

**Gutachten Nr. 80 vom Pandemie 13.
Dezember 2021 über die ethischen
Herausforderungen einer Pflichtimpfung
der erwachsenen Bevölkerung (18 Jahre
und älter) Legitimität der Priorisierung in
der Pflege**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	4
2. Wiederholung der ethischen Überlegungen des Belgischen Beratenden Bioethik-Ausschusses über die Pflichtimpfung für Erwachsene über 18 Jahre und kommentierte Aktualisierung	8
2.1. Über den Impfschutz als „Gemeingut“ und das Solidaritätsprinzip	8
2.2. Das Risiko-Nutzen-Verhältnis	10
2.3. Impfwang und Folgen einer Impfverweigerung	11
2.4. Wissenschaftliche Verlässlichkeit, praktische Machbarkeit und ethische Folgen der Pflichtimpfung.....	13
2.5. Informieren, aber auch das Vertrauen der Bürger aufbauen	15
2.6. Verantwortung der Behörden und Pflichtimpfung.....	16
3. Empfehlungen bezüglich der Pflichtimpfung und Schlussfolgerungen.....	17
1. Ethisch vertretbar ist die Pflichtimpfung der erwachsenen Bevölkerung (außer bei Kontraindikationen) zur Wahrung des öffentlichen Interesses und der Interessen von Risikopersonen nur dann, wenn daran eine Reihe von (hier unten beschriebenen) Bedingungen geknüpft sind (siehe Punkt 2)	18
2. Bedingungen, die vor und bei der Einführung einer Pflichtimpfung der vollständigen Bevölkerung über 18 Jahre zu erfüllen sind	19

COPYRIGHT

Belgischer Beratender Ausschuss für Bioethik
E-Mail: info.bioeth@health.fgov.be

Unter der Voraussetzung folgender Quellenangabe ist es zulässig, aus diesem Gutachten zu zitieren: „Aus dem Gutachten Nr. 80 des Belgischen Beratenden Ausschusses für Bioethik, abrufbar auf www.health.belgium.be/bioeth“.

Vorläufige Warnung:

Die Stellungnahmen des Ausschusses werden auf Niederländisch und Französisch verfasst. Bitte betrachten Sie diese beiden Sprachversionen als offiziell, auch wenn Übersetzungen in anderen Sprachen verfügbar sind.

Anrufung

Am 7. Dezember 2021 hat der Minister für Soziales und Volksgesundheit, Frank Vandenbroucke, den Beratenden Bioethik-Ausschuss um ein Gutachten¹ über die Pflichtimpfung im Rahmen der COVID-19-Pandemie gebeten, das folgende Fragen enthielt:

Welche ethischen und sozialen Überlegungen spielen bei der Pflichtimpfung eine Rolle?

Welche Argumente müssen bei einer möglichen Entscheidung in dieser Richtung berücksichtigt werden?

Diese Anfrage hat der Ausschuss in seiner Vollversammlung vom 13. Dezember 2021 für zulässig erklärt.

¹ Eine ähnliche Anfrage hat Herr Pedro Facon, Regierungskommissar für die COVID-19-Politik, am 26. November 2021 an den Ausschuss gerichtet.

1. Einleitung

Seit geraumer Zeit trägt der Beratende Bioethik-Ausschuss mit seinen Gutachten zu den Anstrengungen der Behörden und Bürger bei, die durch SARS-CoV-2² verursachte Pandemie zu bekämpfen. Bei diesem Beitrag liegt der Schwerpunkt auf dem spezifischen Charakter und der besonderen Legitimität des Ausschusses: Er soll eine – per Definition pluralistische, unabhängige und fundierte – „ethische Bewertung“ zu vielfältigen Problemen und Herausforderungen abgeben, die die Pandemie mit sich bringt, und gleichzeitig dafür sorgen, dass die fundamentalen ethischen Werte und die Menschenrechte berücksichtigt werden. Mit diesem Gutachten setzt der Ausschuss sein Engagement fort und trägt zur heutigen Debatte über die Pflichtimpfung der erwachsenen Bevölkerung (18 Jahre und älter) in Belgien bei. Da die Behörden die Pflichtimpfung des Personals aus dem Krankenhaussektor vor Kurzem beschlossen haben und sich der Ausschuss bereits vorher dazu geäußert hat³, wird dieses Thema hier nicht mehr ausführlich behandelt.

Die Pflichtimpfung der vollständigen Bevölkerung gegen COVID-19 ist Gegenstand einer heißen Debatte, die zurzeit in den Medien, auch im Ausland⁴, geführt wird. Auch wenn es große Unterschiede zwischen früher und heute gibt, ist festzustellen, dass die Idee einer Pflichtimpfung an sich in Belgien nicht neu ist. Die Verweigerung der Impfung gegen Kinderlähmung ist seit 1967 strafbar⁵. Die Gültigkeit dieser Verpflichtung hinsichtlich Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention hat die belgische Rechtsprechung⁶ übrigens auf der Grundlage von Grundsätzen festgestellt, die mit denjenigen übereinstimmen, die der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte aufgestellt hat⁷. Die Ähnlichkeiten zwischen der Pflichtimpfung gegen Kinderlähmung und der Situation, die in vorliegendem Gutachten besprochen wird, hören hier auf: Anders als beim Impfstoff gegen Kinderlähmung geht es bei der Diskussion um die Pflichtimpfung gegen COVID-19 in erster Linie um Erwachsene, die Bevölkerungsgruppe, die am meisten von den symptomatischen und potenziell tödlichen Formen der Krankheit betroffen ist⁸.

² Mit drei Gutachten (Nr. 75, 77 und 78) und einer Empfehlung (siehe <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>)

³ Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte von Pflichtimpfungen (cf. <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>)

⁴ Besonders in Österreich und in Deutschland.

⁵ Siehe den Königlichen Erlass vom 26. Oktober 1966, der „die Impfung gegen Kinderlähmung zur Pflicht macht und am 1. Januar 1967 in Kraft getreten ist“ und den Ministerialbeschluss vom 27. Oktober 1967 „der festlegt, welcher Impfstoff für die Pflichtimpfung gegen Kinderlähmung zu verwenden ist“.

⁶ Kass. 18. Dezember 213, Nr. P.13.0708 F (Entscheid Nr. N-20131218-2). Mehr Einzelheiten finden Sie u.a. bei A.S.Renson, „La Cour européenne des droits de l’homme examine la vaccination obligatoire au regard du droit au respect de la vie privée », <https://www.justice-en-ligne.be/La-Cour-europeenne-des-droits-de-l-1440>

⁷ Coureur. D.H. (GC), arrêt *Vavříčka et autres c. République tchèque* du 8 avril 2021. A ce propos cf.. A.-S. Renson, „La Cour européenne des droits de l’homme examine la vaccination obligatoire au regard du droit au respect de la vie privée », <https://www.justice-en-ligne.be/La-Cour-europeenne-des-droits-de-l-1440>

⁸ Ein Briefgutachten des Belgischen Beratenden Bioethik-Ausschusses über die COVID-19-Impfung bei Kindern auf freiwilliger Basis liegt ebenfalls vor. (cf. <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

Seit jeher wird anerkannt, dass Erwachsene das Recht haben, ihr Eigenrisiko selber einzuschätzen, und das Recht haben, Risiken für ihre Gesundheit einzugehen, zum Beispiel indem sie eine Behandlung verweigern. Diese Freiheit kann jedoch eingeschränkt werden, wenn sie eine Gefahr für die Gesundheit anderer darstellt. Die gesetzliche Beschneidung der Freiheit muss aus Sicht der Volksgesundheit verhältnismäßig und notwendig sein.

Neben diesen ersten Anhaltspunkten stellt der Ausschuss fest, dass die heutige Debatte in einem besonderen Kontext stattfindet, in dem folgende Elemente wichtig sind:

Im derzeitigen Stadium sind mehr als Dreiviertel der belgischen Bevölkerung⁹ nach dem ursprünglichen Impfschema mit zwei Dosen vollständig geimpft (1 Dosis Johnson&Johnson-Impfstoff). Derzeit sind in Flandern 93% der erwachsenen Bevölkerung (18 Jahre und älter) geimpft, in Wallonien 83%, in Ostbelgien 77% und in Brüssel 71%. Dieser hohe Impfprozentsatz zeigt, dass die Mehrheit der Bevölkerung nicht nur Wert auf ihre eigene Gesundheit, sondern auch auf die Gesundheit anderer legt und dass sie der Impfung als Instrument der Volksgesundheit vertraut. Einem Bericht von Sciensano zufolge hat dieser hohe Impfprozentsatz etwa 30.000 Krankenhausaufnahmen verhindert¹⁰.

Die heutigen Impfstoffe haben sich beim Umgang mit der Gesundheitskrise bewährt, unter anderem weil sie die Hospitalisierungsquote und die Sterblichkeit erheblich verringert haben¹¹. Gleichzeitig wird festgestellt, dass der Schutzeffekt gegen Ansteckungen (Infektionen) und Virusübertragungen (Transmissionen) mit der Zeit nach und nach abnimmt¹² und dass eine Auffrischungsimpfung erforderlich ist, um den hohen Schutzgrad aufrechtzuerhalten. Das hat die Behörden dazu veranlasst, eine dritte Dosis für die gesamte erwachsene Bevölkerung vorzusehen¹³. Im jetzigen Stadium bleiben Unsicherheiten, unter anderem über die Dauer der Schutzwirkung von Auffrischungsimpfungen. Ob Auffrischungsimpfungen gegen aufkommende Varianten schützen, insbesondere gegen die OMIKRON-Variante bedarf weiterer Untersuchungen.¹⁴

In diesem sich wandelnden Kontext sind mehr Forschungsarbeit und klinische Erfahrung erforderlich, um die Impfstrategie zu verfeinern. Möglicherweise sorgen drei Impfungen für

⁹ Prozentsatz berechnet auf der Grundlage der gesamten Bevölkerung und nicht nur auf der Grundlage der Bevölkerungsgruppen, die derzeit für eine Impfung in Betracht kommen. <https://covid-vaccinatie.be/de>

¹⁰ Catteau L., et al. Couverture vaccinale et impact épidémiologique de la campagne de vaccination COVID-19 en Belgique. Données jusqu'au 31 octobre 2021 inclus. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2021. Numéro de dépôt légal : D/2021/14.440/79.

¹¹ Für Patienten ab 65 Jahren verringert sich das Risiko einer Krankenhauseinlieferung um 60%, und das Sterberisiko ist 8 Mal niedriger bei vollständig immunisierten Patienten.

Siehe <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/impact-des-vaccins-covid-19-en-belgique>

¹² Cohn B. A. et al., SARS-CoV-2 vaccine protection and deaths among US veterans during 2021 Science 2021 (DOI: 10.1126/science.abm0620).

¹³ Es gibt auch Unterschiede zwischen den Impfstoffen, und die Reaktion auf die Impfung ist je nach Alter und Geschlecht unterschiedlich. Die Immunreaktion nach einer Impfung ist zum Beispiel geringer bei Personen mit verringerter Immunität.

¹⁴ Wilhelm A. *et al.* Reduced Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron Variant by Vaccine Sera and Monoclonal Antibodies. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.12.07.21267432>

Langzeitschutz (wie bei der Hepatitis B); es kann aber auch sein, dass (halb)jährliche Nachimpfungen notwendig sein werden. Sollten mehre Impfungen nacheinander erforderlich sein, ist es auch möglich, dass wir uns künftig auf eine Impfstrategie wie für die Grippe zubewegen, das heißt, dass Auffrischungsimpfungen nur Personen verabreicht werden, die Gefahr laufen, ernsthafte Formen von COVID-19 zu entwickeln (hiernach als Risikopersonen oder anfällige Personen bezeichnet) bzw. dem Pflegepersonal. Es besteht derzeit auch kein wissenschaftlicher Konsens darüber, wie viele Dosen nach der Ansteckung mit dem Virus verabreicht werden müssen, damit von einem vollständigen Impfschutz die Rede sein kann. Diese Unwägbarkeiten bedeuten, dass die künftige Impfstrategie anhand der relevantesten wissenschaftlichen Daten verdeutlicht und gefestigt werden muss und dass die Impfstrategie auf die übrigen Maßnahmen abgestimmt werden muss, die momentan zur Bekämpfung der Epidemie zur Verfügung stehen (Mundmasken, Handhygiene, Home Office usw.), damit eine Gesamtstrategie zum Schutz der Volksgesundheit ausgearbeitet werden kann.

Aus therapeutischer Sicht sind in den kommenden Monaten neue Behandlungsmöglichkeiten zu erwarten: Neben den bereits verfügbaren monoklonalen Antikörpern, deren Verabreichung sehr teuer ist und eine Krankenhauseinlieferung erfordert, werden kurzfristig zwei starke orale Virusbremsen (Molnupiravir und Paxlovid) verfügbar sein. Im Vergleich zu den monoklonalen Antikörpern sollen sie preiswerter und leichter einzunehmen sein. Wenn sich die Ergebnisse der klinischen Versuche in der Praxis bestätigen und diese Behandlungen zugelassen und erstattet werden, können sie die Anzahl Krankenseinlieferungen von Personen mit einem hohen Risiko, an einer ernsthaften Form von COVID-19 zu erkranken, erheblich verringern und so zur Aufrechterhaltung der Krankenauslastung beitragen. In diesem Fall müssen die Gesundheitsbehörden sowohl den präventiven als den heilenden Aspekt einbeziehen und beide auf geeignete Weise miteinander in Einklang bringen.

Schließlich gehen mehr und mehr Wissenschaftler davon aus, dass eine Gruppenimmunität sehr schwer zu erreichen sein wird und dass wir auf dem Weg in eine Situation sind, in der das Virus endemisch¹⁵ werden könnte und wir lange Zeit werden lernen müssen, „mit dem Virus zu leben“. Dies bedeutet zweifellos ein Wendepunkt in der Art und Weise, wie die Bürger und die Behörden die Pandemie seit März 2020 begriffen und erlebt haben¹⁶. In diesem unsicheren Umfeld und jetzt, wo eine neue Variante(Omikron) auftaucht, deren Charakteristika

¹⁵ Monto A. S. The Future of SARS-CoV-2 Vaccination - Lessons from Influenza. N. Engl. J. Med. 2021. 385(20):1825-1827. (DOI: 10.1056/NEJMp2113403).

¹⁶ Am 11. März 2020 erklärte Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Generaldirektor der WHO: "We have therefore made the assessment that COVID-19 can be characterized as a pandemic. Pandemic is not a word to use lightly or carelessly. It's a word that, if misused, can cause unreasonable fear or unjustified acceptance that the fight is over, leading to unnecessary suffering and death. Describing the situation as a pandemic does not change WHO's assessment of the threat posed by the virus. It doesn't change what WHO is doing and it doesn't change what countries should do. We have never before seen a pandemic sparked by a coronavirus. This is the first pandemic caused by a coronavirus and we have never before seen a pandemic that can be controlled at the same time". https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2.

noch erforscht werden, ist **die Impfung angesichts des Kenntnisstands und der verfügbaren Behandlungen ein wichtiges Element im Schutz** vor CoV2: Großflächige Impfung trägt zur Verringerung der schweren Formen von COVID-19 (die eine Krankenhauseinlieferung erfordern und manchmal tödlich enden) bei und hilft, die Viruszirkulation zu reduzieren.

Klar ist, dass die Impfung jetzt in eine Politik eingebettet wird, die darauf zielt, die Risiken kurz-, mittel- und langfristig einzudämmen. Diese globale risikoverringende Politik muss dazu beitragen, dass wir mit dem Virus auf eine Weise leben können, die für jeden annehmbar ist. Dies setzt voraus, dass wir die am meisten gefährdeten Bürger und die Arbeit der öffentlichen Dienste, in erster Linie der Krankenhäuser sowie aller Auffang- und Pflegeeinrichtungen, gebührend schützen. Natürlich gilt diese Politik der Risikoeindämmung genauso für die Impfung selbst wie für die ergänzenden Strategien/Maßnahmen.

Den Behörden obliegt die schwierige Aufgabe, auf der Grundlage der verlässlichsten wissenschaftlichen Kenntnisse in einem äußerst unstabilen Kontext für Deutlichkeit bei der allgemeinen Volksgesundheitsstrategie zur Bekämpfung der Pandemie zu sorgen, unter anderem bei der Rolle der Impfstrategie, und deren Einzelheiten und Komponenten (Zeitplan, Umsetzungsparameter usw.) zu klären.

In diesem schwierigen Umfeld und mit diesem wichtigen Ziel vor Augen hat der Ausschuss beschlossen, sich erneut mit den ethischen Überlegungen zu befassen, die er in seinen vorangegangenen Gutachten über die Pflichtimpfung angestellt hat, um Empfehlungen für die Behörden und für die Bürger auszusprechen, die der heutigen Situation gerecht werden.

2. Wiederholung der ethischen Überlegungen des Belgischen Beratenden Bioethik-Ausschusses über die Pflichtimpfung für Erwachsene über 18 Jahre und kommentierte Aktualisierung

Der Ausschuss hat sich wiederholt mit diesem wichtigen Thema auseinandergesetzt, bei dem zwei fundamentale ethische Werte anscheinend kollidieren: die Achtung der individuellen Freiheit und die Solidarität. In seinen Gutachten von 2009, 2015 und 2020 hat der Ausschuss die Fragen zu diesem Thema *in tempore non suspecto*, vor der heutigen Epidemie¹⁷, aber auch während des ersten Jahres der Pandemie (Gutachten¹⁸ 75 vom Dezember 2020) eingehender studieren können. Die ethischen Überlegungen, die der Ausschuss in seinen Gutachten angestellt hat, werden hier in knapper Form wiedergegeben und im Lichte des aktuellen Kontextes kommentiert.

2.1. Über den Impfschutz als „Gemeingut“ und das Solidaritätsprinzip

In seinen vorangegangenen Gutachten betrachtet der Ausschuss die von der Bevölkerung erworbene Immunität als „Gemeingut“, das:

- „den Schutz anfälliger Personen gewährleistet: derjenigen, die nicht geimpft werden können, und derjenigen, die nicht genügend Widerstand aufbauen können (...);
- beiträgt zur Verringerung der gesellschaftlich Ungleichheit (für diejenigen, die keinen Zugang zu Impfstoffen erhalten haben): Die Zirkulation des Krankheitserregers wird derart gebremst, dass die Ansteckungsgefahr für eine anfällige Person, die keinen Zugang zum Impfstoff hatte, äußerst gering ist;
- es erlaubt, große Ausgaben zu vermeiden, die beim Ausbruch einer Epidemie getätigt werden müssten¹⁹.“

Der Ausschuss erinnert daran, dass der Impfprozentsatz bei einer Gruppenimmunität sehr hoch sein muss (mindestens zwischen 70% und 95%), dass dieser Prozentsatz in allen Untergruppen der

¹⁷ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss : Das Gutachten Nr. 48 vom 30. März 2009 bezüglich des operationellen belgischen Plans „Influenzapandemie“ hatte zum Ziel, das von den Behörden erstellte Drehbuch für eine Influenzapandemie ethisch zu bewerten. Das Gutachten Nr. 64 über die ethischen Aspekte von Pflichtimpfungen wollte eine Antwort auf verschiedene Fragen über die Pflichtimpfung geben, insbesondere „ob es gerechtfertigt ist, dass die Behörden bestimmte Impfstoffe vorschreiben?“

¹⁸ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss - Gutachten Nr. 75 vom 11. Dezember 2020 über die ethischen Maßstäbe zur Umsetzung der Anti-Covid-19-Impfung zugunsten der belgischen Bevölkerung. S. 27 und 28. (<https://www.health.belgium.be/nl/Liste>).

¹⁹ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte von Pflichtimpfungen, S. 10. (cf. <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

Bevölkerung erreicht werden muss und dass die erlangte Gruppenimmunität aufrechterhalten werden muss, damit der Effekt anhält²⁰.

Der Ausschuss erinnert nichtsdestoweniger daran, dass die Pflichtimpfung auch dann empfohlen werden kann, wenn die Gruppenimmunität der Bevölkerung²¹ nicht angestrebt wird, und zwar aufgrund des Prinzips der Nichtschädigung und im Hinblick auf die Begrenzung der Risiken oder Schäden, insbesondere für die Gesundheit der anfälligsten Personen.²²

Schwieriger ist es nach Ansicht des Ausschusses bei Krankheiten, gegen die die gesamte Bevölkerung idealerweise geimpft werden müsste, um eine Gruppenimmunität zu erreichen, die aber keine ernsthafte Bedrohung für einen Teil der Geimpften darstellen, sodass diese auch keinen wesentlichen Vorteil davon haben. (...) Wenn jeder in diesen Fällen nur an sein Eigeninteresse denken würde, hätte die Prävention kaum oder überhaupt keine Erfolgschance.²³

Der Ausschuss ist der Ansicht, dass diese Überlegungen im heutigen Kontext noch immer aktuell sind. Der kollektive Schutz, den die Impfung bietet, ist ein Gemeingut, das die Behörden wegen des ethischen Prinzips des „Wohlbefindens“ bewerkstelligen, unterstützen und maximieren müssen. Die Tatsache, dass die Gruppenimmunität unter ganz bestimmten epidemiologischen Umständen nicht zu erreichen ist oder dass die Impfung keinen absoluten Schutz bietet, tut der Gültigkeit dieser Überlegung keinen Abbruch, solange eine Impfstrategie für die gesamte Bevölkerung wissenschaftlich untermauert und relevant bleibt. Dadurch, dass die Impfung die Risiken eines schweren Krankheitsverlaufs und die Sterbegefahr verringert und die Zirkulation des Virus einschränkt (wodurch das Risiko, dass neue Varianten entstehen, zumindest teilweise begrenzt wird), ermöglicht sie die Aufrechterhaltung der Krankenhaus- und Pflegekapazität, wovon jeder profitiert. Folglich müssen die Anstrengungen der Behörden, um dieses Gemeingut zu bewerkstelligen und zu schützen, unterstützt werden. In dem Kontext einer laufenden Epidemie, muss jede Zurückhaltung der Behörden vor dem Ergreifen von Maßnahmen oder jede Einschränkung ihrer Tatkraft im Lichte des ethischen Grundsatzes der „Nichtschädigung“ und der konkreten Folgen beurteilt werden, die diese Zurückhaltung oder Begrenzung der Maßnahmen für die Volksgesundheit nach sich zieht, insbesondere für die Schwächsten in der Gesellschaft. Dies hat übrigens nicht nur negative Auswirkungen auf die sogenannten Risikogruppen und Patienten, deren Behandlung wegen der Überlastung von Krankenhäusern auf später verschoben wird,

²⁰ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte von Pflichtimpfungen, S. 10. (cf. <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>)

²¹ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte von Pflichtimpfungen, S. 39. (cf. <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

²² Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte von Pflichtimpfungen, S. 10 (cf. <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

²³ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte von Pflichtimpfungen, S. 39. (cf. <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>). Gruppenimmunität

sondern auch auf die Gemeinschaft als Ganzes, die wegen des unhaltbaren finanziellen Drucks auf ein Gesundheitssystem ächzt, dessen Mittel bereits eingeschränkt sind.²⁴²⁵

Der Ausschuss merkt an, dass der Begriff „Impfung als Gemeingut“ selber eine Form von Solidarität beinhaltet: „nicht jeder wird erkranken, aber jeder kann zum Schutz beitragen“. Im Gegensatz zur Strategie, die darin besteht, „das Virus gewähren zu lassen“²⁶, ist die Impfung eine sichere und solidarische Art und Weise, Menschen zu schützen, und eine Art und Weise, zu diesem „Schutz als Gemeingut“ beizutragen und aufrechtzuerhalten, ohne die ergänzenden Schutzmaßnahmen (Mundmasken Einhaltung der Abstandsregeln, Home Office, usw.) zu vernachlässigen.

Das Föderale Institut zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte stellt in einem jüngsten Gutachten Folgendes fest:

„Obschon sich Menschenrechte in erster Linie an Behörden richten, haben auch Bürger in einer demokratischen Gesellschaft also eine gewisse Verantwortung für den Schutz der Menschenrechte ihrer Mitmenschen. Wer sich impfen lässt, trägt zum Schutz des Rechts des Mitmenschen auf Leben und zu dessen Recht auf Gesundheit bei. Die Regierung kann beschließen, diese gesellschaftlich geteilte Verantwortung – die „soziale Solidarität“ – rechtlich zur Pflicht zu machen, vorausgesetzt, dass dabei das Verhältnismäßigkeits- und das Legalitätsprinzip respektiert wird“²⁷.

2.2. Das Risiko-Nutzen-Verhältnis

Der Ausschuss hat immer betont, dass „bestimmte Impfungen in seltenen Fällen ernsthafte Nebenwirkungen haben können“. Man könnte daraus schlussfolgern, dass es unverantwortbar ist, diese Impfstoffe zu verabreichen. Ähnliche Komplikationen können jedoch auch beim Durchmachen der Krankheit entstehen, wobei das Risiko einer Komplikation hier größer ist beim Durchmachen der Krankheit als nach Verabreichung des Impfstoffes. Aber auch wenn das Risiko bei einer Impfung gering ist, ist niemals sicher, dass eine nichtgeimpfte Person Opfer der Krankheit werden wird und folglich einem weitaus höheren Risiko ausgesetzt sein wird. (...) Bei dieser Bewertung gibt die weitaus größere Häufigkeit von Komplikation während der Krankheit selbst den Ausschlag, doch zu impfen²⁸.

In seinem Gutachten Nr. 75 vom Dezember 2020 hat der Ausschuss auf die Tatsache hingewiesen, dass eine Pflichtimpfung erforderlich ist, „wenn kein neues Ereignis eingetreten ist, das eine einschneidende Änderung des Risiko-Nutzen-Verhältnisses erfordert, auf dessen Grundlage die

²⁴ <https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/mutualites.aspx>

²⁵ <https://economie.fgov.be/fr/themes/entreprises/coronavirus/impact-economique-du>

²⁶ Strategie behandelt in Teil 1 des Gutachtens Nr. 75 vom 11. Dezember 2020 über die ethischen Maßstäbe zur Umsetzung der Anti-Covid-19-Impfung zugunsten der belgischen Bevölkerung. (cf. <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

²⁷ Impfpflicht, Covid Safe Ticket und Menschenrechte“. Gutachten Nr. 6/2021 und 7/122021 des Föderalen Instituts zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte

²⁸ Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte von Pflichtimpfungen, S. 11 (cf. <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

Impfstoffe von der zuständigen Behörden gutgeheißen worden sind“.²⁹ Diese Anforderung bleibt vollkommen gültig und legitim, und es gehört zur Verantwortung der Regierung, diese zu erfüllen, indem sie sich auf die AFMPS³⁰ und die Berichte des Risikobewertungsausschusses für Arzneimittelüberwachung (PRAC³¹) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) und auf die Berichte des Hohen Gesundheitsrates stützt.

2.3. Impfpflicht und Folgen einer Impfverweigerung

Der Ausschuss hat in seinen Überlegungen in vorangegangenen Gutachten festgestellt, dass der Zwangscharakter der Impfpolitik im Bereich der Volksgesundheit und der Präventivmedizin unterschiedlich sein kann, wie aus dem vom Nuffield Council on Bioethics³² aufgestellten Interventionskalender hervorgeht, der den Bogen von der Pflichtimpfung über die optionale Impfung *mit Anreizen* bis zur völligen Freiheit der Betroffenen spannt, sich impfen oder sich nicht impfen zu lassen, ohne zu versuchen, diese Wahl zu beeinflussen“.³³

Der Ausschuss hält fest, dass „ sich in Übereinstimmung mit der gesellschaftlichen Organisation verschiedene Entscheidungsmöglichkeiten anbieten“ und dass die westlichen Demokratien Wert auf die Achtung der körperlichen Unversehrtheit der Person legen. Diese Position spiegelt sich wider in der Auflage der Einwilligung nach Aufklärung (*informed consent*), die eng mit der obengenannten Unversehrtheit verknüpft ist, um die es bei einer Pflichtimpfung geht. Das obengenannte Prinzip ist jedoch nicht absolut. In ganz bestimmten Fällen kann es notwendig sein, eine Impfung zur Pflicht zu machen, um die Gefahr einer ernsthaften Krankheit abzuwenden.“³⁴

So ist die Politik der Ermutigung zur Impfung (auf freiwilliger Basis also), die die Behörden schon monatelang verfolgen, sowohl ein Beleg für ihre Beteiligung am Aufbau eines individuellen und kollektiven Schutzes gegen das Coronavirus als auch ein Beweis dafür, dass sie der individuellen Freiheit großen Wert beimessen. Der Ausschuss hält es für legitim, dieses Gleichgewicht erneut zu bewerten, sollte sich herausstellen, dass die heutige Gesundheitspolitik die Schwächsten ungenügend schützt, wobei es hier nicht nur um Personen geht, die ernsthaft Gefahr laufen, eine schwere Form von Infektion durch das Coronavirus zu entwickeln (einschließlich der Personen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden dürfen), oder um Personen, die sich in einer prekären Lage befinden; weswegen sie weniger Zugang zur Pflege finden, sondern auch um alle

²⁹ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss - Gutachten Nr. 75 vom 11. Dezember 2020 über die ethischen Maßstäbe zur Umsetzung der Anti-Covid-19-Impfung zugunsten der belgischen Bevölkerung. S. 14 und 28. (<https://www.health.belgium.be/nl/Liste>)

³⁰ https://www.afmps.be/fr/effet_indesirable

³¹ <https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-29-november-2-december-2021>

³² Public Health: Ethical Issues“, 2007, <https://www.nuffieldbioethics.org/publications/public-health>

³³ Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte von Pflichtimpfungen, S. 33 (cf. <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>)

³⁴ Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte von Pflichtimpfungen, S. 32 und 33 (cf. <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>)

Patienten, deren Pflege verschoben wird, oder die wegen der Pandemie nicht angemessen gepflegt werden können.

Wenn das Prinzip der Pflichtimpfung in Betracht gezogen wird, ist auch darauf hinzuweisen, dass der Ausschuss großen Wert auf die Verhältnismäßigkeit zwischen dem angestrebten Ziel und den dafür eingesetzten Mitteln legt. Dieses Prinzip der Verhältnismäßigkeit verweist sowohl auf den ethischen Grundsatz der Gerechtigkeit als auf das rechtliche Kriterium für die Beurteilung der Einschränkungen, die den Rechten und Freiheiten auferlegt werden.

Aus dieser Sicht kann eine bleibende Verweigerung der Impfung aber nicht dazu führen, dass das Pflegepersonal die Pflege verweigert. Der Ausschuss erinnert hier an die Überlegungen, die er bereits in seiner Empfehlung vom 21. Dezember 2020³⁵ über die Priorisierung der Pflege in COVID-19-Zeiten dargelegt hat: „Aus Achtung vor dem Gleichheitsprinzip werden Kriterien, die persönliche Verdienste oder persönliche Verantwortung bewerten, ausgeschlossen. Die Gesundheitsfürsorge ist nicht der geeignete Rahmen, um persönliche Entscheidungen zu belohnen oder zu bestrafen. Risikoverhalten, die zu einer Infektion oder Ausbreitung von COVID-19 führen können, sind daher kein Grund, jemanden von der Pflege auszuschließen (...)“.

Obwohl die Überfüllung der Krankenhäuser eine der dramatischen Folgen der aufeinanderfolgenden Pandemiewellen ist, weist der Ausschuss darauf hin, dass die angespannte Lage (Betten- und Personalmangel) auch strukturell auf die mangelnde Anerkennung und Wertschätzung der Pflegerufe zurückzuführen ist.³⁶

Der Ausschuss ist der Auffassung, dass die Behörden die Pflicht haben, alle notwendigen Maßnahmen zu treffen, um dafür zu sorgen, dass die Gesundheitspflegeteams nicht vor ethische Dilemmas gestellt werden bei Patienten, die eine schwere und bringende Behandlung brauchen, unabhängig davon, ob diese Behandlung wegen des Virus oder wegen einer anderen Krankheit erforderlich ist. Im Zusammenhang mit dem Zugang zur Pflege während einer Pandemie erinnert der Ausschuss daran, dass er in seinem Gutachten Nr. 77 über die Einführung eines „Coronapass“ deutlich festgestellt hat, dass „der Coronapass niemals dazu verwendet werden darf (...), den Zugang zu Krankenhäusern zu regeln (was die Patienten betrifft).³⁷

Für den Fall, dass die Pflichtimpfung erforderlich sein sollte und sich die Behörden dafür entscheiden, ist der Ausschuss ferner der Meinung, dass sie diese Entscheidung auf transparente Weise bekanntgeben müssen. Dies darf nicht über Strategien geschehen, deren Ziel es unter

³⁵ Beratender Bioethik-Ausschuss. « Ethische Aspekte der Priorisierung der Pflege in COVID-19-Zeiten ». Empfehlung des Belgischen Beratenden Bioethik-Ausschusses vom 21. Dezember 2020, dem die Ärztekammer und der Hohe Gesundheitsrat zugestimmt haben (<https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

³⁶ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 78 vom 9. Juni 2021 über die Gleichbehandlung und Autonomie von Alten- und Pflegeheimbewohnern im Kontext der COVID-19-Pandemie: (<https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

³⁷ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 77 vom 10. Mai 2021 über ethische und gesellschaftliche Betrachtungen zur Einführung eines „Corona-Pass“ und sonstige Übergangsmaßnahmen zur Lockerung von Sanitärzwängen: Schlussfolgerungen und Empfehlungen, S. 43. (<https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

anderem ist, andere risikobeschränkende Instrumente einzusetzen (zum Beispiel das Covid Safe Ticket), die aber in Wirklichkeit eine Zwangsmaßnahme sind, um Nichtgeimpfte zur Impfung zu ermutigen. Auch wenn es annehmbar ist, Menschen über Anreize (*incentives*) dazu zu ermutigen (*nudging*), sich impfen zu lassen (wie die Maßnahmenskala des *Nuffield Council on Bioethics belegen*)³⁸, ist es ethisch viel bedenklicher, diese Anreize oder Mittel so zu gestalten, dass daraus eine versteckte Verpflichtung wird.

Der Ausschuss erinnert (in seinem Gutachten Nr. 77) weiter daran, dass „diese Übergangsmaßnahme nicht eingesetzt werden darf, um die Impfung über Umwegen doch zur Pflicht zu machen“.³⁹ So darf die Entscheidung zur Einschränkung der Mittel für den Erhalt des Coronapass (oder des Covid Safe Ticket), zum Beispiel indem Inhabern eines negativen Tests oder eines Genesungsnachweises kein Zugang zum Coronapass mehr gewährt wird, nur auf wissenschaftlichen Gründen beruhen, aus denen hervorgeht, dass eine der drei Bedingungen für den Zugang zum Coronapass/CST nicht länger ausreicht, um ein geringeres Risikoprofil bei einer Person nachzuweisen, die sich darauf beruft. Sie darf auf keinen Fall ein Mittel sein, um die Bevölkerung über Umwegen zur Impfung zu zwingen.

Schließlich ist zu betonen, dass der Coronapass (oder CST) ein falsches Gefühl von Sicherheit gibt, je mehr die Immunität nach und nach abnimmt (zumindest beim Impfschema mit zwei Dosen), was ernsthafte Folgen für anfällige Personen haben kann. Dies gilt auch für den geimpften Pfleger, der nach einer gewissen Zeit wieder ein ansteckender Virusträger werden kann. Der Ausschuss fordert die Behörden dazu auf, sich zu vergewissern, dass die heutige Verwendung des CST aufgrund dieser neuen Angaben die Gesundheit der Bürger nicht indirekt gefährdet.

2.4. Wissenschaftliche Verlässlichkeit, praktische Machbarkeit und ethische Folgen der Pflichtimpfung

In dem in der Einleitung zu diesem Gutachten beschriebenen äußerst unsicheren wissenschaftlichen Kontext hält es der Ausschuss für nützlich, daran zu erinnern, dass jede auf die gesamte Bevölkerung oder einen Teil derselben gerichtete Impfstrategie, ob vorgeschrieben oder nicht, auf soliden wissenschaftlichen Grundlagen ruhen muss und dass bei ihrer Umsetzung insbesondere ihre Machbarkeit sichergestellt ist: „Es geht darum, dass die Impfung durchgezogen werden kann, weil die Finanzmittel bereitstehen und weil die Impfung so organisiert ist, dass die verschiedenen Bevölkerungsgruppen erreicht werden können“.⁴⁰

³⁸ Public Health: Ethical Issues“, 2007, <https://www.nuffieldbioethics.org/publications/public-health>

³⁹ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 77 vom 10. Mai 2021 über ethische und gesellschaftliche Betrachtungen zur Einführung eines „Corona-Pass“ und sonstige Übergangsmaßnahmen zur Lockerung von Sanitärzwängen: Schlussfolgerungen und Empfehlungen, S. 48. (<https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

⁴⁰ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte der Pflichtimpfung, S. 9. (<https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

Neben der Tatsache, dass das Impfschema verdeutlicht werden muss (siehe Einleitung), merkt der Ausschuss an, dass die Festlegung der Zielgruppen der Impfstrategie im Falle einer Krankheit, die durch ein neues Virus verursacht wird, mehr Zeit in Anspruch nehmen kann als bei bekannten Krankheiten, weil nicht alle Faktoren, die auf eine größere Anfälligkeit für die Krankheit hindeuten, und das Ansteckungspotenzial der Krankheit möglicherweise noch nicht vollständig bekannt sind. Neben den medizinischen und epidemiologischen Herausforderungen sind auch die ethischen und praktischen Auswirkungen der Festlegung der Zielgruppen zu berücksichtigen.

Die ethischen Folgen einer Pflichtimpfung der gesamten Bevölkerung (in diesem Fall von Erwachsenen ab 18 Jahren) sind nicht identisch mit den Folgen einer Pflichtimpfung für eine bestimmte Gruppe.

Dort, wo die allgemeine Pflichtimpfung (außer natürlich in Fällen einer medizinischen Kontraindikation) sowohl einen Zwang- als einen Gleichheitsaspekt beinhaltet, müssen die Folgen einer Pflichtimpfung, die auf bestimmte Bevölkerungsgruppen beschränkt wird, von Fall zu Fall beurteilt werden.

Die Pflichtimpfung des Pflegepersonals beruht also einerseits auf dem besonderen Charakter des Berufes (und der ausgeübten Funktionen) - hier kommt Pflegepersonal in Kontakt mit kranken (und folglich anfälligen) Personen - und andererseits auf der Notwendigkeit zu verhindern, dass diese pflegebedürftigen anfälligen Personen einem (vermeidbaren) zusätzlichen Risiko ausgesetzt werden. Dies steht im Einklang mit dem Grundsatz der Nichtschädigung (*non nocere*)⁴¹. Die ethische Grundlage dieser Pflichtimpfung für das Pflegepersonal darf nicht in Frage gestellt werden, aber es ist wichtig dafür zu sorgen, dass die Umsetzung dieses Vorhabens die Gesundheitsfürsorge nicht derart durcheinander bringt, dass die erhoffte Wirkung, nämlich ein besserer Schutz der Patienten, zunichte gemacht wird. Dadurch käme nämlich ein anderer wichtiger ethischer Grundsatz in Bedrängnis, nämlich der Grundsatz der Risikominimierung und der Maximierung der Vorteile. Deshalb müssen sich die Behörden vorab vergewissern, dass die erforderlichen Voraussetzungen für die Einführung dieser gezielten Pflichtimpfung erfüllt sind; insofern nötig, müssen sie dafür auch die geeignetsten Mittel bereitstellen.

Wenngleich die Pflichtimpfung von „Risikogruppen“ (Senioren, Personen mit Vorerkrankungen, usw.) aus medizinischer Sicht absolut gerechtfertigt ist, birgt sie in ethischer Hinsicht eine Reihe von Risiken: Abgesehen davon, dass die Identifizierung dieser Personen nach „a priori“ festgelegten Kategorien aus wissenschaftlicher und medizinischer Sicht nicht problemlos ist (bestimmte Faktoren, unter anderem genetische Faktoren) sind noch unbekannt) gibt es auch Probleme mit dem Schutz der Privatsphäre; ferner besteht die Gefahr, dass das System der Gesundheitsfürsorge in ein Versicherungsmodell ausartet. In einem solchen „Versicherungsmodell“ ist die Solidarität nicht automatisch gewährleistet wie im Sozialversicherungssystem: Sie beruht auf einer Reihe von

⁴¹ Ein weiteres ethisch vertretbares Argument für die Pflichtimpfung ist die Sorge um den Gesundheitsschutz des Pflegepersonals und das Reaktionsvermögen des Gesundheitssektors in einem Pandemiekontext.

Voraussetzungen, und eine davon könnte die Pflichtimpfung sein. Der Ausschuss warnt vor Entwicklungen, die die Solidarität von einer „Eintrittskarte“ abhängig machen würde.

2.5. Informieren, aber auch das Vertrauen der Bürger aufbauen

im Bereich der Volksgesundheit von der Zielgruppe verstanden werden muss, auf die sie abzielt“. Im Rahmen der derzeitigen Pandemie erinnert der Ausschuss daran, dass „Information über die Volksgesundheit in erster Linie eine demokratische Pflicht ist, die „an sich“ die Mühe wert ist und fast nichts mit ihren Auswirkungen auf das Vertrauen in die Impfung hat. (...) Die Information über die Fakten in einer angemessenen pädagogischen Form bleibt eine ethische und demokratische Pflicht der Behörden“.

Ob die (freiwillige oder vorgeschriebene) Impfung als Maßnahme zum Schutz der Volksgesundheit akzeptiert wird, hängt nach Meinung des Ausschusses von verschiedenen Faktoren ab, nämlich:

- von der Beurteilung der Nützlichkeit (complacency) ab, auch davon, inwieweit die Bevölkerung der Bekämpfung der Krankheit Vorrang vor anderen Gesundheitsbedürfnissen gibt ;
- vom Komfort (convenience) dieser Gesundheitsmaßnahme (Ist sie leicht zugänglich? Reichen die Impfstoffmenge und die Impfzentren aus?) ;
- vom Vertrauen (confidence) in die Sicherheit und Wirksamkeit des Produkts; in die Fähigkeit, die Motivation und die Vorbildfunktion der Gesundheitsdienstleister, die den Impfstoff verabreichen; in die Fundiertheit der Entscheidungen der Behörden, die die Impfregele und -schemata festlegen.

Bei einem von den Behörden unterstützten – oder aufgelegten – Impfprogramm ist es essenziell, dass diese eine ehrliche und deutliche Information garantieren, die auf verständliche und angemessene Weise angeboten wird, wobei Auskunft über den Nutzen des jeweiligen Impfstoffs und seine eventuellen negativen Auswirkungen erteilt wird. Wichtig ist dabei auch, dass kommerzielle Einflüsse vollständig unterbunden werden.“

Der Ausschuss leugnet keineswegs den mittlerweile weltweiten bekannten Einfluss des Phänomens „fake news“ und des Begriffs „Infodemie“ in unserer Gesellschaft, fordert die Behörden jedoch auf, alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um das Vertrauen sicherzustellen und die Impfkampagne – ob die Impfung nun freiwillig oder Pflicht ist – in einer entspannten Atmosphäre laufen zu lassen. Der Ausschuss erinnert daran, dass er aus Anlass der derzeitigen Pandemie gefordert hat, den Umfang der Impfabdeckung vorab „ausführlich und transparent in der Gesellschaft zu diskutieren, wobei die Behörden die Form dieser Diskussion bestimmen können“, und daran die Frage zu koppeln, ob die Impfung gegen COVID-19 freiwillig oder Pflicht sein soll. Diese Diskussion muss den Bürgern erlauben, sich ein Bild der „verschiedenen möglichen Szenarien und ihrer konkreten Folgen zu machen.“ Natürlich ist eine parlamentarische Debatte eine der dafür legitimen Vorgehensweisen.

2.6. Verantwortung der Behörden und Pflichtimpfung

Der Ausschuss unterstreicht, dass keine medizinische Handlung risikofrei ist“. Daher ist abzuwägen zwischen den Vorteilen einer bestimmten Impfung und den damit verbundenen möglichen Risiken. Dieses Abwägen ist umso wichtiger, je nachdem wie die Behörden bei Impfungen eingreifen (...)“.⁴²

„Wenn die Behörden eine Impfung vorschreiben oder stark empfehlen, müssten sie auch den Schaden bei eventuellen Nebenwirkungen ersetzen“.⁴³ Die Schadenersatzregelung, auf die der Ausschuss nicht im Einzelnen eingehen kann, muss effizient sein und sollte so schnell wie möglich über die Bühne gehen.

Wenn die Behörden beschließen, eine Pflichtimpfung gegen COVID-19 einzuführen, müssen sie für geeignete und rechtmäßige Sanktionen bei Nichteinhaltung dieser Pflicht sorgen und die Schadenersatzbedingungen festlegen.

⁴² Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte der Pflichtimpfung, S. 36 (<https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

⁴³ Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss. Gutachten Nr. 64 vom 14. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte der Pflichtimpfung, S. 35 (<https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>).

3. Empfehlungen bezüglich der Pflichtimpfung und Schlussfolgerungen

Der Ausschuss stellt mit Sorge die zunehmende Polarisierung der Gesellschaft bei der Pandemie und ihren Auswirkungen fest. Die Einschränkungen in unserem täglichen Leben und in unseren sozialen Beziehungen, die langfristige Unsicherheit, die Angst vor den Zukunft, das sind alles Faktoren, die fast zwei Jahre lang unsere Fähigkeit zusammenzuleben auf die Probe gestellt und uns sowohl individuell als gemeinschaftlich verletzlicher gemacht haben. Der Ausschuss ist sich dessen bewusst, dass diese zwei Jahre viel Anpassungsvermögen und Bürgersinn von der Bevölkerung verlangt haben. Der Ausschuss ist sich auch dessen bewusst, wie außergewöhnlich kompliziert die Aufgabe ist, die die Behörden zu bewältigen haben: Sie müssen dauernd anhand bruchstückhafter und ständig sich wechselnder Informationen vorweghandeln und den Kurs bestimmen.

In diesem Kontext ist es wichtig, die Bedeutung der Maßnahmen, die als Reaktion auf die Pandemie, in der wir uns befinden, getroffen werden – oder getroffen werden können - aus ethischer Sicht deutlich und konkret abzustecken. Das ist die Aufgabe, die sich der Ausschuss im Zusammenhang mit der Pflichtimpfung der erwachsenen Bevölkerung (18 Jahre und älter) gestellt hat.

Vorab merkt der Ausschuss an, dass die Pflichtimpfung nicht in aller Eile improvisiert werden kann. Aus diesem Grund und aus nachfolgenden Gründen kann sie nicht als Mittel zur Bekämpfung der „derzeitigen Welle“ der Epidemie betrachtet werden, die unser Land zu dem Zeitpunkt heimsucht, wo diese Zeilen verfasst werden.

1. Ethisch vertretbar ist die Pflichtimpfung der erwachsenen Bevölkerung (außer bei Kontraindikationen) zur Wahrung des öffentlichen Interesses und der Interessen von Risikopersonen nur dann, wenn daran eine Reihe von (hier unten beschriebenen) Bedingungen geknüpft sind (siehe Punkt 2)

Individuelle Freiheit ist einer unserer fundamentalen Werte. Sie kann nur eingeschränkt werden, wenn diese Einschränkung erforderlich ist für das allgemeine Interesse (zum Beispiel damit die Gesundheitsdienste weiterarbeiten können) und für den Schutz der Gesundheit der Bürger, einschließlich der Risikopersonen und Patienten, die wegen einer anderen Krankheit als COVID-19 gepflegt werden müssen. Wenn der Beschluss für die gesamte Bevölkerung gilt (z.B. alle Erwachsenen), dann ist er Zwangsfaktor und Gleichheitsfaktor zugleich.

Der Ausschuss ist der Ansicht, dass die Pflichtimpfung der erwachsenen Bevölkerung (18 Jahre und älter) ethisch gerechtfertigt sein kann, selbst dann, wenn keine Gruppenimmunität erreicht wird, vorausgesetzt, dass eine Politik betrieben wird, die (innerhalb der Grenzen dessen, was menschlich in einer äußerst evolutiven Kontext erwartet werden kann) auf eine kurz-, mittel- und langfristige Risikobegrenzung gerichtet ist, die es ermöglicht, auf eine sichere und nachhaltige Weise „mit dem Virus zu leben“. In diesem Fall geht es darum, der Solidarität Vorrang vor der individuellen Freiheit zu geben, weil der dadurch erwartete essenzielle Gesundheitsvorteil das Risiko für die Gemeinschaft als Ganzes und für die anfälligsten Bevölkerungskategorien in Pandemiezeiten begrenzt. Folgende Risiken müssen begrenzt werden:

- das Risiko schwerer Formen von COVID-19, die eine Krankenhauseinlieferung, oft in Intensivstationen, erfordern, was sowohl die Patienten als ihre Familien schwer belastet; insofern sie nicht tödlich enden, gehen diese Krankenhausaufenthalte oft mit langwierigen Rehabilitationen einher, die wegen der aggressiven Pflege in der kritischen Phase erforderlich sind;
- das Risiko für die Pflgeteams, beim ständigen Anstieg der Anzahl Krankenhauspatienten mit schweren Formen von COVID-19 mit ethischen Dilemmas in punkto Priorisierung der Pflege (auch Triage genannt) konfrontiert zu werden, was ein bedeutender Faktor für moralischen Stress bei den Pflgeteams ist, an den der Ausschuss zu Beginn der Pandemie erinnert hat ;
- die Risiken, die mit den sehr großen Schwierigkeiten der Primärversorgung (Hausärzte, Medizinzentren, Alten- und Pflegeheime, usw.) zusammenhängen, Qualitätspflege in einer Atmosphäre allgemeiner Überlastung und Erschöpfung zu leisten;
- die Risiken im Zusammenhang mit der schnellen und starken Viruszirkulation, die nicht nur eine Gefahr für die Risikogruppen darstellt (die schneller mit dem Virus in Kontakt kommen können), sondern wegen der möglichen Entstehung von Varianten auch für die Gemeinschaft als Ganzes.

Es ist von wesentlicher Bedeutung, dafür zu sorgen, dass das erwartete Ergebnis (in Bezug auf die Risikobegrenzung) unmittelbar zum Schutz des öffentlichen Interesses und der Gesundheit der Bürger beiträgt, insbesondere der anfälligsten Mitglieder unserer Gesellschaft.

A contrario ist der Verzicht auf die Pflichtimpfung der erwachsenen Bevölkerung im Lichte der Folgen zu beurteilen, die er für den Umgang mit den einzelnen oben erwähnten Risiken nach sich ziehen würde.

2. Bedingungen, die vor und bei der Einführung einer Pflichtimpfung der vollständigen Bevölkerung über 18 Jahre zu erfüllen sind

Nach Ansicht des Ausschusses ist es erforderlich:

- a) die wissenschaftlichen und praktischen Unwägbarkeiten der Impfstrategie zu beseitigen, indem wir uns auf einen breiten wissenschaftlichen Konsens stützen über:
 - (i) den Schutz, den bestehende Impfstoffe gegen die derzeit im Umlauf befindlichen Varianten (derzeit Delta, in Kürze Omikron) bieten;
 - (ii) das zu beschließende Impfschema unter Berücksichtigung der Dauer des Impfschutzes;
 - (iii) die Zielgruppen; der Ausschuss wiederholt, dass er aus Solidaritätsüberlegungen nicht dafür ist, die Pflichtimpfung nur bei anfälligen Personen einzuführen: Der Schutz der Schwächsten muss auf kollektiver Solidarität beruhen, die wiederum einhergeht mit der geteilten Verantwortung für die Virusbekämpfung. Sollte sich das Impfschema dahin entwickeln, dass nur anfällige Gruppen anvisiert werden, empfiehlt der Ausschuss, dass diese Impfung freiwillig bleibt (wie dies bei der Grippe der Fall ist);
 - (iv) die Art und Weise, wie diese Impfstrategie in die übrigen - präventiven und kurativen -Gesundheitsmaßnahmen eingebettet wird (wenn mehr Behandlungsmöglichkeiten in der Pflege auf breiter Basis verfügbar werden)
- b) sich zu vergewissern, dass „kein neues Ereignis eingetreten ist, das eine gründliche Überprüfung des Risiko-Nutzen-Verhältnisses erforderlich macht, auf dessen Grundlage die zuständigen Behörden die Impfstoffe für alle betroffenen Populationen genehmigt haben“ .
- c) dass die Behörden transparent und ohne Winkelzüge vorgehen, wenn sie der Meinung sind, dass die Pflichtimpfung gerechtfertigt ist. Der Ausschuss erinnert also daran, dass das CST auf keinen Fall dazu benutzt werden darf, die Impfung durch die Hintertür zu erzwingen. Er fordert die Behörden auch dazu auf, die Bedingungen für die derzeitige Anwendung des CST im Lichte der verfügbaren neuen wissenschaftlichen Daten zu überprüfen, damit der Einsatz dieses Instruments, das soziale Kontakte in einem Kontext ermöglicht, in dem die Risiken begrenzt sind, nicht den falschen Eindruck erweckt, die Risiken seien begrenzt, obschon dies faktisch nicht mehr der Fall ist;

d) sich zu vergewissern, dass die Umsetzung der Impfstrategie (Zeitplan, Logistik) machbar ist und mit etwaigen laufenden Impfkampagnen auf freiwilliger Basis abgestimmt ist;

e) der Öffentlichkeit diese verschiedenen Elemente über eine angemessene Kommunikation bereitzustellen, die eine öffentliche Debatte ermöglicht. Es ist wichtig, dass jeder begreift:

- warum die Pflichtimpfung erwogen wird und warum eine freiwillige Impfung nicht ausreicht für den Schutz des öffentlichen Interesses und der anfälligen Personen;

- welche Folgen zu erwarten sind (insofern diese vorausgesagt und als Modell dargestellt werden können), wenn die Pflichtimpfung für den individuellen Schutz der Bürger, die Verhinderung der Überlastung der Krankenhäuser und den Abbau des Stresses der Pflegeteams, aber auch für die Eindämmung der Viruszirkulation und etwaiger neuer Virusvarianten nicht eingeführt wird;

- wie der Zeitrahmen für diese Entscheidung aussieht: Wann tritt die Pflichtimpfung in Kraft? Muss das Impfschema (das mehrere Dosen enthalten kann) eine einzige Impfung oder mehrere Impfungen hintereinander vorsehen?

- unter welchen Umständen der Impfnachweis verlangt werden wird und wie dieser auf legitime Weise kontrolliert werden kann (siehe hier unten);

- welche Sanktionen vorgesehen sind (siehe hier unten).

f) einen geeigneten rechtlichen Rahmen vorzusehen, der einer parlamentarischen Debatte unterworfen wird. Dieser rechtliche Rahmen muss unter anderem deutlich festlegen:

- wie und von welcher Instanz der Impfnachweis ausgehändigt wird, unter welchen Umständen er verlangt werden kann und wer befugt ist, diesen Impfnachweis zu kontrollieren;

- welche Sanktionen bei wiederholter Verweigerung der Impfpflicht (ohne vorhandene medizinische Kontraindikation) vorgesehen sind. Der Ausschuss betont, dass das Gleichgewicht zwischen den Rechten und den Werten, um die es hier geht, nur durch verhältnismäßige und gerechte Maßnahmen aufrechterhalten werden kann. Der Ausschuss unterstreicht, wie wichtig es ist, eine geeignete Sanktionsregelung zu beschließen, die verhindert, dass sich eine kleine Bevölkerungsgruppe ein „Recht auf Nichtimpfung“ sichert, das andere nicht einfordern können. Solche Folgen könnten unter anderem sehr hohe Geldstrafen haben.

Der Ausschuss ist auch der Meinung, dass Folgendes ethisch unannehmbar wäre:

- jeder physische Zwang, um eine Person zu impfen, unabhängig von deren Rechtsstellung und Rechtsfähigkeit. Zur Impfung darf auch nicht geschritten werden, wenn sich die Person nicht dagegen wehren kann, weil sie vorübergehend/dauerhaft nicht in der Lage ist, ihren Willen (selber oder über ihre Vertrauensperson) zu äußern;

- jede Entscheidung oder Maßnahme, die einer nichtgeimpften Person den Zugang zu passender, qualitativ hochwertiger – dringender oder nichtdringender – Pflege ausschließlich wegen ihres Impfstatus erschwert. Der Ausschuss erinnert diesbezüglich daran, dass „Alle Patienten grundsätzlich gleich sind. Die Patienten haben Anrecht auf hochwertige Pflege, die allen zugänglich sein muss, unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrem Glauben, ihrem Alter, ihrer Kultur

oder von anderen ungerechtfertigten Diskriminationsgründen. Der individuelle Patient und sein Pflegeanspruch/Pflegebedarf sind deshalb das ultimative Ziel des Pflegeangebots. Das Bestreben nach Gleichbehandlung aller Patienten in Not muss daher immer im Mittelpunkt stehen;

- die Entschädigungsregelung, die bei schweren Nebenwirkungen und Folgeschäden infolge der vorgeschriebenen Impfung vorgesehen werden wird.

g) Schließlich empfiehlt der Ausschuss, die Mitteilungen in Sachen Gesundheit in einer deutlichen, verständlichen und nichtpolarisierenden Weise an die Bevölkerung zu richten. Dazu müssen die geeignetsten Formen angewandt werden, damit die Pflichtimpfungskampagne, falls sie beschlossen wird, nicht nur für die COVID-19-Impfung, sondern auch für die Impfpolitik im Allgemeinen in einem Vertrauensklima stattfindet.

Das Gutachten wurde im verkleinerten Ausschuss 2020-1 (vorher Aktualisierung des Gutachtens Nr. 48) vorbereitet, der wie folgt besetzt war:

Co - VORSITZENDER	BERICHTERSTATTER	MITGLIEDER	VORSTANDSVERTRETER
DEBYSER Zeger (nl)	DEBYSER Zeger	COSYNS Paul	CAEYMAEX Florence
PIRARD Virginie (fr)	PIRARD Virginie	DE LEPELEIRE Jan	
		DEVISCH Ignaas	
		DE VLEESCHAUWER Vera	
		HERREMANS Jacqueline	
		LAMBERT Charlotte	
		LIBBRECHT Julien	
		LOOBUYCK Patrick	
		MESSINNE Jules	
		PINXTEN Wim	

Sekretariatsmitglieder

BERTRAND Sophie

DESEYN Beatrijs

WELTENS Veerle

Dieses Gutachten kann auf der Internetseite www.health.belgium.be/bioeth eingesehen werden.