

## Medizinethische Stellungnahme

### Lehren, Erkenntnisse und Konsequenzen aus der COVID-19 Pandemie

#### 1. Rückblickende Einleitung

Die COVID-19 Pandemie war und ist ein völlig neuer Prüfstein für unser Gesundheits- und Gemeinwesen, sodass primär nicht auf bereits Erfahrenes zurückgegriffen werden kann und konnte. Die „Corona-Krise“ konfrontierte unsere Gesellschaft mit schwerwiegenden moralischen Problemen sowie zahlreichen medizinischen und medizinethischen Herausforderungen: unter anderem standen aufgrund von befürchteten medizinischen Versorgungsengpässen mögliche Triage Situationen im Raum. Der Triage liegt ethisch das Maximierungsziel zugrunde: das ausdrückliche Ziel der Triage [ist es], unter Zeitdruck und, meist mit begrenzten Mitteln, die bestmögliche Hilfe für die größtmögliche Zahl Betroffener zur rechten Zeit am richtigen Ort zu leisten, damit möglichst viele Betroffene überleben (Alexander Brech, Triage und Recht-Patientenauswahl beim Massenanfall Hilfebedürftiger in der Katastrophenmedizin, Berlin 2008, 52). Eine Patientenauswahl nach Triage Kriterien darf nur im äußersten Notfall erfolgen. Eine Bewertung von Leben im Sinne von lebenswert oder weniger lebenswert darf nicht stattfinden, dies widerspräche der Würde des Menschen als oberstem Prinzip unserer Gesellschaft. Grundsätzlich hat jede/r PatientIn Anspruch auf angemessene und zeitgemäße Versorgung. Ökonomische Aspekte können daher eine Reduktion indizierter Behandlungen nicht rechtfertigen. Ebenso darf das Alter allein kein Kriterium für die Ablehnung einer intensivmedizinischen Betreuung sein, sondern es ist immer die klinische Gesamtsituation eines Patienten sowie die Erfolgsaussichten einer Behandlung mit zu berücksichtigen.

Die medizinethische Stellungnahme des Klinischen Ethikkomitees (KEKo) vom 19.März 2020 beinhaltet den Verweis auf die Möglichkeit eines „Klinischen Ethikkonsils“ in schwierigen Entscheidungssituationen, den Hinweis auf besondere Sorgsamkeit mit palliativen, dementen und beeinträchtigten Personen und den sehr wichtigen Aspekt, dass auch das Gesundheitspersonal im Mittelpunkt der wertschätzenden Sorge stehen muss. Ausreichende Ressourcen müssen neben den an COVID-19 erkrankten PatientInnen auch für die individuelle Versorgung aller anderen PatientInnen, die medizinische Hilfe im Krankenhaus benötigen, zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus ging und geht es aber auch um die Einschätzung der Pandemie mit immer neuen Erkenntnissen über den Erreger und seine Auswirkungen, über Therapien und mögliche Impfstoffentwicklungen. Es stellt sich zusätzlich und zunehmend auch die Frage, wie hoch der Preis sein darf, den andere Personengruppen, z.B. psychisch belastete PatientInnen oder BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen und Altenwohnheimen und ein Gemeinwesen durch die Nebenwirkungen der politischen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie aufbringen müssen.

Rückblickend sind viele richtige medizinische und politische Entscheidungen getroffen worden, die das Ausmaß der Pandemie günstig mitbeeinflusst haben. Dennoch müssen nach der Lockerung der staatlich verordneten Einschränkungen des gesellschaftlichen Lebens die politischen Entscheidungen und die daraus gewonnenen Erfahrungen und Erlebnisse aufgearbeitet und ausgewertet werden, um für zukünftige vergleichbare Pandemiesituationen angemessenere Handlungsempfehlungen vorzubereiten, sodass diese im Bedarfsfall bereits vorliegen und nicht ad hoc und unter Zeitdruck erstellt werden müssen. Die gewonnenen Erfahrungen bieten allen Handelnden Chancen, die Gesellschaft für ein moralisches Umdenken zu sensibilisieren. Ob das Erlebte und die Erkenntnisse daraus ein verändertes Gesellschaftsdesign mit einem erneuerten Wertekodex und dem Ziel der Langfristigkeit und Nachhaltigkeit ermöglichen können, werden wir in den nächsten Monaten und Jahren sehen.

## **2. Erste Erkenntnisse aus dem Erlebten**

Die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie dürfen im Ganzen nicht diejenigen gesundheitlichen Werte (Gesundheit, Leben) untergraben, die man mit ihnen erreichen will. Das Hauptziel dieser Maßnahmen ist die Rettung von möglichst vielen Menschenleben. Dieses Ziel wurde in Ländern wie Österreich sehr gut erreicht. Das Vertrauen der Bevölkerung in den Staat und die politischen Entscheidungsträger war vorhanden. Langdauernde und unverhältnismäßige Maßnahmen hätten durch einen wirtschaftlichen Totalausfall und dessen Folgeerscheinungen (z. B. Versorgungsprobleme, soziale Unruhen) zu noch größeren Problemen mit viel größeren Verlusten an Menschenleben führen können. Es muss jedenfalls immer wieder gefragt werden, wie angemessen Maßnahmen sind, die Grundrechte vorübergehend einschränken. Diese Restriktionen müssen in einer Pandemie an deren Entwicklungen angepasst werden. Im Zusammenhang mit den lauten Kritikern ist aber auch anzuführen, dass es in einer Rückschau („ex post Sicht“) leichter ist Entscheidungen zu bemängeln die in einer „ex ante Sicht“ ohne Vorerfahrung getroffen werden mussten.

Die Pandemie kann anders verlaufen als man auf der Basis des aktuellen Wissensstands erwarten würde. Diese Unsicherheit geht einher mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen über den bislang unbekanntem Erreger SARS-Cov-2. Unsicherheiten und unterschiedliche Folgerungen aus

Erkenntnissen verständlich und nicht tendenziös zu kommunizieren, ist ein Merkmal für forschungsethische Qualität. Zur COVID-19 Pandemie gehört aber auch eine „COVID-19 Infodemie“. Eine Fülle an kruden Theorien zu Pandemie und COVID-19 sind entstanden, wurden und werden kommuniziert. Dem Auftreten und Verbreiten von Falschinformationen muss entschieden entgegengetreten werden.

### **3. Konsequenzen aus dem Erlebten aus medizinethischer Sicht**

#### **3.1. Medizinische Aspekte**

In Österreich wurde die Pandemie sehr früh erkannt und es wurden rechtzeitig wirksame Maßnahmen gesetzt. Dies könnte die aktuell eher niedrige Sterblichkeitsrate in Österreich erklären. Das individuelle Sterberisiko durch COVID-19 muss allerdings auch vor dem allgemeinen Hintergrund der Multikausalität und Komplexität von Todesfällen stärker als bislang beachtet werden.

Zur Verbesserung der Versorgung aller PatientInnen sowie der Prozesse im Klinikum sollten die folgenden Rahmenbedingungen beibehalten werden bzw. sind für künftige Pandemiesituationen folgende Bedingungen prospektiv einzumahnen:

- das Tragen des Mund-Nasen-Schutzes oder eines Visieres sollte bis auf weiteres beibehalten werden. Neben dem unmittelbaren Infektionsschutz hat die Maske auch eine psychologische Barrierefunktion und signalisiert: „Abstand halten“. Ein besonderer Schutz (PSE) bei Atemwegs-relevanten medizinischen Maßnahmen, und bei nicht getesteten Patienten ist anzumahnen;
- eine baulich-funktionelle und organisatorische Trennung der Versorgung von COVID-19-PatientInnen, Verdachtsfällen und Nicht-COVID-19-PatientInnen muss im Voraus geplant und festgelegt sein bzw. den betroffenen Ambulanzen und Stationen kommuniziert werden;
- klare Definition von besonders zu schützenden Personengruppen und Ableitung von Handlungsleitfäden im Umgang mit diesen (z.B.: rechtzeitige Sicherstellung psychosozialer Unterstützung);
- die Weiterentwicklung und konsequente Umsetzung krankenhaushygienischer Konzepte zur Infektionsvermeidung bei PatientInnen und Beschäftigten (Reduktion der Personenanzahl im Klinikgelände, der Besuchsfrequenz, der Anzahl von Begleitpersonen sowie der Besuche auf den Neugeborenen Stationen);
- in operativen Fächern könnten assistierende Tätigkeiten auch von MitarbeiterInnen einer anderen chirurgischen Organisationseinheit übernommen werden, um zu einer Entlastung besonders belasteter KollegInnen beizutragen;
- die Einbindung ethischer Expertise (KEKo) in die Krisenstäbe;

- eine bedarfsgerechte Ausstattung und Schulung von MitarbeiterInnen;
- eine bedarfsgerechte Ausstattung mit Schutzkleidung sowie die Sicherstellung einer ausreichenden Unterstützung durch PsychologInnen und SozialarbeiterInnen;
- Schulung von PsychologInnen und SozialarbeiterInnen. Diese Berufsgruppen können in einer Pandemiesituation auf allen Stationen des Klinikums eingesetzt werden und durch die Wahrnehmung der psychosozialen Betreuung der PatientInnen mit und ohne COVID-19 Erkrankung alle Gesundheitsberufe maßgeblich unterstützen und entlasten;
- keine Reduktion von Intensivkapazitäten (Personal und Betten) im Rahmen von Maßnahmen zur Kostenminimierung im Gesundheitssystem (siehe Großbritannien, Frankreich);
- Erarbeitung von wissenschaftlich begleiteten, zielgerichteten und umfassenden Teststrategien. Um effektive und differenzierte Maßnahmen zielgerichtet umzusetzen, sollte eine Datenbasis durch longitudinale Testung regional unterschiedlicher Kohorten bezüglich ihres Infektions- und Immunitätsstatus sowie der psychischen Resilienz und der Bereitschaft der Bevölkerung zur aktiven Mitarbeit angestrebt werden. Durch repräsentative Testungen geeigneter Kohorten kann somit der reale Anteil Infizierter, Erkrankter, Verstorbener und immuner Personen ermittelt werden;
- wenige konzentrierte Informationen mit klaren Handlungsanweisungen für alle MitarbeiterInnen regelmäßig und gemeinsam verlautbart durch die Ärztliche Direktion, Pflegedirektion und Verwaltungsdirektion sowie mit dem Rektorat der Medizinischen Universität Innsbruck;
- Sicherstellung einer möglichst gleichmäßigen Verteilung der pandemiebedingten zusätzlichen Belastungen auf alle MitarbeiterInnen im Klinikum;
- Sicherstellung der Möglichkeit von psychologischer und seelsorglicher Begleitung, besonders von Sterbenden und deren Angehörigen.

### **3.2.Nebenwirkungen für nicht COVID-19 Patienten**

Im Statement des KEKo vom 19.3.2020 wurde explizit darauf hingewiesen, dass ausreichende Ressourcen auch für nicht an COVID-19 erkrankte PatientInnen zur Verfügung stehen müssen. Zeitweilig wurden durch COVID-19 deutliche Umstrukturierungen in den Kliniken und im öffentlichen Gesundheitssystem notwendig. Rückblickend hatten andere Kranke Nachteile: Operationen wurden verschoben, Vorsorgemaßnahmen zurückgestellt, Kontrolltermine verschoben. Ob sich im Herbst 2020 PatientInnen mit verspäteten, möglicherweise mit mehr Komplikationen behafteten Erstmanifestationen von chronischen Erkrankungen vorstellen werden, wird sich zeigen. Bei einer erneuten Pandemie muss auf diesen Aspekt noch vermehrt Rücksicht genommen werden: alle

anderen akut und chronisch Erkrankten dürfen nicht minderversorgt sein. Wichtige Diagnosen (auch bei seltenen Erkrankungen) müssen gestellt und langfristig angelegte Therapien chronischer Erkrankungen überwacht und betreut werden. Mitunter zeigte sich, dass PatientInnen (aus Angst vor einer Ansteckung oder in der Annahme sie dürfen nicht) von einer Vorstellung in der Klinik absahen. Durch gezielte Testungen und transparente Kommunikation hierzu kann PatientInnen diese Angst genommen werden. Auch kann Telemedizin für die Aufrechterhaltung der Versorgung eine (patientenangepasste) zunehmend wichtige Rolle spielen (<https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/leopoldina-stellungnahmenzur-coronavirus-pandemie-2020/>).

### 3.3. Psychische Gesundheit

Die COVID-19 Pandemie hat zu einem Anstieg von PatientInnen mit posttraumatischen Stresssymptomen und zu einem Anstieg von Depressionen geführt. PatientInnen mit bestehenden psychischen Erkrankungen haben eine Verschlechterung erlebt. Auch in der Gesamtbevölkerung kann eine Zunahme von Zuständen des „psychischen Unwohlseins“ beobachtet werden. Dieses Wissen muss bei Entscheidungsfindungen künftiger Pandemiesituationen Eingang finden (Vindegaard, N., Eriksen Benros, M., COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence, *Brain, Behavior, and Immunity* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>).

### 3.4. Soziale Aspekte

Für die Akzeptanz und Umsetzung getroffener Maßnahmen ist es wichtiger, eine auf Selbstschutz, Eigenverantwortung und Solidarität basierende intrinsische Motivation zu vermitteln als Sanktionen anzudrohen. Die Vorab-Vermittlung eines realistischen Zeitplans zur schrittweisen Normalisierung erhöht die Akzeptanz von Maßnahmen ebenfalls. Dies alles hilft, negative psychische und körperliche Auswirkungen der Restriktionen zu reduzieren. Unterstützung und Maßnahmen für Menschen, die besonders unter den Folgen der Restriktionen leiden, (Beeinträchtigung, Demenz, Isolation, Kinder in schwierigen Familienlagen, häusliche Gewalt) müssen niedrigschwellig bereitgestellt werden. Die Krise sollte Verbindendes betonen und das Trennende zwischen Menschen, Bevölkerungsgruppen und Nationen minimieren (Meylahn, J-A., 2020, 'Being human in the time of Covid-19', *HTS Theologiese Studies/Theological Studies* 76(1), a6029. <https://doi.org/10.4102/hts.v76i1.6029>). Auch Personen, die Risikogruppen angehören, können Selbstschutz als gezielte Solidarität gegenüber der Gesamtbevölkerung und als Ausdruck wechselseitiger Verantwortung ausüben, z.B. durch freiwillige Reduktion sozialer Kontakte bis hin zur Selbstisolierung.

### 3.5. Isolation

Bei zukünftigen Entscheidungen zur Bewältigung einer Pandemie sollte mehr Augenmerk auf die Lebensumstände und Notwendigkeiten der unterschiedlichen Personengruppen gelegt werden. So wäre etwa ein vorbeugender Schutz durch Segregation einzelner Bevölkerungsgruppen, beispielsweise älterer oder chronisch kranker Menschen medizinisch zu erwägen. Im Falle von COVID-19 wäre die noch frühere, psychosozial begleitete Isolation von BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen und die Testung der Betreuungs- und Kontaktpersonen klug gewesen. Die in diesem Setting oder bei diesen Wohnverhältnissen (siehe Italien) hohen Sterblichkeitsraten hätten so unter Umständen vermieden werden können. Diese Maßnahme könnte aber auch als paternalistische Bevormundung beurteilt werden. Die teils wochenlange Isolation stationärer Patienten hat sich in der COVID-19 Krise als äußerst belastend für die Betroffenen erwiesen (Xafis V 2020 'What is Inconvenient for You is Life-saving for Me': How Health Inequities are playing out during the COVID-19 Pandemic Asian Bioethics Review <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00119-1>). Daher wäre es wichtig, die zu treffenden Maßnahmen mit den Menschen, die von ihnen betroffen sind, bereits vorab zu besprechen mit dem Ziel größtmöglicher Zustimmung seitens der Betroffenen. Da sich die Unmöglichkeit, Angehörige, auch ältere, kranke und sterbende, nicht zu besuchen abzeichnet, sind bereits im Vorfeld die Möglichkeitsbedingungen von Besuchen zu klären. Besonders im Falle von Sterbenden steht aus existentieller Perspektive der Schutz vor Ansteckung nicht mehr notwendig an erster Stelle. „Grenzsituationen als solche anzuerkennen heißt, dass Selbstbestimmtheit nicht absolut ist und sich mit dem Unverfügbaren zu versöhnen, Abhängigkeiten zu akzeptieren und solidarisch zu werden, weil der Andere und die Begrenztheit zum Leben gehören – so wie der Tod“ (Rutishauser CM, 2020, Corona-Zeiten und der Tod, Stimmen der Zeit 5: 382-383). Die unterschiedlichen Aspekte der Isolation sollten jedenfalls immer zu einer individuellen Vorgangsweise führen, die immer einen Kompromiss darstellt, der für die PatientInnen die beste Betreuung mit sich bringen sollte.

### 3.6. Gesundheitspersonal

Im KEKo-Statement vom 19.03.2020 wurde im Abschnitt 6 auf die besondere Bedeutung des Gesundheitspersonals hingewiesen: „Da in einer Pandemie auch die Ressource „Medizinisches Personal“ ein extrem hohes Gut darstellt, muss alles getan werden, um die im Gesundheitssystem Mitwirkenden zu schützen. Ausreichend geeignete Schutzkleidung muss also im Voraus besorgt werden und vorliegen. Gesundheitspersonal darf nicht bewogen werden sich selbst zu gefährden. Angesichts der großen gesundheitlichen und auch emotionalen Belastungen gehört zur weiteren Fürsorge um das Gesundheitspersonal auch für ausreichend Zeit für Erholung, Regeneration und

psychologische Unterstützung zu sorgen“. Dieser Aspekt muss nach dem Erlebten an dieser Stelle eine gesonderte und besondere Erwähnung finden:

Die medizinische, pflegerische und insbesondere emotionale pandemiebedingte Arbeitsbelastung war ungleich verteilt. Für die Stationen, die Covid-19 Patienten zu versorgen hatten, war die Arbeitslast besonders hoch: Die korrekte Anwendung aller verordneten Schutzmaßnahmen, die strikte Isolierung der betroffenen Patienten und die trotz aller Schulungen und Informationen vorhandenen Unsicherheiten führten besonders bei den betroffenen Pflorgeteams zu hoher Erschöpfung und Überlastung. Durch die strenge Isolation mussten die Pflegenden zusätzliche Aufgaben am Patienten, wie physiotherapeutische Maßnahmen, psychologische Betreuung und Begleitung bis hin zur Begleitung der Schwerstkranken am Lebensende im Sinne einer guten allumfassenden Patientenversorgung wahrnehmen. Gerade in der Berufsgruppe der Pflegenden wurde in den „hot spots“ über Überlastung und Erschöpfung klagend berichtet. Durch gezielte Schulungsmaßnahmen sollte die Solidarität zwischen unterschiedlich belasteten Abteilungen gestärkt werden und sollten alle medizinischen und pflegerischen sowie psychosozialen Dienste befähigt werden, auch auf anderen Arbeitsplätzen gewisse Dienste zu versehen und so zur Entlastung besonders belasteter Personengruppen beitragen. In dem Wissen, dass die jetzt besonders belasteten Personen in einer weiteren Pandemiewelle wieder zu den hauptsächlichen Lastträgern werden, könnte für diese Personengruppe nicht nur eine besondere Wertschätzung in Form von Dank und artikulierter Anerkennung gezeigt werden, sondern möglicherweise eine Form von individueller Zuwendung (z.B. Sonderurlaub, etc.) erfolgen. Die oben angesprochene Präsenz der psychologischen Liaisondienste auf den Stationen kann durch ein vermehrtes niedrigschwelliges Beratungsangebot zu einer Optimierung der Betreuung des Gesundheitspersonals beitragen.

### **3.7.Seelsorge**

Im Rahmen der Covid-19-Krise war die Ausübung der religiösen Praxis in gewohnter Weise nicht mehr möglich. Viele Angebote wurden - wegen der nötigen räumlichen Distanz zu anderen Menschen - in kürzester Zeit auf multimediale Formen umgestellt oder verschoben. Besonders hart traf es jedoch Menschen, die sich ohne räumlichen Kontakt von Angehörigen verabschieden mussten, die im Krankenhaus starben bzw. verstorben waren. Aufgrund der Beschränkung von Besuchern auf eine Person konnten viele Menschen nicht Abschied nehmen und wurden so in ihrer Trauerarbeit stark beeinträchtigt. Wünschenswert wäre, dass in Zukunft besonders nahe Angehörige das Recht bekommen, beim Sterbenden bzw. Verstorbenen direkt Abschied zu nehmen; dies natürlich mit starker Berücksichtigung der Sicherheitsmaßnahmen. Unter Einhaltung dieser war es erfreulicher Weise möglich, PatientInnen und Mitarbeitende in den Häusern der tirol kliniken durchgehend



seelsorglich zu betreuen. Die Seelsorge konnte so auch zu einer Entlastung des stark belasteten Pflegepersonals beitragen. Dies wäre auch in Zukunft wünschenswert.

### **3.8. Besondere Situation der Kinder**

Im Rahmen des „lockdowns“ wurde auch die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf ein Minimum reduziert und weitgehend auf „Notfälle“ beschränkt. Wichtige Vorsorgemaßnahmen wie Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Schutzimpfungen wurden ausgesetzt oder verschoben. Erste Berichte lassen erkennen, dass dies bedenkliche Folgen haben kann: z.B. eine verspätete Diagnose und Behandlung schwerer Erkrankungen, fehlender bzw. verspäteter Impfschutz, dadurch Gefährdung durch Infektionskrankheiten ([https://www.paediatric.at/images/Covid19/presseaussendung\\_ihr-kinderarzt-ist-fuer-sie-a\\_2020\\_04\\_15.pdf](https://www.paediatric.at/images/Covid19/presseaussendung_ihr-kinderarzt-ist-fuer-sie-a_2020_04_15.pdf)). Kinder erkranken nicht nur seltener und (meist) milder, sondern sind offensichtlich auch seltener symptomlose Virus-Ausscheider als Erwachsene. ([https://www.paediatric.at/images/Covid19/oegkj-stellungnahme-kinder-als-potenzielle-covid-spreader-schulen\\_2020\\_04\\_23.pdf](https://www.paediatric.at/images/Covid19/oegkj-stellungnahme-kinder-als-potenzielle-covid-spreader-schulen_2020_04_23.pdf)).

Die Pandemie und die Schulschließungen haben zu einem massiven Rückgang der Betreuungsangebote und zur Verschärfung sozialer Ungleichheit geführt. Der soziale Kontakt zu den Freunden und Mitschülern unterbleibt. Die durch die Schule und den Kindergarten vorgegebene Struktur im Tagesablauf geht verloren. Schulen, Kindergärten und Kindertagesstätten stellen für Kinder oft die einzige geordnete Tageszeit dar. Durch den Kontakt mit den Betreuungspersonen ist ein Bemerkenswerter sich entwickelnder psychischer Auffälligkeit aufgrund von häuslichen Problemen möglich. Diese niedrigschwellige Überwachungsmöglichkeit geht verloren. Kinder leben zum Teil auf engstem Wohnraum mit zum Teil völlig überforderten und um ihre Existenz sich sorgenden Eltern. Es kann zum fehlenden Angebot einer kindgerechten Ernährung kommen. Manchmal müssen Kinder vermehrt häusliche Gewalt ertragen (Teo S, Griffiths G 2020: Child protection in the time of COVID-19, Journal of Paediatrics and Child Health, doi:10.1111/jpc.14916). Künftig muss eine Schließung von Schulen und Betreuungseinrichtungen in die Versorgungsplanung einbezogen werden. Insbesondere für beeinträchtigte Kinder mit Lernrückständen können besondere Anstrengungen erforderlich sein. Bei der jetzt erfolgten Wiedereröffnung sollten die Risiken für erneute Ansteckungen minimiert werden. Aufgrund derzeitiger Erfahrungen ist es sehr unwahrscheinlich, dass Schulkinder mit schweren Erkrankungen aus der Schule nach Hause kommen und diese in die Haushalte übertragen. ([https://www.paediatric.at/images/Covid19/presseaussendung\\_ihr-kinderarzt-ist-fuer-sie-da\\_2020\\_04\\_15.pdf](https://www.paediatric.at/images/Covid19/presseaussendung_ihr-kinderarzt-ist-fuer-sie-da_2020_04_15.pdf)).



### 3.9.Moralisches Dilemma

Für uns als Gesellschaft ist es eine moralische Herausforderung, für künftige Pandemien Situationen transparent, intellektuell diskursiv und interprofessionell über die Frage nachzudenken und zu diskutieren: Wie viele Tote und benachteiligte PatientInnen mit chronischen Erkrankungen als „Begleitschaden“ sind akzeptabel und tolerabel, um Autonomie, Freiheit, und Wirtschaftswachstum nicht einzuschränken? Jetzt konnte als Risikogruppe die ältere Generation identifiziert werden. Bei der nächsten Pandemie kann es jede andere Bevölkerungsgruppe treffen. Tragen wir dieses moralische Dilemma als Gesellschaft? Oder ist es doch besser, vermeintliche Auswege zu suchen, Risikogruppen möglichst rasch (wie ist das definiert?) zu identifizieren und zu isolieren, ohne Grundsätze der Autonomie zu verletzen? (siehe oben) (Xafis V 2020 What is Inconvenient for You is Life-saving for Me':How Health. Inequities are playing out during the COVID-19 PandemicAsian Bioethics Review <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00119-1>). Einfache Schutzmaßnahmen wie das Tragen eines Mund- Nasenschutzes oder das Abstandhalten schützt effizient vor einer Weiterverbreitung. Derartige Schutzmaßnahmen, welche die Freiheit des Einzelnen nur unwesentlich einschränken und andere nicht gefährden, sollten auf breite Akzeptanz stoßen. Insgesamt bleibt der moralische und auch rechtliche Grundsatz zu wahren, dass Menschenleben nicht gegen Menschenleben aufgewogen werden dürfen. Maßnahmen, um Schaden von einer größeren Personengruppe abzuhalten, dürfen deshalb niemals das Leben von anderen Personen gefährden oder ihr Recht auf körperliche und psychische Unversehrtheit verletzen. Das Verbot, die Würde eines Menschen unmittelbar zu verletzen, bedeutet umgekehrt jedoch nicht die Pflicht der Gesellschaft, alles zu tun, um die Gesundheit eines Menschen zu schützen, wenn dies zu unverhältnismäßigen Nachteilen für andere Personen führen würde (Eberhard Schockenhoff [Interview mit], Leben nicht gegeneinander aufrechnen, 30.04.2020, online: <https://www.domradio.de/themen/ethik-und-moral/2020-04-30/leben-nicht-gegeneinander-aufrechnen-theologe-schockenhoff-zu-abwaegungen-von-grundrechten> [20.06.2020]).

### 3.10.Impfstrategien

In diesem Zusammenhang ist auch die Diskussion um eine (vermeintliche) Impfpflicht bei zur Verfügung stehender, getesteter und sicherer Vakzine zu thematisieren. Staatliche und medizinische Impfentscheidungen betreffen einerseits das Gemeinwohl und stellen andererseits Eingriffe in Freiheit des Individuums dar. Es ist daher eine Abwägung vorzunehmen, ob der Eingriff in die individuelle Freiheit im konkreten Fall für andere Personen und das Gemeinwohl unbedingt erforderlich und verhältnismäßig ist und welche Alternativen es dazu gibt. Bei Covid-19 stellt sich dabei die Frage, welche Personen durch eine allfällige Impfung nicht individuell, sondern nur durch eine hohe Durchimpfungsrate geschützt werden können. Die entsprechenden Abwägungsurteile sind äußerst

komplex und nicht vollkommen objektivierbar. Sie beruhen auf möglichst transparenten und fairen Aushandlungsprozessen: repräsentativ, demokratisch und unparteilich. Aufgrund der Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie sollte zur Verhinderung von Ko-Infektionen mit COVID-19, zudem eine aktive Impfprophylaxe mit impfpräventablen Erkrankungen (des Respirationstraktes) wie Pertussis, Pneumokokkeninfektionen und Influenza erfolgen und eine möglichst flächendeckende Immunisierung angestrebt werden. Sollte die Durchimpfungsrate dieser mittels Eigenverantwortung, Information und Motivation nicht kurzfristig erreicht werden können, ist eine Impfpflicht jedenfalls für einzelne, besonders gefährdete Gruppen in Betracht zu ziehen. (Georg Marckmann: Präventionsmaßnahmen im Spannungsfeld zwischen individueller Autonomie und allgemeinem Wohl, Ethik Med (2010) 22:207–220; Impfen gegen Erkrankungen, für die es zugelassene Impfstoffe gibt, in Zeiten der COVID-19-Pandemie, Empfehlung der Bioethikkommission – 8. Juni 2020)

#### **4. Zukunftsethik**

Die COVID-19 Krise hat die Brüchigkeit und Unzulänglichkeit vieler nationaler Gesundheitssysteme aufgezeigt. Eine zukunftssträchtige grenzüberschreitende Biogesundheitsethik kann und soll ethische Standards entwickeln, die stabile und resiliente nationale Gesundheitssysteme und Gesellschaften zu entwickeln helfen, die mit künftigen Pandemiesituationen umgehen können (Ruger JP, 2020 Positive Public Health Ethics: Toward Flourishing and Resilient Communities and Individuals. The American Journal of Bioethics. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1764145>)

#### **Für das Klinische Ethikkomitee (KEKo) erstellt am 16.07.2020:**

Michael Baubin, Leitender Notarzt, Universitätsklinik für Allg. und Chir. Intensivmedizin, tirol kliniken

Jürgen Brunner, Department für Kinder- und Jugendheilkunde, MUI

Michael Ganner, Institut für Zivilrecht, Juristische Fakultät, LFU

Yvonne Hoffmann-Weltin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, MUI

Martin M. Lintner, OSM, Moralthologie, Philosophisch Theologische Hochschule Brixen

Bettina Pfausler, Universitätsklinik für Neurologie, MUI

Gerhard Pözl, Universitätsklinik für Innere Medizin III, MUI

Josef Qwitterer, Institut für Christliche Philosophie, Katholisch Theologische Fakultät, LFU

Ursula Riccabona

Verena Stühlinger, Vorsitzende des Research Committee for Scientific Ethical Questions, UMIT

Walpurga Weyrer, Comprehensive Cancer Center Innsbruck, tirol kliniken

Michael Weiskopf, Seelsorge LKI