten? Wir brachten nicht nur Bioethikerinnen und Bioethiker, sondern auch Datenethikerinnen und Datenethiker zusammen. Und das führt zu Fragen über das entsprechende Fachwissen. Zweitens, da wir sehr wenig Zeit hatten, mussten wir voraussetzen, dass unser Vorhaben legitim ist, so dass wir uns nicht darauf konzentrieren mussten, ob die elektronische Kontaktnachverfolgung grundsätzlich unethisch ist, sondern dass wir sie so ethisch wie möglich machen. Das heißt nicht, dass wir die breite Debatte nicht anerkannten, aber wir wussten, dass unsere Aufgabe sehr fokussiert ist, und dass die breite Debatte an anderer Stelle geführt wird. Drittens boten wir bedingte Ratschläge an, da wir schnell handeln mussten. Die Unsicherheit war so groß, dass wir nicht wirklich wussten, was wir letztendlich erreichen konnten. Was wir tun konnten, war, über unsere Ziele nachzudenken, und deshalb erteilten wir unsere Ratschläge auf der Grundlage dessen, was wir als unsere Ziele verstanden und was es vertretbar machte, diese anzustreben. Und schließlich mussten wir darüber nachdenken, wie Ratschläge auf verschiedene Art und Weise erteilt werden konnten. Das musste rechtzeitig geschehen. Zum Beispiel erläuterten wir in einer Debatte darüber, ob das Vereinigte Königreich von einem sogenannten zentralisierten zu einem dezentralisierten Apple/Google-Ansatz wechseln sollte, die Argumente dafür und dagegen, und wir empfanden es als sehr wichtig zu verstehen, welche Auswirkungen die App in der realen Welt haben würde. Das ist bei einer dezentralisierten App wie der, die jetzt im Vereinigten Königreich und auch in Deutschland genutzt wird, sehr schwierig. Diese Beratung erfolgte in Form einer E-Mail und nicht in Form einer formellen Stellungnahme. Sie ist in

unserem Bericht über die Arbeit des Ethik-Beirats öffentlich nachzulesen, aber wir kamen an einem Donnerstag zu dem Schluss, dass die Entscheidung wahrscheinlich an dem folgenden Wochenende fallen sollte, und deshalb schickten wir einem Hauptentscheidungsträger am Freitag eine E-Mail. Die Diskussion ethischer Fragen kostet sehr viel Mühe, und es bleibt nicht aus, dass die Koordinierung dann schon mal eingeschränkt ist. Die Rollen der ethischen Beratung, der wissenschaftlichen Bewertung und der politischen Erwägung bei Regierungsentscheidungen sind hier wirklich schwer zu unterscheiden. Es ist schwer zu erkennen, wo die Entscheidungen mit ethischer Bedeutung gefällt werden, von wem und auf welcher Grundlage. Das passt nicht gut zu den vom Nuffield Council festgelegten Kriterien für demokratisches Regierungshandeln, und auch nicht zu den Grundsätzen für gute Entscheidungsfindung im Rahmenwerk von 2007. Dies führt zum Risiko der Inkonsistenz und kann zu mangelndem Vertrauen beitragen.

(Folie: Reflections on the UK experience [Gedanken zu den Erfahrungen des Vereinigten Königreichs])

Lassen Sie mich mit fünf Gedanken schließen, die wir auf der Grundlage dieser Erfahrungen betrachten können. Erstens, der Schritt weg vom ethischen Rahmen, hin zu pragmatischen Lösungen. Zu Beginn der Pandemie hatte ich die Erwartung, dass wir die Richtlinien anwenden, so wie wir es zuvor getan haben. Aber wir haben festgestellt, dass es komplexer war als gedacht. Wir haben uns von dem Ansatz gelöst, zuerst das Rahmenwerk zu schaffen und es dann anzuwenden, um dann in einem sich schnell ändernden Kontext pragmatische Lösungen zu entwickeln. Zweitens wurde das Ausmaß deutlich, in dem Good Governance in der

Bioethik eine Frage von klaren und vorhersehbaren Regeln ist oder davon abhängt, dass Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis moralische Verantwortung für die von ihnen getroffenen Entscheidungen übernehmen. Wir lebten also mit unsicheren Einflussfaktoren, um eine spezifische Entscheidungsfindung zu unterstützen. Drittens, wie sinnvoll ist die Rechenschaftspflicht in Echtzeit? Als wir das Thema 2007 betrachteten, wollten wir eine gute Dokumentation fördern, um diese nach der Pandemie zu nutzen. Während der Covid-Pandemie jedoch erlebten wir zeitnahe juristische und medizinische Überprüfungen. Fördert das eine bessere Ethik oder treibt es uns zu defensiven Praktiken? Schutz vor denjenigen mit den lautesten Stimmen. Wir haben es nicht geschafft, eine angemessene öffentliche Debatte darüber anzustoßen, ob das Alter relevant ist für die Entscheidungen zur Aufnahme auf die Intensivstation, weil es uns zu riskant schien, dies öffentlich zu diskutieren. Viertens, wie können wir den Wunsch, robuste Prinzipien zu entwickeln, mit der Notwendigkeit vereinbaren, schnelle Entscheidungen zu treffen? Es gelang uns mittels vorbehaltlicher Empfehlungen und durch Berücksichtigung der Komplexität, aber wir können folglich nicht sagen, welchen Einfluss wir hatten. Und zu guter Letzt, warum sollten Politikerinnen und Politiker und die Öffentlichkeit dem Expertenwissen zu moralischen und ethischen Fragen ihr Vertrauen schenken? Was müssen wir vorweisen, um unsere Rolle als ethische Beraterinnen und Berater zu rechtfertigen? Als die Covid-Pandemie anfang, so dachte ich, ginge es um die öffentliche Bekanntgabe ethischer Richtlinien, aber in der Praxis hat sich herausgestellt, dass hinter den Kulissen noch viel mehr geschehen

ist. Ich denke, es ist noch zu früh, den Erfolg der Aktivitäten zu beurteilen, aber ich bin sehr dankbar, dass ich einige meiner Überlegungen mit Ihnen teilen konnte und dass Sie mir zugehört haben. Vielen Dank.

Andreas Kruse

Vielen Dank, Prof. Montgomery, für diesen wichtigen und beachtlichen Vortrag. Wir müssen in der Tat direkt und indirekt darauf hinweisen, wie wichtig es für ethische Gremien ist, miteinander zu kommunizieren und dass ihre Stimmen frühzeitig gehört werden, um in der Lage zu sein, politische Entscheidungsfindungsprozesse zu beeinflussen. Aber auch Abgeordnete und Regierungsvertreterinnen und -vertreter, Sie haben diesen Aspekt betont, müssen darauf vorbereitet sein, sich genauer mit den konstruktiv-kritischen Themen auseinanderzusetzen, mit denen sich die ethischen Gremien befassen. Vielen Dank für den anregenden, motivierenden und eindrucksvollen Vortrag. Ich würde jetzt gerne die Frage-Antwort-Runde eröffnen. Wir haben noch ca. 16 Minuten. Wer möchte beginnen? Steffen Augsburg.

Steffen Augsburg

Ja. Vielen Dank für Ihren inspirierenden Vortrag, Jonathan, es ist schön, Sie wiederzusehen, wenn auch nur aus der Ferne. Meine Frage bezieht sich auf einen speziellen Kontrast, den ich meine, zwischen Ross' und Ihren Beobachtungen bemerkt zu haben. Ich denke, Ihre Beobachtungen kommen der Situation in Deutschland näher. Ich bin nicht der Meinung, dass es zu wenige ethische Gespräche und Diskussionen gibt, im Gegenteil, Ethikräte schießen wie Pilze aus dem Boden. Politikerinnen und Politiker suchten den

ethischen Rat auf eine noch nie dagewesene Weise. Meine Frage lautet daher, ob Sie das als ein Problem ansehen im Hinblick auf die demokratische Legitimität. Ist die Ethisierung, die wir zurzeit, zumindest in Deutschland und ich denke auch im Vereinigten Königreich, erleben ... bedeutet sie, dass, wie Sie es ausdrücken, die öffentliche Debatte nicht in der Lage war, eine breitere umfangreichere öffentliche Debatte zu gewissen Themen anzustoßen? Ist es nicht auch ein Problem, dass wir uns sozusagen zu sehr auf ethische Ratschläge oder auf ethische Expertinnen und Experten verlassen? Vielleicht stehe ich noch so sehr unter dem Einfluss des Bildes eines sich windenden Dominic Cummings gestern, dass ich es interessant fände, diese beiden Bereiche – den politischen und den ethischen – zu vergleichen. Vielen Dank.

Jonathan Montgomery

Vielen Dank, Steffen. Schön, auch Sie wiederzusehen. Es gibt so viel dazu zu sagen, aber ich werde versuchen, mich kurz zu fassen. Eine der Herausforderungen besteht darin, auszumachen, was bei den Entscheidungen, die wir fällen mussten, spezifisch bioethisch ist und was eher allgemein politisch. Wenn wir uns die Fragen mal anschauen, z. B. wann der richtige Zeitpunkt für einen Lockdown ist oder wie man die wirtschaftlichen und medizinischen Herausforderungen abwägen kann, dann ist es für uns in der bioethischen Community schwer zu behaupten, wir hätten eine besonders privilegierte Position in Bezug auf diese Entscheidungen. Es gab wohl im Vereinigten Königreich eine Debatte darüber, welche Entscheidungen tatsächlich wissenschaftliche sind, welche ethische und welche grundsätzlich politische sind und daher von gewählten Politikerinnen und Politikern gefällt werden

sollten, die zur Rechenschaft gezogen werden können. Und wenn, vielleicht gebe ich ein Beispiel dazu, wenn wir über die Impfpriorisierung nachdenken, da gab es starke Argumente für die Entscheidung, ältere Menschen zuerst zu impfen, da sie weitaus vulnerabler sind, was dann auch die Entscheidung beeinflusste, die über 50-Jährigen zuerst zu impfen. Wenn man jedoch diese Altersgrenze unterschreitet, sind die Risiken nicht so offensichtlich und es macht darunter dann vielleicht mehr Sinn, differenzierter zu priorisieren. Im Vereinigten Königreich hatten wir einen ausgesprochen pragmatischen Ansatz. Wir haben hauptsächlich nach dem Alter priorisiert, weil wir keine Menschen aus Berufsgruppen oder ethnischen Gruppen ermitteln konnten, die besonders vulnerabel waren. Das wäre aber ein Thema gewesen, das wir, meiner Meinung nach, eher unseren Politikerinnen und Politikern hätten überlassen können. Es gibt auch Fragen dazu, wie man ein gutes Gleichgewicht zwischen den Altersgruppen herstellt – die Jüngeren mit ihrem Recht zu arbeiten und die Älteren, die geschützt werden müssen. Hier wäre es vielleicht besser, auf die demokratische Verantwortung zu setzen als auf Ethikerinnen und Ethiker. Das ist also die erste Dimension. Zweitens geht es um die öffentliche Meinung zur professionellen Bioethik. Hätten wir uns nicht in einer Pandemie befunden, wären wir nicht auf die Idee gekommen, ohne öffentliche Konsultation und Debatte Leitlinien zur Priorisierung bei der Intensivpflege zu erarbeiten. Mittlerweile haben wir gute Belege dafür, dass die öffentlichen Bedenken weitestgehend mit denen der Ethikerinnen und Ethiker übereinstimmen, aber das wussten wir zu dem Zeitpunkt nicht, und die Annahme, dass die Leitlinien sehr schnell erstellt

werden mussten, führte dazu, dass wir das Thema nur unter uns Expertinnen und Experten besprachen. Aber auch wir sind darin nicht ganz sicher, ohne diese Fragen auszutesten. Mir scheint es, dass es einen gewissen Wettbewerb zwischen den ethischen Bereichen gibt. Denken wir an einen klinisch-ethischen Ansatz, wie er bei der Priorisierung der Intensivpflege angebracht ist? Denken wir über Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit nach? – Ross‘ Sichtweise hat uns einen Einblick gegeben, welche Möglichkeiten wir bei spezifischen Maßnahmen haben – Oder sprechen wir über utopische Ethik, über die Art von Gesellschaft, in der wir leben wollen, und versuchen das zu artikulieren, und erarbeiten dann, was uns zu diesem Ziel führt? Das sind wahrlich fundamentale Konflikte und wir sind die Expertinnen und Experten für einen der betroffenen Bereiche, aber wir haben keinen höheren Anspruch auf Fachwissen als andere. Je mehr ich darüber nachdenke, desto weniger glaube ich, dass man eine Gruppe wie die unsere als die einzige maßgebliche Stimme auswählen kann. Es wäre besser, es als ein politisches Problem anzusehen. Wenn wir eine gesunde politische, demokratische Situation hätten, dann wäre ich sehr zufrieden damit, aber, wissen Sie, Covid hat auch die Probleme unserer Politik offengelegt, und darum ist es kein zufriedenstellendes Fazit. Danke.

Andreas Kruse

Ja. Machen wir mit Alena Buyx weiter.

Alena Buyx

Danke Jonathan. Das war großartig. Ich würde gerne noch an diesen Themen, die Sie als Antwort auf Steffens Frage angeführt haben, dranbleiben. Ich denke, das ist wichtig. Stellen wir erst mal die Frage darüber zurück, in

welchem Bereich wir tätig werden sollten, unter welchen politischen Bedingungen und wie wir Ethik und Politik trennen usw. Können Sie stattdessen etwas darüber sagen, wann man vertraulich arbeiten sollte und wann nicht? Sie hatten dazu etwas auf einer Folie und ich dachte mir, das ist eine sehr scharfsinnige Beobachtung. Und es bezieht sich auch auf das, was Steffen erwähnte. Wir haben viele ethische Debatten erlebt, nicht alle davon würden wir sicher als richtige ethische Debatte bezeichnen. Einige waren sehr moralisierend und beinhalteten auch eine Dysfunktionalität, andere waren exzellent. Manchmal frage ich mich, ob einige Dinge nicht erst hätten vertraulich diskutiert werden sollen, das hätte es etwas leichter gemacht. Aber Ross hat ja vorhin auch betont, wie wichtig Transparenz ist, es ist auch von großer Bedeutung, die Stimmen der Menschen zu hören, die gelebte Erfahrungen mitbringen. Wie können Sie das in Einklang bringen? Gibt es feste Regeln dafür, wann man erst vertraulich diskutieren sollte und wann nicht?

Jonathan Montgomery

Wenn das doch eine einfache Frage wäre. Das erste, was wir anerkennen sollten, ist, dass eine ganze Menge aus der Situation heraus stattfand und wir mussten ja auch mit hohem Tempo arbeiten. Ich war der Ansicht, dass man niemals auf eine Gelegenheit verzichten sollte, Einfluss auszuüben. Und wenn die Grundlage, auf der sich dir diese Gelegenheit bietet, ist, dass du vertraulich angefragt wirst, dann ist es besser, dabei zu sein und deinen Beitrag zu leisten, als dies nicht zu tun. Ich habe mich sehr bemüht, den Menschen in den Gremien, mit denen ich zu tun hatte, die Möglichkeit zu erhalten, sich in den öffentlichen Diskurs einzuschalten. Wir entwickelten mit dem Ethik-Beirat zur Kontaktnachverfolgungs-App eine Art

Verhaltenskodex, der es ermöglichte, allgemein über Themen zu sprechen, aber nicht darüber, wer nun was in den Diskussionen sagte oder was in den vertraulichen Dokumenten stand. Das ist das, was wir im Vereinigten Königreich die Chatham House-Regel (Chatham House Rule) nennen, nämlich, dass du das Recht hast, zu sagen, dass über bestimmte Dinge gesprochen wurde, aber nicht, das Gesagte jemandem bestimmten zuzuschreiben. Das ist ein ziemlicher Drahtseilakt. Einerseits haben wir zu Themen rund um die Kontaktnachverfolgungs-App in der Öffentlichkeit wohl gesprochen und ich habe auch einige Interviews in den Medien dazu gegeben – die Folge war, dass für uns einige Türen für eine Weile verschlossen blieben und wir erst wieder Vertrauen aufbauen mussten. Andererseits hatten wir zum Thema Covid-Immunitätsbescheinigungen eine vom Kabinett geleitete Besprechung und die Menschen, die dort sprachen, wurden explizit darauf hingewiesen, dass, obwohl die Sitzungen vertraulich seien, sie niemanden davon abhalten würden, sich in die öffentliche Debatte einzuschalten, denn sie wussten wohl, dass es eine öffentliche Debatte geben würde ... Meine erste Antwort lautet also, man sollte die Gelegenheiten nutzen, wenn sie sich bieten, selbst wenn es vertraulich ist, aber man muss sich auch das Recht bewahren, in der Öffentlichkeit zu sprechen. In Bezug auf die Priorisierung bei der Intensivpflege war mein Plan, dass wir uns auf eine Struktur für die Debatte einigen. Und diese Struktur für die Debatte bestand darin, dass wir einige Leitprinzipien brauchen, nach denen wir uns richten können, und wir sollten diese diskutieren können. Zweitens sollten wir einen Mechanismus zur Verfügung haben, der Ressourcenentscheidungen kontrolliert und der

sicherstellt, dass wir uns in unserem ganzen System gegenseitig unterstützen. Denn kein Krankenhaus sollte selbst entscheiden, ob es rationieren muss oder nicht. Zu guter Letzt sollten wir eine Art Entscheidungshilfe entwickeln, die einen schnellen Zugriff auf die besten verfügbaren Erkenntnisse zu einer Prognose ermöglicht, so dass eine Entscheidung, die ein Intensivmediziner um 3 Uhr morgens fällen muss, so konsistent wie möglich ist. Das Ganze scheiterte jedoch, als wir eine Simulation des Tools erstellten, denn es verfügte über ein altersbezogenes Scoring-System und damit wurde es unmöglich für uns, es weiter zu diskutieren. Ich hatte also einen Prozess vor Augen, der zu einer vernünftigen öffentlichen Debatte führen sollte, und dann brach alles auseinander und wir mussten das Ganze wieder aus dem öffentlichen ethischen Raum zurückholen. Wir brachten es sogar auf die Titelseite der „Sunday Times“ mit der Schlagzeile, das Vereinigte Königreich gebe bewusst die älteren Menschen auf, und all das nur, weil wir versucht hatten, eine öffentliche Debatte anzuregen. Und diese Debatte fand nicht einmal statt. Das war schon schwierig, aber das sind die Arten von Strategien, die ich persönlich versuchte anzuwenden und verhandelte. Ich bin außerdem der Meinung, dass diejenigen von uns, die solche Gelegenheiten erhalten, miteinander in Kontakt bleiben und sich austauschen sollten. Denn wenn man an einer vertraulichen Diskussion teilnimmt, muss man nicht sagen: das ist, was ich denke; man sagt: das ist, wovon ich denke, dass die Menschen, die sich darüber Gedanken machen, dazu sagen würden. Man versucht einfach nur, jede Gelegenheit zu ergreifen, bei der man die Aufmerksamkeit auf die vielen Themen lenken kann. Danke.

Andreas Kruse

Nun ist Susanne Schreiber an der Reihe.

Susanne Schreiber

Vielen Dank für die Möglichkeit, hier eine Frage stellen zu können und Ihrem Vortrag zuhören zu dürfen. Wir sprechen ja auch über die Unterschiede zwischen den Ländern. Mich interessiert eine der drastischsten Maßnahmen, die wir während dieser Pandemie ergreifen mussten, nämlich der Lockdown, einschließlich der Ausgangssperren. Da gab es fundamentale Unterschiede zwischen Deutschland und Großbritannien. Auf der einen Seite begannen die Briten später damit, andererseits gab es dort einen strikteren Lockdown. Wie sehen Sie die ethische Legitimität für diese Maßnahmen? Wie wurde das in Großbritannien empfunden und wie wurde das aus der britischen Perspektive im Vergleich zu dem gesehen, was man in Deutschland tat? Das wäre interessant zu wissen. Vielen Dank.

Jonathan Montgomery

Was für eine wichtige Frage. Ich möchte erst einmal sagen, dass es sehr schwierig ist, Lockdown-Strategien miteinander zu vergleichen. Ich würde die Maßnahmen nicht unbedingt als unterschiedlich strikt betrachten, so wie Sie es getan haben. Es gab eine erhebliche Anzahl von Menschen, die weiterhin zur Arbeit gefahren sind. Obwohl wir alle aufgefordert wurden, wenn möglich, von zu Hause zu arbeiten, war die Anzahl der Berufstätigen, die weiter zur Arbeit fuhren, ziemlich hoch. Wir haben beispielsweise die Schulen geschlossen, jedoch nicht für systemrelevante Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deshalb haben viele Lehrerinnen und Lehrer sowohl Home-Schooling gemacht und das Home-Schooling unterstützt, als auch

Menschen vor Ort unterrichtet. Es ist deshalb schwierig, genaue Vergleiche zu ziehen. Wir hatten keine Ausgangssperre, aber wir haben die Menschen gebeten, zu Hause zu bleiben. Es ist wirklich schwierig, es zu vergleichen. Was die Reaktionen im Vereinigten Königreich betrifft, so war man im Allgemeinen der Ansicht, dass die Aufforderung, zu Hause zu bleiben und sich zu isolieren, von den Menschen erstaunlich gut akzeptiert wurde. Mir sind jetzt keine speziellen Diskussionen dazu bekannt, ich berichte hier nur von dem allgemeinen Eindruck, dass wir verleitet wurden zu glauben, die Regierung sei der Meinung, die Menschen würden die Regeln weniger befolgen, als es tatsächlich der Fall war. Im ersten Lockdown war die Botschaft klar und deutlich, und es gab ein hohes Maß an Regelbefolgung. Danach bröckelte das Vertrauen in die Regierung. Als die Anzahl der Todesopfer stieg, als klar wurde, dass einige hochrangige Personen, unter anderem Dominic Cummings, der vorhin schon erwähnt wurde, sich nicht an die Regeln hielten, deren Einhaltung sie von allen anderen einforderten, da zerbrach das Gefühl von Solidarität und Vertrauen. Wir untersuchten auch die regional unterschiedlichen Lockdowns und diese erhielten nicht die gleiche Resonanz wie die sehr strikten Maßnahmen. Und es gab auch Probleme aufgrund von Widersprüchlichkeiten. Uns wurde gesagt, dass es an Weihnachten eine Pause vom Lockdown geben würde, und dann wurde sehr deutlich, dass das keine so gute Idee war, aber es war ziemlich schwierig, dann wieder zurückzurufen, nachdem es einmal versprochen worden war. Daher auch der Unwillen. Zu Beginn herrschte große Einsicht, dass die Maßnahmen notwendig seien, aber jetzt ist es viel komplexer. Anfangs gab es auch keine öffentlichen Demonstrationen gegen den Lockdown oder gegen Impfungen

oder gegen die Anerkennung der Existenz von Covid überhaupt, so wie es sie später gab. Als Letztes möchte ich sagen, dass es Aspekte gibt, die sehr lokal sind, und andere, die ziemlich global sind. Das Zögern beim Impfen bei einigen ethnischen Minderheiten, die sich in erster Linie auf Forschungsmisstände in den USA berufen und weniger auf spezielle Erfahrungen im Vereinigten Königreich, wirft wichtige Fragen auf. Das hat offensichtlich auch mit Black Lives Matter zu tun und mit der Bewegung der Globalisierung. Wir haben gesehen, dass wir mit gezielter Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Gemeinschaften und vor allem im Gespräch mit zentralen Vertreterinnen und Vertretern über die Akzeptanz von Impfstoffen viel erreichen können. Außerhalb von London haben wir dieses große Problem mit der Impfskepsis in Verbindung mit ethnischen Gruppen nicht; es ist aber noch etwas problematisch in London. Sie sehen, das Bild ist ziemlich komplex, aber das sind meine wichtigsten Überlegungen dazu, Susanne.

Andreas Kruse

Darf ich Ihnen vor dem Hintergrund Ihrer reichen Erfahrung und Ihrer Kenntnisse noch eine eher psychologisch geprägte Frage stellen? Gehen wir davon aus, dass Regierungen aus der Pandemie wirklich lernen werden, oder müssen wir annehmen, dass die Verdrängung von Gefahren die Regierungen auch weiterhin davon abhalten wird, von dem Moment der ersten Anzeichen einer Gefahr an, verantwortungsbewusst zu handeln? Was ist Ihre Meinung dazu?

Jonathan Montgomery

Dazu möchte ich zunächst sagen, dass ich mir gern das Recht vorbehalten würde, darüber nachzudenken und vielleicht in einem Jahr

meine Meinung noch einmal zu ändern. Unter der Annahme, dass Regierungen ruhig und rational agieren, haben wir einen bioethischen Prozess entworfen, den ich auf der ersten Folie beschrieben habe. Dann haben wir versucht, diesen Prozess in einer Phase umzusetzen, in der große Panik herrschte, und ich will zwar niemanden beschuldigen, aber die Regierung erkannte nur sehr langsam, wie schlimm das Ganze noch werden würde. Die Expertinnen und Experten haben das ziemlich früh erkannt, aber die Regierung reagierte nicht. Da war die Regierung sehr langsam. Mittlerweile scheinen wir wieder zu ruhigeren, normaleren Regierungsabläufen zurückzukehren. Was wir jetzt tun, ist die Überprüfung der Angemessenheit unseres Bezugssystems [...] als beratender Gruppe, die Ausarbeitung eines geeigneten Verhaltenscodex für öffentliche Auftritte und hinsichtlich Vertraulichkeit. Alles Dinge, die zu kurz kamen, weil wir von den Ereignissen überrollt wurden. Was wir daraus lernen, ist, und das ist meine große Sorge, dass man alles sehr sorgfältig planen kann, aber wenn man es dann wirklich braucht, ist es äußerst schwierig, die Regierung dazu zu bringen, auch genauso zu handeln. Ich weiß noch nicht, wie sich das auswirken wird, aber wenn man mit Notfallplanenden spricht bzw. wenn ich mit Menschen in der Notfallplanung spreche, dann raten sie einem, nicht zu spezifisch zu planen. Eines unserer Probleme besteht darin, dass wir dachten, wir hätten einen guten Plan, basierend auf der Influenza-Pandemie, und dann konnten wir ihn für eine andere Art der viralen Herausforderung nicht anwenden. Die Art der Vorbereitung, die wir brauchen, sollte also vielleicht weniger rigide und weniger spezifisch sein, als wir ursprünglich dachten. Das sind meine derzeitigen Überlegungen dazu, aber wie

ich schon sagte, es ist eigentlich noch zu früh, darüber nachzudenken.

Andreas Kruse

Vielen Dank. Vielen Dank für Ihren Vortrag und die sehr guten Anmerkungen. Meine Damen und Herren, ich gebe jetzt an meine geschätzte Kollegin Frauke Rostalski weiter, die Felix Stein vorstellen wird. Frauke, du hast das Wort.

Frauke Rostalski

Vielen Dank. Unser dritter Experte heute ist Felix Stein vom Zentrum für Entwicklung und Umwelt an der Universität Oslo in Norwegen. Felix Stein ist ein Wirtschaftsanthropologe mit Erfahrung im Bereich Entwicklungsforschung. Seine Forschung beschäftigt sich mit dem Schnittpunkt von Ökonomie und globaler Gesundheit. Eines seiner Forschungsinteressen gilt den Partnerschaften zwischen öffentlichem und privatem Sektor und der Impfstoff-Finanzierung während der Covid-19-Pandemie. Unter anderem beschäftigte er sich drei Jahre lang mit der Bekämpfung der Cholera in Haiti und der Rolle der Weltbank in diesem Zusammenhang. Insbesondere die Universitäten von Oxford, Cambridge und Edinburgh gehören zu seinen Forschungsstationen. Im vergangenen Jahr beschäftigte er sich sechs Monate damit, wie sich SARS-CoV-2 auf die afrikanischen Länder südlich der Sahara auswirkt und was internationale Hilfsorganisationen tun, um diese Pandemie zu kontrollieren. Herr Stein, wir freuen uns sehr, dass Sie einer Teilnahme an unserer öffentlichen Anhörung zugestimmt haben, Sie haben das Wort.

International Cooperation to Increase Access to Covid-19 Vaccines

Felix Stein · University of Oslo, Centre for Development and the Environment

Ja. Vielen Dank. Ich werde jetzt meinen Bildschirm mit Ihnen teilen, um Ihnen einige Folien zu zeigen. Hier sind sie.

(Folie: International cooperation to increase access to COVID-19 vaccines [Internationale Kooperation für einen besseren Zugang zu Covid-19-Impfstoffen])

Also, vielen Dank für das große Privileg, heute zu Ihnen sprechen zu dürfen. Ich werde Ihnen einen kurzen Überblick über die internationalen Bestrebungen für einen globalen Zugang zu Covid-19-Impfstoffen verschaffen, und werde mich dabei hauptsächlich auf die politischen und wirtschaftlichen Aspekte der sogenannten COVAX-Initiative fokussieren. Am Ende der Präsentation werde ich einige mögliche ethische Folgen herausgreifen, die ich Ihnen dann vorstellen werde. Diese Präsentation basiert auf der Analyse von grauer Literatur, Forschungsliteratur, der Teilnahme an virtuellen COVAX-Veranstaltungen sowie einigen Interviews mit Menschen, die an der Gründung von COVAX beteiligt waren.

(Folie: Vaccine cooperation has focused on Act-A and COVAX [Impfstoffkooperation setzt auf ACT-A und COVAX])

Während der ersten vier Monate der Covid-19-Pandemie wurden die multilateralen Bemühungen um einen Impfstoff zur Bekämpfung von Covid-19 hauptsächlich von der Weltgesundheitsorganisation angeführt. Und die WHO hatte die Welt schon sehr früh vor diesem Ausbruch gewarnt. Sie hatte Ende Januar

2020 bereits eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite erklärt. Anfang Februar aktivierte sie ihren sogenannten R&D Blueprint, was bedeutet, dass sie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus der ganzen Welt einlud, nach Genf zu kommen, um die Forschungsarbeit voranzutreiben, darunter auch die Forschung an einem Impfstoff gegen dieses aufkommende Virus. Die WHO erstellte auch eine Reihe von Richtlinien, unter anderem mit der Botschaft, dass die Impfstoffforschung zur Bekämpfung von Covid-19 auf der ganzen Welt priorisiert werden sollte. Während dieser Zeit arbeiteten bereits eine Reihe von Forscherinnen und Forschern von Universitäten und Unternehmen an potenziellen Impfstoffen, und das war nur deshalb möglich, weil ein Forschungsteam unter der Leitung von Prof. Yongzhen Zhang von der Fudan-Universität in Shanghai das Covid-19-Genom auf verschiedenen frei zugänglichen Websites öffentlich geteilt hatte. Bis Ende April 2020 war den meisten Regierungen weltweit das katastrophale Ausmaß der Pandemie bewusst geworden. Sie initiierten eine international koordinierte Antwort, die den Kampf gegen die Pandemie wesentlich erweitern und diesen auch auf eine Reihe von Institutionen ausdehnen sollte. In diesem Rahmen wurde eine neue institutionelle Allianz gegründet, der Access to Covid-19 Tools Accelerator, kurz ACT-A. ACT-A wurde gemeinsam von der WHO, der Europäischen Union, der französischen Regierung sowie verschiedenen globalen Gesundheitsorganisationen ins Leben gerufen. Vereinfacht gesagt war ACT-A in den vergangenen 13 Monaten die weltweit größte multilaterale Anstrengung im Kampf gegen die Pandemie. Im Kern befasst sich ACT-A mit drei

Technologiebereichen, die Sie auf dieser Folie sehen können.

(Folie: To fight COVID-19, Act-A focuses on three sets of technologies [Zur Bekämpfung von Covid-19 setzt ACT-A auf drei Technologiebereiche])

Diese Technologien sind Covid-19-Diagnostik, -Therapeutika und -Impfstoffe. Im Rahmen von ACT-A wurde auch schon einige Arbeit im Bereich der globalen Gesundheitssysteme geleistet. Diese Unterstützung der Gesundheitssysteme dient aber in erster Linie dazu, die Entwicklung und Verbreitung der drei Technologien, auf die ACT-A sich konzentriert, zu ermöglichen, und deshalb sind die Aktivitäten von ACT-A im Bereich der Gesundheitssysteme hier mit einer gepunkteten Linie dargestellt.

(Folie: COVAX is Act-A's vaccine pillar [COVAX ist die Impfstoff-Säule von ACT-A])

Die Arbeit zu Impfstoffen im Rahmen von ACT-A nennt sich COVAX und COVAX wird von drei Institutionen angeführt. Die erste davon ist die WHO, die in Bezug auf die Finanzierung und die operative Arbeit die kleinste Rolle spielt. Die zweite führende Organisation ist die Gavi, die Impfallianz mit Sitz in Genf, die seit 2000 bestrebt ist, Impfstoffe vor allem für Entwicklungsländer zur Verfügung zu stellen. Und schließlich wird COVAX auch von der CEPI angeführt, der Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (Koalition für Innovationen in der Epidemievorbereitung). CEPI ist eine Stiftung mit Sitz in Oslo, die 2017, also vor noch gar nicht so langer Zeit, gegründet wurde. Ihr Ziel ist es, die Impfstoffentwicklung voranzutreiben. COVAX steht unter der Führung dieser drei Institutionen, aber es sind noch weitere Einrichtungen eng eingebunden, zum

Beispiel UNICEF und die Panamerikanische Gesundheitsorganisation, die einen großen Teil der konkreten Impfstoffbeschaffung für COVAX leisten, sowie die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung, die Weltbank und verschiedene Unternehmensberatungen, die alle dazu beitragen, die operative Struktur zu gestalten.

(Folie: COVAX's goal is twofold [COVAX verfolgt zwei Ziele])

Okay. Was genau möchte COVAX erreichen? Ich würde sagen, dass COVAX zwei Ziele verfolgt. Zum einen hat die Initiative zum Ziel, die Entwicklung und Herstellung von Covid-19-Impfstoffen zu beschleunigen, es geht also um Geschwindigkeit. Es wird versucht, einen sonst eher langsamen Prozess schneller zu gestalten. Das zweite Ziel besteht in der Sicherstellung eines fairen und gerechten Zugangs zu diesen Impfstoffen für alle Länder weltweit. Dies sind also die wichtigsten offiziellen Werte, wenn man so sagen will, die die meisten Aktivitäten von COVAX bestimmen. Im Hinblick auf die konkreten Ergebnisse heißt das, dass COVAX zum Ziel hat, bis zum Jahresende ca. 2 Milliarden Impfstoffdosen bereitzustellen.

(Folie: COVAX is by far the best-funded pillar of Act-A [COVAX ist bei Weitem die bestfinanzierte Säule von ACT-A])

Auf der nächsten Folie können Sie sehen, dass das Ziel von COVAX, Impfstoffe schnell und gerecht zu verteilen, bei den Geldgebern sehr gut ankommt. COVAX hat bisher etwas über 9 Milliarden US-Dollar an Spendenbeiträgen erhalten und die Arbeit im Bereich Impfstoffe innerhalb von ACT-A macht ca. 80 Prozent der Gelder aus, die ACT-A zur Verfügung gestellt wurden, und diese wurden auch schon zugewiesen. Somit kann man sagen, dass die Arbeit rund um die Impfstoffe im Kampf gegen

die Pandemie die anderen multilateralen Aktivitäten, an denen wir zurzeit beteiligt sind, eindeutig übertrifft. Diese Grafik zeigt auch sehr anschaulich, wie bedeutsam COVAX im Allgemeinen für die Weltgesundheit geworden ist. Denn ihr derzeitiges Budget ist fast doppelt so hoch wie der Jahresetat der Weltgesundheitsorganisation, der WHO, der im letzten Jahr rund 4,8 Milliarden Dollar betrug. Eine Analyse von COVAX ist umso interessanter,

(Folie: Most COVAX donors are public institutions [Mehrheit der COVAX-Geldgeber sind öffentliche Institutionen])

weil, und Sie können das auf der nächsten Folie sehen, die meisten Gelder an COVAX von öffentlichen Geldgebern kommen, das heißt, die Initiative ist in erheblichem Maße auf Steuergelder angewiesen. Deutschland steht ziemlich weit oben auf der Liste der zehn wichtigsten Geberländer. All das wirft die Frage auf, wie COVAX konkret arbeitet und wie versucht wird, Schnelligkeit und Gerechtigkeit zu erreichen.

(Folie: COVAX is a buyers' and distribution club [COVAX ist ein Käufer- und Vertriebsclub])

COVAX macht im Wesentlichen zwei Dinge: Erstens ist es ein internationaler Käufer- und Vertriebsclub für Impfstoffe. Laut einiger meiner Interviewpartnerinnen und -partner war die Anfangsidee von COVAX, für alle Länder der Welt gemeinsam Impfstoffe zu kaufen. So wollte man versuchen, eine gerechte Verteilung der Impfstoffe zwischen den reichen und den armen Ländern der Welt herzustellen, indem man ein internationales Gerangel um Impfstoffe verhinderte, das während früherer Epidemien entstanden war. Wenn wir uns jetzt noch einmal

an die vorhin gezeigte Präsentation von Ross Upshur erinnern, versucht COVAX aus vergangenen Ausbrüchen zu lernen. Die globale Ungleichheit bei der Verteilung von Impfstoffen war in der Vergangenheit ein großes Problem. Im Jahr 2006 war dies zum Beispiel der Fall, bei der Ausbreitung der Vogelgrippe, auch bekannt als H5N1, als Indonesien mit Unterstützung einiger anderer Entwicklungsländer gegen übermäßig teure Impfstoffe protestierte. Als Teil dieses Protests hatte Indonesien es zeitweise abgelehnt, Proben des H5N1-Virus mit der WHO zu teilen, weil die indonesische Regierung wusste, dass Impfstoffe aus diesen Proben wahrscheinlich unbezahlbar für sie sein würden. Das Problem der globalen Impfungleichheit trat erneut während des Ausbruchs der Schweinegrippe 2009 auf, als die erste Runde neuer Impfstoffe für den Großteil der Weltbevölkerung sehr schnell unerreichbar war, weil einkommensstarke Länder sich die meisten globalen Impfstoffvorräte bereits gesichert hatten. Den einkommensstarken Ländern war dies gelungen, indem sie Pharmaunternehmen unbekannte Beträge im Rahmen sogenannter Vorabkaufverträge (*advance purchase agreements*) gezahlt hatten. Um derartige Probleme der extremen Impfungleichheit dieses Mal zu vermeiden, schlug COVAX vor, dass reiche und arme Länder gemeinsam Impfstoffe kaufen sollten, um sie dann weltweit zu verteilen, und sich dabei nicht am Vermögen eines Landes, sondern an gesundheitlichen Maßstäben zu orientieren. Die WHO lieferte schon bald einen Verteilungsmechanismus, ein ethisches Rahmenwerk für COVAX, wenn man so will, der vorsah, die Impfstoffe so zu verteilen, dass zunächst drei Prozent der Bevölkerung aller Mitgliedsländer Impfstoff erhalten, um so Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

im Gesundheits- und Sozialwesen zu schützen. Im Anschluss würden dann bis zu 20 Prozent der Bevölkerung durch die Impfung von Erwachsenen mit einem hohen Erkrankungsrisiko abgedeckt. Und erst in der letzten Phase würden Impfdosen auf der Grundlage verschiedener Kriterien der Gefährdung und Vulnerabilität verteilt. Dieser ethische Rahmen ist nicht perfekt, aber die Grundidee, dass Gesundheit anstatt Reichtum der bestimmende Faktor dafür sein soll, wer den Impfstoff erhält, ist und bleibt sogar für Kritikerinnen und Kritiker interessant. Der gemeinsame Einkauf von Impfstoffen birgt noch einen zweiten Vorteil, der mit Gerechtigkeit und mit einer effizienten öffentlichen Beschaffung zu tun hat. Denn er ermöglicht eine Form der Preiskontrolle des globalen Covid-19-Impfstoffmarktes. Bevor diese Pandemie 2019 ausbrach, hatten lediglich vier große Pharmaunternehmen einen Anteil von 90 Prozent an den globalen Impfstoffumsätzen. Der globale Impfstoffmarkt, auf dem Hauptakteurinnen und -akteure sehr viel Macht ausüben, ist also sehr konzentriert. Als eine Reaktion darauf hat COVAX seinen Mitgliedsländern versprochen, ihr Geld zu bündeln und Impfstoffverträge zu Preisen auszuhandeln, die vorteilhaft für sie wären und nicht weit über den Herstellungskosten liegen würden. Ein dritter Vorteil, der sich aus dem gemeinsamen Einkauf und Vertrieb von Impfstoffen ergibt, wäre ein Rückgang bei der Ausbreitungsgeschwindigkeit der Krankheit und damit die Minderung des pandemischen Risikos für alle. Anstatt zuerst alle Menschen in reichen Ländern zu impfen, hatte COVAX zum Ziel, die Menschen zu impfen, die Gefahr laufen, das Virus zu verbreiten. Das würde das Risiko eines jeden Landes, Covid-Fälle und neue Virusvarianten zu

importieren, reduzieren, sowie auch die Wahrscheinlichkeit gefährlicher Virusmutationen. Diese Ideen werden in etwa in der Devise „Niemand ist sicher, solange nicht alle sicher sind“ zusammengefasst. Ein COVAX-Käuferclub würde noch ein weiteres Risiko mindern, nämlich das Risiko, dass Impfstoffunternehmen, mit denen die einzelnen Länder ihre Kaufverträge abschließen, es dann nicht schaffen könnten, einen wirksamen Impfstoff zu entwickeln. Denn Anfang 2020 war überhaupt noch nicht klar, dass wir am Ende so viele wirksame Impfstoffe haben würden. COVAX schuf das weltweit größte Portfolio mit unterschiedlichsten Technologien und unterschiedlichen Standorten, an denen die verschiedenen Impfstoffe hergestellt wurden, um das Risiko des Scheiterns zu reduzieren. Die Minimierung des geografischen Risikos hat nicht so gut geklappt, denn wie die meisten Länder war COVAX stark von der Impfstoffherstellung in Indien abhängig, es wurde jedoch versucht, diese Art von Produktionsrisiken zu verringern. Wenden wir uns nun einer zweiten wichtigen Funktion von COVAX zu, der Förderung der Impfstoffherstellung und -verteilung.

(Folie: COVAX subsidizes vaccine development and distribution [COVAX fördert die Impfstoffentwicklung und -verteilung])

COVAX stellt den Impfstoffentwicklern verschiedene Arten an Fördermitteln zur Verfügung. Da gibt es die sogenannten Push-Subventionen, die direkt für die Forschungsentwicklung und die Herstellung gezahlt werden. Zum Beispiel stellte die Gates-Stiftung Gavi 150 Millionen Dollar zur Verfügung, die das Geld an das Serum Institute of India weiterleitete, um es schon frühzeitig mit Kapital für die Herstellung der Impfstoffe von AstraZeneca und Novavax auszustatten.

COVAX leistet auch eine Reihe von Pull-Subventionen, hauptsächlich an Pharmaunternehmen, die man auch als *advanced market commitments* (vorgezogene Kaufverpflichtungen, also Abnahmegarantien für Impfstoffe) bezeichnet. Diese Garantien sind zurzeit bei der Finanzierung im Bereich der Weltgesundheitsorganisation sehr angesagt. Gavi hat diese Abnahmegarantien entwickelt, nutzt und fördert sie jetzt seit über zehn Jahren. Diese Garantien sind in erster Linie Versprechen an Impfstoffhersteller, dass COVAX ihnen den entwickelten Impfstoff abnehmen wird, sofern dieser natürlich gewisse Mindeststandards einhält, die vorab verabredet wurden. COVAX leistet solche Kaufversprechen sowohl an individuelle Impfstoffhersteller, als auch an den Impfstoffmarkt insgesamt. In beiden Fällen werden diese Kaufversprechen für zukünftige Impfstoffe sehr früh gemacht, in der Regel, bevor die Impfstoffe hergestellt werden, und sie sind ziemlich teuer, denn die Finanzierung muss stehen, damit man diese Versprechen überhaupt abgeben kann. Schon früh in der Pandemie bat COVAX um 5,5 Milliarden US-Dollar für Mengengarantien, also im Rahmen der Pull-Subventionen. Und die Initiative forderte weitere 9,4 Milliarden Dollar für die Unterstützung von Forschung und Entwicklung. Weitere Fördergelder, die COVAX vergibt, unterstützen Länder beim Aufbau von Kapazitäten, um einen Impfstoff zu verteilen, sobald sie ihn erhalten. Aus unternehmerischer Perspektive ist das eine Menge Geld wert, denn es führt zu einer Erweiterung potenzieller Märkte für das bestimmte Produkt. All diese Fördergelder lassen sich teils mit dem Argument der Schnelligkeit, teils mit der Risikominimierung rechtfertigen. Der Grundgedanke besteht also darin, dass wir mit einer Subventionierung der

Impfstoffforschung und -herstellung den gesamten Prozess beschleunigen und eine größere Bandbreite von Impfstofftechnologien begünstigen, wodurch Menge und Reichweite der weltweit zur Verfügung stehenden Dosen ansteigen. Insofern ist COVAX Teil eines größeren Trends, bei dem öffentliche Gelder nicht nur für die Subventionierung von Grundlagenforschung an Universitäten und medizinischen Fakultäten genutzt werden, sondern diese Gelder sozusagen weiter vorne in die Prozesse fließen, das heißt, in die Unternehmensforschung zu einem späteren Zeitpunkt der Impfstoffentwicklung, was größere Erfolgchancen mit sich bringt. Durch diese beiden Arbeitsweisen – durch den „Käuferclub“ und die Subventionen – versucht COVAX seine Ziele, die Beschleunigung der Impfstoffentwicklung und die Sicherstellung von einem gleichberechtigten Zugang, zu erreichen. Und war die Initiative erfolgreich? In Bezug auf die Schnelligkeit kann ich Ihnen eigentlich gar keine Antwort geben, weil die Impfstoffe hinsichtlich ihrer Wirksamkeit so phänomenal erfolgreich waren und so unglaublich schnell entwickelt wurden. Wir haben so etwas noch nie erlebt, aber bisher kann man noch gar nicht sagen, welchen Anteil die öffentlichen Subventionen am Erfolg haben. Um das beurteilen zu können, müsste man Zugang zu präzisen und systematisch gesammelten Informationen über die von COVAX verwendeten Push- und Pull-Subventionen haben, aber solche Daten sind zurzeit leider nicht verfügbar. Diese Pull-Subventionen, also diese Markt- und Mengengarantien, sind Teil der Kaufverträge, die COVAX abschließt, und diese Kaufverträge werden auf der ganzen Welt geheim gehalten. Das heißt, es entzieht sich nicht nur unserer Kenntnis, ob die von COVAX

geleisteten Subventionen gut eingesetzt werden, wir wissen nicht einmal, wie hoch diese Zuwendungen eigentlich sind. Und das ist ziemlich problematisch angesichts der Tatsache, dass der öffentliche Sektor während dieser Pandemie übermäßige Ausgaben getätigt hat und der Internationale Währungsfonds deshalb davor warnt, dass möglicherweise Jahre der Sparpolitik drohen. Es ist auch deshalb problematisch, weil Pharmaunternehmen wie Pfizer und Moderna Gewinnmargen im zweistelligen Bereich durch Covid-19-Impfstoffe verzeichnen. Pfizer allein erzielte im ersten Quartal 2021 einen Umsatz von ca. 3,5 Milliarden US-Dollar ausschließlich mit Impfstoffen und die Preise, die Länder weltweit für Impfstoffe bezahlen, variieren je nach Ort und Zeit des Einkaufs um mehr als 100 Prozent. Diese vertragliche Geheimhaltung ist ebenfalls besorgniserregend, denn die meisten großen Impfstoffhersteller haben erst kürzlich den Gedanken geäußert, die Impfstoffpreise demnächst zu erhöhen.

(Folie: COVAX has not ensured global vaccine equity [COVAX konnte keine Impfstoffgerechtigkeit sicherstellen])

Kommen wir nun zum zweiten Ziel von COVAX, das da lautet: globale Impfstoffgerechtigkeit. Es ist offensichtlich, dass COVAX diesbezüglich bisher unzureichend war. In dieser Grafik können Sie das sehen, aber es gibt zurzeit viele Grafiken zu diesem Thema, wohlhabende Länder eilen bei den Impfungen voraus, während einkommensschwache Länder zurückbleiben. Tatsächlich sind bislang nur ein Prozent der Menschen in einkommensschwachen Ländern geimpft und zwischen 80 und 90 Prozent aller weltweit verabreichten Dosen gingen an Länder mit hohem oder gehobenem mittlerem Einkommen. Laut dem Generaldirektor der WHO, Dr. Tedros, befinden

wir uns dadurch mittlerweile in einer Situation der globalen Impfstoff-Apartheid. Dafür gibt es viele Gründe, aber einer davon, den ich gern hervorheben würde, ist, dass die reichsten Länder der Welt es ablehnten, COVAX zu ihrem exklusiven Käuferclub zu machen. Sie sind COVAX zwar beigetreten, aber wie auch während vergangener Epidemien, haben sie daneben noch bilaterale Vereinbarungen getroffen. Und man hat den Eindruck, dass diejenigen, die den Pharmaunternehmen am meisten zahlen konnten, entweder in Form des Preises pro Dosis oder durch die Bereitstellung anderer Leistungen, auch sehr frühzeitig Impfstoffe erhielten. Und das war einer der Hauptgründe, warum COVAX Anfang 2021 keine Impfstoffe bekam. Vor einer Woche, am 20. Mai, hat COVAX knapp über 68 Millionen Dosen ausgeliefert, das sind weniger als vier Prozent der zwei Milliarden Dosen, die die Initiative bis zum Ende dieses Jahres ausliefern zu können gehofft hatte. Als COVAX erfuhr, dass es von den wohlhabendsten Ländern der Welt aus dem Feld geschlagen worden war, bat es die Länder, zumindest ihre überschüssigen Dosen zu teilen, weil viele von ihnen ein Vielfaches der Dosen bestellt hatten, die sie benötigen, um ihre Bevölkerung zu impfen. Und deshalb würde ich behaupten, dass COVAX sich von einem System der globalen Solidarität zu einer globalen Wohltätigkeitsinstitution gewandelt hat.

(Folie: COVAX changes from solidarity to charity [Wandel von COVAX von der Solidarität zur Wohltätigkeit])

Auf dieser Folie können Sie sehen, dass es COVAX und ACT-A noch immer an Finanzmitteln fehlt, nicht nur in Bezug auf Impfstoffdosen, sondern es fehlt ihnen auch an Geldmitteln, um die Arbeit zu leisten, die sie

gerne leisten würden. Was ich noch betonen möchte, ist, dass, selbst wenn COVAX alle Dosen bekommen hätte, die es haben wollte, um sie auf der ganzen Welt zu verteilen, wäre das eine sehr kostspielige Art und Weise gewesen, den ganzen Planeten durchzuimpfen. Denn die reichen Länder fechten ihren Wettbewerb über den Preis aus und geben dann ihre überschüssigen Dosen an COVAX, damit sie an anderer Stelle genutzt werden.

(Folie: Ethical questions raised [Auf tretende ethische Fragen])

Welche ethischen Fragen ergeben sich nun daraus? Ich glaube, ein Punkt zum Thema Gleichheit, der bisher kaum angesprochen wurde, der aber für den Versuch, einen weltweiten Käuferclub aufzubauen, sehr wichtig ist, ist, ob wohlhabende Länder ethisch überhaupt berechtigt sein sollten, an diesem Club teilzuhaben. Denn COVAX bot wohlhabenden Ländern eine Fülle von Vorteilen, möglicherweise sogar weniger Verluste an Menschenleben innerhalb ihrer Grenzen, wenn sie so schnell wie möglich auf Dosen für sich selbst verzichten würden. Dieses anfängliche Vorhaben bedeutete, kurzfristig möglicherweise höhere Verluste an Menschenleben innerhalb der eigenen Grenzen beklagen zu müssen, weil man seine Dosen ja mit dem Rest der Welt teilen würde, mögliche mittel- und langfristige Vorteile sind jedoch weniger Todesfälle im eigenen Land und auch insgesamt weltweit. Ob dieses Vorgehen gerechtfertigt werden kann oder nicht, wird wahrscheinlich zu einer Schlüsselfrage bei zukünftigen Bemühungen einer gemeinsamen Impfstoffbeschaffung während eines Ausbruchs. Der zweite Punkt in Bezug auf Gerechtigkeit ist ein fairer Impfstoffpreis. COVAX hat die Frage gestellt, wieviel man für Impfstoffe während einer globalen Pandemie zahlen sollte und was

ein fairer Preis für diese ist. Es wurde auch darauf aufmerksam gemacht, wem Zugang zu den nötigen Informationen gewährt werden sollte, um diese Frage überhaupt bewerten zu können. Konkreter ausgedrückt: Sollten wir zum Beispiel erfahren, wie hoch die Herstellungskosten für Impfstoffe während einer Pandemie sind, selbst wenn Unternehmen diese Informationen nicht an uns oder an ihre Mitbewerberinnen und Mitbewerber weitergeben wollen? Ein dritter von COVAX angesprochener ethischer Aspekt hat, so würde ich sagen, mit der Idee eines Gesellschaftsvertrages zu tun. Gilt der Gesellschaftsvertrag, der häufig genutzt wird, um die Beziehungen zwischen Bürgerinnen und Bürgern und Regierungen zu beschreiben, gilt dieser auch für Unternehmen, die lebenswichtige Impfstoffe während eines pandemischen Ausbruchs herstellen und entwickeln? Wenn das so ist, was sind die Rechte und Pflichten dieser Unternehmen während und nach internationalen pandemischen Notfällen? Um diesen Punkt zu verdeutlichen, habe ich noch zwei Fotos der neun neuen Impfmilliardäre hinzugefügt, die während dieser Pandemie hinzugekommen sind. Schließlich weise ich noch darauf hin, dass COVAX eher auf Gesundheitstechnologien als auf den Aufbau globaler Gesundheitssysteme oder die Förderung eines kollektiven Verhaltens oder gar eines gesellschaftlichen Wandels setzt. Angesichts der Tatsache, dass man pandemische Ausbrüche häufig auf unseren Umgang mit Tieren zurückführen kann, ist ein entscheidender blinder Fleck in der heutigen globalen Gesundheits-Governance, wie unser zukünftiges Verhältnis zu Tieren und zur Umwelt im Allgemeinen aussehen soll. Es gibt einige zaghafte intellektuelle Versuche, an dem Thema zu arbeiten, aber bisher wurde noch sehr wenig davon umgesetzt. Ich denke, das ist ein Thema,

das auch in den kommenden Jahren noch relevant bleiben wird. Vielen Dank.

Frauke Rostalski

Vielen Dank, Herr Stein, für diesen kritischen Vortrag und die globale Perspektive, die Sie uns durch ihre Präsentation verdeutlicht haben. Sie haben gezeigt, dass es Anstrengungen gibt, internationale Solidarität zu zeigen und globale Gerechtigkeit bei der Verteilung von Impfstoffen herzustellen. Leider machen nicht alle auf die gewünschte Weise mit. Die erste Frage kommt von meiner Kollegin Sigrid Graumann und später kann ich vielleicht auch noch selbst eine Frage stellen. Sigrid.

Sigrid Graumann

Vielen Dank für diesen sehr, sehr interessanten Vortrag und die Einblicke in das COVAX-System, die uns nicht so bewusst waren. Ich habe eine ganz konkrete Frage: Was halten Sie vom Patentschutz und der Idee, diesen aus Gründen der internationalen Gerechtigkeit auszusetzen?

Felix Stein

Ja. Vielen Dank. Die Patentfrage ist zurzeit der Elefant im Raum, wenn es um COVAX geht. Die Menschen, die dafür sind, den Patentschutz während dieses Ausbruchs vorübergehend aufzuheben, tun das, weil sie auf Erfahrungen aus der HIV/AIDS-Pandemie verweisen. Damals war das eine interessante Maßnahme. Sie tun das auch aufgrund der Forderungen von Impfstoffherstellern weltweit. Es gab gestern einen Bericht in der Fachzeitschrift „Nature“ von einem mRNA-Impfstoffhersteller aus Thailand, der meinte, dass das sinnvoll sei. Ich glaube nicht – und ich denke auch nicht, dass viele Menschen der Ansicht sind –, dass die Aufhebung von Patenten während dieser

Pandemie eine Art Allheilmittel ist. Es gibt viele Probleme, die zu der aktuellen Knappheit an global verfügbaren Impfstoffen führen, und die meisten kurzfristigen Probleme haben mit der Verfügbarkeit von Ressourcen und Rohmaterialien sowie der fehlenden Bereitschaft einiger Länder zu tun, einige davon zu exportieren. Es gibt also dringendere Themen. Das Schlüsselargument jedoch gegen eine Aufhebung von Patenten hat etwas mit Anreizen zu tun. Es lautet: Wenn wir den Patentschutz heute aussetzen, sind Impfstoffunternehmen in der nächsten Pandemie vielleicht nicht mehr so motiviert, sich am Rennen um Impfstoffe zu beteiligen und haben diese Impfstoffe dann nicht so außergewöhnlich schnell parat, wie wir dies aktuell erlebt haben. Ich denke, es ist schon ein kleines bisschen Wahrheit daran, nicht alle Anreize für Unternehmen abzuschaffen, sich an diesem Rennen in der nächsten Pandemie zu beteiligen. Aber persönlich finde ich die Anreize zurzeit etwas übertrieben. Ich glaube nicht, dass jemand eine Gewinnmarge zwischen 20 oder vielleicht sogar 60 Prozent braucht, um motiviert zu sein, diese Technologien zu entwickeln. Es gibt auch eine Reihe von Anreizen, dies zu tun, selbst wenn man lediglich die eigenen Kosten deckt. Bedenken Sie die Tatsache, dass mindestens zwei der Hauptimpfstoffe, die wir heute verimpfen, von Universitäts-Forschenden stammen, die nicht in erster Linie durch Geld motiviert sind. Das gilt für Moderna und BioNTech. Zweitens gibt es, wenn man Forschung betreibt, auch Spill-over-Effekte, die wirklich wichtig sind und sehr vorteilhaft für Unternehmen sein können. mRNA-Impfstoffe zum Beispiel kommen ursprünglich aus der Krebsforschung, und können dort wohl auch in der Zukunft wieder sehr nützlich sein. Und drittens ist auch die vorübergehende Beteiligung

an der kostenlosen Herstellung von Impfstoffen für das Ansehen eines Unternehmens enorm vorteilhaft. Was also die Anreize betrifft, überzeugt mich dieses Argument momentan nicht. Aber mal abgesehen von den Anreizen, wir haben den Menschen aller Länder weltweit so viel abverlangt, zu Hause zu bleiben, ihre Kinder nicht in die Schule zu schicken, ihr Leben komplett zu ändern und nicht dabei zu sein, wenn ihre Lieben beerdigt werden oder sterben. Ich bin mir nicht sicher, ob wir in einer Kriegswirtschaft oder in einer Notsituation nicht ähnlich handeln sollten, man kann Unternehmen durchaus mehr abverlangen, als wir es zum jetzigen Zeitpunkt tun. Also so, wie die Dinge stehen, bin ich dafür, und ich denke, dass viele Länder im globalen Süden dieser Ansicht sind, mindestens einhundert von ihnen, verschiedene UN-Institutionen und die Mehrzahl der weltweiten Forscherinnen und Forscher im Gesundheitsbereich, da bin ich mir sicher.

Frauke Rostalski

Vielen Dank. Vor dem Hintergrund Ihrer Präsentation interessiert mich Folgendes. In Deutschland gibt es aktuell die Diskussion, Kinder zu impfen, während es in anderen Ländern der Welt immer noch nicht genug Impfstoff beispielsweise für ältere Menschen gibt. Würden Sie sagen, dass es so etwas wie eine ethische Verpflichtung gibt, unsere Impfstoffe zuerst ins Ausland zu schicken, sobald all unsere Risikogruppen geimpft wurden oder zumindest ein Impfangebot erhalten haben?

Felix Stein

Das ist eine Frage, die ich Ihnen gerne stellen würde, denn ich bin kein Ethiker. Ich befasse mich mit politischer Ökonomie und meine zentrale Frage ist, ob man das tun sollte oder nicht. Ich bin sicher, es gibt viele ethische

Argumente dazu, ob diese Impfungen für Ältere sein sollten oder für Kinder oder irgendjemand anderen. Eines weiß ich aber sicher, ich brauche nicht unbedingt geimpft zu werden, weil ich von zu Hause aus arbeite, ich muss niemanden sehen, um arbeiten zu können, und doch bin ich geimpft worden. Im Globalen Süden haben weniger als ein Prozent der Menschen eine Impfung erhalten, das heißt in Subsahara-Afrika, da gibt es all die Krankenschwestern und Ärztinnen und Ärzte, die noch nicht geimpft sind, und ich habe schon meine Impfung erhalten. Ob und wie man die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen aufteilt, die man impfen möchte, bevor man Dosen mit anderen Ländern teilt, ist die eine Frage, aber die Frage, auf die ich vorher gerne eine Antwort hätte, ist die, ob es da einen höheren Wert des Lebens gibt oder ob es im Globalen Norden eine größere Verpflichtung seitens der Politikerinnen und Politiker gibt, sich zuerst um ihre Bevölkerung zu kümmern, als eine Verpflichtung, Impfdosen sofort zu teilen?

Frauke Rostalski

Vielen Dank. So, die nächste Frage kommt von meiner Kollegin Alena Buyx. Bitte.

Alena Buyx

Entschuldigung, ich möchte Sie da nicht zu sehr drängen, aber es ist schon eine außerordentlich wichtige Frage, die Frauke gerade gestellt hat. Sie haben schon gesagt, dass sie das nicht beantworten wollen, aber ich möchte da schon hartnäckig bleiben. Denn Sie haben die Frage aufgeworfen und ich möchte, dass Sie sie ein wenig beantworten. Wenn Sie Ihrem Land Ratschläge geben, dann sagen die Politikerinnen und Politiker mit Recht, um Ihre Frage teilweise zu beantworten, dass es natürlich eine Verpflichtung seitens der Regierung gibt, sich um ihre eigene Bevölkerung zu kümmern. Das

ist überhaupt keine Frage. Einige Länder haben das sogar in ihrer Verfassung verankert, das ist ganz klar. Wie können wir also sicherstellen, dass wir einerseits die Verpflichtung seitens der Regierungen, ihre eigene Bevölkerung zu schützen, respektieren, und andererseits auch gewährleisten, dass der Unterschied zwischen dem Schutz, den einige Länder erhalten, und dem Schutz, den beispielsweise der globale Süden erhält, nicht so krass ist? Gibt es Wege, damit es nicht so einen starken Konflikt gibt? Es ist eine Situation von absoluter Ressourcenknappheit. Ich würde sagen, damit sind wir wieder beim Thema Produktion, richtig? Es geht wieder um die Erhöhung der Gesamtmengen, die wir überhaupt verteilen können. Ich wäre sehr interessiert daran, Ihre Meinung dazu zu hören.

Felix Stein

Ja. Vielleicht gebe ich zwei Antworten dazu. Die eine ist, dass man auch Raum für Kritik lässt. Wir hören bereits viele Stimmen dazu, dass man COVAX in dieser schwierigen Zeit nicht kritisieren darf usw. Ich bin der Meinung, dass es absolut fantastisch wäre, COVAX genauer betrachten zu dürfen, und die abgeschlossenen Verträge einzusehen, auf deren Grundlage Impfstoffe gekauft werden, egal, ob es sich dabei um Verträge von COVAX oder Verträge der Europäischen Union oder irgendeinem anderen Land handelt. Denn dann könnten wir so etwas wie eine öffentliche Diskussion darüber führen, ob wir so viel Geld für den Einkauf von Impfstoffen oder für Krankenschwestern oder internationale Entwicklungshilfe ausgeben sollten. So eine Diskussion ist zurzeit nicht möglich, weil wir die genannten Informationen eben nicht haben. Das ist das eine. Was die internationale Solidarität betrifft, so denke ich, gibt es angesichts der Schwere des Virus gute

Gründe dafür, sich sehr viel mehr an der internationalen Hilfe zu beteiligen als in der Vergangenheit. Trotz all der Worte, und einer der Gründe, warum COVAX so schwer zu erforschen ist, ist, dass es eine Menge Rhetorik gibt, d. h. sich bei all der Rhetorik ein Bild zu machen, ist gar nicht so einfach. Aber neben den Aufrufen, dass wir jetzt aufwachen sollen, und den Hinweisen auf einen Weckruf, gibt es viele Gründe dafür, die internationale Entwicklungshilfe zu verstärken, um diese Pandemie nicht nur im Globalen Norden, sondern auch im Globalen Süden einzudämmen. Was mir Sorgen bereitet, ist, dass zwar die Bürgerinnen und Bürger im Globalen Norden, z. B. in Deutschland, den Weckruf gehört haben, sie sind wach, sie sind seit etwa eineinhalb Jahren wach, sie durften das Haus nicht verlassen, aber es kann sein, dass sie wieder einschlafen, denn das Leben fühlt sich für uns wieder normal an, aber für die meisten anderen Orte der Welt gilt das nicht. Diese Sorge ernst zu nehmen, ist umso wichtiger, wenn es um Infektionskrankheiten geht. Denn wenn wir uns die Geschichte der Infektionskrankheiten ansehen, dann ist der einzige Grund, warum wir überhaupt eine Art globalen Handlungsrahmen haben, dass wir seit über einhundert Jahren versuchen, die Cholera zu bekämpfen. Infektionskrankheiten und andere globale Fragen, wie der Klimawandel, die vorhin, vor allem in der Einführung, schon erwähnt wurden, sind Themen, die können wir nicht durch einzelstaatliche Ansätze lösen, sie werden uns zwingen, in einem globalen Rahmen zu denken. Wir sind zurzeit noch nicht so gut darauf eingerichtet, aber ich glaube wirklich, dass es eines Umdenkens in der deutschen Öffentlichkeit und auch in anderen Ländern innerhalb und außerhalb Europas bedarf.

Frauke Rostalski

Vielen Dank. Da es keine weiteren Fragen von meinen Kolleginnen und Kollegen gibt, würde ich gern an Andreas Kruse weitergeben. Ich möchte mich noch einmal bei Ihnen bedanken, Felix Stein, für Ihre Präsentation und für die Beantwortung unserer Fragen. Andreas.

Gemeinsame Befragung

Andreas Kruse

Vielen herzlichen Dank, liebe Redner, liebe Kolleginnen und Kollegen vom Deutschen Ethikrat, wir haben noch 20 Minuten, um in eine allgemeinere Debatte einzusteigen. Aus diesem Grund würde ich gern diejenigen von Ihnen, die zur Diskussion beitragen möchten, bitten, das jetzt zu tun. Ich möchte die Redner auffordern, wenn auch Sie ihrerseits an der Diskussion teilnehmen möchten oder zu einem Diskussionsbeitrag etwas sagen wollen, sich gerne zu melden. Fangen wir also an. Gibt es Kommentare seitens der Redner oder vom Ethikrat? Ja. Jonathan Montgomery, bitte.

Jonathan Montgomery

Vielen Dank. Ich möchte noch einmal die letzte Diskussion über die Kinder und die damit zusammenhängenden Prioritäten aufgreifen. Darüber herrscht im Vereinigten Königreich derzeit eine sehr lebhaft Diskussion. Der führende Forscher des AstraZeneca-Impfstoffs hat öffentlich gesagt, dass wir die Kinder im Vereinigten Königreich nicht impfen sollten und wir uns auf die Impfung anderenorts konzentrieren sollten. Denn, und ich glaube, das lässt sich daraus schließen, er ist der Ansicht, wir hätten bei der Eindämmung des pandemischen Ausbruchs im Vereinigten Königreich schon genug getan. Ich habe diese Aussage als sehr

schwierig empfunden, da das Vereinigte Königreich einen sehr schweren pandemischen Verlauf hatte. Anfangs hätte ich, so glaube ich, eine breite Verteilung von Impfstoffen befürwortet, aber die Pandemie hat das Vereinigte Königreich so schwer getroffen und deshalb macht es Sinn, die Eindämmung hier zu priorisieren. Einer der interessantesten Punkte ist, ob es in erster Linie eine Frage der Anreize bei der Impfstoffproduktion, der Verteilung oder der Kapazitäten ist. Wie ich es verstanden habe, ist unsere größte Schwachstelle weltweit zurzeit, dass wir nicht genug Impfstoff haben. Es ist schwer, sich anhand der Daten, die ich zur Verfügung habe, diesbezüglich ein klares Bild zu verschaffen, Felix mag da mehr vorliegen haben, aber wir hören viel über die Anzahl von Dosen, die Länder gekauft haben, aber das sagt natürlich nichts über die Dosen aus, die sie wirklich zur Verfügung haben. Ich weiß, dass wir im Vereinigten Königreich ein sehr erfolgreiches Impfprogramm haben, das jedoch durch mangelnde Nachlieferungen gedämpft wird. Wir schließen Impfzentren, weil wir nicht ausreichend Nachschub haben, um sie zu versorgen. Daher ist die Debatte darüber, was richtigerweise zu tun wäre, etwas abstrakt. Und dann gibt es einige sehr konkrete Fragen zum Thema der Impfstofflieferungen. Eine davon ist die Logistik der Impfstoffherstellung und nicht so sehr die Frage nach dem geistigen Eigentum. Es geht nicht so sehr um Fragen des geistigen Eigentums, sondern vielmehr um die technische Unterstützung beim Bau von Impfstofffabriken. Wir wissen alle, dass es diesbezüglich einige besondere Herausforderungen im Zusammenhang mit Indien gab, dass der reiche Norden sich zum Großteil auf die Impfstoffproduktion in Indien verlassen hat und Indien die Kapazitäten nun für seine eigenen

Ressourcen braucht. Ich weiß nicht, ob es so einfach ist zu sagen: Globaler Süden, reicher Norden. Es ist komplexer und ich finde es ziemlich schwierig, die Fäden zu entwirren. Der ethische Planungsrahmen des Vereinigten Königreichs macht deutlich, dass es Teil einer angemessenen Reaktion ist, über die globalen Auswirkungen und die Verbreitung des Virus nachzudenken, und diese Reaktion zu unterstützen. Aber die Innenpolitik bewegt sich in die entgegengesetzte Richtung. Unsere jetzige Regierung ist der Meinung, dass viele ihnen bezüglich des Rückzugs aus der Entwicklungshilfe beipflichten. Das ist innenpolitisch eine große Herausforderung, entfacht aber eine äußerst angeregte Debatte. Vielen Dank.

Andreas Kruse

Felix Stein, möchten Sie die Frage beantworten? Und dann Ross Upshur.

Felix Stein

Ja, ganz kurz. Ja. Für mich ist es wirklich eine Frage der Kooperation, es gibt fehlende Kooperation, von Nationalismus gegenüber „Nicht-Nationalismus“. Denn die Region auf der Welt, die aktuell am meisten unter dem Exportstopp Indiens leidet, ist Subsahara-Afrika, richtig? Das heißt, eine Süd-Süd-Kooperation findet dort genau aus den von Ihnen genannten Gründen nicht sehr stark statt. Ich stimme Ihnen auch zu, dass logistische Fragen, vor allem auf kurze Sicht, eine sehr große Rolle spielen. Auch eine mittel- und langfristige Regionalisierung der Produktion ist äußerst relevant, um das Pandemierisiko weltweit für alle zu mindern. Ich glaube jedoch nicht, dass diese Debatten im Widerspruch zu Debatten über geistiges Eigentum oder Debatten über den Käuferclub oder über Impfstoffpreise stehen. Momentan

hören wir viele Menschen sagen: Oh bitte, sprechen Sie nicht schon wieder über dieses oder jenes Thema. Ich denke jedoch, wir sollten über all diese Themen sprechen und alle uns zur Verfügung stehenden Wege nutzen, um diese Pandemie so schnell wie möglich zu beenden. Das wäre also mein Vorgehen. Vielen Dank.

Andreas Kruse

Ross Upshur.

Ross Upshur

Vielen Dank. Felix, vielen Dank für Ihre scharfsinnige Analyse von COVAX. Ich sitze auch in der WHO, im ACT-A und im Ethics and Governance Committee, und ich sage Ihnen, wir haben mit einer Vielzahl dieser Themen gerungen. Die Position der WHO zur Impfung von Kindern ist die, so sagte Generaldirektor Tedros es klar und eindeutig, dass wir jüngere Menschen nicht immunisieren sollten, solange es noch eine große Anzahl von vulnerablen Erwachsenen weltweit gibt. Das wirft ein größeres Problem auf, das wir heute schon in verschiedenen Diskussionssträngen angesprochen haben, dabei geht es um Ziele und Zielsetzungen. Wie lauten die klar formulierten Ziele der Pandemiebewältigung und sind wir wirklich diszipliniert genug, um sie zu erreichen, oder ändern wir unsere Ziele immer wieder? Wenn wir in der WHO Ethics Working Group mit dem internen Veröffentlichungsprozess nicht weiterkommen, wenden wir uns der Peer-Review-Literatur zu. Wir haben kürzlich ein Paper zu den unserer Ansicht nach fünf entscheidenden normativen Themen der Zukunft veröffentlicht. Unter anderem geht es um klare Zielsetzungen. Wenn es das Ziel der Pandemiebekämpfung ist, die Mortalität zu senken, dann sagen wir vielleicht, dass wir das Ziel erreicht haben, wenn wir die Mortalität

unter eine bestimmte Grenze gesenkt haben, somit legen wir es offen dar, und wir erreichen es hauptsächlich durch Impfungen, insbesondere durch die Impfung der Älteren und derer, die eine höhere Wahrscheinlichkeit haben zu sterben, wenn sie sich mit Covid-19 anstecken. Das ist natürlich nicht ganz hieb- und stichfest und perfekt, denn es gibt ja auch immer noch eine geringe verbleibende Mortalität bei den jüngeren Altersgruppen, aber ein guter Konsequentialist könnte wahrscheinlich einen Schwellenwert berechnen, unterhalb dessen wir uns darauf einigen können, das Ziel angemessen erreicht zu haben, was dann eine Rechtfertigung für das Teilen [des Impfstoffs] wäre. Das führt uns zu einem anderen Ziel der Pandemiebekämpfung, das häufig in den Hintergrund tritt, nämlich die Behebung oder das Angehen sozialer und wirtschaftlicher Probleme. Und dann ist da noch die Frage der Morbidität. Diese drei Ziele wurden formuliert, aber es fand keine strategische Planung statt unter Angabe von Meilensteinen und Schwellenwerten, um zu sehen, wann die Ziele erreicht werden, so dass wir dann eine sinnvolle und rationale Diskussion darüber hätten führen können, wie wir am nächsten Ziel weiterarbeiten. Ich finde, Jonathan und Felix haben das beide bei der Beantwortung ihrer Fragen schon sehr gut gesagt, es gibt sehr viele politische Maßnahmen als Antwort auf politische Notwendigkeiten und politischen Druck. Manchmal verhindern diese in der Tat die Möglichkeit zu erfahren, ob wir die Ziele wirklich erreichen. Der andere Punkt, den ich noch ansprechen möchte, ist, dass wir diese tiefe moralische Uneinigkeit anerkennen müssen, die in vielen Runden allgegenwärtig ist hinsichtlich der genauen Formulierung der Ziele und Prinzipien. Jonathans Erfahrungen, zum Beispiel in Bezug auf die Triage und die

Verteilungsprinzipien, haben mich berührt. Ich muss mich an zu viele Geheimhaltungsvereinbarungen halten, als dass ich noch mehr darüber sagen könnte, denn es geht hier nicht nur um die Weltgesundheitsorganisation, sondern auch um die Landesregierung, aber es gab sogar innerhalb der Bioethik-Community einige sehr interessante und tiefgreifende Differenzen. Danke schön.

Andreas Kruse

Alena Buyx.

Alena Buyx

Ja. Ich möchte zunächst anmerken, dass ich bereits sehr viele Fragen gestellt habe, wenn meine Kolleginnen und Kollegen also beginnen möchten, halte ich mich zurück. Ich habe viele Fragen. Sonst mache ich jetzt einfach weiter, wenn das okay ist. Unterbrechen Sie mich, falls notwendig. Ich habe zunächst eine Frage an Jonathan und Ross. An Sie beide. Ich glaube, die Frage kann schnell beantwortet werden, aber ich würde es wirklich gerne wissen. Wir haben Ihnen diese Frageliste geschickt und wir wissen, dass es sehr viele Fragen sind, von denen sich viele um die Kriterien drehen, die angewendet werden sollten. Meine Frage ist, sind Sie der Meinung, obwohl Ross gerade noch betonte, dass wir Differenzen in Bezug auf moralische Fragen akzeptieren müssen, die wir sicherlich bei bestimmten Themen haben werden, dass wir, allgemein formuliert, schon alle Kriterien haben oder brauchen wir noch neue? Das ist die erste Frage. Und meine zweite Frage, die ich Ihnen dreien stellen möchte, lautet: Die eine wichtige Sache, die man völlig anders machen sollte, was wäre das, wenn Sie sich festlegen müssten? Vielen Dank.

Ross Upshur

Ich lasse Jonathan den Vortritt.

Jonathan Montgomery

Danke Ross. Mein Gefühl ist, Alena, dass die Planungsprinzipien bei der Pandemiebekämpfung, die ich im Rahmen meiner Präsentation dargelegt habe, sich sehr gut behaupten. Und ich nutze sie als Leitfaden. Ich tue das, denn ich war in deren Erstellung involviert, und ich weiß deshalb, wie man sie anwenden sollte. Ich glaube also nicht, dass wir andere Prinzipien brauchen, aber ich glaube, dass wir die Legitimität tiefgreifender Uneinigkeiten, auf die Ross gerade hinwies, anerkennen müssen. Ich habe schon früh versucht, einen ethische Rahmen für Covid zu entwerfen und ich bediente mich einiger Prinzipien aus dem Jahr 2007, ich schaute mir alles an, was Fachgremien im Vereinigten Königreich erarbeiteten und bemühte mich, es zu integrieren, und war überzeugt, dass mir eine Synthese gelungen war. Doch bis uns das klar wurde, gab es sehr viel Vorarbeit zu leisten, und im Rückblick wurde mir bewusst, dass wir im Komitee zu ethischen Aspekten einer pandemischen Grippe 18 Monate gebraucht hatten, um die Themen durchzuarbeiten, bis wir uns gegenseitig vertrauen konnten. Wir konnten das nicht in 18 Tagen schaffen, was eigentlich notwendig gewesen wäre. Ich bin also der Meinung, dass wir nicht noch einmal von vorne anfangen müssen, sondern wir müssen uns fragen, was es braucht, um diese Prinzipien zu operationalisieren. Aber dabei geht es nicht um Definitionen, Formulierungen und Prozesse, sondern es geht um Vertrauen. Wenn wir uns also vertrauen würden, könnten wir auch auf der Grundlage dieser Prinzipien arbeiten. Sie sind hinreichend ungenau, um mit ihnen zu arbeiten

und um einen Konsens darüber zu erzielen, was getan werden muss, aber sie sind nicht ausreichend genau, als dass wir ihnen allen zustimmen könnten. So lange es darum geht, sie perfekt zu gestalten, ist es sehr, sehr schwierig. Ich würde die Arbeit jedoch auf keinen Fall beenden. Wir müssen anerkennen, wie schwierig es ist, mitten in der Pandemie daran zu arbeiten, aber wir sollten weitermachen und uns anstrengen. Ich gebe jedoch ehrlich zu, dass ich es mir viel leichter vorgestellt hatte, als es tatsächlich ist.

Ross Upshur

Da pflichte ich Ihnen bei. Ich glaube, dass die Prinzipien richtig sind. Ich möchte noch dem zustimmen, was Jonathan über die Flexibilität allgemeiner Richtlinien gesagt hat. Nach Ebola hatten wir Leitlinien zu SARS und zu H1N1, die eigentlich ziemlich umfassend sind, und dann sollte es einen Ebola-spezifischen Leitfaden geben und ich erinnere mich daran, dass ich bei einem WHO-Meeting einen Vortrag gehalten habe und sagte, dass es sehr schön sei, alle zu treffen, ich würde sie wirklich alle gern mögen, aber wir bräuchten uns eigentlich nicht mehr zu treffen, weil wir keinen Ebola-spezifischen Leitfaden brauchen. Was wir aber tun müssen, ist, dass wir die Themen angehen müssen, und das ist auch der Grund, warum ich mir diese Idee mit dem Skript habe einfallen lassen – die Beschäftigung mit diesen strukturellen, wiederkehrenden Themen. Wir sollten nicht in eine Position geraten, in der schwerwiegende Entscheidungen in 18 Tagen getroffen werden müssen, wenn wir doch ganz genau wissen, dass wir irgendwann in der Zukunft damit konfrontiert werden. Das ist meiner Meinung nach das Wichtigste, was wir korrigieren müssen. Wir wissen, dass diese Herausforderungen kommen werden. Sie sind

auch schon dagewesen – schauen Sie zurück und lesen Sie Thukydides Bericht über die Attische Seuche. Nehmen Sie ernst, was 2000 Jahre Erfahrung mit Krankheitserregern uns über diese strukturellen, wiederkehrenden ethischen Themen gelehrt haben. Wir können das Problem der Triage nicht in 18 Tagen hinter verschlossenen Türen lösen, ohne dass die Gesellschaften mit eingebunden werden, die von solchen Entscheidungen betroffen sind. Und was wir nach SARS-1 gelernt haben, war so bedeutend, dass wir viele Forschungsprojekte durchgeführt haben. Dieses Rahmenwerk, das ich Ihnen gezeigt habe, wurde von Bioethikerinnen und Bioethikern sowie Klinikerinnen und Klinikern entwickelt, aber wir sind damit in die Öffentlichkeit gegangen. Wir haben Treffen in Rathäusern organisiert, landesweite Umfragen durchgeführt, an Fachgesprächen teilgenommen und wir haben Betroffene zusammengebracht. Interessant ist die Frage der Vulnerabilität. Wir hatten ein Projekt, bei dem wir politische Entscheidungsträgerinnen und -träger, politische Akteure und betroffene Bevölkerungsgruppen zusammenbrachten, um eine Forschungsagenda zu ethischen Fragen gemeinsam zu gestalten. Dabei machten wir einen Fehler. Der Geldgeber sagte, wir sollten die vulnerablen Bevölkerungsgruppen einbeziehen, somit versammelten wir alle „vulnerablen Bevölkerungsgruppen“ in einem Raum, und sie kamen später wieder heraus und sagten uns: Bezeichnen Sie uns nicht als vulnerabel, es sind Ihre Richtlinien, die uns vulnerabel machen. Nur wenn man einen Prozess gestaltet, bei dem man alle mit ins Boot holt, kann man die Prinzipien genau erarbeiten. Wir haben es so erlebt, dass die ethischen Prinzipien und die Verfahrensgrundsätze, die unserer Ansicht nach für die kanadische Bevölkerung

gut funktionieren und an die alle glaubten, am Ende aus den Augen verloren gingen, als die Menschen aufhörten, über diese Dinge nachzudenken. Darum brauchen wir laufende ... das ist der Grund, warum ein Gremium wie das Ihre, das einflussreich ist, solche Prozesse initiieren kann, so dass wir ruhig schlafen können bzw. nicht nach dem Weckruf wieder einschlafen. Vielen Dank.

Andreas Kruse

Vielen Dank. Wir haben nun vier weitere Beiträge von Sigrid Graumann, von Frauke Rostalski, dann von Susanne Schreiber und von mir selbst.

Sigrid Graumann

Danke, Andreas. Ich habe eine weitere sehr allgemeine Frage. Wir haben in Deutschland erlebt, dass unser Gesundheitssystem nicht sehr gut darauf vorbereitet war, die Pandemie einzudämmen. Bei uns gab es keine Triage-Situationen, jedenfalls nicht in größerem Umfang. Unser größter Fehler war es jedoch, dass unser Gesundheitssystem nicht in der Lage war, Ausbrüche zu bekämpfen oder zu verhindern. Wie sehen Sie das? Wenn ich es richtig sehe, war das ein allgemeines Problem, zumindest in den meisten europäischen Ländern, einige Länder Asiens hingegen waren auf die Bekämpfung der Ausbrüche viel besser vorbereitet. Was meinen Sie, wie sollten sich die Gesundheitssysteme weltweit in der Zukunft entwickeln? Was sind die wesentlichen Merkmale, auf die wir uns zukünftig konzentrieren müssen?

Andreas Kruse

Wer möchte antworten?

Ross Upshur

Ich würde gern einen ersten Versuch starten. Das Außergewöhnliche am Ausbruch von SARS-CoV-2 ist, dass der Schutz des Gesundheitssystems als ein Ziel der Pandemiebewältigung formuliert worden ist. Das war niemals so geplant. Ein Gesundheitssystem sollte dazu da sein, Menschen zu helfen, die erkranken, und es sollte nicht so sein, dass man immer wieder das Bild der sich abflachenden Kurve bemüht, um das Gesundheitssystem selbst zu schützen. Die große Frage, die sich mir stellt und die im kanadischen Kontext sehr wichtig ist, gilt der Kurvenabflachung, die Kurve abflachen ... Wir konnten das alles auf Twitter verfolgen, hier ist die Kurve und hier ist die Kapazität des Gesundheitssystems, wir müssen die Kurve abflachen, damit wir Kapazitäten im Gesundheitssystem erhalten. Ich frage mich also, um was geht es da genau? Geht es um die Intensivstationen? Oder die Akutversorgung im Allgemeinen? Ich bin nämlich Facharzt für das öffentliche Gesundheitswesen und für Allgemeinmedizin und wenn Sie sich diese Übungen mit dem Abflachen der Kurve anschauen, bleibt der Bereich unterhalb der Kurve der gleiche, das heißt, auch wenn man die Kurve unterhalb dieser Grenze abflacht, hat man immer noch die gleiche Anzahl Erkrankter darunter. Wo führt das hin? Das führt uns zur Allgemeinbevölkerung und in die Gesellschaft. Und in Kanada hatten wir die große Tragödie im Bereich der Langzeitpflege. Ein großer Anteil der Todesfälle in Kanada ereignete sich in Einrichtungen der Langzeitpflege unter den am meisten gefährdeten, am wenigsten geschützten älteren Menschen. Ich war Teil dieses Prozesses, denn ich arbeitete in einer Klinik, ich arbeitete in der geriatrischen Palliativmedizin, wir leerten die Krankenhäuser, gaben die Menschen in die

Langzeitpflege, so dass wir alle an Covid erkrankten Menschen versorgen konnten und die Intensivstationen offen blieben. Und was haben wir gemacht? Es war wie Lämmer zur Schlachtbank führen. Denn wo brachten wir sie hin? In die Langzeitpflegeeinrichtungen, wo es keine persönliche Schutzausrüstung, sehr schlechten Infektionsschutz und mangelhafte Schutzmaßnahmen gab, und zu viele Menschen in den Räumlichkeiten. Es war ein perfekter Nährboden für die Ausbreitung und die Auswirkungen des Virus. Was müssen die Gesundheitssysteme also tun? Wir brauchen Gesundheitssysteme – in Kanada spricht man vom Gesundheitssystem, aber im Grunde ist es eine Reihe von Versicherungsleistungen. Und Versicherungsleistungen machen noch kein System aus. Mit anderen Worten, man muss darüber nachdenken, wer die Menschen sind, die diese Leistungen brauchen, wo sie sind und wie sie versorgt werden. Wenn wir Antworten darauf haben wollen, wenn man an einer Stelle rettet, wenn es ein Ziel ist, die Intensivpflege aufrechtzuerhalten, weil wir verhindern möchten, dass die Intensivmedizinerinnen und -mediziner und die Menschen dort moralischen Notlagen ausgesetzt sind und diese tragischen Triage-Entscheidungen treffen müssen, schieben wir es woanders hin ... Aber wohin? Jede Aktion erzeugt gleichzeitig eine ebenso große Reaktion, das gilt besonders in Zeiten von Pandemien. Wir haben also Leistungen eingestellt, haben quasi dafür gesorgt, dass die Menschen keine Gesundheitsdienste nutzen in einem System, das eigentlich dafür da ist, ihnen zu helfen. Diese Situation müssen wir in den Griff bekommen. Die zweite Sache ist, dass wir die Ausbildung des Gesundheitspersonals sehr radikal umgestalten müssen. Das führt mich wieder

zurück zu meiner Arbeit [...] als Vermittler der Versorgungspflichten des Gesundheitspersonals. Wenn ich Menschen sagen höre, das sei nicht Teil des Deals gewesen, sie hätten nie gedacht, dass sie bei der Erfüllung ihrer Dienstpflichten als Klinikerinnen oder Kliniker erkranken könnten, ich meine, auf welchem Planeten leben wir denn, ich habe ja vorhin die gesundheitlichen Notlagen von internationaler Tragweite gezeigt, da geht es nicht mal um die gewöhnliche saisonale Grippe, Tuberkulose, Hepatitis und all die anderen Erreger, die Menschen krank machen und sie zu den Gesundheitsdienstleistern zwecks Versorgung führen. Wir stellen Menschen ein und bilden sie aus und sie glauben, dass sie nie krank werden oder Risiken ausgesetzt sind. Wir müssen etablierte Pandemieprävention und ethische Verpflichtungen pauschal in die Ausbildung im Gesundheitswesen integrieren.

Andreas Kruse

Prof. Montgomery. Wenn ich Ihr Verhalten richtig deute, möchten Sie auch gerne antworten. Ja.

Jonathan Montgomery

Ja. Was den Ort der meisten Todesfälle angeht, ist das Bild bei uns dem sehr ähnlich, das Ross beschrieben hat. Ich möchte hier nichts wiederholen. Ich würde hier nur gern drei kurze Beobachtungen mitteilen. Erstens glaube ich, dass wir den Infektionsschutz in unserem Sozialfürsorgesystem überbewertet haben. Wir haben ein gut aufeinander abgestimmtes Gesundheitssystem. Die Sozialfürsorge ist finanziell nicht so gut ausgestattet und koordiniert, dort ist alles sehr viel fragmentierter. Ich erinnere mich aber an Diskussionen in der Klinik darüber, welcher Infektionsschutz angemessen ist und ob das in einer Einrichtung

der Sozialfürsorge so viel schwieriger wäre oder nicht. Wir versuchten, in der Sozialfürsorge Kapazitäten für Covid-sichere Orte zu schaffen, aber diese Versuche waren bei weitem nicht ausreichend, um mit den Herausforderungen klar zu kommen. Die zweite Beobachtung ist, dass es meiner Meinung nach jede Menge Fragen gibt zu Daten und dazu, wer was wann wusste. In Deutschland gibt es viele Daten zur Ausbreitung der Krankheit unter relativ gesunden jüngeren Menschen, weil sehr viel getestet wurde. Wir hatten nur sehr wenige Daten dazu, was in der Bevölkerung vor sich ging, und dafür gab es reichlich Gründe. Das ist teilweise eine Frage der Technologie, die entwickelt wurde, und der vorhandenen Kapazitäten. Wir hatten eine sehr uneinheitliche Datengrundlage, um zu deuten, was vor sich ging, und wir hatten nur sehr wenige Erkenntnisse darüber, was in der Bevölkerung passierte. Wir hatten allerdings einen guten Überblick darüber, was in den Kliniken ablief, und das führte wahrscheinlich dazu, dass wir die Auswirkungen der Entlassungen aus den Kliniken, die wir beobachteten, unterschätzten. Das Thema hatte Ross vorhin angesprochen. Die dritte Beobachtung ist, dass wir meiner Meinung nach das sich ändernde Verständnis für die notwendige persönliche Schutzausrüstung nicht vergessen sollten, und dass dies nicht nur eine Frage der Wissenschaft ist, sondern auch des Vertrauens des Personals und der Medienwahrnehmung. Im Vereinigten Königreich standen wir sehr unter dem Einfluss der Bilder aus Norditalien und das hat den Fokus auf Intensivkapazitäten noch verstärkt. Denn jeder wusste durch Freunde und Kolleginnen und Kollegen aus Italien, was geschehen war, und ich glaube, das hat unsere Fähigkeit beeinflusst, eine ausgewogene Wahrnehmung der Auswirkungen

der Krankheit zu erhalten. Das sind also meine zusätzlichen Überlegungen zu denen von Ross. Vielen Dank.

Andreas Kruse

Vielen Dank. So, es gibt zwei Kommentare, die ich gerne zusammen abarbeiten würde. Frauke Rostalski und Susanne Schreiber.

Frauke Rostalski

Vielen Dank. Ich würde gerne noch einmal zu einigen Bewältigungsstrategien der Pandemie zurückkehren. Wir haben schon gehört, dass Covid-19 eine große Gefahr für bestimmte Gruppen der Gesellschaft darstellt, vor allem für ältere Menschen, aber nicht so sehr für jüngere Menschen oder die, die keine Vorerkrankungen haben. Sollten sich unsere Maßnahmen vor diesem Hintergrund nicht mehr auf die Freiheitseinschränkungen derjenigen konzentrieren, die am meisten gefährdet sind? Wir schränken die Freiheit von jedem erheblich ein, zum Beispiel schließen wir die Schulen, die Hochschulen und leben monatelang im Lockdown. Und mittlerweile gibt es Impfangebote für alle Risikogruppen in Deutschland. Glauben Sie, dass es immer noch gerechtfertigt ist, diese allgemeinen Präventionsmaßnahmen weiter zu verfolgen, obwohl keine Gefahr mehr besteht, dass das Gesundheitssystem zusammenbricht? Vielen Dank.

Andreas Kruse

Susanne Schreiber.

Susanne Schreiber

Okay, ich würde zwar gern zuerst eine Antwort auf diese Frage hören, aber ich werde versuchen, meine beiden Fragen hier vorher noch unterzubringen. Zunächst einmal zu einem Kommentar, es war schön zu hören, dass die

sehr gute Teststrategie in Deutschland, die wir anfänglich hatten, so anerkannt wird. Ich glaube, die Deutschen sind sich dessen gar nicht bewusst oder erkennen gar nicht an, was wir haben, daher möchte ich das gern betonen, dass wir aus der internationalen Perspektive als sehr erfolgreich in Bezug auf diesen Punkt wahrgenommen werden. Nun zu meinen beiden Fragen. Eine Frage ist sehr simpel: Gibt es irgendetwas, was diese Pandemie von vorherigen unterscheidet? Gibt es neue Einblicke, nicht diejenigen, die in Vergessenheit geraten sind und nun wieder aus den Archiven geholt werden, sondern Einblicke, die sehr spezifisch und einflussreich sind für diese Pandemie, oder ist es sozusagen immer das Gleiche? Die andere Frage ist vielleicht ein bisschen naiv, aber ich stelle sie trotzdem. Es geht um den Ursprung. Wir wissen doch nicht, wo das Virus herkommt, nicht wahr? Wenn wir jetzt noch mal die internationale Perspektive einnehmen, gibt es irgendeine Möglichkeit, dass wir zukünftig nicht nur lernen, wie wir besser mit Pandemien umgehen, sondern wie wir sie von vornherein verhindern können? Gibt es irgendeinen Weg auf internationaler Ebene, Lebensmittelmärkte einzuschränken, oder sind Sie der Meinung, dass das nicht möglich ist, weil das auf dieser internationalen Ebene eine zu große Herausforderung darstellt und wir nicht genug darüber wissen? Vielen Dank.

Andreas Kruse

Wir haben nur noch zwei Minuten. Wäre es möglich, eine sehr kurze Antwort auf sehr komplexe Fragen zu geben?

Jonathan Montgomery

Darf ich zuerst? Ich glaube keineswegs, dass die Pandemie schon vorbei ist und wir sollten auch nicht denken, sie sei nur auf ältere Bevölkerungsgruppen beschränkt. Wir wissen

viel über die Auswirkungen auf jüngere Menschen, wenn wir also denken, dass es hier nur um die älteren Menschen geht, dann würden wir das noch bereuen. Was die Unterschiede angeht, so meine ich, dass es die Politik ist, die problematisch ist, und wir hatten ein Gefühl dafür, wie die Politik funktionieren sollte, das enttäuscht wurde, und der US-amerikanische Wahlzyklus war auch nicht hilfreich. Und unseren eigenen innenpolitischen Angelegenheiten half es auch nicht. Daher denke ich, dass es diese Probleme leider immer geben wird, in jeder Pandemie, und anstatt für einen bestimmten politischen Flügel zu planen, sollten wir über die Resilienz und Robustheit unserer Prozesse nachdenken. Mehr kann ich dazu nicht sagen. Ich habe leider keine Antwort auf die Frage zum Ursprung, außer dass es dabei ins Politische geht.

Andreas Kruse

Felix Stein.

Felix Stein

Ja. Ganz kurz, ich glaube, ein wirklich interessanter Aspekt auf internationaler Ebene, in dem sich diese Pandemie von den vorherigen unterscheidet, ist der, dass es eine Bewegung weg von der Dominanz der westlichen Länder hin zum Fachwissen asiatischer Länder und zum Fachwissen lokaler und regionaler Gesundheitsorganisationen, wie der afrikanischen Infektionsschutzbehörden, gibt. Das gibt uns die Möglichkeit, ihr Fachwissen zu nutzen und von ihnen zu lernen, so wie auch sie von uns sicherlich etwas lernen können.

Andreas Kruse

Ross Upshur.

Ross Upshur

Ja. Also, zwei schnelle Fragen. Unabhängig von dem Ursprung oder der Quelle haben wir Probleme. Bei einem zoonotischen Ursprung und einem Eindringen in die Lebensräume von Tieren, so hat man es im Rahmenwerk für neu auftretende Krankheiten des Institute of Medicine bezeichnet, ist das Problem, wie wir als Spezies mit dem Rest des Planeten umgehen. Wenn es so ist, und ich las einen wirklich interessanten Artikel in der New York Times über das Labor-Leck, der wieder verfügbar ist. Also wenn das wirklich so sein sollte, dann müssen wir uns ernsthafte über Gain-of-function-Forschung, Virenforschung sowie die Verpflichtungen seitens der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterhalten und darüber, welche ethischen Verpflichtung sie haben. Bei allem Respekt sollten wir auch über intergenerationelle Gerechtigkeit nachdenken, das bezieht sich ja auch auf die Frage, die Sie gestellt haben. Schaut man sich jedoch ethische Diskussionen zu Infektionskrankheiten an, so gibt es eine lebhafteste Debatte darüber, wie wir zu Opfern und Überträgern wurden. Ich bin sicher, jüngere Menschen hätten nur zu gern ihre Freiheiten zurück und wären gern wieder zurück in der Schule, aber sie möchten sicher nicht die unmittelbare Ursache für den Tod eines älteren Menschen sein. Aber auch Impfstoffe bieten älteren Erwachsenen keinen 100-prozentigen Schutz. Es sterben immer noch Menschen, die geimpft wurden. Ich stimme Jonathan zu, die Pandemie ist noch lange nicht beendet. Jeremy Farrar, der Direktor des Wellcome Trust und ein äußerst erfahrener Forscher im Bereich Infektionskrankheiten, sagte während des R&D-Blueprint-Meetings vor zwei Wochen, dass wir in vielerlei Hinsicht noch ganz am Anfang dieser

Pandemie stehen. Deshalb glaube ich, dass wir uns auf ein gemeinsames und wachsames Handeln vorbereiten müssen, während wir weiter vorangehen, und ich freue mich auf Ihre Arbeit, die dazu beitragen wird, dass wir unser Ziel erreichen. Vielen Dank.

Andreas Kruse

Vielen Dank. Meine Damen und Herren, bitte gestatten Sie mir zwei abschließende Bemerkungen. Zunächst möchte ich den Rednern für ihre Denkanstöße und Antworten danken, denen wir in den vergangenen zweieinhalb Stunden mit Spannung zuhören durften. Wir haben viel von Ihrem Fachwissen gelernt und nehmen für die Zukunft viel mit. Erlauben Sie mir nun, fünf Punkte hervorzuheben, die wir heute diskutiert haben. Erstens, die strikte Differenzierung zwischen empirischen, ethischen und politischen Themen ist in allen öffentlichen Diskussionen und in jeder öffentlichen Kommunikation unverzichtbar. Der Öffentlichkeit muss deutlich werden, welchem der drei Bereiche ein Standpunkt zuzuordnen ist und wer wofür Verantwortung trägt. Transparenz muss geschaffen und aufrechterhalten werden, dazu gehört es auch, zuzugeben, dass wir nicht immer alles wissen, dass wir nicht alles vorhersehen können und dass einige Maßnahmen nur provisorisch sind. Vor allem Politikerinnen und Politiker sollten Verantwortung übernehmen und sich nicht hinter den sogenannten Expertinnen und Experten verstecken. Zweiter Punkt, wir haben zahlreiche ethische und politische Gremien, deren Mitglieder über ein hohes Maß an Fachwissen verfügen, die von politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern auch intensiv genutzt werden sollten. Diese Gremien sind in vielerlei Hinsicht nicht ausreichend miteinander vernetzt, aber das sollten sie sein.

Vernetzung bedeutet meinem Verständnis nach auch, voneinander Kenntnis zu nehmen. Es sollte keine fragmentierten Debatten geben, zum Beispiel solche, bei denen ein Gremium medizinische Folgen diskutiert und ein anderes soziale Auswirkungen, und am Ende werden die Themen einfach nur nebeneinandergestellt. Drittens müssen ethische wie auch empirische Fragen und Erkenntnisse sehr viel konsequenter und stärker in politische Entscheidungsprozesse mit eingebunden werden. Das heißt auch, dass Entscheidungen nicht allein getroffen und umgesetzt werden dürfen. Schon im Interesse der Akzeptanz müssen so viele Menschen wie möglich involviert werden. Hier bieten Implementierungs- und Transferwissenschaften sehr gute methodologische Bestände. Viertens muss der Diskurs über Gerechtigkeit in unserem Land und zwischen den Staaten und Kontinenten sehr viel intensiver und wesentlich lösungsorientierter geführt werden. Das gilt auch für die Prävention und für die Schaffung einer resilienten sowie anpassungsfähigen und robusten Infrastruktur. Die Pandemie lehrt uns, dass wir letztlich aus moralisch-normativen wie aus politischen Gründen eine Weltgemeinschaft bilden sollten. Solche Diskurse über Gerechtigkeit müssen ihren Schwerpunkt auf soziale Ungleichheiten legen, die vor der Pandemie existierten und durch diese vielleicht sogar noch verstärkt werden. Entschädigungen müssen ebenfalls gerecht verteilt werden. Pandemien bringen die Menschen nicht nur zusammen, sondern sie fördern auch Egoismus, mangelnde Fairness und Ungleichgewicht. Und fünftens sollten wir nach Gelegenheiten Ausschau halten, unsere Zukunft zu gestalten. Das sollte mit einem Blick auf die Themen umgesetzt werden, bei denen sich neue Gefahren abzeichnen. Die Gefahr einer Klimakatastrophe,

wenn sie nicht schon Realität ist, sollte hier genannt werden. Klimafreundlicher Wohnraum und Verkehr sowie eine klimagerechte wirtschaftliche Planung sind seit Jahren, wenn nicht seit Jahrzehnten, eine absolute Notwendigkeit. Das wird weiter an Bedeutung gewinnen, und hier können und müssen wir aus der gegenwärtigen Pandemie lernen. Lassen Sie mich abschließend Folgendes sagen. Diese Pandemie zeigt uns nur zu deutlich, wie verletzlich wir sind. Das Erkennen und Anerkennen der Vulnerabilität als Teil der *conditio humana*, wie es heute ja auch implizit und explizit formuliert wurde, scheint eine wesentliche soziale und kulturelle Aufgabe zu sein. Gleichzeitig dürfen wir die Fähigkeit des Menschen, mit der Vulnerabilität auch effektiv umgehen zu können, nicht außer Acht lassen. Um dieses Potenzial ausschöpfen zu können, ist es notwendig, dass wir die Folgen sozialer Ungleichheit verringern. Überdies brauchen wir anpassungsfähige und robuste Institutionen. Und schließlich ist eine weitsichtige Politik erforderlich, die durch ein hohes Maß an Reflektion und Verantwortung geprägt ist. Auch im Namen von Frauke Rostalski bedanke ich mich für die wunderbaren Präsentationen und die sehr anregende Diskussion. Ich möchte nun abgeben an die Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, Alena Buyx.

Schlusswort

Alena Buyx

Herzlichen Dank, Andreas Kruse. Geben Sie mir noch eine Minute. Auch ich möchte mich im Namen all meiner Kolleginnen und Kollegen vom Deutschen Ethikrat ganz herzlich bedanken, es war großartig. Verzeihung Felix, aber ich möchte zwei sehr gut zusammenfassende

Aussagen von Ross und Jonathan aus dieser Anhörung zitieren, der es nicht an schlagkräftigen Botschaften mangelte. Ross sagte, die Lektion, die wir gelernt haben sei die, dass wir ungern Lektionen lernen, und Jonathan sagte, dass man keine Gelegenheit verpassen sollte, um Einfluss auszuüben. Ich verstehe dies sowohl als Warnung als auch als einen Aufruf zum Handeln. Wir werden uns sicherlich weiter damit befassen. Wir haben so viel von Ihnen gelernt und werden auch weiterhin daraus lernen. Und Andreas Kruse hat sehr gekonnt gezeigt, dass wir all das zusammenfassen und in unsere Arbeit integrieren werden, und natürlich bleiben wir in Kontakt und arbeiten mit Ihnen weiter zusammen. Ich bedanke mich bei den drei Rednern für ihre wunderbaren Einblicke heute und dafür, dass Sie sich Zeit genommen haben. Ich möchte der Moderatorin und dem Moderator, Frauke Rostalski und Andreas Kruse, dafür danken, dass sie uns so gekonnt durch die Diskussion geführt haben. Vielen Dank an alle Ratsmitglieder für ihre Fragen und ich möchte auch Ihnen, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, dafür danken, dass Sie bei uns geblieben sind. Wir hatten mehrere tausend Nutzerinnen und Nutzer im Stream, so dass wir mit dieser Veranstaltung sehr viele Menschen erreicht haben und darüber freuen wir uns ganz besonders. Vielen Dank auch an die Menschen hier im Saal, die einen tollen Job hinsichtlich der Technik gemacht haben. Das war großartig. Ich möchte auch den Dolmetscherinnen noch meinen Dank aussprechen. Vielen Dank. Und bevor ich schließe, möchte ich Sie noch auf die nächste öffentliche Veranstaltung mit dem Titel „Wohl bekomms! Dimensionen der Ernährungsverantwortung“ aufmerksam machen, die am 23. Juni stattfindet. Sicher können wir auch dort das Thema der Pandemie integrieren.

Vielen Dank. Haben Sie noch einen schönen Tag, wir werden uns sicher bald wiedersehen. Bleiben Sie gesund.