

# ALTE MENSCHEN ALS RISIKOGRUPPE IN DER CORONA-PANDEMIE

## ZUR ETHISCHEN KRITIK DES KONZEPTS VULNERABLER GRUPPEN UND SEINER NÜTZLICHKEIT IN DER PANDEMIE

*Michael Coors*

In der Corona-Pandemie war und ist immer wieder davon die Rede, dass die besonders vulnerablen Gruppen – und dazu gehören insbesondere Menschen in einem höheren Lebensalter – eines besonderen Schutzes durch die Gesellschaft bedürfen. Zahlreiche politische Maßnahmen, die auf eine Reduktion des Infektionsgeschehens insgesamt zielten (Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht) wurden unter Verweis auf diese Gruppen begründet, die bei einem uneingeschränkten Infektionsgeschehen besonders hohen Gefahren ausgesetzt sind. Bezüglich des Zugangs zur Impfung gegen Covid-19, die insbesondere die geimpften Personen selbst vor einem schweren Krankheitsverlauf schützt, hatten wiederum Menschen, die zu diesen vulnerablen Gruppen gehören, einen priorisierten Zugang zum Angebot der Impfung. Als besonders vulnerabel gelten dabei all diejenigen, die im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung ein erhöhtes *Risiko* für einen schweren Covid-19-Verlauf haben. Darum geht der Begriff der vulnerablen Gruppe fließend über in den Begriff der Risikogruppe.

Ich gehe im Folgenden davon aus, dass der Begriff der *Vulnerabilität* entsprechend seiner Wortbedeutung auf die Möglichkeit verweist, verwundet (von lat. *vulnus* für Wunde) bzw. verletzt zu werden (Coors, 2022a). Vulnerabilität in diesem Sinne ist eine Eigenschaft allen und damit auch des menschlichen Lebens. Insofern für die moderne Medizin ein Krankheitsverständnis prägend ist, nach dem Krankheiten durch Erreger (Viren oder Bakterien) verursacht werden, die in den Körper eindringen, können Erkrankungen als Verletzungen der körperlichen Integrität verstanden werden und fallen damit auch unter das Paradigma der Vulnerabilität: Verletzlich zu sein, schliesst das Risiko ein, zu erkranken.<sup>1</sup> Über den Begriff des *Risikos* erfolgt eine Quantifizierung der

---

<sup>1</sup> Dass darin ein komplexes medizinisch-politisches Dispositiv vorausgesetzt ist, nach dem der Körper als Integritätszone im Gegenüber zu einer Umwelt zu verstehen ist, die ihn bedroht und gegen die sich der Körper verteidigen muss (durch sein Immun-

Wahrscheinlichkeit, dass eine Verletzung für eine bestimmte Person oder bei einer Gruppe von Personen eintritt. Für jeden Menschen besteht grundsätzlich immer ein Risiko, verletzt zu werden: Das macht die allgemeine, anthropologische Verletzlichkeit eines jeden Menschen aus. Unter bestimmten Bedingungen bestehen aber für bestimmte Menschen besonders hohe Risiken der Verletzung. Eben darauf zielt die Zusammenfassung dieser Menschen zu einer Risikogruppe bzw. zu einer besonders vulnerablen Gruppe.

Mit dem Status der Zugehörigkeit zu einer solchen Gruppe verbindet sich die Vorstellung von besonderen moralischen Schutzpflichten der Gesellschaft gegenüber den betroffenen Menschen. Diese moralische Intuition entspricht auch einem christlichen Liebesethos, nach dem insbesondere die schwächsten Glieder einer Gesellschaft durch diese zu schützen sind (Coors, 2022b) und das in dieser Form schon in der christlichen Antike zur Entwicklung erster solidarischer Versorgungssysteme für arme und kranke Menschen führte (Ferngren, 2009: 113–130). Der Frage nach der Begründung dieser moralischen Intuition gehe ich im Folgenden nicht nach (vgl. dazu z. B. Coors, 2022a), sondern setze diese voraus und konzentriere mich darauf, einige Probleme zu diskutieren, die auf der Grundlage dieser moralischen Intuition entstehen, wenn besonders vulnerable Personen zu Gruppen zusammengefasst werden.

Am Beispiel der Rede von alten Menschen als Risikogruppe in der Coronapandemie lässt sich exemplarisch beides verdeutlichen: einerseits die Schwierigkeiten der Rede von *vulnerablen Gruppen*, andererseits die moralische und pragmatische Notwendigkeit der Stratifizierung der Gesellschaft nach Risikogruppen zum Zweck der Pandemiebekämpfung. Ich werde im Folgenden zunächst auf drei Schwierigkeiten des Begriffs der vulnerablen Gruppen eingehen: (1.) die Unterscheidung von anthropologischer und gruppenbezogener Vulnerabilität, (2.) die inhaltliche Füllung des Begriffs der Vulnerabilität, (3.) das Problem der Gruppenformierung und Stereotypisierung, um dann (4.) aufzuzeigen, warum es in der Situation einer Pandemie dennoch in bestimmten Grenzen zielführend sein kann, im Rahmen politischen Handelns die Gesellschaft nach Risikogruppen zu stratifizieren.

---

system), macht deutlich, dass dieses Krankheitsverständnis selbst Ergebnis eines komplexen kulturellen Deutungsprozesses ist (vgl. dazu ausführlich COHEN, 2009), bzw. dass Gesundheit und Krankheit im Sinne von Latour als Hybride zu verstehen sind, weil sie nicht in rein naturwissenschaftlichen Beschreibungen oder bloß sozialen Konstruktionen aufgehen (LATOUR, 2019).

## 1. ANTHROPOLOGISCHE UND BESONDERE VULNERABILITÄT

Der Begriff der vulnerablen Gruppen begegnet prominent erstmals im Belmont Report (The National Commission, 1978: 14, 17, 19f.), der 1978 forschungsethische Standards für die medizinische Forschung in den USA definierte (Luna, 2009: 122; ten Have, 2015: 395). Der Report spricht einerseits davon, dass Probandinnen und Probanden *besonders* vulnerabel (»especially vulnerable«) sein können (The National Commission, 1978: 14), andererseits begegnet auch hier bereits die Zusammenfassung dieser einzelnen Personen zu vulnerablen Gruppen (»vulnerable populations«), mit Blick auf die die Besonderheit ihrer Vulnerabilität nicht mehr betont wird (a. a. O., 17, 19f.). Die moralische Relevanz dieser besonderen Vulnerabilität liegt hier darin, dass für diese Personen bzw. die definierten Gruppen besondere Schutzpflichten im Kontext der Forschung gelten.

Im Laufe der weiteren forschungsethischen Rezeption des Begriffs fällt die Betonung der *besonderen* Vulnerabilität meistens weg. So ist in den »International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans« des »Council for International Organizations of Medical Sciences« (CIOMS, 2002; 2016) sowie in der Deklaration von Helsinki der »World Medical Association« (WMA, 2000; 2004; 2008; 2013) in ihren unterschiedlichen Auflagen nur noch allgemein von vulnerablen Personen oder Gruppen die Rede, ohne dass darauf Bezug genommen würde, dass es sich um eine *besondere* Vulnerabilität handelt. Damit geht aber der Zusammenhang zwischen diesem operationalisierbaren, gruppenbezogenen Begriff von Vulnerabilität und der allgemeinen anthropologischen Vulnerabilität eines jeden Menschen verloren. Infolgedessen können diese beiden Begriffe mitunter geradezu als Gegensatz begriffen werden, oder die Rede von einer allgemeinen Vulnerabilität nicht mehr als zielführend erscheinen, weil sie nicht mehr zu identifizieren erlaube, gegenüber welchen Personen besondere Schutzpflichten bestehen (Luna, 2009: 128).

Gerät der graduelle Übergang von allgemeiner anthropologischer Vulnerabilität zur besonderen Vulnerabilität bestimmter Personen aus dem Blick, so kann der Eindruck erzeugt werden, dass es um eine binäre Unterscheidung zwischen vulnerablen und nicht-vulnerablen Personen(gruppen) geht. Die Rede von der *besonderen* Vulnerabilität betont demgegenüber, dass jeder Mensch verletzlich ist, dass aber einige Menschen *unter bestimmten Umständen* besonders verletzlich sein können (Tavaglione et al., 2015; Bozzaro et al., 2018: 238). Solch ein graduelles Verständnis von Vulnerabilität eröffnet den Blick auf den Zusammenhang von besonderer Vulnerabilität und dem jeweiligen situativen Kontext, durch den die allgemeine menschliche Vulnerabilität in besonderer Weise an moralischer Relevanz gewinnt (Luna, 2009: 129). Die Vorstellung, dass Personen, die in bestimmten Situationen besonders vulnerabel sind, Anspruch auf besonderen Schutz haben, beruht dann auf der Vorstellung,

dass in der allgemeinen Vulnerabilität des Menschen überhaupt moralische Schutzpflichten begründet werden können (Thomasm, 2000: 7f.; Coors, 2022a).<sup>2</sup> Die besonderen Vulnerabilitäten entstehen dann dadurch, dass Menschen durch situative Umstände einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, das die allgemeine Disposition der Verletzlichkeit in spezifischer Weise wirksam werden lässt. In der Charakterisierung einer besonderen Verletzlichkeit spielen darum immer intrinsische (Sensitivität) und extrinsische Faktoren (Exposition) zusammen.<sup>3</sup>

## 2. DIE SITUATIVE INHALTLICHE BESTIMMUNG DER BESONDEREN VULNERABILITÄT

Im Kontext der medizinischen Forschungsethik wird die besondere Vulnerabilität von Personen inhaltlich in der Regel an ihrer eingeschränkten Autonomiefähigkeit festgemacht (Levine et al., 2004: 45) bzw. daran, dass Menschen nicht in der Lage sind, ihre eigenen Interessen zu vertreten (Hurst, 2008: 192). Hurst unterscheidet von diesen »consent-based«-Konzeptionen darum solche, die »harm-based« argumentieren und die davon ausgehen, dass vulnerable Personen in besonderer Weise dem Risiko eines körperlichen Schadens ausgesetzt sind, der über die Einschränkung ihrer Autonomie hinausgeht. Letztes ist offensichtlich der Fall, wenn im Kontext der Corona-Pandemie von der besonderen Verletzlichkeit alter Menschen die Rede ist. Je älter Menschen werden, desto höher ist ihre Anfälligkeit für Erkrankungen und desto schwächer ist die körperliche Adaptationsfähigkeit ausgeprägt, so dass Erkrankungen allgemein ein höheres Gesundheitsrisiko darstellen. Zum anderen geht es insbesondere um ältere Menschen, die aufgrund von Pflegebedürftigkeit in stationären Einrichtungen untergebracht sind, und für die eine zusätzliche erhöhte Vulnerabilität aus dieser Unterbringung resultiert.

Der Gegensatz zwischen schadens- und autonomiebasierten Konzeptionen der Vulnerabilität ist allerdings selbst wiederum nur ein situativer. Denn ob

<sup>2</sup> Dies kann man weiterführen bis hin zu einer Begründung von Menschenrechten in der Vulnerabilität des Menschen (KIRCHSCHLÄGER, 2015).

<sup>3</sup> HENK TEN HAVE (2016: 12f.) unterscheidet entsprechend zwischen dem intrinsischen Aspekt der Sensitivität und dem extrinsischen Aspekt der Exposition als konstitutiven Dimensionen der Verletzlichkeit. Als drittes Moment kommt das der Adaptation hinzu, das für Verletzlichkeit konstitutiv ist, weil der Begriff der Verletzung immer auf die Möglichkeit der Heilung oder Genesung verweist (SPRINGHART, 2016: 206). Das unterscheidet eine Verletzung von der Schädigung eines Gegenstandes, und verweist darauf, dass wir nur mit Blick auf Lebewesen von Verletzungen und Verletzlichkeit sprechen, nicht aber mit Blick auf nicht-lebende Gegenstände.

eher das Risiko der Verletzung durch einen äußeren, körperlichen Schaden oder das Risiko der Verletzung der Selbstbestimmungsrechte einer Person im Vordergrund steht, hängt davon ab, was in einer Situation als moralisch relevante Gefahr für die betroffenen Personen betrachtet wird. Dabei geht es in der Regel um das Zusammenspiel von extrinsischen und intrinsischen Aspekten der Vulnerabilität. So ist – auch aufgrund historischer Erfahrungen – unbestritten, dass in der Forschung mit Menschen eine besondere Gefahr für Personen besteht, die nicht in der Lage sind, selbstbestimmt in die Forschung einzuwilligen. Denn das Kriterium der selbstbestimmten Einwilligung der Probandinnen und Probanden hat im Kontext der Forschungsethik eine wichtige Schutzfunktion. Dementsprechend besteht für Menschen, die aufgrund einer intrinsischen Disposition (kognitive Einschränkungen) oder aufgrund extrinsischer Umstände (z.B. Abhängigkeitsverhältnisse) in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt sind, ein erhöhtes Risiko, in ihrer moralischen Integrität als autonome Personen verletzt zu werden. Dies zu betonen, setzt bereits ein bestimmtes ethisch reflektiertes Verständnis der Situation voraus, nämlich dass z. B. eine Person, die im Rahmen eines Forschungsprojektes instrumentalisiert wird, in ihrer Würde verletzt wird (zu Instrumentalisierung und Würdeverletzung vgl. Schaber, 2010). Hinsichtlich der besonderen Verletzlichkeit einer Person in einer konkreten Situation ist also die Frage entscheidend, was das jeweils zu schützende moralische Gut ist, mit Blick auf das eine Person einem erhöhten Risiko der Verletzung ausgesetzt ist.

Dass alte Menschen im Kontext der Corona-Pandemie als besonders vulnabel gelten, hat hingegen offensichtlich nichts damit zu tun, dass sie nicht in der Lage dazu wären, selbstbestimmt zu entscheiden. Das mag auf einzelne ältere Menschen, z. B. solche mit dementieller Veränderung, zutreffen, aber das besondere Risiko alter Menschen in der Corona-Pandemie besteht darin, dass für sie ein besonders hohes Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs und des Versterbens an Covid-19 besteht (Naveed et al., 2021: 6). Das moralisch zu *schützende Gut ist hier also ihre Gesundheit bzw. ihr Leben, das sie in der Situation einer Pandemie auch bei noch so viel Selbstbestimmung nur sehr begrenzt selbst schützen können*. Das gilt nicht nur für alte Menschen, sondern für alle Menschen, bei denen eine intrinsische Disposition besteht, die das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs bei Covid-19 erhöht.

Um neben der besonderen Vulnerabilität von Probandinnen und Probanden und derjenigen von alten Menschen in der Pandemie noch ein drittes, ganz anderes Beispiel für eine besondere, situationsbezogene Vulnerabilität anzuführen: In der Situation der Flucht (z.B. aufgrund von Hungersnot) sind es nochmals andere Faktoren, an denen die besondere Vulnerabilität von Personen inhaltlich festzumachen ist. So besteht in dieser Situation unter anderem für Menschen mit einer schwach ausgeprägten körperlichen Fitness, die z. B. nicht in der Lage sind, lange Fußmärsche unter den Bedingungen von Nah-

rungsknappheit und Schlafmangel auszuhalten, eine ausgeprägte Gefahr für ihre Gesundheit und ihr Leben. Das wird in der Regel insbesondere Kinder, ältere Menschen, oft aber auch Frauen betreffen, und führt umgekehrt dazu, dass vor allem junge, kräftige Männer das Risiko der Flucht auf sich nehmen bzw. diejenigen sind, die eine solche Flucht überleben. Hier wird bedingt durch die Situation körperliche Schwäche zum Inhalt der besonderen Verletzlichkeit.<sup>4</sup>

Diese drei Beispiele machen deutlich, dass die besondere Vulnerabilität von Personen sich immer aus mehreren Faktoren ergibt: (a) einer intrinsischen Disposition (z. B. kognitiver Einschränkung, Alter, Vorerkrankung, geringer körperlicher Fitness) und (b) einer Situation, in der Personen aufgrund einer oder mehrerer dieser Dispositionen einer besonderen Gefahr ausgesetzt sind (z. B. Forschung am Menschen, Pandemie, Flucht). Moralisch relevant werden diese beiden Faktoren, wenn die Gefahr, der diese Personen ausgesetzt sind, (c) ein moralisches Gut (Autonomie, körperliche Integrität, Leben) bedroht, das wir in unserer Gesellschaft durch ein entsprechendes Recht schützen.

Die besondere Verletzlichkeit von Personen ist so immer auch Ergebnis einer ungleichen Verteilung von Gefahren und der Fähigkeit, sich den gegebenen Gefahren zu stellen. Damit ist sie zum einen Resultat dessen, was John Rawls die »lottery of nature« genannt hat (Rawls, 1971: 64), aber auch Resultat sozialer Ungleichheiten, die dazu führen, dass einige Menschen schlechter vor Gefahren geschützt sind als andere. Dass einige Menschen in einer Situation besonders verletzlich sind, während andere in derselben Situation Vorteile für sich realisieren können, verweist darauf, dass besondere Verletzlichkeiten immer auch Resultat von Machtasymmetrien sind. Gerade die sozial bedingte ungleiche Verteilung von Verletzungsrisiken kann man in diesem Sinne auch als das Ergebnis von Prozessen der Vulnerabilisierung bestimmter Personen durch die gesellschaftlichen Umstände begreifen (Bueno Gómez, 2022: 113–118).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die moralische Pflicht, besonders vulnerablen Personen zu helfen, eine Gerechtigkeitspflicht ist, die darauf zielt, eine ungerechtfertigte ungleiche Verteilung von Gefahren für Personen zumindest partiell auszugleichen. Zugleich ist die Frage nach dem Umgang mit der besonderen Vulnerabilität von bestimmten Personen eine Frage nach dem Umgang mit Macht und der Begrenzung von machtbedingten Abhängigkeiten. Die Rede von der besonderen Verletzlichkeit einiger Personen verweist in die-

---

<sup>4</sup> Diese kurze Darstellung bringt selbstverständlich nicht alle relevanten Vulnerabilitätsfaktoren zur Geltung und zeigt zugleich die im Folgenden noch zu thematisierende Problematik der Gruppenzuweisung: Denn bei weitem nicht allen Frauen mangelt es an körperlicher Fitness. Vielmehr spielen hier auch andere Vulnerabilitätsfaktoren eine Rolle, die zum Teil auch sozial bedingt sind, wie z. B., dass mitunter Frauen eine besondere Verantwortung für die Sorge für Kinder zugeschrieben wird.

sem Zusammenhang zugleich darauf, dass es nicht darum geht, jegliche Verletzlichkeit zu beseitigen. Entscheidend ist vielmehr, wie Situationen, in denen Menschen einander begegnen, so gestaltet werden können, dass möglichst wenige Menschen aufgrund einer *besonderen* Verletzlichkeit in ihren Rechten eingeschränkt werden.

### 3. RISIKOGRUPPEN UND DISKRIMINIERENDE STEREOTYPISIERUNGEN

All diese Ausführungen haben bisher individuelle Risiken und Gefahren in den Blick genommen: Einzelne Personen sind unter bestimmten Umständen besonders verletzlich, d. h. sie sind einem erhöhten Verletzungs- oder Erkrankungsrisiko ausgesetzt. Angesichts eines solchen situativ bedingten Kontinuums von zuweilen stärker und zuweilen schwächer ausgeprägten Verletzungsrisiken klare Grenzen zu ziehen und bestimmte Personen aufgrund eines gemeinsamen Verletzungsrisikos zu einer *Risikogruppe* zusammenzufassen, geht notwendigerweise immer mit einem Moment des Willkürlichen einher. Das kann man am Beispiel der Definition von Risikogruppen in der Corona-Pandemie verdeutlichen: So gibt es neben dem Alter eine Reihe von weiteren Aspekten, die darauf hinweisen, dass Menschen in der Pandemie ein erhöhtes Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf haben (Naveed et al., 2021: 4–8). Als Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko für medizinische Komplikationen werden die folgenden Gruppen aufgezählt: Menschen mit Herzkrankheit, Atemwegserkrankungen, Diabetes oder Krebs sowie Raucherinnen und Raucher, Schwangere, ältere Erwachsene und Reisende.

Die Heterogenität dieser Gruppenzuordnung fällt auf den ersten Blick auf: Einerseits handelt es sich um intrinsische Faktoren, wie z. B. bestehende körperliche Erkrankungen oder eine Schwangerschaft, andererseits sind es extrinsische Faktoren, die dazu führen, dass ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht, wie z. B. der Arbeitsort (Mitarbeitende im Gesundheitswesen) oder die Tätigkeit des Reisens.<sup>5</sup> Mit Blick auf diese Heterogenität der Kriterien ist es sinnvoll, noch einmal zu differenzieren zwischen Risikofaktoren, die ein erhöhtes Risiko für eine Infektion bedeuten, und Risikofaktoren, die ein Risiko für einen schweren Verlauf im Falle einer Infektion implizieren. Ob man zur Gruppe derer gehört, die ein erhöhtes Infektionsrisiko haben, hängt wesentlich von extrinsischen und intrinsischen Faktoren ab, ob das Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf besteht, hängt allein von intrinsischen Faktoren ab, da hier

---

<sup>5</sup> Auf das Problem der Heterogenität von Vulnerabilitätsfaktoren verweisen auch schon KIPNIS, 2001: G2f. und LUNA, 2009: 124.

bereits vorausgesetzt ist, dass eine Exposition gegenüber dem Virus stattgefunden hat. Ob das Infektionsrisiko oder das Verlaufsrisiko im Vordergrund steht, entscheidet darüber, ob v. a. intrinsische oder ob auch extrinsische Vulnerabilitätsfaktoren für die Bildung von Risikogruppen relevant sind. Mit Blick auf die Gruppe alter Menschen muss man also unterscheiden, ob die Rede von ihrer besonderen Vulnerabilität v. a. darauf zielt, dass sie aufgrund des fortgeschrittenen körperlichen Alterungsprozesses ein höheres intrinsisches Risiko für einen schweren Verlauf der Erkrankung haben, oder ob es in erster Linie um diejenigen alten Menschen geht, die in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht sind, in denen sie einem erhöhten Risiko der Infektion ausgesetzt sind. Welches Risiko im Vordergrund steht, ist eine Policy-Entscheidung, die wesentlich davon abhängt, welches gesundheitspolitische Ziel mit der Bildung von Risikogruppen verfolgt wird.

Am Beispiel der Risikogruppe alter Menschen wird zudem ein weiteres grundlegendes Problem einer Stratifizierung der Bevölkerung nach Risikogruppen deutlich. Die so gebildeten Gruppen sind in sich oft überaus heterogen. Denn so schwer sich bestreiten lässt, dass ein höheres chronologisches Alter mit einer Zunahme an Vulnerabilität einhergeht (Coors, 2020a: 49-98), weil Altern eben auch ein Prozess des Verlustes der körpereigenen Regenerationsfähigkeit darstellt und mit einer erhöhten Sensitivität gegenüber z. B. viralen Infektionen einhergeht, so individuell verschieden prägt sie sich jedoch aus. Darum halten Bozzaro et al. (2018: 236) fest: »The assumption that the elderly are per se vulnerable is simply no longer self-evident.« Die Zunahme an Vulnerabilität im Alternsprozess gestaltet sich vielmehr so unterschiedlich wie die Alternsprozesse selbst (Lowsky et al., 2014). Schon der Rückgriff auf das chronologische Alter ist wenig aussagekräftig, weil das Maß der besonderen Vulnerabilität innerhalb einer Gruppe gleich hochaltriger Personen sehr unterschiedlich ausfallen kann (Kruse, 2020: 102-106).

Es ist immer nur ein Prozentsatz von Menschen einer Altersgruppe, bei denen eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus einen so schweren Verlauf nimmt, dass eine weitergehende medizinische Versorgung notwendig wird. Das bedeutet umgekehrt, dass es auch in der Gruppe der Hochaltrigen eine Gruppe von Menschen gibt, die nicht schwer erkranken. Dennoch werden sie alle zu einer Gruppe von Risikopatientinnen und -patienten gezählt, weil in ihrer Altersgruppe ein besonders hoher Anteil an Personen schwer erkrankt. Die Gruppenbildung geschieht dabei in präventiver Absicht, weil niemand weiß, wer diejenigen Personen in der Gruppe sind, die im Falle eines Infektionsausbruches schwer erkranken werden. Dennoch kann die pauschale Zuordnung aller Personen zur Risikogruppe *alte Menschen* problematisch werden, wenn daraus z. B. konkrete Schutzmaßnahmen folgen mit einem freiheitsbeschränkenden Charakter, in die die Betroffenen aber nicht eingewilligt haben. Pauschal einer Gruppe von Menschen Freiheitsrechte zu entziehen (z. B. durch Kontaktbe-

schränkungen), aufgrund einer Eigenschaft, die sie nicht frei gewählt haben (Alter), wäre unter normalen Umständen klar eine Form der Diskriminierung.

Diskriminierend kann die Einordnung einer Person in die Risikogruppe alte Menschen aber auch schon sein, bevor es um konkrete Maßnahmen geht, weil durch die öffentliche Bezeichnung von alten Menschen als Risikogruppe gesellschaftlich bereits wirksame diskriminierende Stereotype nicht nur reproduziert, sondern auch verstärkt werden (Bozzaro et al., 2018: 236; Ayalon, 2020). Altersdiskriminierende Stereotype wie die vom gebrechlichen und vom kognitiv eingeschränkten alten Menschen werden durch die Benennung von alten Menschen als besonders vulnerabler Gruppe verfestigt. Menschen, die diesem Stereotyp nicht entsprechen, erleben dementsprechend ihre Einordnung in eine solche Gruppe als diskriminierend, weil ihnen aufgrund ihres bloßen chronologischen Alters Schwächen zugeschrieben werden, die sie gar nicht haben.

Dieses Problem tritt auch bei anderen sogenannten vulnerablen Gruppen auf (Luna, 2009: 127): Das Zusammenfassen sehr unterschiedlicher Menschen zu einer vulnerablen Gruppe ebnet die bestehenden Differenzen zwischen den Individuen ein und unterstellt eine Eindeutigkeit, die nicht gegeben ist (Levine et al., 2004: 47). Wenn die einen (z. B. wissenschaftliche Expertinnen und Experten) andere Personen als Teil einer vulnerablen Gruppe charakterisieren, kann sich darin eine noch weitergehende Vulnerabilisierung dieser Personen durch Stereotypisierung vollziehen, in der sich bereits bestehende gesellschaftliche Machtasymmetrien verstärken (Bueno Gómez, 2022: 116 f.). Dabei geht es nicht darum, dass eine Diskriminierung dieser Personen durch die Zuschreibung einer Gruppenidentität intendiert ist, sondern darum, dass die Zuschreibung der Identität als vulnerable Gruppe in einem gesellschaftlichen Kontext geschieht, in dem die Zuschreibung einer Gruppenidentität (in diesem Fall *alte Menschen*) sich bereits mit einer – häufig nicht offen kommunizierten – diskriminierenden Praxis im Umgang mit dieser Gruppe von Menschen verbindet. Bestehende Stereotypen gegenüber gesellschaftlichen Gruppen werden so stabilisiert und dadurch die Komplexität der einander überlappenden Risikofaktoren (s. o.) übergangen: »When vulnerability is used as a fixed label on a particular subpopulation, it suggests a simplistic answer to a complex problem« (Luna, 2009: 124).

Dass Altersdiskriminierung aufgrund von Stereotypen schon lange vor der Adressierung von alten Menschen als vulnerabler Gruppe stattfindet, kann als empirisch gut belegt gelten (z. B. Palmore, 2001; McConatha et al., 2003; Chang et al., 2020). Insofern ihre Markierung als Risikogruppe unmittelbare freiheits-einschränkende Auswirkungen hat, der sich die betroffenen Personen nicht durch selbstbestimmte Entscheidungen entziehen können, kann sie für die Betroffenen paternalistisch wirken – auch dann, wenn sie nicht als paternalistische Maßnahme intendiert und begründet ist. Die Verstärkung bereits beste-

hender Stereotype und Vorurteile zählt bei aller möglichen Legitimität der Stratifizierung der Bevölkerung in Risikogruppen zu den moralisch relevanten Nebenwirkungen.

Grundsätzlich ist es angesichts dieser Probleme m.E. moralisch angemessener, auf die Rede von besonders vulnerablen *Gruppen* zu verzichten, und stattdessen von besonders vulnerablen *Personen* bzw. *Individuen* zu sprechen, die aufgrund unterschiedlicher Indikatoren identifiziert werden können (vgl. Kruse, 2020: 106). Um solche Indikatoren für erhöhte Risiken zu identifizieren und Risiken aufgrund dieser Indikatoren zu berechnen, müssen zuvor allerdings wiederum Gruppen gebildet werden, weil Risikoaussagen immer Aussagen darüber sind, wie viele Personen einer über ein Merkmal verbundenen Gruppe von einer bestimmten Gefahr getroffen werden. Damit zeigt sich aber auch, dass die Zugehörigkeit zu einer solchen Gruppe noch nichts über die Betroffenheit der einzelnen Person aussagt. *Normativ* entscheidend ist aber, *warum* ein so berechneter Indikator für ein besonderes Risiko (z.B. kognitive Beeinträchtigung) für eine bestimmte Person in einer bestimmten Situation normativ relevant wird. Nicht also, *weil* jemand zu der Gruppe derjenigen Personen gehört, die kognitiv beeinträchtigt sind, ist er oder sie besonders zu schützen, sondern die kognitive Beeinträchtigung der Person kann ein Hinweis darauf sein, dass diese Person z.B. in der Situation der Einwilligung in ein Forschungsvorhaben einem besonderen Risiko der Ausnutzung entgegen ihren eigenen Interessen ausgesetzt ist, so dass besondere Sorgfaltspflichten im Umgang mit dieser Person gelten. Ein Risiko wird mit Blick auf die Gruppe von Personen berechnet, ob dieses Risiko aber für eine individuelle Person in der Gruppe relevant ist, kann nicht berechnet werden und bleibt darum eine individuelle Abwägungsentscheidung. Nicht jede Person mit kognitiver Beeinträchtigung (und nicht jede Person mit einem hohen Lebensalter) ist in einer bestimmten Situation in gleicher Weise besonders verletzlich, sondern es muss immer im Einzelfall geprüft werden, ob eine besondere Vulnerabilität aufgrund spezifischer Umstände vorliegt.

#### 4. DIE BILDUNG VON RISIKOGRUPPEN ALS LEGITIMES MITTEL POLITISCHEN HANDELNS IN DER PANDEMIE

In einer Pandemie stellt sich die Situation allerdings anders dar als z.B. in der Situation der Einwilligung in die Teilnahme an medizinischer Forschung. Das Grundproblem angesichts der SARS-CoV-2-Pandemie besteht in der schnellen Ausbreitung des Virus in der Bevölkerung in Verbindung mit einer hohen Rate an schweren Krankheitsverläufen, die schnell zu einer Überlastung der medizinischen Versorgungssysteme, insbesondere der medizinischen Intensivversorgung, führen können. Eine Überlastung der medizinischen Intensivversorgung

hätte dann wiederum weitreichende Konsequenzen für all diejenigen Menschen, die auf diese medizinische Versorgung angewiesen sind – sei es aufgrund einer schwer verlaufenden Covid-Erkrankung, aufgrund eines Unfalls oder eines anderen medizinisch dringend notwendigen Eingriffs. Eine Überlastung der medizinischen Versorgung gefährdet darum die Gesundheit und das Wohlergehen vieler Menschen und droht zu einer erheblichen Anzahl von Todesfällen zu führen, die unter normalen Umständen vermeidbar wären. Zum Schutz dieser Menschen – die dabei bis zum Eintreten der Situation der Überlastung bloß abstrakt bleiben<sup>6</sup> – muss sich das politische Handeln darauf richten, die Funktionsfähigkeit der medizinischen Versorgungssysteme aufrecht zu erhalten. Bevor es die Möglichkeit einer Impfung gab, die schwere Covid-Verläufe in den allermeisten Fällen verhindert, war die einzige Möglichkeit, dies zu realisieren, eine Verlangsamung der Infektionsdynamik. Dies konnte in erste Linie durch Kontaktbeschränkungen und Hygienemaßnahmen erreicht werden, die aber immer auch den Charakter freiheitseinschränkender Maßnahmen haben. Ethisch legitimieren lassen sich diese Maßnahmen gegenüber denjenigen Personen, deren Freiheit dadurch eingeschränkt wird, damit, dass sie dem Schutz des Wohls und des Lebens anderer dienen (Coors, 2020b).

Weil diese Maßnahmen in erster Linie die Zahl schwerer Krankheitsverläufe zu reduzieren beabsichtigen, ist es konsequent, dass sie insbesondere auf Personengruppen zielen, bei denen ein besonders hohes Risiko für schwere Krankheitsverläufe besteht. Denn dieses Risiko ist bei Covid-19 nicht egalitär verteilt, sondern für bestimmte Personengruppen besteht ein besonders hohes Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs (Naveed et al., 2021: 4–8). Dazu zählen in der Corona-Pandemie insbesondere auch Personen mit einem höheren Lebensalter (a. a. O., 6; Nikolich-Zugich et al., 2020). Dass diese Zuschreibung einer besonderen Vulnerabilität mit Blick auf die notwendigen gesundheitspolitischen Maßnahmen nicht individualisiert werden kann, liegt im Wesentlichen an zwei Faktoren: Zum einen (1) ist es nicht möglich, eine Aussage darüber zu treffen, welche Personen in dieser Gruppe jeweils ein besonders hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben, weil (bisher) keine verlässlichen individualisierbaren Risikofaktoren (wie z. B. bestimmte Biomarker) bekannt sind. Darum kann das individuelle Risiko einer Person – wenn man vom Impfstatus zunächst einmal absieht – nur aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer

---

<sup>6</sup> Darin liegt das wesentliche Problem in der Kommunikation dieser präventiven Maßnahmen: Man kann keine konkreten Personen benennen, die geschützt werden, bis der Zeitpunkt eintritt, an dem plötzlich sichtbar wird, wie viele Menschen hätten geschützt werden können. In der deutschen Diskussion waren die Bilder aus Bergamo (Italien) prägend, weil hier erstmals unmittelbar vor Augen stand, was passiert, wenn das abstrakte Szenario einer Überlastung des Systems Wirklichkeit wird.

Risikogruppe eingeschätzt werden. Zum anderen (2) zielen die präventiven Maßnahmen nicht auf die Individuen, sondern darauf, die Verbreitung des Virus in der jeweiligen Gruppe von Menschen zu verlangsamen, so dass es zu weniger Infektionen und damit auch zu weniger schweren Krankheitsverläufen in dieser Gruppe kommt.

Von daher erscheint es – wenn man die moralische Verpflichtung des Staates anerkennt, eine funktionierende Gesundheitsversorgung zum Schutz der Bürgerinnen und Bürger aufrecht zu erhalten – schlicht ein Gebot der politischen Klugheit, die Bevölkerung in der Pandemie nach Risikogruppen zu stratifizieren und die präventiven Maßnahmen so einzurichten, dass sie insbesondere darauf zielen, Infektionen in denjenigen Gruppen zu verhindern, bei denen ein besonders hohes Risiko für schwere Krankheitsverläufe besteht. Dadurch lässt sich am effektivsten eine Überlastung des gesundheitlichen Versorgungssystems und die daraus folgende Gefährdung des Lebens und der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger vermeiden.

Moralisch irritierend bleibt daran, dass die Schutzmaßnahmen, wie z.B. die Einschränkung der Bewegungsfreiheit von hochaltrigen Personen in stationären Pflegeeinrichtungen, nicht zum unmittelbaren Schutz dieser Personen selbst geschieht, sondern zum Schutz all der Personen, die im Falle der Überlastung des gesundheitlichen Versorgungssystems nicht medizinisch versorgt werden könnten. Die Gruppe derjenigen Personen, die hier vor dem Risiko einer medizinischen Unterversorgung geschützt werden, und die Gruppe derjenigen Personen, denen freiheitsbegrenzende Maßnahmen zur Reduktion des Infektionsgeschehens auferlegt werden (die Risikogruppe), sind zwar weitgehend deckungsgleich. Zugleich ist die Legitimation für die Einführung der Maßnahmen gegenüber den *Einzelpersonen* aus der Risikogruppe aber eben nicht, dass sie *selbst* vor der Gefahr eines schweren Krankheitsverlaufes geschützt werden sollen. Das wäre, wenn es gegen den erklärten Willen dieser Personen geschieht, ein ethisch nicht zu legitimierender Paternalismus. Die moralische Legitimität der Einschränkungen für die Personen in der Risikogruppe ergibt sich vielmehr daraus, dass die Gesundheit und das Leben *anderer* in dieser und anderen Risikogruppen präventiv geschützt werden soll, indem eine Überlastung der medizinischen Versorgung verhindert wird.

Insofern diese Stratifizierung in erster Linie darauf zielt, schwere Krankheitsverläufe zu verhindern, die zu einer Überlastung der medizinischen Versorgung führen können, ist es konsequent, die Stratifizierung nach Risikogruppen primär auf der Grundlage des intrinsischen Verlaufsrisikos vorzunehmen und nur sekundär auf der Grundlage des Expositionsrisikos. Rein statistisch hat sich schon früh in der Pandemie gezeigt, dass hohes Alter einer der wichtigsten Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf ist, so dass diese Gruppe von Menschen primär in den Blick zu nehmen eine nachvollziehbare Entscheidung war. Eher zu spät hat man dabei realisiert, dass auch das Exposi-

tionsrisiko als sekundäres Kriterium zu berücksichtigen ist: Wo hochaltrige Menschen auf dichtem Raum wohnen und in engen, regelmäßigen Kontakt mit Pflegekräften und weiteren Personen kommen – nämlich in stationären Pflegeeinrichtungen –, sind sie in besonderer Weise gefährdet, sich zu infizieren, so dass besonders starke Schutzmaßnahmen in diesem Bereich auch besonders effektiv sind.

So sehr diese Stratifizierung der Bevölkerung in Risikogruppen also angesichts begrenzten Wissens und begrenzter Handlungsmöglichkeiten in einer Pandemie ethisch gerechtfertigt werden kann, bleiben dennoch die zuvor genannten Risiken einer solchen Stratifizierung, insbesondere das Risiko der Verstärkung bestehender gesellschaftlicher diskriminierender Stereotypen. Darum ist entscheidend, dass die Stratifizierung nach Risikogruppen bezogen bleibt auf die Umsetzung eines konkreten Sets von Schutzmaßnahmen, die sich ohne diese nicht umsetzen lassen. Die Einteilung in Risikogruppen darf sich nicht verstetigen, sondern muss bezogen bleiben auf die dynamisch sich verändernde Situation. Risikogruppen können also in der Pandemie immer nur vorübergehend definiert werden. In dem Moment, in dem sich stärker individualisiert auf die Situation reagieren lässt, muss an die Stelle einer an Risikogruppen orientierten Policy eine solche treten, die sich soweit als möglich an den individuellen Personen orientiert. Wenn also für alle in der Gesellschaft ein medizinisches Mittel zur Prävention eines schweren Krankheitsverlaufes zur Verfügung steht, das mit sehr geringem Risiko für die betroffenen Personen eingesetzt werden kann – eine Impfung gegen Covid-19 –, dann muss das politische Handeln sich darauf richten, die Stratifizierung der Gesellschaft in Risikogruppen zugunsten einer Stratifizierung aufzulösen, die sich an den einzelnen Personen orientiert. Für den Übergang bleibt die Stratifizierung nach Risikogruppen dabei im Sinne einer Priorisierungsreihenfolge für den Zugang zur Impfung relevant: Die Kategorisierung als Risikogruppe dient dann der Aufhebung dieses Status. Denn wer geimpft und damit vor einem schweren Krankheitsverlauf so weit als menschenmöglich geschützt ist, der oder die gehört nicht mehr zur Risikogruppe. Die Einordnung in die Risikogruppe zielt hier also auf die Überwindung der besonderen Gefährdung für die betroffene Person.

In dem Moment, in dem alle Zugang zur Impfung haben und in dem damit für alle die Möglichkeit besteht, sich vor einem schweren Krankheitsverlauf zu schützen und dazu beizutragen, eine drohende Überlastung der gesundheitlichen Versorgung zu verhindern, ist es nicht mehr angemessen, wenn der Staat die Bürgerinnen und Bürger weiterhin als unfreiwillige Mitglieder einer Risikogruppe anspricht, deren Zugehörigkeit sie sich nie ausgesucht haben. Vielmehr wird es nun wieder möglich, die Bürgerinnen und Bürger als entscheidungsfähige, autonome Personen anzusprechen, die sich freiwillig für oder gegen eine Impfung entscheiden, und die dann als autonome Personen für die

Konsequenzen ihrer Entscheidung verantwortlich sind. Insofern das Risiko für eine Überlastung des medizinischen Versorgungssystems dann in erster Linie von denjenigen Personen ausgeht, die sich gegen eine Impfung entscheiden, ist es dann nur konsequent, die Kontaktbeschränkungen primär auf diese Gruppen zu fokussieren, und sich nicht mehr an der Einteilung in unfreiwillige Risikogruppen zu orientieren. Die Personen, die sich nicht impfen lassen wollen, obwohl sie es könnten,<sup>7</sup> bilden nun eine freiwillig sich formierende Risikogruppe. Solange in dieser Situation noch eine Gefahr besteht, dass ein massiver Infektionsausbruch in der Gruppe der Ungeimpften zu so vielen Hospitalisierungsfällen führt, dass eine Überlastung der Gesundheitsversorgung für alle Menschen in der Gesellschaft droht, sind Kontaktbeschränkungen für diese freiwillig sich formierende Risikogruppe legitimierbar. Wobei auch hier gilt, dass es nicht darum geht, diese Personen vor sich selbst, sondern das Wohl und Leben aller Personen in der Gesellschaft zu schützen, die auf ein funktionierendes Gesundheitswesen angewiesen sind.

## Literatur

- Ayalon, Liat: There is nothing new under the sun. Ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak, in: *International Psychogeriatrics* 32 (2020), 1221–1224.
- Bozzaro, Claudia, Boldt, Joachim & Mark Schweda: Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability, in: *Bioethics* 32 (2018), 233–239.
- Bueno Gómez, Noelia: Zum post-biopolitischen Umgang mit Leid und Verletzlichkeit, in: Coors, Michael (Hrsg.), *Moralische Dimensionen der Verletzlichkeit des Menschen. Interdisziplinäre Perspektiven auf einen anthropologischen Grundbegriff und seine Relevanz für die Medizinethik* (Humanprojekt Bd. 17). Berlin: de Gruyter, 2022, 105–126.
- Chang, E-Shien et al.: Global reach of ageism on older person's health. A systematic review, in: *Plos One* (2020), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>.
- Cohen, Ed: *A body worth defending. Immunity, biopolitics, and the apotheosis of the modern body*. Durham, London: Duke University Press, 2009.
- Coors, Michael: *Altern und Lebenszeit. Phänomenologische und theologische Studien zu Ethik und Anthropologie des Alterns*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2020a.

<sup>7</sup> Ich fokussiere hier um der Klarheit der Argumentation willen auf die Unterscheidung zwischen den freiwillig geimpften und den freiwillig ungeimpften Personen. Die kleine Gruppe der Personen, die unfreiwillig nicht geimpft ist, lasse ich hier außen vor. Sie bildet weiterhin eine unfreiwillig besonders vulnerable Gruppe.

- Coors, Michael: Ethik des Ausnahmezustandes. Legitimität und Ambivalenz politischer Machtausübung in der COVID-19-Pandemie, in: *Spiritual Care* 9 (2020b), 261–264.
- Coors, Michael: Verletzlichkeit und Autonomie. Zum normativen Ort der anthropologischen Frage nach der Verletzlichkeit des Menschen, in: Ders. (Hrsg.), *Moralische Dimensionen der Verletzlichkeit des Menschen. Interdisziplinäre Perspektiven auf einen anthropologischen Grundbegriff und seine Relevanz für die Medizinethik* (Humanprojekt Bd. 17). Berlin: de Gruyter, 2022a, 85–103.
- Coors, Michael: Nächstenliebe und professionelle Pflege. Eine theologisch-ethische Perspektive auf die Berufsethik der Pflege, in: Kürsten, Kathrin et al. (Hrsg.), *Gerontologie kompakt. Kurzlehrbuch für Pflege und soziale Arbeit*. Berlin: Hogrefe, 2022b, 29–41.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS): *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans*. Genf: CIOMS, 2002, 2016.
- Ferngren, Garry B.: *Medicine & Health Care in Early Christianity*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009.
- Hurst, Samia: Vulnerability in research and health care. Describing the elephant in the room?, in: *Bioethics* 22 (2008), 191–202.
- Kipnis, Kenneth: Vulnerability in research subject. A bioethical taxonomy, in: *The National Bioethics Advisory Commission (NBAC) (Eds.), Ethical and Policy Issues in Research Involving Human Participants. Vol. II: Commissioned Papers and Staff Analysis*. Bethesda/Maryland: NBAC, 2001, G1–G12.
- Kirchschläger, Peter: Das Prinzip der Verletzbarkeit als Begründungsweg der Menschenrechte, in: *Freiburger Zeitschrift für Philosophie und Theologie* 62 (2015), 121–141.
- Kruse, Andreas: Epistemische und ethische Probleme des »Risikogruppenbegriffs« - aufgezeigt am Beispiel alter Menschen, in: Woesler, Martin, Sass, Hans-Martin (Hrsg.), *Medizin und Ethik in Zeiten von Corona*. Münster: LIT, (2020), 101–110.
- Latour, Bruno: *Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2019.
- Levine, Carol et al.: The Limitations of »Vulnerability« as a Protection for Human Research Participants, in: *The American Journal of Bioethics* 4 (2004), 44–49.
- Lowsky, David J. et al.: Heterogeneity in healthy aging, in: *Journal of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences* 69 (2014), 640–649.
- Luna, Florencia: Elucidating the Concept of Vulnerability, in: *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 2 (2009), 121–139.
- McConatha, Jasmin Tahmaseb et al.: Attitudes toward aging. A comparative analysis of young adults from the United States and Germany, in: *International Journal of Aging and Human Development* 57 (2003), 203–215.
- Naveed, Muhammad, Naeem, Muhammad, Rahman, Moaz ur, Gul Hilal, Mian, Kakakhel, Mian Adnan, Ali, Gowhar & Adil Hassan: Review of potential risk groups for coronavirus disease 2019 (COVID-19), in: *New Microbe and New Infect* 41 (2021), 100849, <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2021.100849>.
- Nikolich-Zugich, Janko, Knox, Kenneth S., Rios, Carlos Tafich, Natt, Bhupinder, Bhattacharya, Deepta & Mindy J. Fain: SARS-CoV-2 and COVID-19 in older adults.

- What we may expect regarding pathogenesis, immune response, and outcomes, in: *GeroScience* 42 (2020), 505–514.
- Palmore, Erdman: *The Ageism Survey. First Finding*, in: *The Gerontologist* 41 (2001), 572–575.
- Rawls, John: *A Theory of Justice. Revised Edition*. Cambridge: Belknap Press, 1971.
- Schaber, Peter: *Instrumentalisierung und Würde*. Paderborn: Brill Mentis, 2010.
- Springhart, Heike: *Der verwundbare Mensch. Sterben, Tod und Endlichkeit im Horizont einer realistischen Anthropologie*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2016.
- Tavaglione, Nicolas, Martin, Angela K., Mezger, Nathalie, Durieux-Paillard, Sophie, François, Anne, Jackson, Yves & Samia A. Hurst: *Fleshing out vulnerability*, in: *Bioethics* 29 (2015), 98–107.
- ten Have, Henk: *Respect for Human Vulnerability. The Emergence of a New Principle in Bioethics*, in: *Bioethical Inquiry* 12 (2015), 395–408.
- ten Have, Henk: *Vulnerability. Challenging Bioethics*. London/New York: Routledge, 2016.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research: *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Washington 1978,  
URL: [http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp\\_belmont\\_report.pdf](http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf) (Stand: 10.02.2022).
- Thomasma, David C.: *The Vulnerability of the Sick*, in: *Bioethics Forum* 16 (2000), 1–12.
- World Medical Association (WMA): *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subject*, 2000, 2004, 2008, 2013, URL:  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects> (Stand: 10.02.2022).