

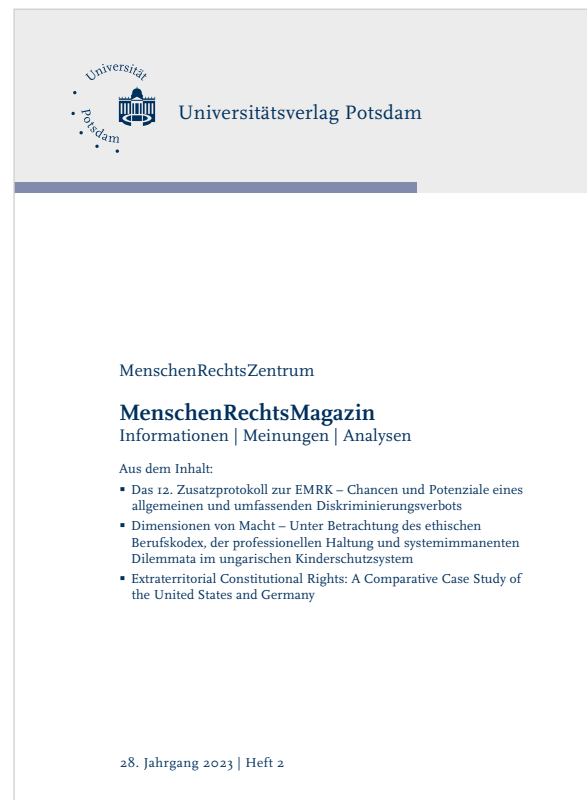
Artikel erschienen in:

MenschenRechtsZentrum

MenschenRechtsMagazin ; 28 (2023) 2

2023 – 82 S.

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-60757>



Empfohlene Zitation:

Lina Heuberger: Fragen nach gerechter Verteilung – eine menschenrechtliche Analyse der Allokation am Beispiel von COVID-19-Impfstoffen für Ältere, In: MenschenRechtsMagazin 28 (2023) 2, S. 129–139.

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-60995>

Soweit nicht anders gekennzeichnet, ist dieses Werk unter einem Creative-Commons-Lizenzvertrag Namensnennung 4.0 lizenziert. Dies gilt nicht für Zitate und Werke, die aufgrund einer anderen Erlaubnis genutzt werden.

Um die Bedingungen der Lizenz einzusehen, folgen Sie bitte dem Hyperlink:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>

Fragen nach gerechter Verteilung – eine menschenrechtliche Analyse der Allokation am Beispiel von COVID-19-Impfstoffen für Ältere

Lina Heuberger

Inhaltsübersicht

- I. Einführung
- II. Das Menschenrecht auf Gesundheit – Hintergrund, rechtliche Verankerung und Praxis
- III. Verteilungsfragen – Grundlagen moraltheoretischer Konzepte für Allokationsentscheidungen
- IV. Die Menschenrechte als Grundlage für Allokationsentscheidungen in der Medizin
- V. Allokation von COVID-19-Impfstoff in Deutschland am Beispiel Älterer
- VI. Fazit und Ausblick

“Health is both a human right in itself and an essential means for the realization of other human rights.”¹

I. Einführung

Das obige Zitat verdeutlicht den außerordentlichen Stellenwert von Gesundheit – sowohl für unser aktuelles Wohlbefinden als auch als Bedingung für die Verwirklichung weiterer Menschenrechte. Die Gesundheit gilt folglich als besonders schützenswertes Gut. Völkerrechtliche Verträge definieren ein Menschenrecht auf Gesundheit und verpflichten zur Gewährleistung von gleichberechtigtem Zugang zu diesem Recht.² Zum Schutz der Gesundheit wurde daher mit Beginn der globalen COVID-

19-Pandemie das wirtschaftliche und soziale Leben auf ein Minimum begrenzt. Zudem machte die Knappheit medizinischer Ressourcen im Verlauf der Pandemie die Überlegung notwendig, wie und an wen medizinische Güter, besonders COVID-19-Impfstoffe, verteilt werden sollen. Dafür wurden sowohl national als auch international Strategien und Konzepte zur Priorisierung bei der Impfstoff-Allokation entwickelt. Welche Rolle die Menschenrechte im Kontext der Ressourcenverteilung spielen und wie eine menschenrechtsbasierte Allokationsstrategie aussehen kann, wird im Rahmen des Beitrags analysiert.

II. Das Menschenrecht auf Gesundheit – Hintergrund, rechtliche Verankerung und Praxis

Gesundheit gilt als Bedingung für die Realisierung von Lebensplänen und die Teilnahme am „politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben [der] Gesellschaft.“³ Gesundheit und die damit verbundene Funktionsfähigkeit des Individuums sind laut Daniels auch Grundvoraussetzungen für soziale Gleichberechtigung nach Rawls Konzept „fairer Chancengleichheit.“⁴ Daniels stützt damit seine Forderung nach einem Recht auf Gesundheitsversorgung, da „sich die soziale Verpflichtung, den Bedarf an Gesundheitsfürsorge zu erfüllen, von der allgemeineren sozialen Verpflichtung ableitet, eine faire Chancengleichheit

1 Zahara Nampewo/Jeniffer H. Mike/Jonathan Wolff, Respecting, protecting and fulfilling the human right to health, in: *International Journal for Equity in Health* 21 (2022), S. 1.

2 General Comment No. 14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), UN Dok. E/C.12/2000/4.

3 Norman Daniels, Gerechtigkeit, Gesundheit und Gesundheitsversorgung, in: Nikola Biller-Andorno et al. (Hrsg.), *Medizinethik*, 2021, S. 131–160 (134).

4 John Rawls, *A Theory of Justice*, 1971.

zu garantieren.“⁵ Auch in Bezug auf die Inanspruchnahme von Menschenrechten spielt die Gesundheit eine bedeutende Rolle und gilt als notwendige Bedingung sowohl für die Teilnahme an gesellschaftlichen und politischen Aktivitäten als auch für die Ausübung sozialer, wirtschaftlicher und kultureller Rechte.⁶ Gruskin et al. skizzieren die wechselseitige Beziehung zwischen Gesundheit und den Menschenrechten: Die Vernachlässigung oder Verletzung von Menschenrechten gefährdet die Gesundheit von Individuen und Gesellschaften. Gleichzeitig kann eine Beeinträchtigung der Gesundheit Auswirkungen auf die Ausübung der Menschenrechte haben. Aus diesem Zusammenhang wird eine staatliche Verpflichtung zur Bereitstellung grundlegender Gesundheits- und Sozialleistungen abgeleitet.⁷ Da auch die sozialen Determinanten von Gesundheit wie Bildung, Wohnung und Arbeitsplatz in den Menschenrechten verankert und alle Menschenrechte miteinander verbunden und voneinander abhängig sind,⁸ erscheint eine isolierte Betrachtung einzelner Menschenrechte nicht ausreichend, um das Menschenrecht auf Gesundheit zu gewährleisten.

Die besondere Relevanz von Gesundheit wurde im Rahmen verschiedener internationaler Verträge und Abkommen verankert. In der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird bereits 1946 ein universelles Recht auf Gesundheit formuliert.⁹ Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR) von 1948 berücksichtigt das Menschenrecht auf Gesundheit

im Rahmen von Artikel 25, dem „Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet.“¹⁰ 1966 wurde das Menschenrecht auf Gesundheit schließlich auch als eigenständiges Recht im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte (UN-Sozialpakt, IPwskR) der Vereinten Nationen (UN) verankert, in Form des „Recht[s] eines jeden Menschen auf ein für ihn erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit.“¹¹ Im General Comment No. 14 wird das Menschenrecht auf Gesundheit genauer definiert und die praktische Umsetzung diskutiert.¹² Zudem werden staatliche Möglichkeiten und Verpflichtungen formuliert, „die politischen, sozioökonomischen und ökologischen Bedingungen von Gesundheit mitzugestalten,“¹³ um das Menschenrecht auf Gesundheit zu achten, zu schützen und dessen Ausübung zu gewährleisten (Achtungs-, Schutz- und Gewährleistungspflichten).¹⁴ Es handelt sich hierbei jedoch nicht um ein Recht auf „Gesundsein,“ sondern vielmehr um die Gewährleistung von „diskriminierungsfreie[m] Zugang zu einem – sich gesellschaftlich stets entwickelnden – Gesundheitssystem.“¹⁵ Staaten sind verpflichtet, im Rahmen nationaler Gesetz-

5 Norman Daniels, Gerechte Gesundheitsversorgung, in: Urban Wiesing (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, 2020, S. 308–311 (310).

6 Nampewo/Mike/Wolff (Fn. 1), S. 2.

7 Sofia Gruskin/Edward Mills/Daniel Tarantola, History, principles, and practice of health and human rights, in: The Lancet 370 (2007), S. 449–455.

8 Ibid., S. 450.

9 Die WHO definiert die Gesundheit dabei als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of dis-

ease or infirmity.“ World Health Organization, Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100, Constitution of the World Health Organization, 1946.

10 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948, A/810, S. 71; dt. z. B. abgedruckt in: Sartorius II Nr. 19.

11 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 16. Dezember 1966, UNTS Bd. 993, S. 3; BGBl. 1973 II, S. 1570, Art. 12 Abs. 1.

12 General Comment No. 14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), CESCR, UN Dok. E/C.12/2000/4.

13 Michael Krennerich, Das Menschenrecht auf Gesundheit. Grundzüge eines komplexen Rechts, in: Andreas Frewer/Heiner Bielefeldt (Hrsg.), Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse. Menschenrechte in der Medizin, Band 1, 2016, S. 57–92 (66).

14 Ibid, S. 83.

15 Heiner Bielefeldt, Der Menschenrechtsansatz im Gesundheitswesen, in: Andreas Frewer/Heiner Bielefeldt (Hrsg.), Das Menschenrecht auf Ge-

gebung das Menschenrecht auf Gesundheit der Bürger:innen zu wahren und allen gleichberechtigt Zugang zu diesem Recht zu gewähren. Die Menschenrechte sind also „nicht nur eine Orientierung, sondern sie sind auch verbindliche Maßstäbe für staatliche Entscheidungen, aufgrund der staatlichen Verpflichtungen der Menschenrechtskonventionen der Vereinten Nationen.“¹⁶

Die Frage nach der tatsächlichen Umsetzbarkeit eines Menschenrechts auf Gesundheit wird immer wieder kontrovers diskutiert. Da es sich beim Menschenrecht auf Gesundheit um ein Freiheitsrecht handelt, resultiert daraus nicht zwangsläufig ein direkter Versorgungsanspruch. Vielmehr geht es um Selbstbestimmung über Körper und Gesundheit, Würde und den Respekt der individuellen Autonomie. Dennoch sind die Staaten zu progressiver Verbesserung der Bereitstellung von medizinischer Versorgung verpflichtet und müssen „Kernverpflichtungen“ wie die Gewährleistung von diskriminierungsfreiem Zugang zu Gesundheitsleistungen unmittelbar umsetzen.¹⁷ Die materiellen Leistungen, die erbracht werden müssen, richten sich nach dem Entwicklungsstand des jeweiligen Staates. Aus dem Menschenrecht auf Gesundheit resultiert also ein Anspruch, der in der Praxis von der Verfügbarkeit angemessener Ressourcen und anderen sozioökonomischen Bedingungen abhängt. Da die Menschenrechte nicht an Staatsangehörigkeit geknüpft sind, wurde immer wieder die völkerrechtliche Verpflichtung zu extraterritorialer Achtung, Schutz und Gewährleistung der Menschenrechte – auch des Menschenrechts auf Gesundheit – diskutiert. Die Existenz einer internationalen Achtungs-

pflcht ist mittlerweile völkerrechtlich anerkannt.¹⁸ Laut UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte muss bei staatlichem Handeln im bilateralen oder multilateralen Kontext das Menschenrecht auf Gesundheit gewahrt werden. Die Vertragsstaaten sind außerdem verpflichtet, die Ausübung des Rechts auf Gesundheit in anderen Ländern zu respektieren und Dritte an einer Verletzung dieses Rechts zu hindern.¹⁹ Transnationale Kooperation im Gesundheitswesen und Zusammenarbeit im Rahmen der globalen Gesundheitspolitik sind sowohl für die nationale als auch die internationale Gewährleistung von Gesundheitsversorgung von Bedeutung, wie im Rahmen der COVID-19-Pandemie bei der Frage nach gerechter globaler Ressourcenverteilung deutlich wurde.²⁰

III. Verteilungsfragen – Grundlagen moraltheoretischer Konzepte für Allokationsentscheidungen

Bei der praktischen Umsetzung des Rechts auf Gesundheit sehen sich Regierungen als Leistungserbringer mit einigen Herausforderungen konfrontiert: Der demographische Wandel, Multimorbidität sowie wachsender ökonomischer Druck im Gesundheitssystem und steigende Kosten für medizinische Versorgung²¹ machen Einschränkungen bei Zugang und Angebot notwendig. Bereits zu Beginn der COVID-19-Pandemie rückte die Diskussion um die Verteilung von Gesundheitsleistungen in Deutschland in den sozialpolitischen Fokus. Die Knappheit medizinischer Ressourcen und die große Zahl schwer betroffener Patient:innen erforderte eine Priorisierung, eine „systematisch begründete Bildung von

sundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse, Menschenrechte in der Medizin, Band 1, 2016, S. 19–56 (47).

16 Sabine Klotz/Andreas Frewer, Medizinethik und Menschenrechte für Ältere. Schutz im Alter – neue Corona-Herausforderungen. Zur Einführung, in: Andreas Frewer/Sabine Klotz/Caroline Emmer De Albuquerque Green (Hrsg.), Recht und Ethik in der Medizin für ältere Menschen. Aktuelle Forschungsarbeiten, MEM 4, 2022, S. 13–34 (23).

17 CESCR (Fn. 12).

18 Bielefeldt (Fn. 15).

19 CESCR (Fn. 12).

20 Rui Nunes, Healthcare as a Universal Human Right, 2021.

21 Georg Marckmann, Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Einführung, in: Urban Wiesing (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, 2020, S. 287–301.

Ranglisten.“²² Daher wurden Strategien zur gerechten Allokation formuliert.²³ National wie international gibt es wenig rechtlich bindende Regelungen zur Verteilung knapper Ressourcen. Da es sich bei den im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland formulierten Grundrechten um primäre „Abwehrrechte des Einzelnen gegenüber staatlichen Eingriffen“²⁴ handelt, lässt sich daraus nur bedingt ein Anspruch auf Gesundheitsleistungen in Mangelsituationen ableiten. Allerdings ist der Staat angehalten, „im Rahmen seines Auftrags zum Schutz der Menschenwürde und in Ausfüllung seines sozialstaatlichen Gestaltungsauftrags das Existenzminimum des Einzelnen zu gewährleisten.“²⁵ Das beschriebene soziokulturelle Existenzminimum schließt den Bereich der Gesundheitsfürsorge mit ein; doch auch hier fehlen eindeutige Vorgaben oder eine Verankerung dieser Verpflichtungen in der Verfassung – dem Gesetzgeber wird ein „Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum“²⁶ eingeräumt. Es gestaltet sich also schwierig, gesetzlich verbindliche Regelungen zu formulieren.

Dagegen existieren verschiedene etablierte moraltheoretische Konzepte zur Frage nach der priorisierten Verteilung knapper Güter, die auf egalitären, utilitaristischen oder prioritaristischen Grundsätzen basieren. Utilitaristische Ansätze nach Mill bewerten eine Handlung ausschließlich nach ihren Folgen.²⁷ So

„dominiert im klassischen Utilitarismus das auf die Folgen menschlichen Handelns zentrierte konsequenzialistische Prinzip der kollektiven Nutzenmaximierung so stark, dass die Rechte des Einzelnen – einschließlich seiner Grundrechte – lediglich nach Maßgabe ihres Beitrags zur Nutzenmaximierung zugewiesen werden und keinen unabhängigen theoretischen Status genießen.“²⁸

Folglich hat im Utilitarismus die Maximierung des Gesamtnutzens als übergeordnetes Ziel Vorrang vor individuellen Rechtsansprüchen und dem Prinzip der Gleichberechtigung.²⁹ Utilitaristische Allokationsansätze basieren demnach auf Kosten-Nutzen-Abwägung, Wirtschaftlichkeit und Effizienz. Beispiele für Erwägungen im medizinischen Kontext, die auf utilitaristischen Überlegungen beruhen, sind die Maximierung geretteter Leben oder ein prognosebasierter Ansatz zur Rettung einer Maximalzahl an Lebensjahren als Ziel der Ressourcenverteilung. Im Gegensatz zu utilitaristischen Theorien betont der Egalitarismus das Prinzip der fairen Chancengleichheit nach Rawls als Grundwert einer pluralistischen Gesellschaft.³⁰ Die Gleichbehandlung aller hat demnach oberste Priorität, auch auf Kosten des Gesamtnutzens. Kersting bezeichnet die Gesundheitsversorgung als Maß für die Gerechtigkeit innerhalb einer Gesellschaft: Eine Gesellschaft, die „keine egalitäre Grundversorgung mit transzendentalen Gütern ermöglicht, verdient sicher nicht das Prädikat einer wohlgeordneten Gesellschaft“³¹, sei also folglich nicht gerecht. Übertragen auf die gerecht-

22 Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme, 2011, S. 22

23 Allokation beschreibt „die gezielte Zuordnung von beschränkten (Gesundheitsdienst-)Leistungen.“ Julia Schäfer, Ressourcenallokation im Krankenhaus – Akteure zwischen Medizin und Ökonomie, in: Peter Hensen/Christian Kölzer (Hrsg.), Die gesunde Gesellschaft. Sozioökonomische Perspektiven und sozialethische Herausforderungen, 2011, S. 79–103 (87).

24 Deutscher Ethikrat (Fn. 22), S. 76.

25 Ibid., S. 78.

26 Ibid., S. 81.

27 John S. Mill, Utilitarianism. Der Utilitarismus, Dieter Birnbacher (Hrsg.), 2018.

28 Deutscher Ethikrat (Fn. 22), S. 74.

29 Stephanie Müller, Wie können ältere Menschen in Corona-Triage-Situationen besonders vor Diskriminierung geschützt werden? Zur Diskussion aktueller Regelungsvorschläge, in: Andreas Frewer et al. (Hrsg.), Der ältere Mensch in der Medizin. Zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Jahrbuch Ethik in der Klinik 15, 2022, S. 95–120.

30 Rawls (Fn. 4).

31 Georg Kersting, Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung, in: Urban Wiesing (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, 2020, S. 301–305 (303).

te Verteilung knapper Ressourcen finden egalitäre Theorien beispielsweise bei Losverfahren oder im Rahmen des "First-come - first-serve"-Prinzips praktische Anwendung. Weitere moraltheoretische Ansätze gründen auf liberalistischen oder prioritaristischen Überlegungen³² oder definieren eine wertebasierte Priorisierung auf der Grundlage des sozialen Nutzens.³³ Um der „Komplexität unserer moralischen Werte“³⁴ gerecht zu werden, empfiehlt sich eine Kombination verschiedener Prinzipien zur Etablierung von Allokationssystemen.

IV. Die Menschenrechte als Grundlage für Allokationsentscheidungen in der Medizin

Ergänzend zu den oben beschriebenen Herangehensweisen bei Allokationsentscheidungen wird nun ein menschenrechtsorientierter Ansatz definiert, um die Menschenrechte im Rahmen von medizinischen Verteilungsstrategien bestmöglich zu schützen. Das in Artikel 25 der AEMR formulierte „Recht auf einen [angemessenen] Lebensstandard“ schließt die ärztliche Versorgung und das „Recht auf Sicherheit im Falle von [...] Krankheit“ mit ein.³⁵ Möglichkeiten für die praktische Umsetzung einer

menschenrechtsorientierten Verteilung sind etwa die Priorisierung vulnerabler Gruppen sowie ein Diskriminierungsverbot zur Gewährleistung von Chancengleichheit bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Sowohl die Gleichbehandlung als auch eine Ungleichbehandlung (Priorisierung) im prioritaristischen Sinne sind geeignete Konzepte, um eine gerechte Ressourcenverteilung umzusetzen.

Die Menschenrechte sollen insbesondere Personen in vulnerablen Situationen vor Vernachlässigung und Verfolgung schützen.³⁶ Laut Deutschem Institut für Menschenrechte sei es „menschenrechtlich geboten [...], Menschen in verletzlichen Lebenslagen besonders und vorrangig in den Blick zu nehmen.“ In Bezug auf das Menschenrecht auf Gesundheit sei der Staat verpflichtet, „Gesundheitsschutz für alle gleichermaßen zu gewährleisten.“³⁷ Eine Priorisierung vulnerabler Gruppen kann dazu beitragen, das Menschenrecht auf Gesundheit der „verletzlichsten und vernachlässigten Menschen in der Gesellschaft“³⁸ zu schützen und unterschiedliche Grundvoraussetzungen anzuerkennen. Sekalala et al. postulieren das Konzept eines „intersektionalen Menschenrechtsansatzes“ zur Priorisierung bei der Impfstoffverteilung.³⁹ Dieses Allokationskonzept beachtet die multiplen Ursprünge von Vulnerabilität und bezieht sowohl die sozialen Determinanten von Gesundheit als auch die Auswirkungen bereits bestehender struktureller Ungleichheiten mit ein. Neben der medi-

32 Der Prioritarismus bezieht sich auf die Bevorzugung der am stärksten betroffenen oder gefährdeten Mitglieder der Gesellschaft und fordert beispielsweise eine Priorisierung der Kränksten (Berufung auf die Prognose bei Nichtbehandlung) oder der Jüngsten (Berufung auf den Verlust an Lebensjahren). Vgl. Müller (Fn. 29), S. 101.

33 Hier können sowohl zukunftsorientiert der instrumentelle Wert (beispielsweise die Systemrelevanz von Gesundheitspersonal) oder vergangenheitsorientiert die Reziprozität (zum Beispiel ehemalige Organspender:innen) als Priorisierungskriterium herangezogen werden. Vgl. Müller (Fn. 29), S. 102.

34 Govind Persad/Alan Wertheimer/Ezekiel J. Emanuel, Grundsätze für die Allokation knapper medizinischer Interventionen, in: Nikola Biller-Andorno et al. (Hrsg), *Medizinethik*, 2021, S. 301–327 (313).

35 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948, A/810, S. 71; dt. z. B. abgedruckt in: Sartorius II Nr. 19.

36 Nampewo/Mike/Wolff (Fn. 1).

37 Deutsches Institut für Menschenrechte, Corona-Krise: Menschenrechte müssen das politische Handeln leiten. Stellungnahme, 2020, S. 3.

38 Ibid., S. 4.

39 Das Konzept der Intersektionalität beschreibt die Interdependenz multipler Formen der Unterordnung und Diskriminierung. Dabei werden verschiedene Diskriminierungsformen und deren Interaktionen betrachtet (beispielsweise Rassismus, Patriarchat oder Klassenunterdrückung). Kimberlé Williams Crenshaw, Das Konzept der Intersektionalität und seine Bedeutung für die Menschenrechte. Kommentiert und übersetzt von Eva Kalny, in: *Zeitschrift für Menschenrechte* 15 (2021).

zischen Vulnerabilität, die auf Faktoren wie Alter und Komorbiditäten beruht, werden bei der intersektional-menschenrechtlichen Betrachtung auch sozioökonomische Faktoren eingeschlossen, die zu Benachteiligung und struktureller Diskriminierung führen und mit erhöhter Vulnerabilität verbunden sind. Hier spielen beispielsweise Einkommen, Bildung, Geschlecht, Ethnizität oder sexuelle Orientierung eine Rolle. Durch diesen umfassenden Ansatz kann einerseits kurzfristig die aktuelle Situation vulnerabler Gruppen berücksichtigt und andererseits die langfristige Verbesserung zugrundeliegender Ungleichheiten angestrebt werden.⁴⁰ Auch der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen beschreibt die Pandemiefolgen und deren negative Auswirkungen auf die Wahrnehmung wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Rechte, insbesondere auf das Recht auf Gesundheit der vulnerablen Gruppen der Gesellschaft.⁴¹ Durch Priorisierung kann es im Rahmen von Verteilungskonzepten gelingen, zufällige und unverschuldete Benachteiligungen⁴² zu berücksichtigen und auszugleichen. Vulnerable Gruppen zu priorisieren bedeutet gleichzeitig, sie vor Diskriminierung zu schützen. Artikel 2 der AEMR untersagt jegliche Form der Benachteiligung von marginalisierten Bevölkerungsgruppen und verpflichtet die internationale Gemeinschaft zum Schutz von Minderheiten. Das Diskriminierungsverbot ist darüber hinaus im völkerrechtlich bindenden IPwskR verankert und lässt sich auch auf Allokationsfragen anwenden: Der diskriminierungsfreie Zugang zu Gesundheitsleistungen bildet die unabdingbare Grundlage für ge-

rechte Verteilung. Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte leitet aus dem General Comment No. 14 und den darin beschriebenen Rechten auf Gesundheit und Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt eine Staatenpflicht zur Garantie von diskriminierungsfreiem Zugang zu Impfstoff ab:

“States have an obligation to take all the necessary measures, to the maximum available resources, to guarantee access to vaccines for COVID-19 to all persons, without any discrimination.”⁴³

Außerdem werden Maßnahmen zur Umsetzung der Staatenpflichten zum Schutz der Menschenrechte beschrieben. Für Fachkräfte sollen medizinische Ressourcen und Schutzausrüstung bereitgestellt und gerecht verteilt werden. Gleichzeitig werden Investitionen im Gesundheitswesen und soziale Programme zur Bekämpfung von Diskriminierung und Ungerechtigkeit sowie Maßnahmen zur Unterstützung Bedürftiger gefordert.⁴⁴

Ein menschenrechtsorientiertes Verteilungskonzept vereint also den Schutz vulnerabler Gruppen und das Diskriminierungsverbot beim Zugang zu medizinischer Versorgung. Dabei werden Unterschiede und Diversität anerkannt und soziale Gerechtigkeit gefördert. Außerdem können durch die Betonung der Interdependenz der einzelnen Menschenrechte gleichzeitig auch alle weiteren Menschenrechte gestärkt werden.⁴⁵ Die Reihenfolge der Ressourcenverteilung richtet sich nach individueller Vulnerabilität und beachtet sowohl medizinische als auch sozioökonomische Faktoren.

40 Sharifah Sekalala et al., An intersectional human rights approach to prioritising access to COVID-19 vaccines, in: *BMJ Global Health* 6 (2021).

41 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights, E/C.12/2020/1, 2020, S. 1.

42 Hierzu zählen beispielsweise höhere Morbidität und Mortalität bei COVID-19-Erkrankung, Zugehörigkeit zu einer marginalisierten Gesellschaftsgruppe, Mangel an Bildung oder Sprachkenntnissen.

43 CESCR, Statement on universal and equitable access to vaccines for COVID-19, UN Dok. E/C.12/2020/2, 2020.

44 Ziel dieser Maßnahmen sind beispielsweise Ernährungs- und Einkommenssicherheit, Zugang zu Wasser und Sanitär-Einrichtungen, umfassendes Informationsangebot und technische Ausstattung.

45 Dianne Otto, Linking Health and Human Rights. A Critical Legal Perspective, in: *Health and Human Rights. An International Quarterly Journal* 1 (1995), S. 272–281.

Es wird also allen Bürger:innen das Recht auf den Erhalt einer effektiven Impfung zugestanden und die Versorgung gewährleistet, sobald die Ressource in ausreichender Menge verfügbar ist. Auch global betrachtet kann Pandemiebekämpfung nur dann erfolgreich sein, wenn bei der Reihenfolge der Verteilung Rücksicht auf Vulnerabilität und besondere Risikoprofile genommen wird.⁴⁶ „Menschenrechtliche Verantwortung endet nicht an der eigenen Staatsgrenze“, schreibt das Deutsche Institut für Menschenrechte und fordert die Anerkennung der COVID-19-Pandemie als globale Herausforderung für die gesamte Weltbevölkerung sowie internationale Bemühungen um Lösungsstrategien.⁴⁷ Im globalen Kontext erklärt auch der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen verstärkte internationale Kooperation für notwendig, um Nationalismus zu verhindern. Gemäß Art. 15 des IPwskR⁴⁸ soll der allgemeine Zugang zu den Vorteilen des wissenschaftlichen Fortschritts bezüglich COVID-19 garantiert sowie der Austausch von Information und Wissen gefördert werden. Außerdem werden die Staaten zur Beteiligung an internationalen Institutionen wie der Weltgesundheitsorganisation sowie zur finanziellen Entlastung von Entwicklungsländern aufgerufen.⁴⁹

Beim Versuch, menschenrechtliche Ansätze für die Etablierung von Priorisierungskonzepten heranzuziehen, werden jedoch auch Herausforderungen und Probleme deutlich: Der Erfolg eines menschenrechtsorientierten Verteilungskonzepts hängt vor al-

lem von seiner praktischen Umsetzung ab. Diese ist wiederum nicht nur abhängig von Regierung und Gesetzgebung – die freie Marktwirtschaft und die zunehmende Privatisierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens können den Handlungsspielraum des Staates einschränken und die Umsetzung eines menschenrechtlichen Verteilungsansatzes gefährden.⁵⁰ Hoher administrativer Aufwand sowie zeit- und kostenintensive Prozesse zur Datenerhebung und Erstellung von Priorisierungslisten sind weitere Herausforderungen bei der Etablierung menschenrechtlicher Allokationssysteme, da diese die Berücksichtigung schwer mess- und objektiverbarer Faktoren voraussetzen.⁵¹ Kritiker:innen bezweifeln zudem die Praktikabilität theoretisch konstruierter ethischer Modelle und befürchten die Dekontextualisierung sozialer Realitäten.⁵² Außerdem müssten bei der juristischen Durchsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit ungleiche Voraussetzungen berücksichtigt werden: Eine Ressourcenverteilung an diejenigen, die Zugang zu gerichtlicher Vertretung haben, um ihre Rechte einzufordern, sei ineffektiv und nicht zielführend. Die Konzentration auf isolierte Problemfelder oder individuelle Menschenrechtsverletzungen im Einzelfall sei außerdem nicht sinnvoll. Stattdessen müssten allgemeine Missstände im Gesundheitswesen adressiert werden.⁵³

Aufgrund der Interdependenz der Menschenrechte darf das Recht auf Gesundheit im Rahmen einer menschenrechtlichen Verteilungsstrategie nicht isoliert betrachtet werden. Stattdessen sollten alle Menschenrechte ohne Rangfolge gleichwertig berücksichtigt werden, um „im Einzelfall abzuwägen, welches Recht konkret Vorrang genießt.“⁵⁴ Neben der Konkurrenz unter-

46 Guido Smorto, *The Right to Health and Resource Allocation. Who Gets What and Why in the COVID-19 Pandemic*, in: *Global Jurist* 21 (2021), S. 59–72.

47 Deutsches Institut für Menschenrechte (Fn. 37), S. 11.

48 Artikel 15 beschreibt das Recht auf Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt und seiner Anwendungen. Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 16. Dezember 1966, UNTS Bd. 993, S. 3; BGBl. 1973 II, S. 1570.

49 CESCR (Fn. 43): *Statement on universal and equitable access to vaccines for COVID-19*, UN Dok. E/C.12/2020/2, 2020.

50 Otto (Fn. 45).

51 Eine eindeutige Kategorisierung erscheint besonders bei Konzepten wie Rasse oder Ethnizität schwierig. *Sekalala et al.* (Fn. 40), S. 7.

52 Otto (Fn. 45).

53 *Jonathan Wolff*, *The Human Right to Health*, 2012.

54 *Claudia Mahler/Norman Weiß*, *Zur Unteilbarkeit der Menschenrechte – Anmerkungen aus juris-*

schiedlicher Menschenrechte einer Person kommt es zum Problem der Vereinbarkeit der Menschenrechte verschiedener Mitglieder oder Gruppen innerhalb einer Gesellschaft. Im globalen Kontext müssen zudem die Menschenrechte verschiedener Gesellschaften berücksichtigt werden, was die Umsetzung menschenrechtsorientierter Konzepte national wie international komplex macht.

V. Allokation von COVID-19-Impfstoff in Deutschland am Beispiel Älterer

Exemplarisch wird im folgenden Abschnitt die Berücksichtigung der Menschenrechte bei der Verteilung von COVID-19-Impfstoffen in Deutschland analysiert, wobei der Schutz Älterer fokussiert betrachtet wird.

Im Rahmen der nationalen deutschen Impfstrategie wird die Reihenfolge der Impfstoffverteilung anhand eines sechsteiligen Stufenplans geregelt. Dabei ist die besondere Priorisierung Älterer vorgesehen.⁵⁵ Auch bei der globalen Allokation von COVID-19-Impfstoffen durch die internationale COVAX-Initiative („COVID-19 Vaccines Global Access“) wird die vulnerable Gruppe der Älteren besonders berücksichtigt, indem in der ersten Phase der Priorisierung Impfstoff für Hochrisikogruppen – inklusive Menschen über 65 Jahren – bereitgestellt wird. Zudem wird der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung bei der Ermittlung des individuellen Risikoprofils der Staaten einbezogen. Anschließend erfolgt die Verteilung der Impfdosen innerhalb der Staaten gemäß ihrer jeweiligen na-

tionalen Impfstrategie.⁵⁶ Wie oben bereits beschrieben, definiert ein menschenrechtsorientierter Allokationsansatz die Diskriminierungsfreiheit und den Schutz vulnerabler Gruppen als Grundprinzipien der Priorisierung. In Deutschland wurde der Schutz der älteren Bevölkerung fokussiert. Das Robert Koch-Institut (RKI) begründet die Priorisierung Älterer mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf der SARS-CoV-2-Infektion, bedingt durch das weniger gut reagierende Immunsystem.⁵⁷ Ältere Menschen sind jedoch nicht nur aufgrund direkter Pandemiefolgen⁵⁸ besonders gefährdet – sie weisen auch eine erhöhte Vulnerabilität bezüglich indirekter Pandemiefolgen auf, wie beispielsweise Vereinsamung oder psychische Beschwerden. Aus dieser erhöhten Vulnerabilität sowie der hohen körperlichen und psychosozialen Belastung lässt sich eine besondere Schutzbedürftigkeit Älterer ableiten.⁵⁹ Im Rahmen eines intersektionalen Menschenrechtsansatzes⁶⁰ werden neben medizinischen und gesundheitlichen Risikofaktoren auch Ursachen sozioökonomischer Vulnerabilität betrachtet. Auch hier sind ältere Menschen von struktureller Benachteiligung betroffen, beispielsweise durch Altersdiskriminierung am Arbeitsplatz, durch nicht barrierefreien Zugang zu digitalen Dienstleistungen und somit unzureichender digitaler Teilhabe, sowie durch mangelnde soziale Unterstützung und gesellschaftliche Isolation. Die Bevölkerungsgruppe der Älteren entspricht also sowohl bei der Betrachtung medizinisch-gesundheitlicher Aspekte als auch in Bezug auf sozioökonomische Faktoren einer zu schützenden Bevölkerungsgruppe. Im

tischer, insbesondere völkerrechtlicher Sicht, in: Georg Lohmann et al. (Hrsg.), *Die Menschenrechte: unteilbar und gleichgewichtig? Studien zu Grund- und Menschenrechten* 11, 2005, S. 39–46 (41).

55 „Innerhalb der Stufe 1 sind die ≥80-Jährigen und die BewohnerInnen von Altenpflegeheimen besonders gefährdet und sollten, trotz schwerer Erreichbarkeit, zu Beginn der Impfkationen geimpft werden.“ Robert Koch-Institut (RKI), *Epidemiologisches Bulletin. Beschluss der Ständigen Impfkommision (STIKO) zur 1. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung*, 2021, S. 3.

56 WHO, *Allocation Mechanism for COVAX Facility Vaccines*, 2020.

57 Robert Koch-Institut (RKI), *Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19*, 2021.

58 Als direkte Folgen werden die unmittelbaren gesundheitlichen Auswirkungen einer COVID-19 Erkrankung bezeichnet, wie Infektionsverlauf, Hospitalisierung und Mortalität.

59 Migita D’cruz/Debanjan Banerjee, *An invisible human rights crisis: The marginalization of older adults during the COVID-19-pandemic*, in: *Psychiatry Research* 292 (2020).

60 *Sekalala et al.* (Fn. 40).

Rahmen eines intersektionalen Menschenrechtsansatzes ist daher eine Priorisierung Älterer bei der Verteilung von COVID-19-Impfstoff geboten.

Der zweite Grundsatz eines menschenrechtlichen Allokationskonzepts bezieht sich auf die Direktive des Diskriminierungsverbots. Bezogen auf die ältere Bevölkerung gilt es, im Rahmen des Verteilungsprozesses Altersdiskriminierung zu vermeiden: Menschen dürfen nicht aufgrund ihres Alters bei der Impfstoffverteilung benachteiligt werden. Um dem Gleichheitsgrundsatz der Menschenrechte gerecht zu werden, müssen alle Menschen unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Grundvoraussetzungen dieselben Chancen erhalten. Im Pandemieverlauf kam es immer wieder zu altersbasierenden Diskriminierungen und zur Marginalisierung Älterer. Die bereits vorhandene Unsichtbarkeit und soziale Exklusion wurden im Pandemieverlauf verschärft⁶¹ und ältere Menschen ihrer Handlungsfähigkeit, Autonomie und Unabhängigkeit beraubt.⁶² Durch eine Priorisierung Älterer bei der Impfstoffverteilung können diese strukturellen Missstände berücksichtigt und die Menschenrechte der älteren Bevölkerungsgruppen gewahrt werden.

Die obige Argumentation spricht sich für eine Priorisierung Älterer beim Zugang zu COVID-19-Impfstoff aus. Das chronologische Alter sollte jedoch nicht als alleiniges Entscheidungskriterium bei Allokationsverfahren dienen: Gemäß eines intersektionalen Menschenrechtsansatzes gilt es, diejenigen Mitglieder der Gesellschaft zu priorisieren, die neben einem hohen Lebensalter zusätzlich sozioökonomische Risikofaktoren für Mehrfachdiskriminierung aufweisen, wie beispielsweise Frauen, Geflüchtete, Armutsgefährdete, Pflegebedürftige oder Menschen mit kognitiven Defiziten. Da es sich bei der Bevölkerungsgruppe der Älteren außerdem nicht um eine homogene Gruppe handelt, ist eine Beschrän-

kung auf den Faktor ‚Alter‘ als Zuteilungskriterium nicht zielführend.⁶³ Stattdessen resultiert daraus eine generalisierte Einstufung Älterer als vulnerable Gruppe.⁶⁴ Diese Kategorisierung „birgt die Gefahr von Altersstereotypisierung und Ageism, bei der ältere Menschen pauschal als schutzlos, gebrechlich und hilflos betrachtet werden.“⁶⁵ Die gleichzeitige Beurteilung medizinischer und sozioökonomischer Faktoren macht die Berücksichtigung weiterer Gruppen mit besonderer Schutzbedürftigkeit unerlässlich: Neben dem Schutzanspruch Älterer gilt es, beispielsweise Menschen mit Behinderung oder Kinder besonders in den Blick zu nehmen und vor direkten und indirekten Pandemiefolgen zu bewahren. Die Fokussierung auf das chronologische Alter und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken sind für einen ganzheitlich menschenrechtlichen Ansatz nicht ausreichend. Zudem gibt es Argumentationen, die in der Berücksichtigung des Lebensalters bei der Ressourcenverteilung nicht unbedingt einen Widerspruch zum Prinzip der Chancengleichheit erkennen. So argumentiert beispielsweise die Juristin Elisa Hoven für eine gerechte Verteilung von Lebenszeit: „Aus Fairnessgründen sollte die Behandlung dem jüngeren Patienten zukommen, der sein Leben noch vor sich hat.“⁶⁶ Um faire Chancengleichheit und den menschen-

61 Susan McGrath, COVID-19, human rights and older people, in: *Australasian Journal on Ageing* 39 (2020).

62 D’Cruz/Banerjee (Fn. 59).

63 Klotz (Fn. 16), S. 22.

64 Der Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen hat sich im Kontext der Menschenrechtssprache für die Anerkennung situativer Vulnerabilität ausgesprochen. So wird der Ausschuss künftig die Bezeichnung „persons in vulnerable situations“ der zuvor gebräuchlichen Formulierung „vulnerable persons“ vorziehen, um Vulnerabilität als Folge struktureller Ungleichheit und weniger als individuelles Persönlichkeitsmerkmal zu verstehen. Vgl. *Catharina Caspari*, Situative Vulnerabilität als Ausdruck der Menschenrechtssprache? Das neue Vulnerabilitätsverständnis des Menschenrechtsausschusses der Vereinten Nationen im Kontext seiner Klima-Entscheidungen, in: *MRM* 28,1 (2023), S. 5–15 (5–6).

65 Klotz (Fn. 16), S. 19.

66 Elisa Hoven, Berücksichtigung von Lebensalter und Lebenserwartung, in: Tatjana Hörnle/Stefan Huster/Ralf Poscher (Hrsg.), *Triage in der Pandemie*, 2021, S. 335–370 (362).

rechtlichen Gleichheitsanspruch zu wahren, sollen alle Menschen dieselben Möglichkeiten erhalten – unter der Berücksichtigung der Ungleichverteilung von Lebensjahren als „Gut, von dem ältere Menschen bereits mehr bekommen haben als jüngere.“⁶⁷ Denn laut Hoven gehe es bei medizinischen Verteilungsfragen „nicht nur um eine gerechte Allokation von Ressourcen, sondern auch des zu schützenden Rechtsguts Leben.“⁶⁸

VI. Fazit und Ausblick

Im Pandemieverlauf wanderte die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit. Der resultierende gesellschaftspolitische Diskurs über den Umgang mit Älteren kann als Chance begriffen werden, sich den Themen Ageism, Altersdiskriminierung und Stigmatisierung zu stellen und die Rolle Älterer innerhalb der Gesellschaft zu diskutieren und ihre Rechte zu stärken. Aufklärung und Bildung sowie die Etablierung einer Menschenrechtsagenda im Umgang mit Älteren können dazu beitragen, die Integration älterer Menschen in die Gesellschaft und deren Teilhabe am sozialen Leben zu fördern.⁶⁹ Zudem wird die Forderung nach einer UN-Menschenrechtskonvention für Ältere laut, um die Schutzbedürftigkeit Älterer und deren Rechte stärker anzuerkennen und eine Politik des gesunden Alterns als Menschenrechtsgebot zu verankern.⁷⁰

Die Pandemiesituation als gesamtgesellschaftliche Herausforderung erfordert eine gesamtgesellschaftliche Lösungsstrategie, die unterschiedliche Interessen berücksichtigt. Die Fokussierung auf die Menschenrechte ist von hoher Relevanz, um die ethisch-menschenrechtliche Perspektive in der Debatte um gerechte Impfstoffver-

teilung nicht aus den Augen zu verlieren. Denn die Frage nach gerechter Verteilung von Gesundheitsleistungen betrifft nicht nur die Formulierung von Allokationsstrategien. Es geht vielmehr um die Schaffung fairer Chancengleichheit und die Gewährleistung von gleichberechtigtem Zugang zum Gesundheitswesen – auch über die aktuelle Krise hinaus. Durch die COVID-19-Pandemie kam es zu einer deutlichen Verschärfung der Ungleichheit in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit.⁷¹ Um das Menschenrecht auf Gesundheit zu gewährleisten, müssen sozioökonomische Unterschiede anerkannt sowie Diskriminierung und Ungerechtigkeit innerhalb der Gesellschaft effektiv bekämpft werden. Statt sich ausschließlich auf die Formulierung von Priorisierungskriterien zu fokussieren, erscheint es sinnvoller, neben den direkten medizinischen Problemen auch die sozialen Determinanten von Gesundheit und die Interdependenz aller zu schützenden Menschenrechte zu adressieren.⁷² Ein menschenrechtlicher Ansatz kann dazu beitragen, einen ganzheitlichen Blick auf die Gesundheitsversorgung der Gesellschaft zu werfen und bietet die Chance für Diskriminierungsfreiheit, Offenheit und Toleranz – für eine diverse, antirassistische, feministische und inklusive Antwort auf die Fragen nach gerechter Verteilung:

“A healthy society is more cohesive and productive. This perspective may contribute to a more prosperous, peaceful, and sustainable world.”⁷³

67 Müller (Fn. 29), S. 111.

68 Hoven (Fn. 66), S. 363.

69 McGrath (Fn. 61).

70 Benjamin M. Meier/Victoria Matus/Maximillian Seunik, COVID-19 raises a health and human rights imperative to advance a UN Convention on the Rights of Older Persons, in: BMJ Global Health 6 (2021), S. 1–6 (5).

71 Bildungsungleichheit, Einkommensungleichheit, Arbeitslosigkeit, Wohnraum, geschlechtsspezifische Ungleichheiten.

72 Hier könnten beispielsweise der gerechte Zugang zu Gesundheitsleistungen und Bildungsangeboten oder Diskriminierungsfreiheit am Arbeits- und Wohnungsmarkt als Grundbedingungen für soziale Gerechtigkeit diskutiert werden.

73 Nunes (Fn. 20), S. 6.

Der vorliegende Beitrag wurde im Rahmen einer kumulativen Dissertation zum Abschluss des medizinischen Dokortitels („Dr. med.“) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) erstellt. Das

Promotionsprojekt wird im Rahmen des Graduiertenkollegs „Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere“ (Leitung: Prof. Dr. Andreas Frewer) von der Josef und Luise Kraft-Stiftung gefördert.