

# RPG

Band 27 | Heft 1 | 2021

1 | 2021

## RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Zur Diskussion gestellt**  
**Corona-Impfpriorisierung:**  
**personalisiert oder institutionalisiert?**

**Ziele, Zweck und Mittel**  
**zur Eindämmung der Corona-Pandemie**

- **Übersicht**  
**Digitale Grundrechte in der EU:**  
**ein Code of Conduct für den Umgang**  
**mit Gesundheitsdaten**

### HERAUSGEBER

V. Ulrich  
G. Marckmann  
J. Taupitz  
E. Wille  
G. Ulrich  
J. Stoschek (Schriftleiter)

### MITHERAUSGEBER

St. Allroggen  
B. Brennecke  
G. Demmler  
R. von Eisebeck  
St. Huster  
O. Kirst  
M. Linz  
M. Meyer  
G. Noelle  
U. A. Richter  
C. Schmidtke  
G. Schulte  
K. Schulz-Asche  
T. Sorge  
A. Tecklenburg  
J. Zerth

### Autoren des Heftes

Thomas Ballast  
Dieter Cassel  
Volker Ulrich  
Dirk Wüstenberg

## Editorial

Die in der Coronavirus-Impfverordnung vorgesehene Priorisierung hat das Ziel, jene Menschen möglichst rasch vor einer schweren Covid-19-Erkrankung zu schützen, die aufgrund ihres Alters oder ihrer beruflichen Tätigkeit besonders gefährdet sind. Dahinter steht das Konzept einer „personalisierten“ Priorisierung. In diesem Heft stellen namhafte Gesundheitsökonominnen als Alternative hierzu das Konzept einer pandemisch orientierten „institutionalisierten“ Priorisierung zur Diskussion. Demnach sollten Personen überwiegend nach ihrer Zugehörigkeit zu pandemisch und systemisch relevanten Einrichtungen, Arbeits- und Lebensverhältnissen priorisiert werden. Eine höchst aktuelle Fragestellung, wie beispielsweise die Auseinandersetzung um die Öffnung von Kindertagesstätten und Schulen zeigt. Ebenfalls kritisch setzt sich ein zweiter Beitrag in diesem Heft mit den gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Erkrankung auseinander.

Über all dem sollte nicht in Vergessenheit geraten, dass es auch noch andere wichtige Themen gibt, wie etwa die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen, die viele Fragen aufwirft und Antworten verlangt.

Wir wünschen eine anregende Lektüre.

Jürgen Stoschek  
Geroldsreuth 61  
95179 Geroldsgrün

### Zur Diskussion gestellt

Corona-Impfpriorisierung:  
personalisiert oder institutionalisiert?

*Dieter Cassel | Volker Ulrich* 3

Ziele, Zweck und Mittel  
zur Eindämmung der Corona-Pandemie

*Dirk Wüstenberg* 25

### Übersicht

Digitale Grundrechte in der EU:  
ein Code of Conduct für den Umgang  
mit Gesundheitsdaten

*Thomas Ballast* 30

### Aus der Rechtsprechung

34

## Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die *Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. GRPG* hat es sich zum Ziel gesetzt, den interdisziplinären Austausch und die wissenschaftliche Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes wie auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zu fördern. Darüber hinaus möchte die GRPG zu einem verbesserten gegenseitigen Verständnis im Gesundheitswesen beitragen und dazu rechtliche, volkswirtschaftliche, ethische und medizinische Gesichtspunkte vertiefen.

Vor diesem Hintergrund schreibt die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten, bevorzugt von Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern, aus. Die Arbeit muss sich mit Themen aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsrecht oder Gesundheitspolitik beschäftigen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf – mit Ausnahme von Dissertationen und Masterarbeiten – in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein.

Die GRPG nimmt Bewerbungs-Arbeiten für den 26. Wissenschaftspreis bis zum Eingangsschluss 31. Mai 2021 an. Zusendung der Arbeiten und der jeweiligen Gutachten (Erstgutachten und falls vorhanden auch Zweitgutachten) in zweifacher Ausfertigung an: Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München.

Weitere Informationen wie die Satzung des Wissenschaftspreises und der Gesellschaft erhalten Sie unter [www.grpg.de](http://www.grpg.de) oder in der GRPG-Geschäftsstelle.

# Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

## Herausgeber

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich  
Lehrstuhl VWL und  
Gesundheitsökonomie  
Universität Bayreuth  
Universitätsstraße 30  
95447 Bayreuth

Prof. Dr. med. Georg Marckmann,  
MPH Institut für Ethik, Geschichte  
und Theorie der Medizin  
Universität München  
Lessingstraße 2  
80336 München

Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz  
Lehrstuhl für Bürgerliches Recht,  
Zivilprozessrecht, Internationales  
Privatrecht und Rechtsvergleichung  
Universität Mannheim  
Schloss Mittelbau West  
68131 Mannheim

Prof. Dr. Eberhard Wille  
Universität Mannheim  
L7, 3-5  
68131 Mannheim

Dipl.-Volkswirtin Gaby Ulrich  
Böttgerweg 3  
95448 Bayreuth

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek  
(Schriftleiter)  
Geroldsreuth 61  
95179 Geroldsgrün

## Mitherausgeber

St. Allroggen  
B. Brennecke  
G. Demmler  
R. von Eisebeck  
St. Huster  
O. Kirst  
M. Linz  
M. Meyer  
G. Noelle  
U. A. Richter  
C. Schmidtke  
G. Schulte  
K. Schulz-Asche  
T. Sorge  
A. Tecklenburg  
J. Zerth

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2021 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

## Verlag

PLANiMED  
Gesellschaft für Strukturdaten  
und Kommunikation mbH  
Holmblick 10  
24857 Fahrndorf  
Telefon 04621 39 29 951  
Telefax 04621 39 29 949  
E-Mail: info@planimed-online.de

*Bankverbindung:* Volksbank Ulm-Biberach  
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 •  
Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisl-  
ste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout  
und Produktion: creative vision, 44534  
Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2021 PLANiMED  
Gesellschaft für Strukturdaten  
und Kommunikation mbH

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Dieter Cassel | Volker Ulrich

# Corona-Impfpriorisierung: personalisiert oder institutionalisiert?

## Genese und Probleme der Regelung des Impfstoffzugangs nach §§ 2 bis 4 Coronavirus-Impfverordnung

Das weltweit grassierende Corona-Virus hat hierzulande mit einer zweiten, sehr viel stärkeren Infektionswelle das soziale und wirtschaftliche Leben teilweise zum Erliegen gebracht. Eine hinreichende Durchimpfung der Bevölkerung mit hochwirksamen und sicheren Impfstoffen ist zwar alternativlos, aber die Impfungen sind nicht für alle gleichzeitig zu haben. Deshalb muss geregelt sein, wer in welcher zeitlichen Abfolge geimpft werden sollte. Je nachdem, ob die Impfkampagne primär dem individuellen Infektionsschutz oder der gesellschaftlichen Pandemiebekämpfung dienen soll, muss sie unterschiedlich ausfallen und wird dementsprechend auch unterschiedliche Wirkungen haben. Die aktuelle Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) verfolgt auf Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) die erstere Zielsetzung. Wie es dazu kam und welche Probleme sich aktuell stellen, wird in diesem Beitrag aus gesundheitsökonomischer Perspektive und mit Blick auf Lösungsmöglichkeiten untersucht.

### 1. Erste Konturen einer Covid-19-Impfstrategie

Als die Corona-Diskussion im Sommer 2020 noch ganz dem Thema „Lockerung der Gesundheitspolitischen Maßnahmen (GPM)“ galt, schon mehrere Impfstoffkandidaten mit ermutigendem Ergebnis getestet wurden und sich erste Länder Millionen von Impfstoffdosen bei potenziellen Anbietern zu sichern begannen, wuchs bei den Autoren dieses Beitrages die Furcht vor einem bevorstehenden „Supergau“ der Pandemiebekämpfung: Was würde passieren, wenn die zu erwartende zweite Infektionswelle mit dem Ansturm auf die extrem knappen Impfstoffmengen und Impfkapazitäten nach Zulassung des ersten Vakzins zusammenträte? Derart motiviert, haben wir zusammen mit zwei Experten aus der pharmazeutischen Praxis schon Ende Juli letzten Jahres auf die voraussichtlichen Probleme bei der Verfügbarkeit und Verteilung von

Covid-19-Impfstoffen auf internationaler wie nationaler Ebene hingewiesen und dazu auch praktikable Lösungen vorgeschlagen (Cassel et al. 2020; Datenstand vom 25. Juli 2020).

#### 1.1 Pandemische Grundlagen der Priorisierung

Eine Pandemie findet normalerweise ihr Ende, sobald die Herdenimmunität der Bevölkerung mittels Durchseuchung oder Durchimpfung erreicht ist. Bei SARS-CoV-2 geht man bisher von einer Infektiosität von etwa 2,5 Tagen aus und hofft, dass 65 bis 70 % Immunisierte in der Wohnbevölkerung für eine Herdenimmunität ausreichen.<sup>1</sup> Das wären hierzulande bei einer Bevölkerung von rd. 83 Mio. in

2020 immerhin 54 bis 58 Mio. Personen. Dank der bislang noch wirksamen GPM mit ihren zwei Lockdowns war das Infektionsgeschehen bislang noch einigermaßen beherrschbar. Dennoch liegt die Zahl der insgesamt nachgewiesenen Infektionen mit 2,2 Mio. bereits deutlich über der Zwei-Millionen-Grenze. Davon sind 1,9 Mio. Infizierte schon wieder genesen und gelten zumindest zeitweise als immun. Dementsprechend könnte der Impfbedarf etwas niedriger ausfallen, was aber statistisch vernachlässigbar ist, zumal Dauer und Wirkungsgrad dieser Immunisierung noch nicht feststehen. Hinsichtlich der Durchimpfung ist zu bedenken, dass die Vakzine möglicherweise nicht für Kinder und Jugendliche zugelassen sind, wie es beim BioNTech-Impfstoff bis zum Alter von 16 Jahren der Fall ist.<sup>2</sup> Deshalb liegt die rechnerisch erforderliche Impfquote, bezogen

<sup>1</sup> Das sich in GB ausbreitende mutierte Corona-Virus B.1.1.7 soll jedoch eine um 70 % höhere Infektiosität haben, so dass dort die zur Herdenimmunität erforderliche Impfquote deutlich nach oben korrigiert werden müsste. Das gilt wohl auch für die in Südafrika grassierende genetisch ähnliche Mutation 501Y.V2.

<sup>2</sup> Daher sollte auch eine Zulassung für Kinder und Jugendliche schnellstmöglich erreicht werden.

auf die erwachsene Bevölkerung bei gleicher Zahl der zwecks Herdenimmunität in der Gesamtbevölkerung zu Impfen, mit 76 bis 82 % deutlich höher. Dies ist insoweit bedeutsam, als nun eine entsprechend höhere Impfbereitschaft unter den Erwachsenen erforderlich wird.

Da die derzeit verimpften Vakzine von BioNTech (BNT162b2) und Moderna (mRNA-1273) sowie das Ende Januar zugelassene AstraZeneca/Oxford-Vakzin (AZD1222) innerhalb von drei bis mindestens vier Wochen zweimal appliziert werden muss, wären davon 120 Mio. Dosen erforderlich, wenn man von rd. 60 Mio. zu Impfen ausgeht.<sup>3</sup> Würde man damit täglich 100 Tsd. Personen impfen können, würde die Herdenimmunität erst nach etwa 40 Monaten bzw. 3¼ Jahren erreicht. Je mehr und bessere Impfstoffe verfügbar werden, umso geringer sind die Verteilungsprobleme und umso rascher lässt sich Herdenimmunität erreichen.<sup>4</sup>

Immerhin sind noch zwei weitere Impfstoffe in Russland (Gamaleja) und China (Sinovac/Sinopharm) zugelassen. Außerdem befinden sich nach WHO-Angaben noch eine Reihe von Impfstoffkandidaten in Phase-III-Studien, darunter einer in

Deutschland (CureVac) und zwei in den USA (Johnson&Johnson/Janssen-Cilag und Novavax). CureVac verfolgt wie BioNTech und Moderna den biotechnologischen mRNA-Ansatz, während Janssen-Cilag wie AstraZeneca und Gamaleja die Vektor-Technologie einsetzt; wieder andere arbeiten mit inaktivierten Viren (Sinovac/Sinopharm) oder Proteinen (Novavax). Während die beiden mRNA-Vakzine von BioNTech und Moderna mit 95 % einen sehr hohen Wirkungsgrad haben, soll die Wirksamkeit beim Vektor-Impfstoff von AstraZeneca nur bei 70 % liegen. Das würde bedeuten, dass damit 100 % der Bevölkerung geimpft werden müssten, um Herdenimmunität zu erreichen. Es bleibt abzuwarten, wie wirksam die künftig noch zugelassenen Vakzine sein werden.

Ein Land, das vernünftigerweise auf Impfung setzt, sollte möglichst bald nach Ausbruch der Pandemie nicht nur über einen oder besser noch mehrere Impfstoffe verfügen, sondern sie auch gleich nach ihrer Zulassung in großen Mengen applizieren können. Sind Impfstoffdosen und Impfkapazitäten in einer Pandemie extrem knapp, wovon wir nach wie vor ausgehen, müssen sie zweckmäßigerweise über einen mehr oder weniger langen Zeitraum staatlich-administrativ bewirtschaftet werden (Cassel et al. 2020, S. 58 ff.). Das gilt umso mehr, wenn Impfstoffe mitten in einer hochgehenden Infektionswelle verfügbar werden, wie es zur Jahreswende 2020/21 der Fall war. Hieraus kann sich jederzeit ein detailliert kaum zu beschreibendes „Worst-Case-Szenario“ entwickeln:

- Die Corona-Pandemie breitet sich ohne wirksame Medikamente und bei zunächst minimalem Impfstoffangebot weiter aus und kann nur durch GPM bis hin zum harten Lockdown bekämpft werden.

- Lockert man bei nachlassendem Infektionsdruck die GPM, drohen neue, möglicherweise immer höhere Infektionswellen, die auf sich abnutzende und von der Bevölkerung schließlich nicht mehr akzeptierte Einschränkungen treffen.
- Die medizinischen und pflegerischen Einrichtungen sind mit Corona-Patienten überfüllt, das Personal arbeitet am Limit und fällt immer häufiger durch Corona-Infektionen und Quarantäne aus, das erforderliche Material – wie Beatmungsgeräte, Impfbestecke und Schutzkleidung – wird immer knapper und eine Triage wird nicht nur bei den Corona-Patienten unvermeidlich.
- Schließlich kommt es bei der impfwilligen Bevölkerung zu einem kaum mehr steuerbaren Ansturm auf Impfstoffdosen sowie Impfpärzte und Impfstellen mit möglicherweise Gefährdung der inneren Sicherheit bis zu Schwarzhandel und Beschaffungskriminalität.

Um eine derartige Eskalation zu vermeiden, bedarf es einer Impfstrategie mit einem sachlich, personell und organisatorisch von langer Hand aufzubauenen Impfmanagement. Denn nur durch rasches, geordnetes und sachgerecht priorisiertes Impfen kann die Pandemie erfolversprechend bekämpft werden. Handlungsleitendes Ziel muss dabei das rasche Erreichen der Herdenimmunität sein. Daran hat sich auch die Art und Weise der Priorisierung als regulatorischer Kern der Impfstrategie auszurichten.

### 1.2 Priorisierung im Dienst der Pandemiebekämpfung

Ökonomisch gesehen, kommt der Priorisierung die Aufgabe zu, im Zeitablauf die Zahl der Impfwilligen mit ihren benötigten Impfdosen (Nachfrage) nach epidemiologischen, medizinischen und ethischen Kriterien auf die jeweils vorhandenen Impfstoffmengen und Impfkapa-

3 Derartige Berechnungen sind Status-quo-Projektionen zur Abschätzung der quantitativen Dimensionen der bevorstehenden Corona-Impfkampagne. Naturgemäß bleibt darin z. B. unberücksichtigt, ob noch weitere Boosterimpfungen erforderlich sind, ob und wie sich die Infektiosität des Virus durch Mutationen ändert oder ob noch Vakzine ohne Mehrfachimpfung oder mit besserer Wirksamkeit und längerer Wirkungsdauer EU-weit zugelassen werden. Zudem empfehlen die Experten der STIKO nur den Einsatz bei unter 65-Jährigen.

4 Der Engpass läge dann einzig und allein bei der verfügbaren Impfkapazität: Sie müsste bei 1,7 bzw. 1,1 Mio. Impfungen pro Tag liegen, wenn 60 % der Bevölkerung in 2-3 Monaten geimpft werden sollen, wie es in Kreisen der Leopoldina für möglich gehalten wird (DIE WELT vom 02.01.2021, S. 4). Die STIKO (2020,3, S. 43) rechnet dagegen mit 500 Tsd. Impfungen pro Woche, also nur mit gut 70 Tsd. pro Impftag. Seit dem Start der Impfkampagne am 27.12.2020 erfolgten 2,3 Mio. Erst- und Zweitimpfungen, was einem Tagesdurchschnitt von 68 Tsd. Impfungen entspricht. Die täglichen Impfungen haben aber laufend zugenommen und lagen Ende Januar bei über 90 Tsd. (BMG 2021, S. 5).

Abbildung 1: Priorisierungsstufen einer Covid-19-Impfkaskade



Quelle: Eigene Darstellung; Stand: 25.07.2020.

pazitäten (Angebot) zu begrenzen bzw. das Angebot zu rationieren. Damit könnte eine voraussichtlich noch über Jahre hinweg dauernde sachgerechte Durchimpfung gewährleistet werden.<sup>5</sup> Dem dient unsere dreistufige „Impfkaskade“, bei der die anfangs starke Rationierung in Abhängigkeit von der jeweils aktuellen, auf Dauer zunehmenden Verfügbarkeit von Impfstoffmengen und Impfkapazitäten von Stufe zu Stufe immer mehr Personengruppen zur Impfung zulässt. Dadurch verbreitert sich der Strom der Geimpften durch ständige Erweiterung des Kreises der Impfberechtigten, bis schließlich Herdenimmunität erreicht ist (Abbildung 1).

5 Die Rationierung könnte selbst bei zentral-staatlicher Beschaffung auch über Preise bzw. die Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft der Impfwilligen oder auch im Losverfahren effizient erfolgen, doch würde dies die oben genannten epidemiologischen, medizinischen und sozialen Nebenbedingungen in kaum vertretbarer Weise verletzen. Was geschähe, wenn demnächst die Impfstoffe im Ausland frei verfügbar sein sollten und von deutschen Bürgern dort erworben werden könnten (Kliemt 2020, S. 5), ist eine spannende, aber derzeit noch hypothetische Frage.

Oberstes Ziel dieser Impfkaskade ist eine möglichst schnelle, effektive Bekämpfung der Covid-19-Pandemie durch Immunisierung der Bevölkerung unter epidemisch verantwortbarer Berücksichtigung des besonderen Schutzes von Risikogruppen. Eine solche Wertentscheidung mit ihren weitreichenden Implikationen für die praktische Durchführung der Impfkampagne ist nicht ohne Eingriffe in die persönlichen Freiheitsrechte der Betroffenen möglich. Da uns hierfür die Rechtsgrundlagen des geltenden „Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen“ (Impfschutzgesetz – IfSG) nicht tragfähig und pandemiespezifisch genug erschienen, hatten wir eine für die Dauer der Pandemie befristete Rechtsverordnung vorgeschlagen (Cassel et al., S. 65).<sup>6</sup> Darin wären über das praktische Impfmanage-

6 Das IfSG ist seit 2000 in Kraft und wurde bereits durch das 1. und 2. Covid-19-Bevölkerungsschutz-Gesetz vom 27.03. bzw. 19.05.2020 vor allem um Handlungsbefugnisse des BMG bei den GPM, aber nicht hinsichtlich der Priorisierung erweitert. Auch das zuletzt am 18.11.2020 verabschiedete 3. Gesetz enthält dazu keine Regelungen.

ment hinaus auch die operationalen Kriterien (Algorithmen) dafür zu bestimmen gewesen, wer in welcher zeitlichen Reihenfolge von wem geimpft werden soll.<sup>7</sup> Die CoronaImpfV kam aber Mitte Dezember 2020 für alle und alles nicht nur viel zu spät, sondern erwies sich auch als unrechtmäßig. Denn inzwischen war das BMG uneingeschränkt dem fragwürdigen STIKO-Konzept der „personalisierten“ Priorisierung gefolgt (siehe Kapitel 3 bis 5), wodurch im Gegensatz zu unserer Impfkaskade nun fast die Hälfte der Bevölkerung priorisiert und der anderen Hälfte über Jahre hinweg der Impfschutz verweigert wird. Angesichts der Eingriffe in die verfassungsrechtlich garantierten Grundrechte wie Bewegungs-, Versammlungs- und Berufsfreiheit, welche die nicht Impfgeschützten durch die GPM

7 Sie hätte von der Bundesregierung oder dem BMG auf den Weg gebracht werden sollen, um alle Akteure auf die getroffenen Regelungen rechtzeitig vor Zulassung des ersten Impfstoffs bzw. Auslieferung der bereits vom Bund vereinbarten Impfstoffkontingente vorbereiten zu können. Die CoronaImpfV des BMG ist jedoch erst am 18.12.2020 – und damit zur geordneten Vorbereitung der Impfkampagne viel zu spät – in Kraft getreten.

unverhältnismäßig lang zu belasten drohen, bildet die CoronaImpfV keine hinreichende Rechtsgrundlage.<sup>8</sup>

Mit der Impfkaskade haben wir eine zeitlich gestaffelte Priorisierung von drei zahlenmäßig zunehmenden Personengruppen vorgeschlagen, die in Abbildung 2 näher erläutert werden: Oberste Priorität hat die Gruppe A, die das stationär und ambulant tätige medizinische und pflegerische Personal umfasst (Stufe I). Ihr folgen zeitlich die Gruppe B mit Personen, die einem hohen Corona-bedingten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, d. h. bei einer Infektion mit schweren, relativ häufig letalen Verläufen rechnen müssen, sowie die Gruppe C, die aus Personen besteht, die systemisch ein hohes Infektions- und Ausfallrisiko für Dritte oder die öffentliche Versorgung, Sicherheit und Ordnung darstellen (Stufe II). Schließlich lassen sich alle nicht priorisierte Personen in einer Gruppe D zusammenfassen, die am Ende der Impfkampagne regulären Zugang zur Covid-19-Impfung erhalten (Stufe III).

Diese von uns bereits im Juli 2020 vorgeschlagene Priorisierung steht unter der Nebenbedingung, dass die Infektionen und ihre Schäden während der Durchimpfung so niedrig wie möglich gehalten werden. Soll sie praktikabel und zugleich akzeptabel sein, darf sie deshalb nicht an Einzelpersonen und ihrem individuellen Impfbedarf ansetzen, sondern muss die zu priorisierenden Personengruppen in ihrem institutionellen Umfeld – wie Kliniken, Heimen, Pflegediensten, Impfstellen, Praxen, Haushalten, Schulen, Feuerwehren, Kasernen, Haftanstalten etc. – und nach deren epidemischer Relevanz bilden. Diese von uns als „institutionali-

sierte“ Priorisierung bezeichnete Vorgehensweise bevorzugt also Personen nicht allein wegen ihres Alters, ihres Infektions- und Krankheitsrisikos oder ihrer subjektiven Befindlichkeit, sondern wegen ihrer Zugehörigkeit zu Institutionen mit großer pandemischer und systemischer Relevanz – wie es beispielsweise beim Personal in Kliniken und Arztpraxen oder in der professionellen ambulanten und stationären Pflege, aber auch bei erziehenden Eltern und häuslich pflegenden Angehörigen und Helfern sowie beim Personal in Kindergärten, Schulen und sonstigen Erziehungseinrichtungen der Fall ist.

Da die Impfbereitschaft der Personen in den priorisierten Institutionen schwer einzuschätzen ist, birgt sie die Gefahr, zur Immunsierung des jeweiligen Kollektivs nicht hinreichend zu sein, so dass pandemisch gefährliche Immunsierungslücken entstehen (Cassel 2020 et al., S. 59 ff.). Es bedarf deshalb vertrauensbildender Maßnahmen, vor allem aber wirksamer Anreize, um die Impfbereitschaft möglichst hoch zu halten, solange eine generelle oder nur gruppenspezifische Impfpflicht politisch ausgeschlossen ist. Ergänzend dazu hatten wir empfohlen, allen Geimpften einen mehrsprachigen amtlichen „Impfpass“ auszustellen. Im Gegensatz zum mehrheitlich – und auch unserer Meinung nach – zurecht abgelehnten „Immunitätsausweis“ würde er lediglich die erfolgte Impfung dokumentieren, aber kein Beleg dafür sein, dass der Geimpfte gegen SARS-CoV-2 immun ist oder von ihm keine Infektionsgefahr ausgeht. Deshalb sollte der Impfpass nur für Vakzine mit einem hohen Wirkungsgrad

ausgestellt werden, die auch eine Infektion Dritter (Transmission) ausschließen.<sup>9</sup> Als zweitbeste Lösung könnte man die erfolgte Impfung auch in besonderer Weise im bereits vorhandenen Impfausweis dokumentieren, sofern Fälschung und Missbrauch weitgehend ausgeschlossen sind, was für den Alltagsgebrauch ausreichen dürfte. Gegenwärtig wird sogar eine digitale Impfpass-App als „Common-Pass“ nach dem Muster der World Health Organization (WHO) während der Gelbfieber-Epidemie in den 1960er Jahren zur Anwendung im Flugverkehr diskutiert (FAZ Nr. 12 vom 15.01.2021, S. 21). Derartige Impfnachweise wären rechtlich so auszugestalten, dass die Geimpften von den zur Eindämmung der Corona-Pandemie noch länger erforderlichen Maßnahmen verschont sind und ihnen damit die Rückkehr zur wirtschaftlichen und sozialen Normalität möglich ist. Dieser Impfanreiz ließe sich noch verstärken, wenn es gelänge, sie in den EU-Mitgliedsländern bzw. Drittländern zur grenzüberschreitenden Mobilität zu nutzen. Erst dann könnten sich die Impfungen schon vor der Erreichung der Herdenimmunität als eine bedeutsame Ressource zur Überwindung der wirt-

<sup>8</sup> Deshalb würden wir aus heutiger Sicht – wie auch jüngst die Wissenschaftlichen Dienste des Bundestages (Deutscher Bundestag 2020,1), Öffentlichrechtler (Leisner-Egensperger 2021; Kingreen 2021) und Ethiker (Dabrock 2021) – für ein spezielles Coronavirus-Impfgesetz plädiert haben.

<sup>9</sup> Tatsächlich konnte letzteres bislang noch für keinen Covid-19-Impfstoff nachgewiesen werden, weil diese Frage entweder nicht im Studiendesign enthalten war oder naturgemäß erst im Impfalltag geklärt werden kann. Es gibt jedoch gute Gründe anzunehmen, dass Vektor-Impfstoffe wie auch die zugelassenen mRNA-Vakzine die Transmission in der Bevölkerung reduzieren (STIKO 2020,2, S. 6).

Abbildung 2: Ablaufschema zur zeitlich gestaffelten Impfung nach Cassel et al.

Für den Ablauf der Covid-19-Impfkampagne wird eine dreistufige Impfkaskade mit verschiedenen Regulierungsszenarien und nacheinander überlappend zu impfenden Personengruppen vorgeschlagen: In Abhängigkeit von den Kriterien Impfstoffverfügbarkeit und Impfbedarf werden die Regulierungen von Stufe zu Stufe gelockert. Dadurch erhöht sich die Zahl der Geimpften immer schneller, bis schließlich – zusammen mit den Immunisierten nach überstandener Krankheit – Herdenimmunität erreicht ist.

### Stufe I: Priorisierung mit Impfpflicht des medizinisch-pflegerischen Personals

- **Gruppe A:** selbständige oder abhängige Erwerbspersonen, die zur Aufrechterhaltung der medizinischen und pflegerischen Versorgung unabdingbar bzw. „systemrelevant“ sind.
- **Institutionen:** Dienstleistungserbringer in stationären Einrichtungen (Krankenhäuser bzw. Kliniken, Rehabilitations-, Vorsorge- und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie in nicht-stationären Einrichtungen (Arzt-, Zahnarzt- und physiotherapeutische Praxen und ambulante Pflege). Maßgebend ist die aktuell tatsächlich ausgeübte Funktion.
- **Impfziel:** lückenlose Impfung in kürzester Zeit, um die Gesundheitsversorgung insgesamt uneingeschränkt aufrecht erhalten zu können. Gegebenenfalls interne Bildung von zeitlich gestaffelt zu impfenden Untergruppen gemäß der funktionsbedingten Infektionsrisiken.
- **Impfpflicht:** ohne „Impfzwang“ bis zum Ende der Pandemie wie sie auch bei Masern besteht; verweigern Impfpflichtige die Schutzimpfung, dürfen sie temporär nicht mehr in ihrer bisherigen Funktion tätig sein, sondern könnten währenddessen nicht priorisierte Aufgaben im Gesundheitswesen wahrnehmen.
- **Zahl und Dauer der Impfungen:** schätzungsweise 4,3 Mio. Personen mit insgesamt 8,6 Mio. Impfungen bei zwei benötigten Impfdosen im Abstand von etwa einem Monat. Bei arbeitstäglich 60 Tsd. Impfungen würde die Durchimpfung mehr als ein halbes Jahr (6,8 Monate) dauern, bei täglich 100 Tsd. Impfungen wäre es nur ein knappes Vierteljahr (2,8 Monate).

### Stufe II: Priorisierung nicht impfpflichtiger Personengruppen

Mit fortschreitender Durchimpfung der Gruppe A sinkt zum einen die Infektionsgefahr in den medizinisch-pflegerischen Brennpunkten und reduziert sich zum anderen die Impfstoffnachfrage auf nachrückendes Personal. Auch dürften inzwischen höhere Impfstoffkontingente zur Verfügung stehen. Dies erlaubt es, den Kreis der Impfberechtigten um die Gruppen B und C zu erweitern.

- **Gruppe B:** vulnerable Personen mit besonders hohen Infektions- oder Gesundheitsrisiken. Institutionell gesehen sind dies beispielsweise pflegebedürftige Betagte und Behinderte in Umgebungen mit erhöhter Kontaktdichte wie in Reha- und Pflegeheimen, Dialysezentren etc., Chroniker mit pneumatischen und koronaren Erkrankungen und generell Patienten mit relevanten Vorerkrankungen, die ein signifikant erhöhtes Risiko für schwere oder letal verlaufende Krankheitsverläufe haben.
- **Gruppe C:** Mit ihrer Priorisierung soll das Infektionsrisiko für Dritte verringern werden, um wirtschaftliche und soziale Kollateralschäden zu vermeiden. Institutionell gesehen zählen dazu etwa Kinder erziehende Eltern, Kranke pflegende Familienangehörige, Helfer von Alleinstehenden, Beschäftigte in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen oder im Dienst der öffentlichen Daseinsvorsorge, Sicherheit und Ordnung stehende Beschäftigte und Amtsträger mit erhöhtem Infektionsrisiko.
- **Keine Impfpflicht:** Für die Angehörigen beider Gruppen ist ein so weitgehender Eingriff in die Grundrechte wie die Impfpflicht nicht zu rechtfertigen und wäre auch kaum durchsetzbar. Sollte die Impfbereitschaft das epidemiologisch erforderliche Maß deutlich unterschreiten, könnten allenfalls bestimmte Untergruppen von C impfpflichtig gemacht werden.
- **Zahl und Dauer der Impfungen:** Trotz fehlender Impfpflicht dürften sie ein Vielfaches der für Gruppe A möglichen Schätzungen erreichen. Allein die Zahl der „Pflegerpersonen“ nach SGB XI, darunter insbesondere die pflegenden Angehörigen, Freunde und Nachbarn, beträgt etwa 4,7 Mio. Werden dazu noch die Gepflegten selbst gerechnet, dürfte allein diese Subgruppe die Marke von 7 Mio. übersteigen. Unter den oben gemachten Annahmen wären dies 14 Mio. Impfungen, für die zwischen gut viereinhalb (4,6) Monate und einem knappen Jahr (11,1 Monate) benötigt würde.

### Stufe III: Covid-19-Impfung als Regelversorgung für alle

In Abhängigkeit vom Impfverhalten sowie von der Impfstoffverfügbarkeit und der Impfkapazität lässt die Durchimpfung der Gruppen B und C mit Sicherheit deutlich länger auf sich warten als in Gruppe A. Deshalb ist es geboten, den Kreis der Impfberechtigten zu erweitern, sobald Angebotsüberhänge bei Vakzinen und ihrer Applikation ersichtlich werden. Es geht also bei dieser Stufe der Impfkaskade um ein Übergangsszenario, nach dem das Covid-19-Krisenmanagement schrittweise zur Regelversorgung wird – und das nach Möglichkeit, bevor die Herdenimmunität erreicht ist.

Quelle: Eigene Darstellung nach Cassel et al. 2020, S. 65 ff.; Stand: 25.07.2020.

schaftlichen und sozialen Corona-Folgen erweisen (Cassel 2020).<sup>10</sup>

Außerdem hatten wir vorgeschlagen, das am höchsten priorisierte medizinisch-pflegerische Personal (Gruppe A) bis zum Ende der Pandemie impfpflichtig zu machen, um das Immunisierungsziel in ihren Einrichtungen lückenlos zu erreichen (Cassel et al. 2020, S. 64 f.). Die diesen Personen auferlegte „Impfpflicht“ soll jedoch wie bei Masern nach § 20 (9) bis (13) IfSG kein „Impfzwang“ sein, der nur mit hoheitlichen Zwangsmaßnahmen unter hierzulande inakzeptabler Verletzung der Persönlichkeitsrechte durchsetzbar wäre. Verweigern Impfpflichtige die Corona-Schutzimpfung, wären sie für die Dauer der Pandemie von ihrer bisherigen Tätigkeit zu entbinden<sup>11</sup> oder

10 Impfpass-Gegner befürchten jedoch, dass Nichtgeimpfte „diskriminiert“ werden könnten. Wenn überhaupt, dürfte das aber nur so lange der Fall sein, bis alle Impfberechtigten die Möglichkeit zur Impfung haben (Stufe III unserer Impfkaskade). Spätestens dann gibt es keinen Grund mehr, Geimpfte in ihren Grundrechten durch solche GPM einzuschränken, die bis zum Erreichen der Herdenimmunität bei Nicht-Geimpften noch erforderlich sein können (Kingreen 2021, S. 13). Aber auch sonst ist nicht einzusehen, warum geimpfte und (noch) nicht geimpfte Personen gleichbehandelt werden sollten, obwohl sie sich pandemisch und ökonomisch gesehen wegen der von letzteren ausgehenden negativen Effekte deutlich unterscheiden. Ein befristetes, auch für alle privatrechtlichen Verträge geltendes Verbot von Ungleichbehandlungen wegen des Impfstatus, wie es Kingreen (a.a.O., S. 9 ff.) auf den ersten beiden Stufen der Impfkaskade fordert, erscheint uns weder verhältnismäßig noch anreizkompatibel und praktikabel zu sein.

11 Sie könnten dann Aufgaben in nicht priorisierten Bereichen des Gesundheitswesens übernehmen. Falls das nicht möglich ist, wären Impfverweigerer den Beschäftigten in Kurzarbeit gleichzustellen oder könnte ihnen auch gekündigt werden. Dem vorzuziehen wären allerdings Aufklärung und Appelle an die Vorbildfunktion, während Drohung oder Zwang auch kontraproduktiv sein könnten.

müssten zumindest täglich vor Arbeitsbeginn auf eigene Kosten einen negativen Corona-Test vorweisen, was sie freilich nicht vor eigener Ansteckung und Krankheit schützt und von daher nur die Ausnahme sein sollte.

## 2. Deutschland und die EU auf dem Weg zur Impfstrategie

### 2.1 Bundesregierung und Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Unsere Analysen und Empfehlungen blieben jedoch zunächst ohne größere Beachtung. Noch waren die Probleme einer Covid-19-Impfkampagne, die nach Zulassung der ersten Vakzine zusätzlich zu einer bereits alle Kräfte bindenden Bekämpfung der zweiten Infektionswelle erforderlich sein würde, nicht im Visier der medialen und politischen Öffentlichkeit. Dies änderte sich erst Monate später mit der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage von Mitgliedern der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur „Planung und Durchführung der Versorgung mit möglichen COVID-19-Impfstoffen“ vom 15.10.2020 (Deutscher Bundestag 2020,2).

Daraus wurde deutlich, dass die Bundesregierung der Durchimpfung mit wirksamen Vakzinen zwar eine zentrale Bedeutung bei der Pandemiebekämpfung und Verminderung der Schwere des Krankheitsverlaufs beimaß, aber dafür noch keinen eigenen Plan hatte. Vielmehr verwies sie hinsichtlich Planung und

Durchführung der erforderlichen Maßnahmen – wie Impfstofflogistik, Beschaffung von Medizinprodukten (Spritzen, Kanülen etc.), Bereitstellung von Impfkapazitäten, Organisation und Dokumentation der Impfungen etc. – auf die dafür rechtlich zuständigen Länder. Diese waren jedoch mit ihrem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vollauf mit der aktuellen Pandemiebekämpfung beschäftigt und hatten bis dahin noch keine Vorbereitung getroffen. Erst auf der 93. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 06.11.2020 haben sie sich im Einvernehmen mit dem BMG auf ein „Gemeinsames Vorgehen bei Impfungen gegen Covid-19“ verständigt (GMK 2020).

Ihr Impfkonzept bildete in zentralen Punkten eine solide Grundlage zur Vorbereitung auf eine bundeseinheitlich verlaufende Impfkampagne. Hinsichtlich der Priorisierung verpflichteten sich Bund und Länder in Punkt 5 ihres Beschlusses ausdrücklich, die noch ausstehenden Empfehlungen der beim Robert Koch-Institut (RKI) angesiedelte Ständigen Impfkommision (STIKO) als einheitliche Regelung anzuwenden. Insbesondere verpflichteten sie sich, die an die von den Ländern benannten Standorte gelieferten Impfstoffe unter Anwendung der STIKO-Empfehlungen in Impfzentren oder durch mobile Impfteams an die Bevölkerung, durch Betriebsärzte an bestimmte Berufsgruppen oder durch aufsuchende Ärzte in Betreuungseinrichtungen an Risikogruppen mit eingeschränkter Mobilität zu verabreichen. Dazu hätten die zu Impfen den Nachweis zu erbringen, dass sie zu einer

der priorisierten Personengruppe gehören (GMK 2020, Beschlüsse 5–7).

Schon bei der Beantwortung der Kleinen Anfrage nach geplanten konkreten Impfeempfehlungen hatte die Bundesregierung nämlich erklärt, dass zu Beginn der Impfung zunächst nur limitierte Mengen an COVID-19-Impfstoffen zur Verfügung stünden und von daher eine Priorisierung unumgänglich erscheine (Deutscher Bundestag 2020,2, S. 5 f.). Für deren Ausgestaltung zuständig sei nach § 20 IfSG die STIKO, die auf Wunsch des BMG in enger Abstimmung mit dem Deutschen Ethikrat und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina entsprechende Empfehlungen auszuarbeiten habe. Obwohl die STIKO bereits seit Mai 2020 in einer Arbeitsgruppe „COVID-19-Impfung“ damit beschäftigt war, hatte sie bis Mitte Oktober noch keine abschließende Impfeempfehlung entwickelt, weil ihr erklärtermaßen noch Daten aus den Phase-III-Studien der den meisten Erfolg versprechenden Impfstoffkandidaten fehlten (a.a.O., S. 5).

## 2.2 Europäische Kommission

Zu diesem Zeitpunkt war die EU-Kommission jedoch schon weiter: Ebenfalls am 15.10.2020 legte sie dem Europäischen Parlament und Rat detaillierte „Vorkehrungen für die Strategien zur Impfung gegen COVID-19 und die Bereitstellung von Impfstoffen“ vor, die noch am gleichen Tag von der Bundesregierung gemäß § 2 EUZBLG dem Bundesrat zur Unterrichtung der Länder zugeleitet wurden. Diese Mitteilung führte ihre „EU-Strategie für COVID-19-Impfstoffe“ vom 17.06.2020 fort (EU-Kommission 2020,1) und bildete eine alle Handlungserfordernisse umfassende Plattform für eine gemeinsame Covid-19-Impfstrategie der Mitgliedsländer (EU-Kommission 2020,2). Diese wurden nachdrücklich aufgefordert, die darin enthaltenen Emp-

fehlungen beim Beschreiten nationaler Wege zu befolgen (a.a.O., S. 5).

Sobald nämlich ein oder mehrere COVID-19-Impfstoffe bereitstünden, müsste überall sichergestellt sein, dass Impfdienste die Impfstoffe innerhalb einer bestimmten Frist und im Einklang mit der sich rasch ändernden Seuchenlage auf geordnete Weise ausliefern und verteilen können. Dabei wäre auch sicherzustellen, dass die Impfdienste in ausreichendem Maße mit den benötigten Ressourcen ausgestattet sind, sowohl in Bezug auf qualifiziertes Impfpersonal als auch hinsichtlich der Ausstattung mit den erforderlichen Medizinprodukten und Schutzausrüstungen. Bezüglich der Personalausstattung sollten die Mitgliedstaaten bereits Neueinstellungen und Schulungsprogramme in Erwägung ziehen, die auch Studierende oder im Ruhestand befindliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einschließen könnten.

Zur Vermeidung von Lieferengpässen sollten die Mitgliedstaaten von den auf EU-Ebene abgeschlossenen Rahmenverträgen zur gemeinsamen Beschaffung Gebrauch machen. Dazu würden die in den Mitgliedstaaten im Rahmen des „rescEU“-Katastrophenschutzverfahrens bereitgehaltenen Notvorräte an medizinischen Gegenmaßnahmen aufgestockt. Diese und weitere organisatorischen Elemente einer wirksamen Impfstrategie werden abschließend in einem Maßnahmenkatalog zusammengefasst und den EU-Mitgliedsländern zur Umsetzung empfohlen (a.a.O., S. 12 ff.).

Ein weiteres Kernelement sah die EU-Kommission in der Bildung von prioritären Gruppen zu Beginn des Einsatzes von Covid-19-Impfstoffen, dem sie ein eigenes Kapitel widmete. Darin geht sie von einem anfangs begrenzten Impfstoffangebot aus, das die Mitgliedstaaten zu entscheiden zwingt, welche Gruppen prioritären Zugang erhalten sollen, um möglichst viele Menschen-

leben retten zu können. Dabei sollten zwei Kriterien im Fokus stehen: „... der Schutz der am stärksten gefährdeten Gruppen und Einzelpersonen sowie die Verlangsamung und schließlich das Aufhalten der Verbreitung der Krankheit“ (a.a.O., S. 14). Sie beruft sich dabei einerseits auf einen vom Strategischen WHO-Beirat für Immunisierungsfragen am 14.09.2020 vorgelegten Orientierungsrahmen zur Zuteilung und Priorisierung (WHO 2020) und andererseits auf den Abschlussbericht der National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, in dem den USA ein vierphasiger Zuteilungsrahmen empfohlen wird (NAS 2020).

Hierauf aufbauend und mit dem damaligen Wissen über Viruseigenschaften, Krankheitsverläufe und Vakzine, führte die Kommission in einer Tabelle Beispiele für Personengruppen auf, die von den EU-Mitgliedsländern bei der Priorisierung zu berücksichtigen seien, sobald COVID-19-Impfstoffe verfügbar sein würden (Abbildung 3). Sie wies darin ausdrücklich darauf hin, dass ihre Auflistung keine zeitliche Reihenfolge der Impfung darstelle. Vielmehr würden weitergehende Empfehlungen zur Priorisierung und zu bestimmten Impfstoffen erst möglich, sobald mehr produktspezifische Details – wie Spezifität und Sensitivität sowie Eigenschaften von Impfstoffen, deren Wirksamkeit und Nutzenbewertung für bestimmte Gruppen sowie die Anforderungen bezüglich Lagerung und Lieferketten – bekannt seien.

Auf Länderebene seien auch die jeweilige epidemiologische und demografische Lage, die Impfstofflogistik sowie die Kapazitäten des Gesundheitssystems für die zeitliche Priorisierung bestimmend. Zudem werde es mit zunehmender Verfügbarkeit der Impfstoffe nötig sein, die Impfstrategien und ihre Ziele entsprechend anzupassen. Sie hätten sich

Abbildung 3: Priorisierungsempfehlung der EU-Kommission

Von den Mitgliedstaaten zu berücksichtigende prioritäre Gruppen (ohne Reihenfolge)	Begründung
Beschäftigte im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege	Systemrelevante Arbeitskräfte mit stark erhöhtem Infektionsrisiko
Langzeitpflege	Wahrnehmung zentraler Aufgaben bei der Bekämpfung der Pandemie
Über 60-Jährige	Altersbedingt erhöhtes Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs bzw. erhöhtes Sterberisiko Vor allem Personen in einer Wohnsituation mit hohem Risiko, zum Beispiel in Langzeitpflegeeinrichtungen
Gefährdete Personen infolge chronischer Krankheiten, Begleiterkrankungen und sonstiger Vorerkrankungen	Erhöhtes Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs bzw. erhöhtes Sterberisiko Beispiele für Risikofaktoren: Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Asthma, Herzerkrankungen, Schwangerschaft
Systemrelevante Arbeitskräfte außerhalb des Gesundheitswesens	Zum Beispiel Lehrkräfte, Erzieher/-innen, Arbeitskräfte im Agrar- und Lebensmittelsektor, Arbeitskräfte im Transportwesen sowie Arbeitskräfte im Polizeidienst und im Katastrophenschutz
Gruppen ohne Möglichkeit physischer Distanzierung	Zum Beispiel Schlafsäle, Haftanstalten, Flüchtlingslager
Arbeitskräfte ohne Möglichkeit physischer Distanzierung	Zum Beispiel Fabriken, Fleischzerlegungsbetriebe und Schlachthöfe
Gefährdete sozioökonomische Gruppen und andere Gruppen mit höherem Risiko	Zum Beispiel sozial benachteiligte Gemeinschaften, die entsprechend den nationalen Gegebenheiten zu definieren sind

Quelle: EU-Kommission 2020,2, S. 15 f.; Stand: 15.10.2020.

zunächst wohl stärker auf die Senkung der Sterbe- und Krankheitsraten sowie die Aufrechterhaltung wesentlicher Dienstleistungen zu richten; mit steigender Durchimpfung wäre dann möglicherweise eine stärkere Ausrichtung an der Verringerung gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Einschränkungen und ihrer Auswirkungen möglich. Diese Flexibilität in der Zielsetzung sollten die Länder tunlichst bei der Entwicklung ihrer Impfstrategien einplanen (a.a.O., S. 15).

Wie auch immer, die Priorisierung sollte sich also nicht mit der Zweiteilung der Bevölkerung in Priorisierte und Nicht-Priorisierte begnügen; sie muss vielmehr wegen des täglich erforderlichen Ausgleichs von Impfangebot und Impfnachfrage auch bestimmen, welche der priorisierten Gruppen nach operationalen Kriterien zuerst und welche danach zeitlich gestaffelt geimpft werden sollen. Dass die Gruppe der „Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Langzeit-

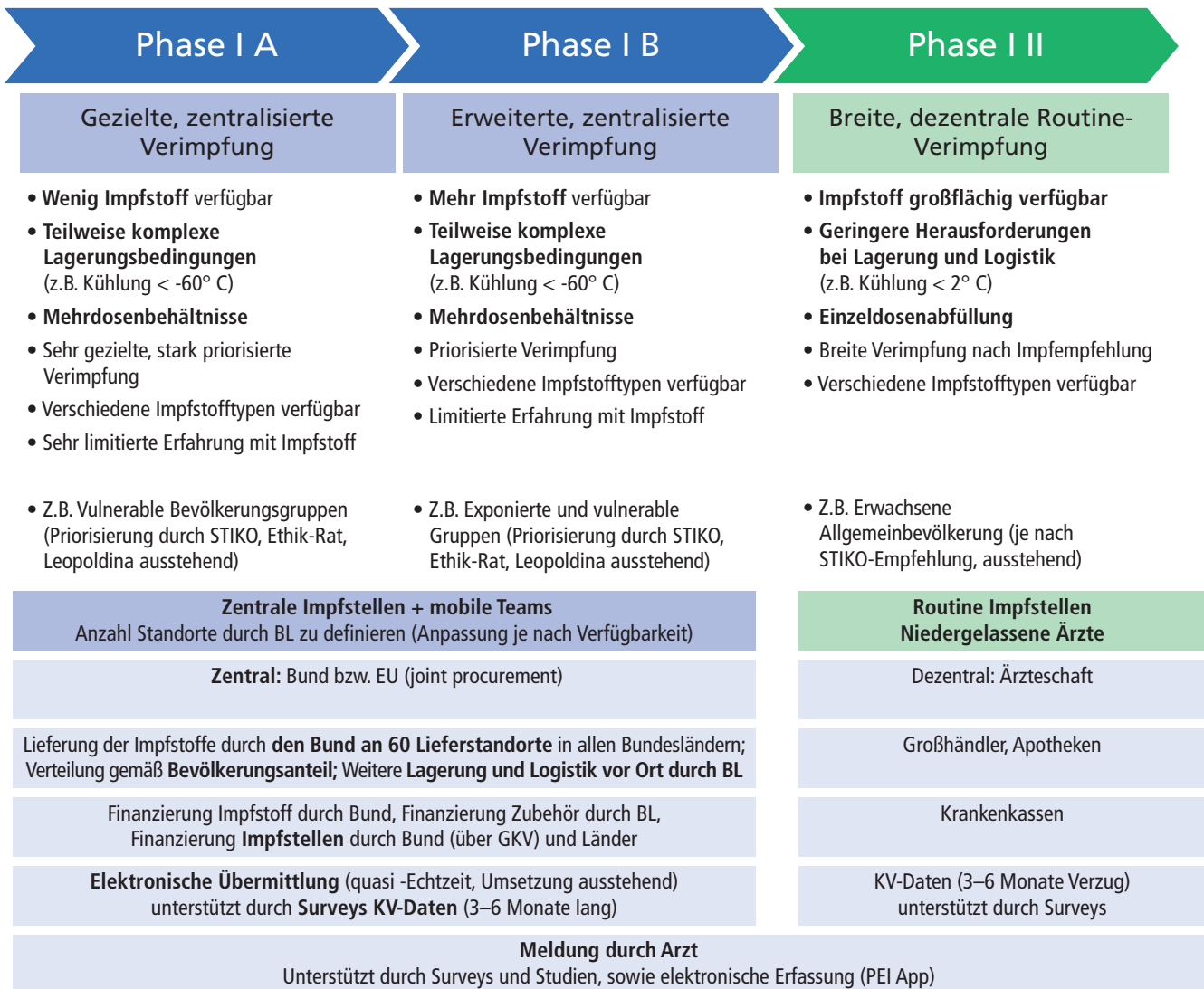
pflege“ an erster Stelle des Beispielkatalogs in Abbildung 3 genannt werden, entspricht dabei unserer eigenen Priorisierungsempfehlung in Abbildung 1 und 2 für die erste Stufe der Impfkaskade.

## 2.4 Bundesministerium für Gesundheit

Es hat den Anschein, dass mit den oben dargestellten Strategieempfehlungen und Ausführungsbeschlüssen schon ganze Arbeit geleistet wurde. Denn die Bundesregierung, vertreten durch das BMG, hat schon eine Woche später reagiert und am 23.10.2020 eine eigene „Nationale Impfstrategie COVID-19“ präsentiert. Diese bestand zunächst aus einer schlichten Übersicht, in der die Strategieelemente ohne jede Quelle, Begründung und Erläuterung aufgeführt sind (Abbildung 4). Darin wurden die erforderlichen Maßnahmen nach Aufgabenbereichen benannt und den dafür verantwortlichen Trägern phasenweise zugeordnet. Immerhin hat das BMG zusammen mit dem RKI und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am 06.11.2020 ein 15-seitiges „Dokument“ mit dem Untertitel „Strategie zur Einführung und Evaluierung einer Impfung gegen Sars-CoV-2 in Deutschland“ nachgereicht, in der eine verkürzte Fassung der Abbildung 4 ohne jede Erläuterung der Priorisierung wiedergegeben wurde (BMG 2020,2, S. 9 f.).

Zumindest lassen sich aber in den dargestellten drei Phasen der Abbildung 4 unschwer die Stufen einer zeitlich strukturierten Impfkaskade wiedererkennen. Hinsichtlich der Priorisierung als Kernelement jeder Impfstrategie bei sehr knappen Ressourcen bleiben die Zielgruppen jedoch inhaltlich und quantitativ sowie hinsichtlich der Reihenfolge der Impfung gänzlich unbestimmt. Dies zu leisten, wird vom BMG politisch geschickt als Bringschuld von STIKO et al. deklariert, obwohl die Priorisie-

Abbildung 4: Nationale Impfstrategie COVID-19 des BMG



Quelle: BMG 2020,1, S. 2; Stand: 23.10.2020.

zung eine für die gesamte Bevölkerung folgenschwere Wertentscheidung ist, die nicht in die Kompetenz der STIKO fallen dürfte, sondern genuine Aufgabe der Politik sein müsste.<sup>12</sup>

12 Die STIKO war zuständigshalber seit Mai 2020 mit der Erarbeitung eines Priorisierungskonzepts befasst, das formal als „Empfehlung“ an Politik und Öffentlichkeit gerichtet sein sollte, de facto aber präjudizierend für die politischen Entscheidungsträger war. Dafür spricht, dass der BMG darum gebeten hatte, den Ethikrat und die Leopoldina von Anfang an in die Überlegungen der STIKO einzubeziehen, um durch eine breite wissenschaftliche Expertise eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz der gemeinsamen Beratungsergebnisse sicherzustellen (Deutscher Bundestag 2020,2, S. 5).

### 3. Gemeinsame Empfehlungen von STIKO, Ethikrat und Leopoldina

Gut zwei Wochen nach Bekanntgabe der Nationalen Impfstrategie des BMG hat die gemeinsame Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der STIKO, des Deutschen Ethikrates und der Leopoldina in ihrer Pressekonzferenz am 09.11.2020 dann endlich ihre „Empfehlungen für einen gerechten und geregelten Zugang zu einem Covid-19-Impfstoff“ (STIKO et al., 2020,1)

vorgelegt. Wer jedoch gehofft hatte, die Autoren würden die von ihnen selbst gestellte Frage: „Wie soll der Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff geregelt werden?“ (STIKO et al. 2020,2) mit der Vorlage eines praktikablen Ablaufschemas zur zeitlich gestaffelten Impfung der nach operationalen Kriterien gebildeten Personengruppen beantworten, sah sich getäuscht. Stattdessen führen sie in ihrem „Positionspapier“ „... wesentliche medizinische Aspekte der Infektionsepidemiologie und Impfprävention mit ethischen, rechtlichen und praktischen Über-

Abbildung 5: Entscheidungsgrundlagen der Priorisierung nach STIKO et al.

Katalog I: Ethische Grundlagen von Priorisierungsentscheidungen
Priorisierungsentscheidungen berühren <b>ethisch wie rechtlich elementare Fragen</b> , insbesondere des <b>Gesundheits- und Lebensschutzes jedes Einzelnen</b> sowie der <b>Gerechtigkeit und der Solidarität zwischen allen betroffenen Mitgliedern einer Gesellschaft</b> . Hier die STIKO-Kriterien dazu:
<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) <b>Selbstbestimmung bzw. Autonomie jedes Einzelnen verbietet eine undifferenzierte, allgemeine Impfpflicht</b></li> <li>(2) <b>Nichtschädigung bzw. Integritätsschutz erfordert, dass durch Priorisierung schwere Schäden verhindert werden</b></li> <li>(3) <b>Wohltätigkeit im Sinne der ärztlichen Fürsorgepflicht hat bei Priorisierung im Konfliktfall zurückzutreten</b></li> <li>(4) <b>Gerechtigkeit und Rechtsgleichheit verlangen danach, Gleiche gleich und Ungleiche ungleich zu behandeln</b></li> <li>(5) <b>Solidarität von verantwortungsbereiten Personen gebietet, Schutzansprüche gegenüber stärker Gefährdeten zurückzustellen</b></li> <li>(6) <b>Dringlichkeit des vorbeugenden Gesundheitsschutzes ist gegeben bei signifikant erhöhter Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Krankheitsverläufe, bleibender Schäden oder zu versterben</b></li> </ul>
Ethisch und rechtlich zulässige Priorisierungsentscheidungen müssen zudem formalen und prozeduralen Mindestanforderungen genügen. Sie müssen auf der aktuellen und kontinuierlich aktualisierten medizinisch-naturwissenschaftlichen Faktenlage basieren; sie müssen sowohl verfassungskonform wie unter Anwendung der ethischen Grundsätze überzeugend begründet sein, und sie müssen unter Einbeziehung aller relevanten Betroffenen weitest möglich konsentiert, in transparenten Verfahren öffentlich kommuniziert und gesetzlich abgesichert sein.
Katalog II: Konkrete Impfziele bei Priorisierungsentscheidungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Verhinderung von <b>schweren COVID-19-Verläufen</b> (Hospitalisation) und <b>Todesfällen</b></li> <li>(2) Schutz von Personen mit einem <b>besonders hohen arbeitsbedingten SARS-CoV-2-Expositionsrisiko</b> (berufliche Indikation)</li> <li>(3) Verhinderung von <b>Transmission</b> sowie <b>Schutz in Umgebungen mit hohem Anteil vulnerabler Personen</b> und in solchen <b>mit hohem Ausbruchspotenzial</b></li> <li>(4) <b>Aufrechterhaltung staatlicher Funktionen</b> und des <b>öffentlichen Lebens</b></li> </ul>
Im Idealfall <b>trägt eine COVID-19-Impfung zu allen Impfzielen</b> bei. Der Beitrag zu den Impfzielen ist allerdings je nach Personen- gruppe deutlich verschieden, und der Beitrag zum jeweiligen Impfziel variiert auch erheblich in Abhängigkeit von den Impfstoff- Charakteristika: Ein Impfstoff, der die <b>Transmission komplett verhindert, kann alle Impfziele erreichen</b> . Ein Impfstoff, der nur <b>schwere Verläufe verhindert</b> , erfüllt besonders die <b>Ansprüche des Impfziels (1)</b> . Die demnächst verfügbaren Impfstoffe werden in dieser Hinsicht sehr wahrscheinlich zwischen diesen Extremen liegen.

Quelle: Eigene Darstellung nach STIKO et al. 2020,2, S. 2 f.; Stand: 09.11.2020.

legungen zusammen ...“ und entwickeln daraus drei Kataloge von (noch) nicht priorisierten Auswahlkriterien, Impfzielen und Personengruppen. Diese sollen der Politik als „Handlungsrahmen“ für die Impfmaßnahmen gegen COVID-19 dienen (Abbildung 5 und 6; STIKO et al., 2020,2, S. 1 ff.). Eine Matrix mit „genauer hierarchisierten“ bzw. priorisierten Personengruppen, die den damit befassten Akteuren und Betroffenen zur Vorbereitung eines geregelten Impfprozesses

schon längst bekannt hätte sein müssen, wurde als „Feingranulierung“ für Ende des Jahres 2020 in Aussicht gestellt – falls bis dahin Vakzine mit Daten zu ihren spezifischen Eigenschaften bereitstünden.<sup>13</sup> Guter Rat hat also weiter auf sich warten lassen.

Mit der Auflistung von zu priorisierenden Personengruppen in Katalog III (Abbil-

<sup>13</sup> So der STIKO-Vorsitzende Thomas Mertens gemäß Protokoll der PK vom 09.11.2020 in: *Observer Gesundheit*, S. 4 (STIKO, 2020,1).

dung 6) bot die Expertengruppe jedoch nichts, was nicht schon detaillierter und pragmatisch hilfreicher den oben genannten Quellen zu entnehmen gewesen wäre. Neu war hingegen die Herleitung aus den ethisch-rechtlichen Entscheidungskriterien und Impfzielen der Kataloge I und II in Abbildung 5. Diese ist jedoch nicht schlüssig, weil sie im Konfliktfall der Kriterien selbst einer sachlichen Priorisierung bedurft hätte, die aus den Erläuterungen aber nicht hervorgeht. Letztlich

Abbildung 6: Bildung von priorisierten Personengruppen nach STIKO et al.

Katalog III: Vorrangig zu priorisierende Personengruppen
Nach dem Prinzip der <b>Dringlichkeit</b> ist bei einer Erkrankung wie COVID-19 mit hohem Risiko für Tod und schwere Erkrankung das Impfziel (1) primär maßgeblich. Dabei weisen <b>Nicht-Schädigung</b> und <b>Gerechtigkeit</b> in dieselbe Richtung. Infolgedessen sind diejenigen prioritär zu impfen, die bei einer Erkrankung an COVID-19 das <b>höchste Risiko für Tod</b> und <b>schwere Erkrankung</b> tragen. Insgesamt werden drei Gruppen mit folgenden Personen gebildet:
<p>(1) Personen (Personengruppen), die aufgrund ihres <b>Alters</b> oder <b>vorbelasteten Gesundheitszustandes</b> ein <b>signifikant erhöhtes Risiko</b> für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben, insbesondere bei erhöhter Kontaktdichte (etwa in Pflegeheimen und anderen Einrichtungen der Langzeitpflege)</p> <p>(2) Personal von <b>stationären oder ambulanten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege</b>, die aufgrund berufsspezifischer Kontakte ein signifikant erhöhtes Risiko für eine Infektion und gegebenenfalls zusätzlich für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben oder die als Multiplikatoren das Virus in die Einrichtungen hinein und in andere Bereiche der Gesellschaft hinaustragen können</p> <p>(3) Personen (Personengruppen), die in <b>basalen Bereichen der Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen eine Schlüsselstellung</b> besitzen (z. B. Personal der Gesundheitsämter, der Polizei- und Sicherheitsbehörden, der Feuerwehr, Lehrer und Erzieher), insbesondere, wenn sie direkten, risikoerhöhenden Kontakt mit Patienten, Angehörigen von Risikogruppen oder potenziell Infizierten haben.</p>
Die STIKO führt systematische Literaturanalysen durch, um die jeweils relevanten Risikogruppen zu hierarchisieren. Bereits jetzt ist evident, dass ein <b>hohes Lebensalter</b> den bei weitem stärksten und zudem am einfachsten feststellbaren generischen Risikofaktor darstellt. Aber auch unabhängig vom Alter können einige <b>Vorerkrankungen</b> das Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf deutlich erhöhen. Für eine feinere Unterteilung in zu <b>priorisierende kleinere (Hochrisiko-)Gruppen</b> müssen Impfstoffmerkmale und Risikokonstellationen in verschiedenen Gruppen berücksichtigt werden. Die STIKO wird noch vor Jahresende eine auf wissenschaftlichen Daten basierende, gegebenenfalls weiter zu entwickelnde <b>Matrix</b> vorlegen, in der unter Berücksichtigung des hier dargelegten Rahmens <b>verschiedene Personengruppen genauer hierarchisiert</b> werden.

Quelle: Eigene Darstellung nach STIKO et al. 2020,2, S. 3 f.; Stand: 09.11.2020.

reicht der Arbeitsgruppe das „harmoonische Verhältnis“ zwischen den Kriterien Dringlichkeit, Nicht-Schädigung und Gerechtigkeit aus, um dem Impfziel (1): „Verhinderung von Hospitalisierung und Todesfällen“ Priorität bei der Bildung einer „vorrangig zu priorisierenden Personengruppe“ einzuräumen. Kaum überraschend, soll sie aus Personen mit alters- oder vorerkrankungsbedingt signifikant erhöhtem Risiko bestehen (Gruppe (1) in Katalog III; Abbildung 6).

Dieses Konzept erweist sich also im Kern als „personalisierte“ Priorisierung: Sie richtet sich im Unterschied zu unserer eingangs dargestellten Impfkaskade mit ihrem „institutionalisierten“ Vorgehen hinsichtlich der Impfziele, Auswahlkriterien und Gruppierungen überwiegend an den persönlichen Risiken, Rechten, Befindlichkeiten und Folgen bei der Imp-

fung oder Nicht-Impfung aus. Dabei basiert sie auf der Annahme, dass vulnerable Gruppen nur durch Impfung vor Covid-19 hinreichend geschützt werden könnten. Da diese Annahme aber nicht zutrifft – wie wir im letzten Absatz von Kapitel 4 zeigen – kann die Empfehlung auf der Basis der STIKO-Kriterien kritisch hinterfragt und auch beklagt werden (Hipp 2021).

Die verengte Sichtweise der STIKO hat zur Folge, dass die mit der Durchimpfung der Bevölkerung verbundenen epidemiologischen Ziele – wie etwa Durchbrechung von Infektionsketten und Vermeidung von Hotspots – weitgehend aus dem Blick geraten. Es kann und darf aber bei der Priorisierung nicht bloß darum gehen, für wen persönlich die prioritäre Impfung besonders nützlich und wünschenswert ist, sondern auch darum, dass priorisiert

Immunierte wesentlich zur Beherrschung der Pandemie und Erreichung der Herdenimmunität beitragen. Derzeit ist zwar noch fraglich, ob Geimpfte das Virus nicht mehr übertragen können, Fachleute halten dies aber für höchst wahrscheinlich. Jedenfalls verringert die Impfung die Viruslast und damit auch die Ansteckungswahrscheinlichkeit und die Schwere des Krankheitsverlaufs (arznei-telegramm 2020, S. 91).

Aus pandemischer Sicht sind somit die vorrangig zu impfenden Personen so zu gruppieren und zeitlich so zu staffeln, dass sowohl ihr jeweiliger Impfbedarf dem vorhandenen Angebot an Impfdosen und Impfkapazitäten als auch ihrem möglichen Beitrag zur Beherrschung des Infektionsgeschehens entsprechen. Der Priorisierungsansatz von STIKO et al. wird diesen Anforderungen nicht gerecht;

vielmehr konterkariert er sie, weil ihm mindestens drei entgegenlaufende Tendenzen immanent sind: Zunahme der Impfberechtigten, Verzögerung der Priorisierungsentscheidung und fragliche Praktikabilität beim Nachweis der Impfberechtigung.

- **Zunahme der Impfberechtigten:** Für eine evidenzbasierte Impfempfehlung verlangt die personalisierte Priorisierung der STIKO eine Fülle von aktuellen wissenschaftlichen Daten über die verfügbaren Impfstoffe und ihre spezifischen personenbezogenen Eigenschaften.<sup>14</sup> Das würde bei zunehmender Zahl der Vakzine und den Erkenntnissen dazu letztlich auch immer mehr prioritär zu Schützende bedeuten. Hinzu kommt, dass zunehmend gefordert wird, über die oben genannten Auswahlkriterien hinaus soziale Aspekte heranzuziehen, nach denen z. B. benachteiligte Gruppen mit prekären Arbeits- oder Lebensbedingungen zu priorisieren wären (Observer Gesundheit 2020, S. 2 f.). Dem Spielraum hierfür sind erfahrungsgemäß kaum Grenzen gesetzt.
- **Verzögerung der Priorisierung:** Die Notwendigkeit, bei personalisierter Priorisierung Datenlücken schließen und die Datenlage ständig aktualisieren zu müssen, führt unweigerlich zur Verzögerung der zur Vorbereitung der Impfkampagne dringend notwendigen generelle Festlegung der zu priorisierenden Perso-

<sup>14</sup> Nach der Aufgabenstellung der STIKO gehört dazu „... unter anderem die Erstellung eines mathematischen Transmissionsmodells, durch das unterschiedliche Szenarien (z. B. Zeitpunkt der Verfügbarkeit eines Impfstoffs, Mengen an wöchentlich verfügbaren Impfstoffdosen, Wirksamkeit der Impfung in verschiedenen Altersgruppen, Unterschiede in der Wirksamkeit nach Impfstoff-Produkt) und unterschiedliche Impfstrategien verglichen werden in Hinblick auf die Anzahl verhinderter COVID-19-Fälle, verhinderter Todesfälle oder auf die Virustransmission in der Bevölkerung. Des Weiteren arbeitet die STIKO die Epidemiologie der COVID-19-Erkrankungsfälle und Risikofaktoren für schwere Krankheitsverläufe in Hinblick auf eine entsprechende Impfempfehlung auf“ (Deutscher Bundestag 2020,2, S. 5).

nengruppen und Reihenfolge ihrer Impfung. Dabei ist es aber weder möglich noch erforderlich, das zeitlich und lokal vorhandene Angebot an Impfstoffen und Impfkapazitäten weit im Voraus zu kennen, falls das Impfmanagement flexibel genug aufgestellt ist.

- **Fragliche Praktikabilität:** Die personalisierte Priorisierung erfordert im Prinzip, dass die vorrangige Impfberechtigung der Millionen von Impfwilligen geprüft und in jedem Einzelfall gemäß der Priorisierungskriterien anerkannt und dokumentiert wird. Auf Beschluss der Länder müssen nämlich die zu Impfenden gegenüber den Impfzentren bzw. mobilen Impfteams den Nachweis erbringen, dass sie zu einer prioritär zu impfenden Personengruppe gehören (GMK 2020, Punkt 5). Andererseits soll die „letzte Priorisierung“ von denjenigen vor Ort erfolgen, „... die die Spritze führen“.<sup>15</sup> Wie soll das bei hunderttausenden täglich zu Impfenden ohne Störungen und Unregelmäßigkeiten gehen?

Inzwischen hat sich gezeigt, dass derartige Bedenken nicht unbegründet waren. Denn erst am 07.12.2020 wurde die von der STIKO avisierte „Feingranulierung“ in einer Aufstellung mit detaillierten Angaben zu Impfindikationsgruppen, Impfprioritäten und Gruppengrößen in einem vertraulichen Beschlussentwurf in Umlauf gebracht (STIKO 2020,1, Tabelle 12, S. 47). Sie war dann am 17.12.2020 – also ein Tag vor Inkrafttreten der CoronaImpfV – im Beschluss zur „STIKO-Empfehlung zur Covid-19-19-Impfung“ online verfügbar (STIKO

<sup>15</sup> So der STIKO-Vorsitzende Thomas Mertens gemäß Protokoll der PK vom 09.11.2020 in: Observer Gesundheit, S. 3 (STIKO, 2020,1). Es war bislang zumindest offen, wie und von wem die „Nachweise“ aufgrund welcher Daten für vulnerable Personen korrekt und fälschungssicher auszustellen sind: von Hausärzten, Therapeuten, Kliniken und Heimen oder etwa nur von Amtsärzten des ÖGD?

2020,2, Tabelle 15, S. 48) und ist seit dem 14.01.2021 auch gedruckt der Öffentlichkeit zugänglich. Es darf also nicht verwundern, dass die Impfkampagne am dritten Weihnachtstag mit vernehmlichem „Ruckeln“ (Bundesgesundheitsminister Jens Spahn) gestartet ist. Dies ist unabhängig von der hierzulande schleppenden Verfügbarkeit der BioNTech- und Moderna-Impfstoffe zweifellos auch dem unzureichenden Impfmanagement als Folge der kurzen Vorbereitungszeit geschuldet. Der enorme Zeitdruck verhinderte, dass sich die Beteiligten der Impfkampagne rechtzeitig auf die konkreten Handlungserfordernisse einstellen konnten.<sup>16</sup>

## 4. Finale Priorisierungsempfehlung der STIKO

In ihrem Beschluss zur personalisierten Priorisierung vom 17.12.2020 erklärt die STIKO, es sei das primäre Ziel einer COVID-19-Impfempfehlung für Deutschland, schwere Verläufe und Tod durch diese Krankheit größtmöglich zu reduzieren. In Abhängigkeit von der Wirksamkeit der Impfstoffe solle durch die Empfehlung auch die Übertragung (Transmission) von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung reduziert werden. Dazu formuliert sie folgende Impfziele (STIKO 2020, 2, S. 26):

<sup>16</sup> So lagen beispielsweise in den priorisierten Alten- und Pflegeheimen vielfach die Einwilligungen der Bewohner noch nicht vor und wurde die unerwartet häufige Impfverweigerung des medizinischen und pflegerischen Personals erst offenkundig, als das Impfteam mit der Spritze vor der Tür stand. An eine rasche und lückenlose Durchimpfung aller Heimbewohner und des gesamten Personals, wie sie pandemisch bzw. bei institutioneller Priorisierung notwendig gewesen wäre, war also nicht zu denken – von dem unnötigen Mehraufwand für Zweit- und Drittbesuche der Impfteams und der Vergeudung von nicht mehr weiterverwendbarem Impferum ganz abgesehen (FAZ Nr. 4 vom 06.01.2021, S. 3).

Abbildung 7: STIKO-Bewertungsmatrix zur Covid-19-Impfpriorisierung\*

Verhinderung schwerer COVID-19-Verläufe (Hospitalisierung) und Todesfälle 1	Schutz von Personen mit besonders hohem arbeitsbedingten SARSCoV-2-Expositionsrisiko (berufliche Indikation) 2	Verhinderung von Transmission sowie Schutz in Umgebungen mit hohem Anteil Vulnerabler und Ausbruchspotenzial 3	Aufrechterhaltung staatlicher Funktionen und des öffentlichen Lebens 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• BewohnerInnen von Senioren- und Altenpflegeheimen</li> <li>• Personen im Alter von ≥ 80 Jahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal mit besonders hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen</li> <li>• Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege</li> <li>• Andere Tätige in Altenpflegeheimen mit Kontakt zu den BewohnerInnen</li> <li>• Personal in medizinischen Einrichtungen mit engem Kontakt zu vulnerablen Gruppen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen im Alter von ≥ 75 – 79 Jahren</li> <li>• Personen mit Down-Syndrom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal mit hohem Expositionsrisiko in med. Einrichtungen</li> <li>• Tätige in der ambulanten und stationären Versorgung bei Demenz oder geistiger Behinderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit einer Demenz oder geistigen Behinderung in Institutionen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen im Alter von ≥ 70 – 74 Jahren</li> <li>• Personen mit Vorerkrankungen mit hohem Risiko</li> <li>• Personen nach Organtransplantation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal mit moderatem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BewohnerInnen und Tätige in Gemeinschaftsunterkünften (z. B. für Kinder und Jugendliche, Asylsuchende, Obdachlose, Frauenhäuser)</li> <li>• Enge Kontaktpersonen von Schwangeren</li> <li>• Enge Kontaktpersonen bzw. Pflegende von Personen mit einem erhöhten Risiko (z. B. Pflegebedürftige)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal in medizinischen Einrichtungen und an besonders relevanten Positionen der Krankenhausinfrastruktur</li> <li>• Teilbereiche des ÖGD</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen im Alter von ≥ 65 – 69 Jahren</li> <li>• Personen mit Vorerkrankungen mit moderat erhöhtem Risiko und deren engste Kontaktpersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal mit niedrigem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit prekären Arbeits- oder Lebensbedingungen (z. B. Inhaftierte, Saisonarbeiter, Beschäftigte in der Fleisch verarbeitenden Industrie oder in Verteilzentren)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LehrerInnen und ErzieherInnen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen im Alter von ≥ 60 – 64 Jahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LehrerInnen und ErzieherInnen</li> <li>• Beschäftigte im Einzelhandel Beschäftigte zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit mit erhöhtem Expositionsrisiko (z. B. Polizei im Außendienst)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LehrerInnen und ErzieherInnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal in Schlüsselpositionen der Landes- und Bundesregierungen</li> <li>• Beschäftigte im Einzelhandel</li> <li>• Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwachsene Personen &lt; 60 Jahren</li> </ul>			

\*Die Bewertung gilt nur für Erwachsene; ein Off-label-Gebrauch für Kinder wird nicht empfohlen. Es gibt keine Geschlechterdifferenzierung, und die Personengruppen sind noch unvollständig. Quelle: Eigene Darstellung nach STIKO 2020,2, Tabelle 14, S. 4.

## ZUR DISKUSSION GESTELLT

- Verhinderung schwerer COVID-19-Verläufe (Hospitalisierung) und Todesfälle;
- Schutz von Personen mit besonders hohem arbeitsbedingtem SARS-CoV-2-Expositionsrisiko (berufliche Indikation);
- Verhinderung der Transmission sowie Schutz in Umgebungen mit hohem Anteil vulnerabler Personen und in solchen mit hohem Ausbruchspotenzial; sowie
- Aufrechterhaltung staatlicher Funktionen und des öffentlichen Lebens.

Welche Personengruppen dazu mit welcher Priorität geimpft werden sollten, veranschaulicht sie beispielhaft anhand einer „Matrix“, die hier zum besseren Verständnis in modifizierter Form wiedergegeben wird (Abbildung 7). Daraus wird für jede Personengruppe ersichtlich, zu welchen der genannten vier Ziele ihre Impfung nach Meinung der STIKO beiträgt und welche Impfpriorität sie ihr dafür einräumt. Hiernach würde beispielsweise die Immunisierung von Lehrern und Erziehern drei Impfzielen dienen – und das in unterschiedlichem Maße (Abbildung 7, Spalten 2-4).

Bei dieser ordinalen Bewertung und Zuordnung kommt dem ersten Ziel – der Verhinderung von Hospitalisierungen und Todesfällen (Abbildung 7, Spalte 1) – offensichtlich eine konzeptionelle Bedeutung zu: Zum einen richtet sich hiernach die Stufeneinteilung zur finalen Priorisierung in Abbildung 8, die noch im vertraulichen Beschlussentwurf vom 07.12.2020 mit von oben nach unten abnehmenden Impfprioritäten gekennzeichnet war;<sup>17</sup> zum anderen ist dieses Impfziel das ein-

zige, für das eine mathematische Modellierung zur Begründung der Impfprioritäten herangezogen wird bzw. aus Datengründen herangezogen werden kann (a.a.O., S. 40 ff.).

Aus Mangel an Daten für den nicht-medizinischen Infektionsschutz – wie AHA-L, Kontaktverhalten und Kontaktnachverfolgung – konnten nur die direkten Effekte auf die Geimpften für die Dauer von 12 Wochen berechnet werden. Hierzu zählen die wöchentliche Anzahl von COVID-19-Fällen, Hospitalisierungen und Todesfällen sowie verlorenen Lebensjahren. Diese werden anhand eines Markov-Modells für drei potenzielle Impfstrategien ermittelt: Personen im Alter von  $\geq 80$  und  $\geq 60$  Jahren sowie von  $\geq 18$  Jahren mit 13 ausgewählten Vorerkrankungen (a.a.O., S. 43 ff.).

Das Ergebnis: Mit allen drei Impfstrategien könnten im Basis-Szenario in etwa gleich viele symptomatische COVID-19-Fälle über 12 Wochen verhindert werden. Hinsichtlich der Hospitalisierungen, Todesfälle und verlorenen Lebensjahre erweist sich die Impfung von Personen  $> 80$  Jahre jedoch als effiziente Strategie. Erst danach rangieren die Impfungen der über 60-Jährigen und der über 18-Jährigen mit Vorerkrankungen. Ihre Wirkung ist hinsichtlich der Verhinderung von Hospitalisierungen und verlorenen Lebensjahren jeweils um deutlich mehr als einem Drittel bzw. der Hälfte geringer und liegt bei den Todesfällen naturgemäß noch weit darunter (a.a.O., Abb. 10, S. 44).

Hiermit ist zwar die ordinale Rangfolge der Personengruppen in Spalte 1 von Abbildung 7 – also Personen über 80 Jahre einschließlich Bewohner von Pflegeheimen, Personen mit Vorerkrankungen sowie Personen über 60 Jahre – evidenzbasiert begründbar, aber nicht deren filigrane Einteilung in fünf Priorisierungsstufen. Sie bestehen einheitlich aus fünfjährigen Alterskohorten, was

eher der formalen Ästhetik entspricht als dem epidemischen Risiko der verschiedenen Altersgruppen und Vorerkrankungen für den Verlauf von Covid-19. Die STIKO bemüht sich zwar mit deskriptiv-statistischen Methoden und Belegen so weit wie möglich, die Einstufung der Personengruppen – etwa Vorerkrankte nach „hohem“ oder nur „moderat erhöhtem“ Risiko – sachlich zu begründen (STIKO 2020, S. 26 ff.); dennoch bleibt ein gewisses Maß an Willkür nicht ausgeschlossen, wie es Bewertungen nun einmal anhaftet.

Dies gilt umso mehr, als es sich bei den Zielen in den Spalten 2 bis 4 überwiegend um qualitative Dimensionen handelt – wie z. B. das „Expositionsrisiko“ –, für die sich kaum mehr als anekdotische Evidenz beibringen lässt. Hinzu kommt noch ein Aggregationsproblem, wenn die Impfung einer Personengruppe wie „LehrerInnen und ErzieherInnen“ mehreren Zielen dienen, aber hinsichtlich ihrer Impfpriorität unterschiedlich eingestuft werden (Spalten 2 bis 4 in Abbildung 7). Denn die Priorisierung in Abbildung 8 verlangt für jede Personengruppe nur eine einheitliche Einstufung, wie es auch bei Lehrern und Erziehern in Stufe 4 tatsächlich der Fall ist. Das wäre korrekt, wenn die Bewertungen in allen drei Spalten gleichgewichtet in die Gesamtbewertung eingingen. Würde man aber angesichts der Forderung nach Offenhaltung der Schulen und Kindergärten den Immunisierungsbeitrag der Lehrer und Erzieher zum Ziel „Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens“ höher bewerten, hätten sie und die Gesellschaft auch eine höhere Impfpriorität verdient.<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Die Impfprioritäten wurden darin mit „sehr hoch“, „hoch“, „moderat“, „erhöht“, „gering erhöht“ und „niedrig“ benannt (STIKO 2020,1, Tabelle 12, S. 47). Warum diese Benennung nicht übernommen wurde, ist nicht ersichtlich. Vermutlich sollte nicht erkennbar werden, wie vage und wenig operabel eine so filigrane Stufenbildung letztlich ist.

<sup>18</sup> Nach STIKO soll sich die Priorisierung in Abbildung 8 bei Mehrfachzuordnung zu den Zielen in Abbildung 7 nach der höchsten Bewertung richten (STIKO 2020,2, S. 26). Entweder ist hier der STIKO ein Fehler unterlaufen oder sie gewichtet die Einzelbewertungen insgeheim unterschiedlich.

Abbildung 8: STIKO-Empfehlung zur Covid-19-Impfpriorisierung

Stufe	Stufe Personengruppe N (Mio .)	N (Mio.)
<b>1</b>	BewohnerInnen von Senioren- und Altenpflegeheimen	
	Personen im Alter von ≥ 80 Jahren	5,4*
	Personal mit besonders hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen*	1,0
	Personal in medizinischen Einrichtungen und andere Personen mit engem Kontakt zu vulnerablen Gruppen*	?
	Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege	1,2*
	Andere Tätige in Senioren- und Altenpflegeheimen mit Kontakt zu den BewohnerInnen	?
	Summe	> 8,6
<b>2</b>	Personen im Alter von ≥ 75-79 Jahren	4,1*
	Personal mit hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen	1,0
	Personen in Institutionen mit einer Demenz oder geistigen Behinderung	> 1,6
	Tätige in der ambulanten oder stationären Versorgung von Personen mit Demenz oder geistiger Behinderung	?
	Personen mit Down-Syndrom (Trisomie21)	0,05
	Summe	> 7
<b>3</b>	Personen im Alter von ≥ 70 – 74 Jahren	3,6*
	Personen nach Organtransplantation	?
	Personen mit anderen Vorerkrankungen mit hohem Risiko	?
	BewohnerInnen und Tätige in Gemeinschaftsunterkünften (z. B. für Kinder und Jugendliche, Asylsuchende, Obdachlose, Frauenhäuser)	> 0,5*
	Enge Kontaktpersonen von Schwangeren	0,76
	Enge Kontaktpersonen bzw. Pflegende von Pers. mit einem erhöhten Risiko (z. B. Pflegebedürftige)	?
	Personal in medizinischen Einrichtungen mit moderatem Expositionsrisiko und in Positionen, die für die Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur besonders relevant sind	0,8
	Teilbereiche des ÖGD	0,017
	Summe	> 5,7
<b>4</b>	Personen im Alter von ≥ 65 – 69 Jahren	4,8*
	Personen mit Vorerkrankungen mit moderat erhöhtem Risiko und deren engste Kontaktpersonen	?
	Personal mit niedrigem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen	0,3
	LehrerInnen	0,8*
	ErzieherInnen	> 0,6*
	Personen mit prekären Arbeits- und/oder Lebensbedingungen (z.B. Inhaftierte, Saisonarbeiter, Beschäftigte in Verteilzentren oder der Fleisch verarbeitenden Industrie)	> 0,4
	Summe	> 6,9
<b>5</b>	Personen im Alter von ≥ 60 – 64 Jahren	5,5*
	Personal in Schlüsselpositionen der Landes- und Bundesregierungen	?
	Beschäftigte im Einzelhandel	3,1*
	Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur	0,8*
	Summe	> 8,4
<b>6</b>	Alle übrigen Personen im Alter von < 60 Jahren	45,0*

\*Das N (in Mio.) der priorisierten Gruppen ist von der STIKO grob geschätzt und soll der Orientierung dienen. Teilweise gibt es Überlappungen innerhalb der Gruppen oder es sind keine Daten verfügbar.

Quelle: STIKO 2020,2, Tabelle 15, S. 48.

Pandemisch gesehen, resultieren die größten Bedenken jedoch aus der schieferen Größe der priorisierten Personengruppen (letzte Spalte in Abbildung 8). Das betrifft zunächst die Gesamtzahl von rd. 38 Mio. Priorisierten (Summe der Stufen 1 bis 5): Sie umfassen mit rd. 46 % fast die Hälfte der Bevölkerung und gut 63 % der zur Herdenimmunität erforderlichen Geimpften. Unter Annahme von 2 Impfungen pro Person und 100 Tsd. Impfungen pro Tag wäre der letzte Priorisierte am 760. Impftag, also nach über zwei Jahren täglichen Impfens vakziniert.<sup>19</sup> Mindestens so lange bliebe aber den 45 Mio. Personen ohne Priorisierung (Stufe 6) – das sind weit über die Hälfte der Bevölkerung – eine Immunisierung staatlicherseits verwehrt. Sie müssten schlimmstenfalls noch weitere zwei Jahre warten, bis sie Gelegenheit zur Impfung haben – und das vielleicht immer noch ohne wirksame Medikamente gegen Covid-19 und mit den Freiheitsbeschränkungen der GPM bei neuerlichen Infektionswellen. Selbst wenn sich die Wartezeit durch erhöhte Impfstoffmengen und Impfstoffkapazitäten deutlich verringern sollte,<sup>20</sup> stellt sich die Frage, ob eine so weitgehende Priorisierung pandemisch überhaupt notwendig ist.

Bedenklich ist aber auch die Zahl der Priorisierten auf den einzelnen Stufen. Soll nämlich die Priorisierung ihre allokativen Funktion zur Rationierung der Nachfrage erfüllen, muss die Anzahl der Priorisierten anfangs, wenn Impfstoffan-

gebot und Impfkapazitäten noch sehr begrenzt verfügbar sind, entsprechend gering sein und können erst mit erwartungsgemäß steigendem Angebot erhöht werden. Stattdessen nimmt die jeweilige Summe der Personen auf den ersten drei Stufen in Abbildung 8 von 8,6 Mio. auf 4,8 Mio. Impfberechtigte ab, die in den einzelnen Gruppen dann möglicherweise schneller durchgeimpft werden können. Auf der ersten Stufe besteht jedoch mit mindestens 8,6 Mio. Personen ein so großer Nachfrageüberhang, dass er unter den obigen Annahmen erst nach 86 Impftagen bzw. knapp 3 Monaten abgeimpft sein könnte. Es bildet sich also eine beträchtliche Warteschlange, die innerhalb der bereits erfolgten (Grob-)Priorisierung noch eine stufeninterne (Fein-)Priorisierung erfordert. Sie müsste durch das Impfmanagement vor Ort erfolgen, ohne dass dafür eine rechtsverbindliche Regelung bestünde. Allerdings könnte man darin auch eine Flexibilität im praktischen Vollzug der Impfkampagne sehen, die kurzzeitig auch in anderer Hinsicht notwendig sein dürfte (siehe z. B. § 1 (2) CoronaImpfV).

Ungeachtet dessen bleibt es ein Fehler, dass sich die Prioritätsstufen schematisch nach den Alterskohorten richten und diese zahlenmäßig alle anderen Indikationen bei Weitem übersteigen; denn dadurch wird eine funktionsgerechte Priorisierung praktisch unmöglich. Dieser Fehler ließe sich dadurch korrigieren, dass man die Zahl der alterspriorisierten Personen deutlich reduziert. Sicherlich handelt es sich beim Lebensalter „... bei weitem um den stärksten und zudem am einfachsten feststellbaren generischen Risikofaktor ...“ (STIKO 2020,2, S. 3), aber deshalb muss ihm nicht zwangsläufig die Rolle eines prädominanten Priorisierungskriteriums zufallen. Denn außer dem Risiko, im Falle einer Corona-Infektion mit zunehmendem Alter einen schweren

Krankheitsverlauf mit häufig tödlichem Ausgang zu erleiden, gibt es auch noch das Risiko, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren. Während das erste Risiko durch präventives Verhalten kaum beeinflussbar ist, hängt die Größe des zweiten Risikos ganz wesentlich davon ab, ob und inwieweit man sich selbst den Umständen nach vor einer Infektion schützen kann und sich dementsprechend auch tatsächlich schützt.

Würde man den über 60-Jährigen, die sich aufgrund ihrer Lebensumstände effektiv schützen könnten – wie etwa die vielen nicht pflegebedürftigen, allein oder partnerschaftlich im häuslichen Umfeld lebenden Rentner und Pensionäre –, die prioritäre Impfung verweigern, müssten sie länger auf den Impfschutz warten.<sup>21</sup> Das wäre aber keineswegs mit einer verschiedentlich befürchteten „Triage“ gleichzusetzen. Denn erstens ist eine Corona-Infektion auch bei den jetzt vorliegenden Infektionszahlen immer noch sehr unwahrscheinlich;<sup>22</sup> und zweitens könnten diese Personen ihr Ansteckungsrisiko durch selbstverantwortliches Verhalten praktisch auf null reduzieren, wozu in erster Linie das strikte Einhalten der AHA+L-Regel und die weitgehende häusliche Selbstisolierung gehören. Geschähe dies, ginge das erstgenannte Risiko eines schweren oder tödlichen

19 Allein die 23,4 Mio. über 60-Jährigen, die auf den Stufen 1 bis 5 priorisiert zu impfen sind, würden dafür unter den gleichen Annahmen 468 Impftage bzw. 1,3 Jahre benötigen.

20 Die Impfstoffversorgung wird sich sicherlich in nächster Zeit zügig durch weiter zugelassene Vakzine und zunehmende Produktionskapazitäten erhöhen; dann könnten sich aber die bisher aufgebauten und nicht beliebig vermehrbaren Impfkapazitäten als Engpass erweisen (siehe Fn 4). Wenn man dies als politische Priorität erkennt und entsprechende Ressourcen bereitstellt, sollte auch eine deutlich höhere Impfkapazität möglich sein.

21 Hiervon sind selbstverständlich über 60-Jährige ausgeschlossen, die z.B. ambulant oder stationär gepflegt werden, in medizinischen Einrichtungen, Altenheimen, Unterkünften oder Wohngemeinschaften leben, relevante Vorerkrankungen haben oder einem hohen arbeitsbedingten Expositionsrisiko ausgesetzt sind, weil alle Personen mit diesen Eigenschaften ohnehin priorisiert sind (Abbildung 8) und es auch bleiben sollten.

22 Zwischen Anfang Mai und Ende September 2020 lag die Wahrscheinlichkeit, dass man sich bei einer Begegnung mit einem anderen Menschen mit Corona infizierte, vermutlich unter 0,02 Promille; und selbst bei unvorsichtigem Verhalten zwischen 100 und 500 Menschen erhöhte sie sich nur um einen Wert zwischen 0,2 Prozentpunkten und einem Prozentpunkt, d.h. mit einer Wahrscheinlichkeit zwischen 99 und 99,8 % infizierte man sich trotzdem nicht (Apolte 2021, S. 2).

Abbildung 9: Coronavirus-Impfverordnung (CoronalmpfV) §§ 2-4

<b>§ 2</b> <b>Schutzimpfungen mit höchster Priorität</b>
<p><b>Folgende Personen haben mit höchster Priorität Anspruch auf Schutzimpfung:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personen, die das 80. Lebensjahr vollendet haben,</li> <li>2. Personen, die in stationären Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung oder Pflege älterer oder pflegebedürftiger Menschen behandelt, betreut oder gepflegt werden oder tätig sind,</li> <li>3. Personen, die im Rahmen ambulanter Pflegedienste regelmäßig ältere oder pflegebedürftige Menschen behandeln, betreuen oder pflegen,</li> <li>4. Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit einem sehr hohen Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind, insbesondere auf Intensivstationen, in Notaufnahmen, in Rettungsdiensten, als Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, in den Impfzentren im Sinne von § 6 Absatz 1 Satz 1 sowie in Bereichen, in denen für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 relevante aerosolgenerierende Tätigkeiten durchgeführt werden,</li> <li>5. Personen, die in medizinischen Einrichtungen regelmäßig Personen behandeln, betreuen oder pflegen, bei denen ein sehr hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht, insbesondere in der Onkologie oder Transplantationsmedizin.</li> </ol>

<b>§ 3</b> <b>Schutzimpfungen mit hoher Priorität</b>
<p><b>Folgende Personen haben mit hoher Priorität Anspruch auf Schutzimpfung:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personen, die das 70. Lebensjahr vollendet haben,</li> <li>2. Personen, bei denen ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Personen mit Trisomie 21,</li> <li>b) Personen mit einer Demenz oder mit einer geistigen Behinderung,</li> <li>c) Personen nach Organtransplantation,</li> </ol> </li> <li>3. eine enge Kontaktperson             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) von pflegebedürftigen Personen nach § 2 Nummer 1 und nach den Nummern 1 und 2, die von dieser Person oder von ihrem gesetzlichen Vertreter bestimmt wird,</li> <li>b) von schwangeren Personen, die von dieser Person oder von ihrem gesetzlichen Vertreter bestimmt wird,</li> </ol> </li> <li>4. Personen, die in stationären Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung oder Pflege geistig behinderter Menschen tätig sind oder im Rahmen ambulanter Pflegedienste regelmäßig geistig behinderte Menschen behandeln, betreuen oder pflegen,</li> <li>5. Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit einem hohen oder erhöhten Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind, insbesondere Ärzte und sonstiges Personal mit regelmäßigem unmittelbarem Patientenkontakt, Personal der Blut- und Plasmaspendendienste und in SARS-CoV-2-Testzentren,</li> <li>6. Polizei- und Ordnungskräfte, die in Ausübung ihrer Tätigkeit zur Sicherstellung öffentlicher Ordnung, insbesondere bei Demonstrationen, einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind,</li> <li>7. Personen, die im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in besonders relevanter Position zur Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur tätig sind, 8. Personen, die in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 3 oder 4 des Infektionsschutzgesetzes untergebracht oder tätig sind.</li> </ol>

§ 4

**Schutzimpfungen mit erhöhter Priorität**

Folgende Personen haben mit erhöhter Priorität Anspruch auf Schutzimpfung:

1. Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben,
2. Personen, bei denen ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht:
  - a) Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 30),
  - b) Personen mit chronischer Nierenerkrankung,
  - c) Personen mit chronischer Lebererkrankung,
  - d) Personen mit Immundefizienz oder HIV-Infektion,
  - e) Personen mit Diabetes mellitus,
  - f) Personen mit einer Herzinsuffizienz, Arrhythmie, einem Vorhofflimmern, einer koronaren Herzkrankheit oder arterieller Hypertension,
  - g) Personen mit zerebrovaskulären Erkrankungen oder Apoplex,
  - h) Personen mit Krebserkrankungen,
  - i) Personen mit COPD oder Asthma bronchiale,
  - j) Personen mit Autoimmunerkrankungen oder rheumatischen Erkrankungen,
3. Personen, die in besonders relevanter Position in staatlichen Einrichtungen tätig sind, insbesondere in den Verfassungsorganen, in den Regierungen und Verwaltungen, bei den Streitkräften, bei der Polizei, beim Zoll, bei der Feuerwehr, beim Katastrophenschutz einschließlich Technisches Hilfswerk und in der Justiz,
4. Personen, die in besonders relevanter Position in weiteren Einrichtungen und Unternehmen der Kritischen Infrastruktur tätig sind, insbesondere im Apothekenwesen, in der Pharmawirtschaft, in der Ernährungswirtschaft, in der Wasser- und Energieversorgung, in der Abwasserentsorgung und Abfallwirtschaft, im Transport- und Verkehrswesen sowie in der Informationstechnik und im Telekommunikationswesen,
5. Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit niedrigem Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind, insbesondere in Laboren, und Personal, welches keine Patientinnen oder Patienten mit Verdacht auf Infektionskrankheiten betreut,
6. Personen, die im Lebensmitteleinzelhandel tätig sind,
7. Personen, die als Erzieher oder Lehrer tätig sind,
8. Personen, mit prekären Arbeits- oder Lebensbedingungen.

Quelle: Darstellung nach BMG 2020,3, S. 2 f.; Stand vom 18.12.2020.

Krankheitsverlaufs ebenfalls gegen null. Außerdem ginge dann von diesem Personenkreis auch keine Infektionsgefahr für Dritte mehr aus. Von daher wäre es in der herrschenden Ausnahmesituation vertretbar, ihn nicht vorrangig zu impfen und damit anderen priorisierten Gruppen im gesellschaftlichen Interesse der

Pandemiebekämpfung zeitlich den Vortritt zu lassen.<sup>23</sup>

23 Dagegen stellen Schrappe et al. (2021, These 8, S. 62) apodiktisch fest: „Die Impfung ist, zumindest in der ersten Phase, ausschließlich eine spezifische Präventionsmaßnahme für besonders infektionsanfällige Personengruppen (Individualschutz). Eine bevölkerungsprotektive Wirkung (Gemeinschaftsschutz) ist bis heute nicht gesichert und sollte von daher nicht als Motivation für die Impfung öffentlich betont werden ...“. Begründet wird dies mit der bei den aktuell verimpften Vakzinen noch nicht nachgewiesenen Verhinderung der Transmission. Als wenn es gesellschaftlich nicht eminent wichtig wäre, dass Ärzte, Pfleger, Lehrer etc. unabhängig von ihrer Rolle als mögliche „Spreader“ prioritär impfgeschützt werden, um nicht durch Covid-19 an systemisch bedeutsamen Stellen auszufallen.

## 5. Priorisierungsmix in der Coronavirus-Impfverordnung

Es erscheint deshalb sachlich, politisch und rechtlich problematisch, dass die STIKO-Empfehlungen nahezu unverändert in der CoronaImpfV vom 15.12.2020 umgesetzt wurden: sachlich, weil die Pandemiebekämpfung – und damit Wirtschaft und Gesellschaft – darunter leiden werden; politisch, weil sie durch die früh-

zeitige Festlegung des BMG der öffentlichen und parlamentarischen Diskussion praktisch entzogen war; und verfassungsrechtlich, weil ein so weitgehender und problembehafteter Eingriff in die persönlichen Freiheitsrechte statt durch ein Gesetz nur auf dem Verordnungswege legitimiert wurde.

Schon bevor sich die Konturen einer Impfverordnung abzeichneten, hatte das BMG in seiner „Nationalen Impfstrategie“ vom 23.10.2020 mit dem Hinweis, dass eine Priorisierung von STIKO, Ethikrat und Leopoldina noch ausstehe, keine näheren Angaben dazu gemacht (s. o. Abbildung 4). Dass der Bundesgesundheitsminister die Prärogative für die Priorisierung dem STIKO überantworten würde, wurde vollends auf der GMK vom 06.11.2020 klar. Auf ihr vereinbarten nämlich Bund und Länder, vertreten durch ihre Gesundheitsminister, dass „die Empfehlung der Ständigen Impfkommission zu den prioritär zu impfenden Personengruppen ... von allen Ländern und vom Bund als einheitliche Regelung anzuwenden (ist)“ (GMK 2020, Punkt 5, S. 2). So konnte sie im weiteren Verlauf unter Verweis auf die wissenschaftliche Expertise der Urheber als „alternativlos“ und nicht mehr disputabel hingestellt werden. Damit bekam aber der Bundesgesundheitsminister politisch freie Hand, sie auf dem Verordnungswege unverändert in Kraft zu setzen, wozu er sich durch das zuvor wegen Corona geänderte Infektionsschutzgesetz (IfSG) ermächtigt sah (BMG 2021, S. 5 f.).

Wie ein Vergleich der nach STIKO zu priorisierenden Personengruppen in Abbildung 8 mit denen in Abbildung 9 zeigt, wurden diese ausnahmslos in die CoronaImpfV übernommen. Sie wurden jedoch notwendigerweise konkretisiert und der Reihenfolge nach vereinzelt modifiziert, um dem in § 1 gewährten Rechtsanspruch auf kostenlose Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 für die ganze Wohn-

bevölkerung in Deutschland justiziabel einzulösen zu können. Dagegen wurde ihre problematische Einstufung nach der STIKO-Version durch eine Einteilung der Schutzimpfungen mit „höchster“, „hoher“ und „erhöhter“ Priorität in §§ 2-4 CoronaImpfV ersetzt. Dabei umfasst § 2 die erste STIKO-Stufe mit mehr als 8,6 Mio. Anspruchsberechtigten sowie § 3 die Stufen 2-3 mit über 12,2 Mio. und § 4 die Stufen 4-5 mit gut 15,9 Mio. Personen. Zahlenmäßig ergibt sich hieraus zumindest eine klare Impfkaskade. Die Zahlen sind auf allen drei Stufen aber so hoch, dass eine stufenweise Fein-Priorisierung unumgänglich ist.

Sie könnte in der Reihenfolge der Nennung der Personengruppen innerhalb jedes der drei Paragraphen bestehen, wenn sie als zeitliche Staffelung gemeint und verbindlich wäre. Hieran sind jedoch Zweifel angebracht. Denn die Impfverordnung sieht ausdrücklich vor, dass innerhalb der in der in §§ 2 bis 4 genannten Personengruppen aufgrund der jeweils vorliegenden infektiologischen Erkenntnisse, der aktuellen Empfehlung der STIKO und der epidemischen Situation vor Ort bestimmte Anspruchsberechtigte vorrangig berücksichtigt werden können (§ 1 (2) Satz 2 CoronaImpfV). Dementsprechend sind bundes- und landesweit sowie vor Ort jederzeit Ausnahmen von der vorgegebenen Priorisierung möglich, wovon gleich beim Start der Impfkampagne durch vorgezogene Impfung der Personen in Alten- und Pflegeheimen (Gruppe 2 in § 2) Gebrauch gemacht wurde. Ein gewisser Pragmatismus ist sicherlich erforderlich; es muss aber sichergestellt sein, dass er sachgerecht ist und vor allem nicht politisch-klientelbezogen missbraucht wird.

Ein weiterer konzeptioneller Schwachpunkt der CoronaImpfV besteht darin, dass sie einen unsystematischen Mix aus personalisiert und institutionalisiert prio-

risierten Anspruchsberechtigten darstellt. Hierfür bieten bereits die ersten beiden Gruppen des § 2 gute Beispiele (Abbildung 9). So sind die an erster Stelle genannten über 80-Jährigen aufgrund ihres persönlichen Lebensalters priorisiert. Dagegen erfolgt die Priorisierung der zweiten Gruppe institutionell nach Behandlungs-, Betreuungs- oder Pflegeeinrichtungen. Dementsprechend müssten die darin lebenden und arbeitenden Personen – das wären z. B. in einem Altenheim nicht nur die Bewohner, sondern auch das gesamte Personal von Hausmeistern über Büro-, Küchen- und Reinigungskräfte bis zu den Pflegern und Ärzten – ausnahmslos geimpft werden, um Infektionen so gut wie sicher ausschließen zu können.<sup>24</sup> Dem damit verfolgten pandemischen Ziel wäre aber nicht gedient, wenn nur das medizinisch-pflegerische Personal – und dieses wegen der verbreiteten Impfverweigerung auch nur teilweise – impfgeschützt wäre. Ein solches Nebeneinander der Priorisierungsformen ist nicht per se problematisch, sondern nur dann, wenn das institutionelle Vorgehen in den jeweiligen Fällen nicht konsequent genug durchgehalten ist. So werden in § 2 an 4. Stelle Personen genannt, die in einzelnen Bereichen medizinischer Einrichtungen mit sehr hohem Expositionsrisiko – wie insbesondere Intensivstationen, Notaufnahmen oder Rettungsdiensten – tätig sind. Was aber geschieht, wenn die Hausmeister, Reinigungskräfte, Konsiliarärzte und Aushilfsschwester einer Klinik ungeschützt bleiben und an Covid-19 erkranken? Können Sie dann nicht als „Spreader“ das Virus leicht in die jeweilige Einheit tragen oder sich krankmelden und die reguläre Krankenversorgung gefährden? Deshalb sähe der institutionalisierte Ansatz vor, wenn schon das

<sup>24</sup> Das setzt auch eine entsprechende Besucherregelung – wie etwa Schnelltests vor Betreten der Einrichtungen – voraus.

Personal eines besonderen Versorgungsbereichs geimpft werden soll, dann aber gleich die ganze Einheit mit „Mann und Maus“, um pandemisch gefährliche Impflücken zu vermeiden.<sup>25</sup>

Eine gänzlich andere Frage ist, ob nicht bestimmte Personengruppen aus pandemisch-ökonomischer Sicht viel zu niedrig eingestuft sind. Dies scheint uns beispielsweise bei den Lehrern und Erziehern bzw. Pädagogen der Fall zu sein, denen in § 4 nur eine erhöhte Impfpriorität zugestanden wird und damit nach den Beschäftigten im Lebensmitteleinzelhandel, aber noch vor den Personen mit prekären Arbeits- oder Lebensbedingungen, an vorletzter Stelle der gesamten Priorisierung stehen (§ 4 (7) CoronaImpfV). Lehrer, Erzieher, Dienstpersonal und heranwachsende Schüler (über 16 Jahre wegen der Nichtzulassung von Vakzinen für Jüngere) so lange ungeimpft und damit nicht infektionsschutz zu lassen, erscheint uns angesichts der unisono in Öffentlichkeit und Politik geforderten Offenhaltung der Bildungseinrichtungen in höchstem Maße unverhältnismäßig.

### Fazit: Agenda zur Revision der CoronaImpfV

Der Erfolg der laufenden Impfkampagne zur raschen Immunisierung der Bevölkerung gegen Covid-19 ist nicht nur von den verfügbaren Impfstoffdosen und Impfkapazitäten, sondern auch vom Impfmanagement und der zeitlichen Priorisierung der Impfberechtigten abhängig. Letztere bestimmt, wer zuerst geimpft wird und

wer möglicherweise noch über Monate oder Jahre hinweg warten muss. Sie ist in §§ 2-4 Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) geregelt und basiert auf dem fragwürdigen STIKO-Konzept der „personalisierten“ Priorisierung.

Die Alternative dazu ist die pandemisch orientierte „institutionalisierte“ Priorisierung, nach der Personen überwiegend nach ihrer Zugehörigkeit zu pandemisch und systemisch relevanten Einrichtungen, Arbeits- und Lebensverhältnissen priorisiert werden. Es erscheint jedoch nicht opportun, die CoronaImpfV jetzt noch diesem Konzept gemäß revidieren zu wollen. Immerhin ließen sich aber einige ihrer Geburtsfehler beheben, um ein besseres Ergebnis als befürchtet erzielen zu können:

- 1. Institutionalisierte Priorisierung:** Wo nach §§ 2-4 CoronaImpfV schon ansatzweise eine institutionalisierte Priorisierung greift – wie etwa bei Intensivstationen oder Notaufnahmen von Kliniken mit hohem Expositionsrisiko –, sollte sie konsequent auf die betreffende Einrichtung insgesamt und ihr gesamtes Personal ausgedehnt werden. Das wäre nicht nur in Kliniken, Pflegeheimen, Praxen, Impfzentren oder Apotheken angebracht, sondern auch in Kindergärten, Schulen, Haushalten mit Kindern oder Pflegebedürftigen sowie Einrichtungen von Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst, Katastrophenschutz usw. Dabei ist pragmatisch und zeitlich überlappend auf gesetzlicher Grundlage vorzugehen.
- 2. Selektive Alterspriorisierung:** Nach §§ 2-4 CoronaImpfV sind alle 23,4 Mio. über 60-Jährige nach Alterskohorten mit höchster, hoher oder erhöhter Priorität impfberechtigt. Dazu gehören schätzungsweise mindestens 15 Mio. Personen, die sich auf-

grund ihrer Lebensumstände durch striktes Einhalten der AHA+L-Regel und eine weitgehende häusliche Selbstisolierung vor Covid-19 schützen könnten – wie etwa nicht pflegebedürftige, allein oder partnerschaftlich im häuslichen Umfeld lebende Rentner und Pensionäre. Ihr Risiko, einen schweren oder gar tödlichen Krankheitsverlauf zu erleiden, wäre dann praktisch null; auch ginge von ihnen keine Infektionsgefahr für Dritte mehr aus. Von daher wäre es vertretbar, diesen Personenkreis nicht vorrangig zu impfen und damit anderen pandemisch oder systemisch relevanteren Gruppen den Vortritt zu lassen. Dies umso mehr, als die STIKO anlässlich der unbeschränkten EU-Zulassung des AstraZeneca-Impfstoffs Ende Januar 2021 empfahl, dieses Vakzin hierzulande nur an Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren zu verimpfen; und da es weniger wirksam ist als die den über 64-Jährigen applizierten mRNA-Stoffe, kommt es nun zu einer zweifachen Priorisierung der Älteren: Sie werden früher geimpft und bekommen auch noch den besseren Impfschutz.

- 3. Priorität für Pädagogen:** Sie stehen nach § 4 (7) CoronaImpfV mit mehr als 1,4 Mio. Lehrern und Erziehern an vorletzter Stelle der 33 Einzelgruppen umfassenden Prioritätsliste – nach den Beschäftigten im Lebensmitteleinzelhandel und vor den Personen mit prekären Arbeits- oder Lebensbedingungen. Angesichts der für die nachwachsende Generation so wichtigen und dementsprechend vehement geforderten Offenhaltung der Bildungs- und Erziehungseinrichtungen ist eine so nachrangige Priorisierung absolut unverständlich. Vielmehr sollten Pädagogen, Dienstpersonal und Schüler über 16 Jahre mit deutlich höherer

<sup>25</sup> Deshalb plädieren wir auch für eine Impfpflicht des gesamten Personals in stationären und ambulanten medizinischen-pflegerischen Einrichtungen. Je nach Abgrenzung handelt es sich dabei um gut 5,6 Mio. Beschäftigte im Gesundheitswesen, wobei 3,6 Mio. davon direkten Patientenkontakt haben (Stand 2018; DESTATIS 2020). Diese Anzahl von Personen könnte mit höchster Priorität geimpft werden, falls man den gesunden und mobilen Teil der Älteren von der Priorisierung ausnimmt, wie bereits in Kapitel 4 von uns vorgeschlagen wurde.

Priorität geimpft werden. Sobald die Vakzine auch für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahre zugelassen sind, wären auch sie priorisiert zu impfen, um Schulen, Kindergärten, Krippen usw. offenhalten zu können.

4. **Selektive Impfpflicht:** Aus pandemisch zwingenden Gründen sollte für das gesamte ambulant und stationär tätige medizinisch-pflegerische Personal eine selektive Impfpflicht bestehen. Sie sollte zu den „Berufspflichten“ dieses Personenkreises gehören – wie etwa Hygienemaßnahmen in der medizinischen Versorgung oder der unabdingbare Impfschutz in manchen anderen Berufen auch. Dadurch wäre zu gewährleisten, dass Eigeninfektion und Transmission innerhalb der Einrichtungen praktisch ausgeschlossen sind bzw. durch Senkung der Virenlast weniger virulent bleiben, so dass die Gesundheitsversorgung nicht durch Covid-2-bedingte Arbeitsausfälle gefährdet wird. Diese Impfpflicht scheint in einer Ausnahmesituation wie der Corona-Pandemie verhältnismäßig und zumutbar. Impfverweigerer müssten täglich vor Arbeitsbeginn einen negativen Corona-Test auf eigene Kosten vorweisen oder wären für die Dauer der Pandemie von ihrer bisherigen Tätigkeit zu entbinden und könnten dann Aufgaben in anderen Bereichen des Gesundheitswesens übernehmen. Ausnahmsweise wären sie den Beschäftigten in Kurzarbeit gleichzustellen oder könnte ihnen auch gekündigt werden.
5. **Impfpass:** Als wirksamer Anreiz zur Erhöhung der Impfbereitschaft sollte allen Geimpften ein amtlicher, dokumentensicherer „Impfpass“ ausgestellt werden. Im Gegensatz zum „Immunitätsausweis“ würde er lediglich die

erfolgte Impfung dokumentieren, aber kein Beleg für erworbene Immunität sein. Dennoch sollte er nur ausgestellt werden, wenn das verimpfte Vakzin auch eine Transmission weitgehend ausschließt. Die Anreizwirkung setzt voraus, dass Träger des Impfpasses weitgehend von heimischen wie EU-weiten Mobilitätsbeschränkungen verschont blieben. Als zweitbeste Lösung würde es u. U. auch ausreichen, Corona-Schutzimpfungen wie sonst üblich im gängigen Impfausweis fälschungssicher zu dokumentieren. Auch käme eine digitale Impfpass-App in Betracht, wie sie derzeit im Luftverkehr gefordert wird. Die beste Lösung wäre allerdings ein dokumentensicherer „EU-Impfpass“, wie ihn die EU-Kommission erst kürzlich vorgeschlagen hat. Dies alles ist nicht als Privilegierung der Geimpften zu sehen, sondern sie werden nur sachgemäß anders gestellt als (noch nicht) Immunisierte. Sobald alle Impfberechtigten freien Zugang zur Impfung haben, ist dieser Aspekt ohnehin irrelevant.

6. **Rechtsgrundlage:** Die geltende CoronaImpfV wird mitsamt der Priorisierung als Kern der Impfstrategie der Bundesregierung von Juristen und Ethikern zunehmend in Frage gestellt. Ihre Vorschriften seien rechtswidrig und damit nichtig. Von daher wird es höchste Zeit für eine juristische und politische Aufarbeitung. Der Bundestag sollte die Inhalte der CoronaImpfV nicht nur als Gesetz verabschieden, sondern sie auch einer gründlichen Revision hinsichtlich der Priorisierung unterziehen. Die Möglichkeit, bei staatlich organisierter Beschaffung, Verteilung und Applikation den Impfschutz gegen Covid-19 frühzeitig erlangen zu können oder darauf u. U.

jahrelang warten zu müssen, ist für die gesamte Bevölkerung von enormer Bedeutung und verfassungsrechtlich relevant. Dem trägt die CoronaImpfV vor allem auch deshalb nicht genügend Rechnung, weil sie mit der personalisierten Priorisierung ein höchst fragwürdiges Konzept verfolgt und es mit pandemisch nicht akzeptablen Ergebnissen umsetzt.

Einige dieser Vorschläge – wie Impfpass und Impfpflicht – werden hierzulande zwar immer häufiger, aber noch höchst kontrovers diskutiert; und bei anderen – wie der Alters- und Pädagogen-Priorisierung – wird noch nicht einmal Handlungsbedarf gesehen. Dies muss sich rasch ändern. Eine gute Gelegenheit dazu böte die ohnehin notwendig werdende Revision der bisherigen Priorisierung, nachdem das AstraZeneca-Vakzin auf Empfehlung der STIKO (2021,2, S. 1 ff.) nicht an über 64-Jährige verimpft werden soll und damit je nach Impfstoffverfügbarkeit zusätzlich nach unterschiedlich applizierbaren Vakzinen zu priorisieren ist.

## Literatur

- Apolte, T. (2021): Pandemiebekämpfung im Westen. Viel Potenzial nach oben. In: Wirtschaftliche Freiheit. Das ordnungspolitische Journal, 10.01.2021, S. 1-8; <http://www.wirtschaftlichefreiheit.de/wordpress/?p=28519>.
- arznei-telegramm@ – Die Information für medizinische Fachkreise (2020): Impfstoffe gegen COVID-19: Anlass zur Hoffnung oder unkalkulierbares Risiko?, S. 61-92; Covid-19-Impfstoff von BioNTech/Pfizer:BNT162b2, S. 92-102, o.V. vom 18.01.2020, 51(2020,12); [https://www.arznei-telegramm.de/html/2020\\_12/2012089\\_02.html](https://www.arznei-telegramm.de/html/2020_12/2012089_02.html).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020,1): Nationale Impfstrategie COVID-19. Überblick Stand: 23.10.2020; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020,2): Nationale Impfstrategie COVID-19. Strategie zur Einführung und Evaluierung einer Impfung gegen Sars-CoV-2 in Deutschland. Stand: 6. November 2020; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020,3): Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV). Bundesanzeiger V2 vom 18.12.2020.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021): Schreiben des BMG Jens Spahn an die Mitglieder des Deutschen Bundestages vom 11.01.2021, Bonn; RKI-Impfquotenmonitoring: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html).

Cassel, D. (2020): Zwei-Klassen-Gesellschaft durch Impfungen unvermeidlich. Werden gegen Corona Geimpfte mehr Privilegien genießen als Ungeimpfte? Interview mit Thomas Vitzthum. In: Die WELT, Freitag, 4. Dezember 2020, S. 4; <https://www.welt.de>.

Cassel, D.; Heigl, A.; Jäcker, A.; Ulrich, V. (2020): Impfstoff für alle – doch wie soll das gehen? Probleme der Verfügbarkeit und Verteilung von Covid-19-Impfstoffen. In: RPG – Recht und Politik im Gesundheitswesen, 26(2020,3), S. 75-71. Wieder abgedruckt in: BzG – Beiträge zur Gesellschaftspolitik 9-20 vom 17. September 2020, S. 1-23; <https://www.dfg-online.de>.

Dabrock, P. (2021): Stellungnahme für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 13. Januar 2021; Ausschussdrucksache 19(14)263(3) vom 07.01.2021, Erlangen.

Deutscher Bundestag (2020,1): Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung für die Priorisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen bei der Verteilung eines Impfstoffs gegen COVID-19. Ausarbeitung der Wissenschaftlicher Dienste WD 3 - 3000 - 271/20 vom 4. Dezember 2020.

Deutscher Bundestag (2020,2): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche et al. der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Drucksache 19/22526 vom 15.10.2020 – Planung und Durchführung der Versorgung mit möglichen COVID-19-Impfstoffen; <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/225/1922526.pdf>.

DESTATIS – Statistisches Bundesamt (2020): 3,63 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen haben direkten Patientenkontakt. Pressemitteilung Nr. N085 vom 23.12.2020; <https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/23>.

EU-Kommission (2020,1): EU-Strategie für COVID-19-Impfstoffe. Mitteilung der Kommission, COM (2020) 245 final vom 17.06.2020; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:52020DC0245>.

EU-Kommission (2020,2): Vorkehrungen für die Strategien zur Impfung gegen COVID-19 und die Bereitstellung von Impfstoffen. Mitteilung der Kommission an das EU-Parlament und den Rat, COM (2020) 680 final vom 15.10.2020; zit. nach Bundesrat, Unterrichtung durch die EU-Kommission, Drucksache 625/20 vom 15.10.2020; [https://www.umwelt-online.de/PDFBR/2020/0625\\_2D20.pdf](https://www.umwelt-online.de/PDFBR/2020/0625_2D20.pdf).

GMK – Gesundheitsministerkonferenz (2020): Gemeinsames Vorgehen bei Impfungen gegen COVID-19. Beschluss der 93. GMK vom 06.11.2020; <https://www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2020/pressemitteilung.1014800.php>.

Hipp, D. (2021): Härtefall. Hamburger Krebspatientin erstreitet schnellere Corona-Impfung. In: Der Spiegel Online, 16.1.2021. <https://www.spiegel.de>.

Kingreen, T. (2021): Stellungnahme als geladener Einzelsachverständiger zum Entwurf eines Gesetzes zur Priorisierung bei der Schutzimpfung gegen das Corona-Virus SARS-CoV-2 (Corona-Impfgesetz – CoronaImpfG) – BT-Drucks. 19/25260 am 13.01.2021; Ausschussdrucksache 19(14)263(2) vom 07.01.2021, Regensburg.

Kliemt, H. (2020): Impfen und impfen lassen. In: Wirtschaftliche Freiheit. Das ordnungspolitische Journal vom 18.12.2020; <https://www.wirtschaftlichefreiheit.de/wordpress/?p=28404#more-28404>.

Leisner-Egensperger, A. (2021): Impfpriorisierung und Verfassungsrecht. In: NJW – Neue Juristische Wochenschrift, 74(2021,4), S. 202-208; <https://www.njw.de>.

NAS – National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020): Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine, Washington, DC; <https://www.nationalacademies.org/news/2020/10/national-academies-release-framework-for-equitable-allocation-of-a-covid-19-vaccine-for-adoption-by-hhs-state-tribal-local-and-territorial-authorities>.

Observer Gesundheit (2020): Report zur Hybridveranstaltung des Deutschen Ethikrats, Forum Bioethik: „Wer zuerst? Verteilung von Impfstoffen gegen SARS-CoV-2“ vom 18.11.2020 in Berlin; <https://observer-gesundheit.de>.

Schrappé, M. et al. (2021): Sorgfältige Integration der Impfung in eine umfassende Präventionsstrategie. Impfkampagne resilient gestalten und wissenschaftlich begleiten, Aufklärung und Selbstbestimmung beachten, Thesenpapier 7 vom 09.01.2021.

STIKO – Ständige Impfkommission (2020,1): STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung. Beschlussentwurf der STIKO für die Empfehlung der COVID-19-Impfung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung, Version 0.7 vom 07.12.2020.

STIKO – Ständige Impfkommission (2020,2): STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung. Beschluss der STIKO für die Empfehlung der COVID-19-Impfung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung. Epidemiologisches Bulletin 2/2021 des RKI vom 14.01.2021, S. 3-63, online seit 17.12.2020. 1. Aktualisierung am 08.01.2021; DOI 10.25646/Von 50. 2. Aktualisierung am 26.01.2021; Living Guideline der STIKO zur COVID-19-Impfung und wissenschaftliche Begründung (26.01.2021).

STIKO – Gemeinsame Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommission, des Deutschen Ethikrates und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2020,1): Gemeinsame Pressemitteilung von STIKO, DER und Leopoldina vom 09.11.2020, Berlin; <https://www.stiko.de>. Protokoll in: Observer Gesundheit; <https://observer-gesundheit.de>.

STIKO – Gemeinsame Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommission, des Deutschen Ethikrates und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2020,2): Wie soll der Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff geregelt werden? Positionspapier, Berlin, 09.11.2020; <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/gemeinsames-positionspapier-stiko-der-leopoldina-impfstoffpriorisierung.pdf>.

WHO – World Health Organization (2020): WHO SAGE – Strategic Advisory Group of Experts on Immunization – values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination; <https://www.who.int/publications/i/item/who-sage-values-framework-for-the-allocation-and-prioritization-of-covid-19-vaccination>.

### Autoren:

**Prof. em. Dr. Dieter Cassel**  
**Universität Duisburg-Essen**  
**MSM – Mercator School of Management**  
**Lotharstraße 65**  
**47057 Duisburg**  
**dieter.cassel@uni-due.de**

**Prof. Dr. Volker Ulrich**  
**Universität Bayreuth**  
**Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät**  
**Universitätsstraße 30**  
**95447 Bayreuth**  
**volker.ulrich@uni-bayreuth.de**

Datenstand: 29.01.2021

Dirk Wüstenberg

# Ziele, Zweck und Mittel zur Eindämmung der Corona-Pandemie

Die deutsche Politik hat es im Sommer 2020 nicht geschafft, die Ausbreitung der Krankheit COVID-19 auf dasjenige Maß herabzusenken, welches erforderlich gewesen wäre, um auf einen zweiten Lockdown verzichten zu können. Waren die Ziele und Mittel die falschen?

## I. Einleitung

Der WHO-Generaldirektor Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus erklärte am 26. Oktober 2020 gegenüber den Medien: „Wir *können* unsere Kinder in der Schule halten, wir *können* Geschäfte offen halten, wir *können* Leben und Lebensgrundlagen erhalten. Wir können es schaffen! Aber wir *alle* müssen Verhaltensänderungen zeigen, Kompromisse eingehen und Opfer bringen. Für die Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften bedeutet dies, zu Hause zu bleiben, insbesondere wenn Sie einem Fall ausgesetzt waren. Darüber hinaus halten Sie weiterhin physische Distanz ein, tragen Sie eine Maske, reinigen Sie Ihre Hände regelmäßig, husten Sie von anderen weg, meiden Menschenmassen oder treffen Freunde und Familie draußen. Für die *Regierungen* bedeutet dies... Brechen Sie die Übertragungsketten! Ausgiebig testen, Fälle isolieren und pflegen! Verfolgen und unterstützen Sie die Quarantäne für alle Kontakte! Mit diesen Maßnahmen können Sie diesen Virus einholen, diesem Virus einen Schritt voraus sein. Wir sagen dies, weil wir viele Orte auf der ganzen Welt gesehen haben, die vor dem Virus stehen und ihm immer einen Schritt voraus sind. ... Sobald Sie die Oberhand gewonnen haben, ist es wichtig, die Gesundheitssysteme, das Gesundheitspersonal und die Kontaktverfolgungssys-

teme zu stärken, damit sich das Virus nicht wieder festsetzt. ... wichtig, dass alle Länder Flüchtlinge und Migranten in ihre nationale Politik einbeziehen...“<sup>1</sup>

Die WHO nennt vier Erfordernisse erfolgreicher Pandemie-Politik: 1. physische Kontakte reduzieren, 2. Infizierte in Quarantäne isolieren (strikt!), 3. weitere Infizierte suchen und ebenfalls isolieren (Kontakte-Nachverfolgung; strikt!), 4. staatliche oder innerstaatliche Grenzen schließen (Einbeziehung jeglicher Migration).

## II. Sachverhalt

Die Corona-Schutzverordnungen der Bundesländer sind wegen interner Abstimmung nahezu identisch. In diesem Beitrag werden die Vorschriften aus Hessen mit Stand ab 11. Januar 2021 herangezogen.

### 1. Kontakte reduzieren

Deutschland hat die Infektionsketten *nicht* unterbrochen. Nach § 1 Abs. 1 S. 1 Hess. Corona-Quarantäneverordnung (CoQuV) sind „Personen, die auf dem Land-, See-, oder Luftweg aus dem Ausland in das Land Hessen einreisen und sich zu einem beliebigen Zeitpunkt in den letzten zehn

Tagen vor Einreise in einem *Risikogebiet* im Sinne des Abs. 5 aufgehalten haben, ... verpflichtet, sich unverzüglich nach der Einreise auf direktem Weg in die eigene Häuslichkeit ... zu begeben und sich für einen Zeitraum von zehn Tagen nach ihrer Einreise ständig dort abzusondern...“ Risikogebiet ist „eine Region ..., für ... die ... ein *erhöhtes* Risiko für eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus besteht.“ Nicht-Risikogebiet bedeutet nicht, dass die Einreise aus einem *virusfreien* Gebiet erfolgt.

Nach § 1 Abs. 1 S. 1 Hess. Corona-Kontakt- und Betriebsbeschränkungsverordnung (CoKoBeV) sind abstandslose Aufenthalte im öffentlichen Raum nur im Kreis der Angehörigen des eigenen Hausstandes ... gestattet. Bei Begegnungen mit anderen Personen ist ein Mindestabstand von 1,5 Metern einzuhalten (§ 1 Abs. 1 S. 2). Ausnahmen von der 1,5-Meter-Abstandsregel gelten beispielsweise für „Zusammenkünfte von Personen, die aus geschäftlichen, beruflichen, dienstlichen, schulischen oder betreuungsrelevanten Gründen unmittelbar zusammenarbeiten müssen“ (§ 1 Abs. 2 Nr. 1) sowie – mit Mund-Nasen-Bedeckung – „in den Publikumsbereichen des Groß- und Einzelhandels ..., in ... Poststellen, Banken, Sparkassen, Tankstellen, Wäschereien und ähnlichen Einrichtungen“ (§ 1a Abs. 1 S. 1 Nr. 3) oder „in Fahrzeugen des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs, ...“

<sup>1</sup> Original auf Englisch; <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---26-october-2020>.

(§ 1a Abs. 1 S. 1 Nr. 5). Es gibt noch weitere Ausnahmen.

In den Auslegungshinweisen zur CoKoBeV steht, dass es die Strategie ist, die Virusübertragung nicht zu beenden, sondern bloß zu verlangsamen. „Die CoKoBeV zielt auf die *Eindämmung* sowie den Erhalt der erzielten Erfolge bei der Bekämpfung... Sie bestimmt kontaktreduzierende Maßnahmen zur *Verlangsamung* des Infektionsgeschehens...“<sup>2</sup> Deshalb die vielen Ausnahmen. Wer beruflich tätig ist und wer mit dem ÖPNV fahren möchte, darf sich frei bewegen, sofern er eine Maske trägt. „Die Schließung sämtlicher gastronomischer Betriebe ... dient ... der Verhinderung einer *schnellen* Verbreitung des Virus.“<sup>3</sup> Schnelle Verbreitung nein, langsame Verbreitung ja. Ziel ist es, das Funktionieren des Gesundheitssystems, insbesondere das der Krankenhäuser, sicherzustellen. Der Gesetzgeber hat damit klargestellt, dass er das Gewicht des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit nicht absolut setzt und nicht für extrem wichtig erachtet, sondern mit *mittlerem* Gewicht. Die anderen Grundfreiheiten sind ihm auch wichtig.<sup>4</sup> Die von Bürgern und Ärzten geäußerte Auffassung „Jeder Tote ist einer zu viel.“ ist *nicht* die Zielsetzung des Deutschen Bundestags geworden. Eine gewisse Anzahl von Infektionen, Krankheitsausbrüchen und Sterbefällen wird akzeptiert!

## 2. Infizierte erkennen und isolieren

Nach § 2 Nr. 2 IfSG ist „die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organis-

mus“ eine Infektion. Für die Behörden bedeutet *jedes* positive PCR<sup>5</sup>-Testergebnis einen Infektionsfall. Die Verwendung der PCR-Tests wird vom BMG und vom Robert-Koch-Institut (RKI) empfohlen. Nach Auffassung der Gesellschaft für Virologie geben die dem RKI gemeldeten Daten zum Infektionsgeschehen „medizinische Befunde und keine rohen Testergebnisse wieder.“<sup>6</sup> Der PCR-Test wird von spezialisierten Laboren durchgeführt. „In den Labors werden mit einer sogenannten Polymerase-Kettenreaktion (...PCR) Spuren des Erbguts gezüchtet. In jeder Runde wird der Anteil verdoppelt. Vorteil: Kleinste Spuren werden aufgespürt. Nachteil: Der Betroffene ist vielleicht positiv getestet, aber nicht mehr ansteckend. Unter Umständen können PCR-Tests auch Wochen nach überstandener Infektion noch positiv ausfallen, wenn viel totes Virus-Material im Körper vorhanden ist. Wird dagegen in einem frühen Stadium getestet, kann die getestete Person auch erst nach der Testung nachweislich infektiös werden.“<sup>7</sup>

Entscheidend für das Testergebnis kann die Zahl der Vermehrungsrunden des Virusmaterials, der sog. Ct-Wert, sein: Der Ct-Wert „besagt, wie viele Runden ein Test durchlaufen musste, um ein positives Ergebnis zu zeigen. Läuft der Test sehr lange, werden auch noch winzige Virusmengen nachgewiesen. Bei einem Ct-Wert von über 30 sprechen Virologen von einer geringen Konzentration. Womöglich können sich die Viren dann nicht mehr vermehren. Problem: Nicht jeder Abstrich ist gleich gut. Ist viel

Virusmaterial in der Probe, schlägt der Test früher an.“<sup>8</sup>

Der Ct-Wert wird den meisten Behörden von den Laboren *nicht* mitgeteilt. „Laut einer Recherche von NDR, WDR und Süddeutscher Zeitung erfahren nur wenige Gesundheitsämter davon (Stand Oktober 2020). Allerdings gebe es regionale Unterschiede. Viele Behörden vor Ort wissen also nicht, ob lange oder kurz getestet wurde, und ob damit womöglich die Isolation verkürzt werden könnte. Problem: Es gibt keine Standards, ab welchem Ct-Wert die Maßnahme gegen die Verbreitung des Coronavirus gelockert werden darf.“<sup>9</sup>

Ein realer Fall: Eine knapp 93-Jährige wohnt seit Monaten in einem Alten- und Pflegeheim in Mühlheim am Main und verlässt dieses nicht mehr, weil sie dement ist. Am 31.12.2020 wurde sie gegen COVID-19 geimpft. Knapp zwei Wochen später, am 11.01.2021, wurde bei allen Heimbewohnern ein Routine-test gemäß der TestV vom 30.11.2020<sup>10</sup> vorgenommen. Das am 13.01.2021 mitgeteilte Testergebnis lautete: positiv. Krankheitssymptome waren nicht feststellbar. Verwendet wurde ein PCR-Test. Der Ct-Wert wurde nicht mitgeteilt. War das Testergebnis falsch-positiv oder zwar richtig-positiv, jedoch wegen zu hohen Ct-Werts nicht aussagekräftig?<sup>11</sup>

Differenzierungen oder Einschränkungen wegen einer Ct-Wert-Aufschlüsselung sind bei den politischen Entscheidungen nicht ersichtlich. Auch wird noch nicht

2 „Auslegungshinweise zur Verordnung zur Beschränkung sozialer Kontakte und des Betriebs von Einrichtungen und Angeboten aufgrund der Corona-Pandemie“ in der Fassung vom 11.01.2021, S. 1.

3 Auslegungshinweise (Fn. 2), S. 3.

4 I.E. BT-Drs. 19/23944, 1.

5 Polymerase Chain Reaction.

6 „PCR-Test auf SARS-CoV-2 zeigt hohe klinisch-diagnostische Sensitivität von nahezu 100 Prozent“, Ärzteblatt.de v. 30.11.2020.

7 Deutschlandradio.de, „Corona-Infektionsgeschehen: Wie zuverlässig sind die Tests?“ v. 14.01.2021.

8 Deutschlandradio.de (Fn. 7).

9 Fn. 7.

10 Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2; BANZ AT v. 01.12.2020, VI.

11 Oder ist die Infektion die Folge der Impfung? Auf die Impfstrategie wird hier nicht eingegangen, weil nicht Maßnahme nach §§ 24 ff. IfSG.

untersucht, um welche Mutationsvariante es sich bei dem Virus handelt.<sup>12</sup>

Die Infizierten werden nicht in eine streng überwachte Quarantäne geschickt, nicht völlig isoliert.

### 3. Infizierte melden

Die Gesundheitsbehörden melden dem RKI nach § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 lit. t IfSG den „Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019“. Die Art des Testverfahrens<sup>13</sup> und der Ct-Wert werden nicht mitgeliefert.

Das RKI präsentiert der Öffentlichkeit täglich die ermittelte Anzahl der ihm am Vortag gemeldeten Fallzahlen. Die Landesregierungen reagieren hierauf mit Vorschriftenänderungen. Rechtliche Grundlage der politischen Entscheidung ist die Zahl der vom RKI errechneten „Neuinfektionen je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen“ (§ 28a Abs. 3 S. 2, S. 4 ff.) auf der Grundlage des unzureichenden Datenmaterials (s.o.).

### 4. Weitere Infizierte suchen und isolieren

Das Mittel, weitere Infizierte zu suchen und zu isolieren, wurde in den Sommermonaten unzureichend praktiziert. Die Gesundheitsbehörden sind unterbesetzt und arbeiten an den Wochenenden nur eingeschränkt. Es soll ja auch nicht jeder Todesfall verhindert werden (s.o.). Die Fallzahlen vom Wochenende werden einige Tage später aktualisiert.

### 5. Staatliche oder innerstaatliche Grenzen schließen

Im April 2020 wurden die Grenzen zu den anderen Staaten, insbesondere zu angrenzenden Staaten (z.B. Luxemburg und Österreich) geschlossen. Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein schlossen teils ihre Landesgrenzen hin zu den übrigen deutschen Ländern.<sup>14</sup> Im November/Dezember 2020 dagegen blieb die Grenzschließung weitgehend aus. Es wurden keine Grenzen beispielsweise innerhalb eines Landkreises oder innerhalb eines Bundeslandes gezogen (Abriegelung von Sperrgebieten). Es gilt bloß die Pflicht, sich als Einreisender in Quarantäne zu begeben (s.o.). In den Monaten von Juni bis Dezember war an den Ostgrenzen der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Bayern eine erhöhte Infektionszahl wegen des internationalen Personenverkehrs (Pendlerverkehrs) zwischen Deutschland und Polen, Tschechien, Österreich festzustellen. Quarantänehotels wie in Australien oder in der Republik China (Taiwan) gibt es in Deutschland dennoch nicht.

Über Allgemeinverfügungen nach §§ 28a IfSG, 35 S. 2 HessVwVfG wurde von einigen Landkreisen ab dem 11. Januar 2021 das Verbot erlassen, touristische Ausflüge in Gebiete zu unternehmen, die mehr als 15 km von der eigenen Gemeinde entfernt sind (z.B. Ziffer 3 der Allgemeinverfügung des Landkreises Gießen<sup>15</sup>, Ziffer 3 der Allgemeinverfügung des Landkreises Limburg-Weilburg<sup>16</sup>). In der Begründung

des LK Gießen heißt es offen und ehrlich: „Sowohl das Land Hessen als auch der Landkreis Gießen haben umfangreiche Anstrengungen unternommen, um die Verbreitung des Virus einzudämmen. Dieses ist leider *nicht gelungen*... Eine weitere Maßnahme... Denn mit solchen Reisen sind aufgrund der damit verbundenen Kontakte weitere Infektionsgefahren verbunden. Zudem soll verhindert werden, dass sich Bewohner eines Landkreises mit hohen Inzidenzwerten in touristisch attraktive Gebiete begeben. Denn hier ist zu erwarten, dass sich dort auch zahlreiche Menschen aus anderen Regionen aufhalten. Dabei sind wir uns des Umstands bewusst, dass die Verbreitung des Virus nicht vorrangig auf touristische Unternehmungen in einem Radius von mehr als 15 Kilometern zurückzuführen ist. ...jetzt, weitere geeignete Maßnahmen zu ergreifen, seien sie auch von nur untergeordneter Bedeutung. ...die ... Einschränkung ... betrifft damit ausschließlich den Freizeitbereich. Andere Unternehmungen dürfen nach wie vor durchgeführt werden, ebenso touristische Unternehmungen in der näheren Umgebung.“ Also ein kleines bisschen Reisebeschränkung. Die 15-Kilometer-Regel verringert den Umfang des Ausfliegens der Viren (minimal), nicht den des Einfliegens. Im Saldo dürfte die Maßnahme bezüglich der *Auslastung* der Krankenhäuser völlig wirkungslos sein.

### 6. Auslastung in den Krankenhäusern

Es soll der Kollaps, letztendlich sollen Triage-Entscheidungen vermieden werden. Einen statistischen Anhaltspunkt hierfür betreffend die tatsächliche und die drohende Auslastung in den Krankenhäusern liefert das Verhältnis der Zahlen über die „COVID-Patienten in Intensivbehandlung“ und diejenigen über „Freie High-Care-Betten für schwere COVID-

12 Stand 31.01.2021. Es gibt offenbar mindestens vier Varianten: die chinesische, die italienische, die dänische, die südafrikanische.

13 Neben den PCR-Tests (Erbguttests) gibt es noch die Antigentests, mit welchen Eiweiße des Virus nachgewiesen werden, und Antikörpertests, mit denen Antikörper und somit eine frühere Infektion nachgewiesen werden.

14 Näher *Wüstenberg*, RRA 2020, 106 ff.

15 [https://www.lkgi.de/images/2021\\_01\\_08\\_20\\_Allgemeinverf%C3%BCgung.pdf](https://www.lkgi.de/images/2021_01_08_20_Allgemeinverf%C3%BCgung.pdf); hierzu VG Gießen, Beschl. v. 14.01.2021 – 4 L 42/21 (Verkündung: rechtmäßig).

16 [https://www.landkreis-limburg-weilburg.de/fileadmin/landkreis/downloads/gesundheit/corona/verordnungen\\_20210109/Allgemeinverfu\\_gung\\_zur\\_Verhinderung\\_der\\_weiteren\\_Ausbreitung\\_des\\_Corona-20210111.pdf](https://www.landkreis-limburg-weilburg.de/fileadmin/landkreis/downloads/gesundheit/corona/verordnungen_20210109/Allgemeinverfu_gung_zur_Verhinderung_der_weiteren_Ausbreitung_des_Corona-20210111.pdf); hierzu VG Wiesbaden, Beschl. v. 15.01.2021 – 7 L 31/21 (Verkündung: rechtswidrig).

19-Fälle in Deutschland“, welche von der „Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin“ ermittelt werden (DIVI-Intensivregister<sup>17</sup>).

### a) Tatsächliche Auslastung

Die tatsächliche Auslastung der für Patienten mit *schwerem* COVID-19-Krankheitsverlauf vorgesehenen Betten war in der Zeit von März 2020 bis Januar 2021 nicht erreicht worden, zumindest deutschlandweit im Mittel nicht. In einigen Krankenhäusern mussten aufgenommene Patienten im Dezember 2020 in teils entfernte Krankenhäuser verbracht sowie Patienten mit ganz anderen Versorgungsbedarfen hintangestellt werden. Beispielsweise das Klinikum in Offenbach a.M. transportierte COVID-19-Patienten bis ins 80 km entfernte Marburg.

Die öffentliche Gesundheitsversorgung für die COVID-19-Patienten war, bezogen auf Deutschland insgesamt, weiterhin gewährleistet. In der Zeit von März bis Mai gab es in Deutschland täglich zwischen 200 und 3.000 Intensivpatienten bei mindestens 6.000 freien Intensivbetten, ab spätestens Anfang August 2020 durchgehend mindestens 7.000 bis 7.500 freie Intensivbetten. In der Zeit von Ende Mai bis zum 24. September 2020 lag die Zahl der Intensivpatienten stets bei unter 300, in der Zeit vom 25. September bis zum 21. Oktober bei unter 1.000. In all der Zeit lag die Zahl der freien Intensivbetten bei über 7.000.

Die öffentliche Gesundheitsversorgung für die *Nicht-COVID*-Patienten war zeitweise nicht mehr erreicht worden. Operationen und Behandlungen wegen anderer Krankheiten oder Behandlungen als COVID-19 mussten im April 2020 und im Dezember/Januar 2020/2021 verschoben werden. Im April 2020 lag dies daran, dass die Krankenhäuser zum damaligen

Zeitpunkt auf die COVID-19-Pandemie trotz eines Risikoszenarios aus dem Jahre 2012<sup>18</sup> nicht vorbereitet waren. Inzwischen ist die Zahl der Intensivstationen aufgestockt worden. Heute könnten mindestens 6.000 statt 3.000 schwer erkrankte Patienten behandelt werden.

Wegen der Tatsache, dass sich Coronaviren wegen der Luftthermik während der warmen Jahreszeit (Mai bis Oktober) im Freien nur mäßig verbreiten, war die Auslastung der öffentlichen Gesundheitsversorgung – bei Ergreifen der Schutzmaßnahmen nach § 28a Abs. 1 Nr. 1 bis Nr. 4 IfSG (Abstandsgebot, Maskentragungspflicht, Hygienekonzeptanwendung, Kontaktbeschränkungen) – praktisch ausgeschlossen. Weiterer Schutzmaßnahmen (§ 28a Abs. 1 Nr. 5 bis Nr. 16) bedurfte es in dieser Zeit zum Erreichen des gewählten Ziels (s.o.) nicht.

### b) Prognostizierte Auslastung

Die Politik muss zeitlich *vor* der tatsächlichen Auslastung des Gesundheitssystems reagieren. Sie muss – Beurteilung ex ante – das Drohen der Aus-/Überlastung erkennen. Die Coronaviren-Saison dauert vom November bis April eines jeden Jahres.<sup>19</sup> Die Belegung der Betten für schwer erkrankte COVID-Patienten lag im April des ersten Saisonjahres (2019/2020) bei „nur“ 20 % bis 50 % und fiel ab Ende April – saisonbedingt – kontinuierlich bis 7. Juli auf dauerhaft unter 300. Erst Mitte Oktober stiegen die Zahlen – saisonbedingt – auf 655 Betten (15.10.2020), auf 2.061 (01.11.), 3.517 (16.11.) und 3.961 (02.12.2020). Anfang Dezember betrug die Belegung der Intensivbetten mit schwer erkrankten COVID-19-Patienten rund 50 %.<sup>20</sup> Das RKI stellt bisher auf

18 BT-17/12051.

19 Die Grippesaison dauert von Oktober bis März.

20 Fn. 17; vgl. <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheits/coronavirus/zahlen-zum-coronavirus-die-pandemie-im-ueberblick-16653240.html>. Aufruf 31.01.2021.

die Zahl 37 % als Beginn des Drohens der Krankenhausauslastung ab: „Unter hospitalisierten COVID-19-Patienten mit einer schweren akuten Atemwegserkrankung mussten 37 % intensivmedizinisch behandelt werden.“<sup>21</sup> Die 37 % wurden am 7. November 2020 erreicht.<sup>22</sup>

Berücksichtigt man die Tatsache, dass die Inkubationszeit regelmäßig bis zu zwei Wochen nach der erfolgten Infektion beträgt, so ergibt dies – bei *ansteigenden* Infektionszahlen – den Zeitpunkt des Drohens ab dem ca. 24. Oktober 2020. Zieht man diese Zweiwochen-Zeitspanne bei *fallenden* Infektionszahlen nicht ab, endet das Noch-immer-Drohen eines Kollapses voraussichtlich in der zweiten Aprilhälfte eines jeden Jahres. Im Jahre 2020 war dieser Zeitpunkt am 22. April erreicht.

Investiert der Staat in die Aufrüstung mit Betten und Personal, kann er einen Lockdown wegen des Quotenbezugs später einleiten sowie früher beenden – eine Frage der Leistungsverwaltung des Staates nach einfachem Recht.<sup>23</sup>

In der Zukunft wird noch die Frage beantwortet und einbezogen werden müssen, wie viele Infektionen auf die in Norditalien entstandene „europäische“/italienische Virusvariante SARS-CoV-2 entfallen und wie viele auf die über Dänemark oder Großbritannien nach Deutschland gekommene „dänische“<sup>24</sup> bzw. „südafrikanische“<sup>25</sup>.

21 [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html?jsessionid=5E3082BD3E0E3593361E5DAE8DE22C27.internet121?nn=13490888#doc13776792bodyText12](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?jsessionid=5E3082BD3E0E3593361E5DAE8DE22C27.internet121?nn=13490888#doc13776792bodyText12) unter Hinweis auf *Tolksdorf/Buda/Schuler/Wieler/Haas*, in: RKI, Epidemiologisches Bulletin 2020 (Heft 41) v. 08.10.2020, S. 3 (S. 5).

22 Fn. 20.

23 Für die Gerichte stellt sich die Frage, inwieweit staatliche Versäumnisse im Bereich der Leistungsverwaltung in der verfassungsrechtlich gebotenen Verhältnismäßigkeitsprüfung berücksichtigt werden können oder müssen.

24 2020 in Nerzfarmen entdeckt.

25 Januar 2021.

17 <https://www.intensivregister.de/#/index>.

Die für den zweiten Lockdown maßgeblichen Grenzwerte nach § 28a Abs. 3 IfSG (Schwellenwerte von 35 bzw. 50 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner) jedenfalls liefern für eine Gefahrenprognose zwar kraft Gesetzes, nicht jedoch kraft Naturwissenschaft eine plausible Kennziffer. Die Zahl 50 hat keine wissenschaftliche Grundlage. In der Realität kann ihr Überschreiten sehr viel oder sehr wenig Kontaktnachverfolgungsarbeit und/oder Krankenhausauslastung bedeuten – je nachdem, wie viele Menschen aus den Risikogruppen infiziert sind und ob diese oder jene Virusvariante aufgetreten ist.

### III. Gesetzesanwendung

Das politische Ziel ist gleichzusetzen mit dem gesetzlichen Zweck. Die Gesetzesvorschriften (hier § 28a IfSG, § X Corona-Schutzverordnung bzw. § Y Allgemeinverfügung) sind verschriftlichte politische Entscheidung. Nach § 28 Abs. 1 S. 1 IfSG sind die Maßnahmen nach § 28a IfSG durchzuführen, „soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten erforderlich ist.“ Der Begriff „Verhinderung“ ist in dem Sinne zu verstehen, wie er vom Gesetzgeber artikuliert wird. Im Fall COVID-19 geht es nicht um die Verhinderung im umgangssprachlichen Sinne, nicht um die dauerhafte Unterbrechung der Infektionsketten, sondern um die Verlangsamung der Verbreitungsgeschwindigkeit (s.o.).

Das Tatbestandsmerkmal „solange“ bewirkt, dass der Staat seine Maßnahmen beenden muss, sobald der von ihm verfolgte Zweck erreicht ist, hier: sobald die Auslastung der Krankenhäuser nicht mehr droht. Die diesbezüglich maßgeb-

liche Zeitspanne ist nicht diejenige der gesamten Zeit der nationalen Epidemie von nationaler Tragweite, sondern diejenige des Zustands des Drohens des Kollapses (hier ab ca. 7. November<sup>26</sup>). Die rechtliche Konsequenz:

Sinkt die Auslastungsquote unter ein bestimmtes Niveau (z.B. von 37 %), ist der Gesetzeszweck erreicht und müssen die härteren Maßnahmen wie Schul- und Betriebsschließungen etc. wegen entfallender Erforderlichkeit und sonst entstehender Unverhältnismäßigkeit aufgehoben werden. Allein die Abstandsregel und Maskentragungspflicht etc. sind als mildere Mittel bis zum Ende des Pandemiestatus<sup>27</sup> fortzusetzen (Prüfpunkt Erforderlichkeit). Den Rest an Kausalarbeit leistet die Natur (Virussaison). Zwischen dem ca. 22. April und dem ca. 24. Oktober<sup>28</sup> fehlte für Schul- und Betriebsschließungen etc. die einfachgesetzliche Rechtsgrundlage auch deshalb, weil diese *schwerste* Eingriffe in die betroffenen Grundrechte sind<sup>29</sup> und der Staat diese jedoch mit bloß *mittlerem* Rechtfertigungsgewicht begründet (s.o.). Der Staat hatte mit seiner Zielbestimmung deutlich gemacht, dass er das konkrete Gewicht der Rechtfertigung des Lockdowns nicht hoch einstuft. An dieser Beurteilung muss er sich messen lassen. Ein Rechtsanwender darf deshalb nicht nachträglich behaupten, dass das Recht auf Leben entgegen der Entscheidung der

ersten Staatsgewalt extrem gewichtig sei (Prüfpunkt Verhältnismäßigkeit).

### IV. Schluss

Infizierte Personen wurden nicht konsequent genug gesucht und isoliert. Es wurden keine geografischen Grenzen gezogen, welche die Viren nicht überschreiten. Die eingesetzten Mittel der Bekämpfung haben die Erreichung des gesteckten Ziels verfehlt. Die 15-Kilometer-Regel führt vor Augen, dass die Bekämpfungspolitik in Deutschland mit ihren Bekämpfungsmaßnahmen gescheitert ist. Es wird in 2021 nicht etwa ein Strategiewechsel vorgenommen, sondern ungeeignete Maßnahmen werden hinzugefügt. Härtere Maßnahmen über kurze Zeit könnten zu einer erfolgreicherem, insgesamt verhältnismäßigeren Grundrechtsbeschränkung führen als das Festhalten an ausnahmereichen und damit erfolglosen Maßnahmen. Die Alternative hierzu:

Die Leistungsverwaltung wird verbessert (Aufrüstung von Personal und Betten). Die Menschen aus den Risikogruppen fahren Taxi statt Linienbus und erhalten kontaktärmere Supermarktöffnungszeiten etc. (Tübinger Modell). Ein Lockdown nach § 28a Abs. 1 Nr. 5 bis Nr. 16 wird nicht ergriffen. Dies müsste bei unveränderter Zielsetzung ausreichen.

#### Autor:

**RA Dirk Wüstenberg**  
**Pirazzistr. 5**  
**63067 Offenbach a.M.**

<sup>26</sup> Fn. 22.

<sup>27</sup> § 5 Abs. 1 S. 2, S. 4 IfSG.

<sup>28</sup> 14 Tage vor dem 07.11.; Fn. 20.

<sup>29</sup> Zu Betriebsschließungen *Antweiler*, NVwZ 2020, 584 (585); *Schmitz/Neubert*, NVwZ 2020, 666 (667); zu Gottesdienstverboten BVerfG, Beschl. v. 10.04.2020 – 1 BvQ 28/20, Rn. 12, NJW 2020, 1427; *Leitmeier*, DÖV 2020, 645 (647); *Bender*, NVwZ 2020, 608.

Thomas Ballast

# Digitale Grundrechte in der EU: ein Code of Conduct für den Umgang mit Gesundheitsdaten

Die rasant fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitssystem stellt Politik und Recht vor ganz neue und bedeutsame Herausforderungen. Es verändern sich nicht nur die Fragestellungen, sondern auch die Anforderungen an die Geschwindigkeit, mit der Antworten gefunden werden müssen. Zugleich sind in erheblichem Ausmaß ethische Aspekte und Wertvorstellungen berührt, da es sich bei Gesundheitsdaten um die sensibelsten überhaupt handelt. Das deutsche Gesundheitswesen sieht sich mit einem Tempo an Veränderungen und neuen Möglichkeiten, aber auch Risiken konfrontiert, wie es sie bisher nicht kannte.

„The world’s most valuable resource is no longer oil, but data“, war 2017 im „Economist“<sup>1</sup> zu lesen – „Daten sind das neue Öl“ heißt es hierzulande. Da ist etwas dran, aber es gibt einen grundlegenden Unterschied: Der Datenstrom wird nicht versiegen, sondern schwillt sekundlich an. Daten sind ein ungemein wertvolles, aber kein knappes Gut. Es werden immer mehr Daten generiert, die immer leichter verfügbar, verknüpfbar und auswertbar sind. „Schätzungen gehen davon aus, dass sich das Wissen der Welt etwa alle fünf bis zwölf Jahre verdoppelt“, erklärt uns Wikipedia. Wen das erschrickt, der sollte hier nicht weiterlesen. Denn für die Medizin gilt noch ein deutlich höheres Tempo: Alle 73 Tage verdoppelt sich das medizinische Wissen. Der Handlungsdruck für Politik und Recht wird noch dadurch größer, dass diese Entwicklung erst an ihrem Anfang steht. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat recht, wenn er sagt: „Wir wollen jetzt Geschwindigkeit machen,

Geschwindigkeit, um unser Gesundheitswesen fit zu machen für die digitale Zukunft.“<sup>2</sup>

Wertvolle Güter wecken Begehrlichkeiten, am Beispiel der Daten eindrucksvoll zu beobachten: In den USA sehen wir den auf Ökonomisierung fokussierten Umgang, in China den Zweck der Kontrolle und der Beschneidung von Freiheitsrechten. Und Europa?

Als Techniker Krankenkasse (TK) sind wir überzeugt davon, dass wir europäische Spielregeln für Gesundheitsdaten brauchen. Es bedarf einer klaren europäischen Idee, unter welchen Bedingungen sie zur Steuerung der gesundheitlichen Versorgung wie auch für Forschungszwecke eingesetzt werden dürfen. In einem solchen „Code of Conduct“ (CoC) müssen sich die europäischen Wertvorstellungen ausdrücken – in Abgrenzung zu den USA einerseits und China ande-

rerseits. Ein Ziel der Bundesregierung für die deutsche Ratspräsidentschaft war es daher, einen solchen CoC und einen europäischen Datenraum voranzutreiben. Dies unterstützt auch das Versprechen eines grenzenlosen Europas. Noch sind wir von einem solchen Datenraum ein gutes Stück entfernt. Es gibt allenfalls Plattformen, die jedoch nicht miteinander kommunizieren können. Zudem existieren in den europäischen Gesellschaften unterschiedliche Einstellungen dazu, wie leicht Daten verfügbar gemacht und wofür sie genutzt werden sollen. Beide Umstände sind keine guten Voraussetzungen für den Wirtschafts- und Sozialraum Europa. Ein europäischer Datenraum braucht einen Rahmen, damit die Menschen darauf vertrauen können, dass mit ihren Daten sicher umgegangen wird.

Die europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) legt eine gute Basis für eine gemeinsame Datennutzung, aber auch hier gilt: Die Mitgliedstaaten legen sie unterschiedlich aus. Die DSGVO ist besser als ihr Ruf, denn sie zeigt schon den europäischen Rahmen

1 The Economist vom 6. Mai 2017: <https://www.economist.com/leaders/2017/05/06/the-worlds-most-valuable-resource-is-no-longer-oil-but-data> (zuletzt geprüft: 10.2.2021)

2 Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 7.11.2019 im Bundestag zum Digitale-Versorgung Gesetz <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/reden/dvg-23-lesung.html>

auf, wie wir mit Daten umgehen wollen und dürfen: Die Patientin und der Patient müssen informiert entscheiden, was mit den eigenen Daten passieren soll und darf. Nicht ohne berechtigten Stolz weist EU-Kommissionspräsidentin Dr. Ursula von der Leyen darauf hin: „Obwohl sie erst seit 2018 in Kraft ist, ist die DSGVO in Windeseile zum Vorbild für weite Teile der Welt geworden. Dieses Beispiel zeigt übrigens auch, dass Europa keinesfalls ‚fast immer zu spät‘ reagiert (...). Im Gegenteil: Mit der Datenschutzgrundverordnung sind wir es, die frühzeitig Standards gesetzt haben.“<sup>3</sup>

Wir müssen die Balance finden zwischen dem berechtigten Anliegen von Datenschutz/Datensicherheit und dem Schutz vor Missbrauch einerseits und der Nutzung der Chancen für Gesundheitsversorgung, Forschung und Industrie andererseits. Gesetzliche Regulierungen und untergesetzliche Normen dürfen die Märkte für Unternehmen nicht grundsätzlich unattraktiv machen. Angebote internationaler Tech-Unternehmen kann man nicht verbieten. Daher ist es umso wichtiger, Rahmenbedingungen zu schaffen, dass auch europäische Unternehmen und Organisationen Produkte und Angebote entwickeln, die die Bedürfnisse und Erwartungen der Versicherten bedienen und ihren Daten einen sicheren Hafen bieten.

3 Offener Brief der Präsidentin der Europäischen Kommission, Dr. Ursula von der Leyen, an Dr. Mathias Döpfner, Vorstandsvorsitzender der Axel Springer SE vom 29.1.2021. Dieser hatte zuvor aus Sicht eines Medienkonzerns im Grunde das gleiche Thema adressiert, das diesem Aufsatz zugrunde liegt, und betont ebenfalls die Rollen der USA und Chinas. Er schreibt: „In Europa gehören die Daten weder dem Staat noch einem Unternehmen. Sondern immer nur dem Individuum. (...) Es ist einer der wenigen Fälle, in denen Europa die Chance hat, zur Avantgarde der Digitalisierung zu werden.“ (Die Welt, 28.1.2021)

## Internationale TK-Konferenz zu den europäischen Spielregeln für Gesundheitsdaten

„Digitale Grundrechte in der EU – ein digitaler Kodex für ein neues Zeitalter“ lautete der Titel der internationalen und interdisziplinären Digitalkonferenz der TK im Rahmen des assoziierten Programms des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft Ende November 2020. Triebfeder war es, die ethischen, rechtlichen und sozialen Rahmenbedingungen zu thematisieren und den drängenden Fragen nach einer europäischen Antwort auf die rasanten Entwicklungen ein Forum zu bieten.

Dr. Gottfried Ludewig, Abteilungsleiter Digitalisierung und Innovation im BMG, setzte den Ton: „Digitalisierung ist keine Spielerei.“ Vielmehr sei sie die Grundlage der kompletten zukünftigen Entwicklung des Gesundheitssystems. Die Analyse aggregierter Datensätze, das Erkennen von Zusammenhängen, die bisher nicht verstanden wurden und darauf basierend neue Therapieformen, neue Prozesse und neue Behandlungen retteten am Ende Leben. Der europäische Datenraum sei also nicht etwas Fiktives, sondern könne ganz konkret einzelnen Menschen helfen, zum Beispiel im Bereich der Seltenen Erkrankungen, wenn man Fälle noch einmal mit neuesten Datenzusammenhängen anschaut. Die Verlässlichkeit der Regulierung sei ganz entscheidend, hob Ludewig hervor.

Das ist absolut folgerichtig, denn eine Forschung zu Seltenen Erkrankungen nur mit Daten aus Deutschland ist praktisch sinnlos, hier braucht es einen ande-

ren Rahmen. Orphanet<sup>4</sup> ist deshalb ein gutes Beispiel dafür, dass Menschen vom Austausch medizinischer Daten über die Landesgrenzen hinaus schon heute profitieren.

Internationale Zusammenarbeit in der medizinischen Forschung hat auch vor der Digitalisierung schon stattgefunden, durch den besseren Zugang zu Daten aber einen enormen Schub erhalten. Durchbruchinnovationen in Form neuer, bahnbrechender Arzneimittel oder wirklich innovativer Behandlungsmethoden setzen heute die Auswertung großer Datenmengen und die intelligente Vernetzung von Informationen voraus – nicht national, sondern international. Dies bestimmt in der Wissenschaftsgesellschaft des 21. Jahrhunderts den medizinischen Fortschritt.

Damit wir aus den Daten das Gold einer besseren medizinischen Versorgung schürfen können, bleibt der Austausch von Forschern und Medizinern zentral. Damit sie sich aber wirkungsvoll vernetzen können, ist es notwendig, dass ihre Daten eine gemeinsame Sprache sprechen, eine einheitliche Semantik haben. Spezialisten arbeiten bereits seit 1974 an einer solchen international einheitlichen Terminologie: SNOMED CT steht für „Systemized Nomenclature of Medicine Clinical Terms“ – übersetzt „Systematisierte Nomenklatur der Medizin“<sup>5</sup>. Erst 2020 hat das Bundesforschungsministerium dafür eine Pilotlizenz erworben.

Beim Aufbau einer europäischen Dateninfrastruktur ist es nicht nur wichtig, dass ein medizinisches Faktum in Finnland

4 Ana Rath/Charlotte Rodwell: Orphanet: Kooperationsperspektiven innerhalb der EU und die Vorteile für Patienten mit Seltenen Krankheiten, in: Baas (2020), S. 209-218

5 <https://www.healthcare-computing.de/was-ist-snomed-ct-a-912647/> (zuletzt geprüft: 10.2.2021)

## ÜBERSICHT

genau so bezeichnet wird wie in Deutschland oder Italien. Es kommt ebenso darauf an, dass die verschiedenen Systeme interoperabel, die Schnittstellen einheitlich definiert sind. Die Probleme mit den Konnektoren in Deutschland (die zugebenermaßen aus einer anderen Zeit stammen) zeigen, wie wichtig es heute ist, die europäische Interoperabilität von Anfang an zu berücksichtigen und zu verankern.

### Digitalisierung auf dem Fundament von Ethik und Recht

Ethik und Recht sind untrennbar miteinander verbunden: Ethische Grundsätze und Überzeugungen, die nicht kodifiziert sind, bleiben im Zweifelsfall Makulatur und lassen sich nicht durchsetzen. Nicht ohne Grund hatte die TK unter dem Titel „Digitale Grundrechte in der EU“ zum Diskurs geladen. Wichtige Impulse gab Frau Professor Dr. Christiane Wendehorst, Inhaberin eines Lehrstuhls am Institut für Zivilrecht der Universität Wien und Co-Sprecherin der Datenethikkommission.

Auch in ihren Augen ist die DSGVO ein sehr guter Rechtsrahmen, zugleich aber auch ein „Instrumentenkasten“. Es komme darauf an, die Instrumente, die die Verordnung zur Verfügung stelle, intelligent und gemeinwohlorientiert zu nutzen, ein hohes Schutzniveau für den Einzelnen – das keine Abstriche an einem innovationsfreundlichen Klima bedeute – sicherzustellen und dies auch durch Verhaltenskodizes mit einem CoC als einem Baustein unter mehreren zu flankieren. Mit Blick auf die Öffnungsklauseln für die Mitgliedstaaten machte sie sehr deutlich, dass es keine „Rechtszersplitterung“ geben dürfe – ein Aspekt, der während der TK-Konferenz immer wieder anklang. Daten kennen nun einmal keine Grenzen, und ihre

Sammlung und Nutzung ausschließlich im nationalstaatlichen Kontext ist wie oben beschrieben nicht sinnvoll.

Hinsichtlich des geforderten Schutzniveaus sind die Krankenkassen in Deutschland prädestiniert, diesen Ansprüchen schon aus ihrem Wesen heraus gerecht zu werden. Zum einen sind sie als Körperschaften öffentlichen Rechts in besonderer Weise dem Gesetz und als Solidargemeinschaft dem Gemeinwohl verpflichtet. Sie arbeiten nicht gewinnorientiert, und ihr Geschäftsmodell ist weder der Handel mit Daten noch deren Nutzung zur Einschränkung von Freiheitsrechten, wie es andernorts geschieht. Insofern dürfen die Versicherten zu Recht ein besonderes Vertrauen in ihre Krankenkasse haben. Ihr Auftrag ist klar umrissen: die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen. Dazu nutzen wir selbstverständlich bereits heute Daten und werden dies – um dem in § 1 SGB V festgeschriebenen Auftrag gerecht zu werden und ihn sozusagen ins digitale Zeitalter zu übersetzen – künftig in weitaus größerem Umfang tun müssen und tun wollen. Dies gilt auch für einen weiteren gesetzlich verankerten Aufgabenbereich: die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz der Versicherten, deren Alltag heute – anders als bei der Verabschiedung des SGB V vor über 30 Jahren – in großen Teilen digital geprägt ist. Auch das erfordert zeitgemäße, digitale Angebote, die wir heute zwar bereits zur Verfügung stellen, aber natürlich immer zielgerichteter und individueller gestalten wollen.

Heute beschränkt sich die aktive Rolle der Krankenkassen oftmals auf Prozesse und Services. Dies lässt sich durch Digitalisierung sicherlich teilweise durchbrechen, was auch heute schon hier und da geschieht. Durch das Angebot digitaler

Tools ist die Grenze zur Versorgung zum Teil fließend geworden. Unser Anspruch ist es, die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Und soweit dafür Daten genutzt werden müssen und können, ist es auch der Anspruch, dies zu tun.

Professor Wendehorst hat deutlich gemacht, dass Situationen existieren, in denen es eine ethische – und wohl auch eine rechtliche – Pflicht gibt, Daten zu nutzen, um die bestmögliche Behandlung sicherzustellen. Wenn dies eine Behandlung ist, die mit datengetriebenen Technologien funktioniert, müsse man zum Wohl der Patienten diese Therapiemethode wählen. Es könne ein ethisches Gebot geben, Daten zu nutzen. Das ist für eine Krankenkasse sehr bedeutsam, denn als TK verstehen wir uns als Interessenvertreterin unserer Versicherten und haben in unseren Unternehmensleitlinien niedergelegt, dass wir ihnen den Zugang zu qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung und Innovation garantieren. Das geht nicht ohne Daten, künftig wird es praktisch ausgeschlossen sein.

Umso wichtiger sind die „Digitalen Grundrechte in der EU“ und ein gemeinsamer Kodex für das digitale Zeitalter. Sie schaffen Rechtssicherheit, Transparenz und Vertrauen für alle Beteiligten, so dass sich jeder sicher in der digitalen Gesundheitswelt bewegen kann. Auch zwei andere von Professor Wendehorst angesprochene Aspekte sind bedeutsam in dieser (nicht mehr so) neuen Welt: Robuste technische Rahmenbedingungen sind der Schlüssel, damit das Denkbare auch machbar ist. Mehrfach klang der Nachholbedarf an, den Europa und auch Deutschland hier noch haben. Zum anderen kann eine Kombination aus „Whitelisting“ für eine gemeinwohlfördernde Datennutzung (zum Beispiel im Bereich Künstliche Intelligenz“) und „Blacklisting“

von Nutzungen, die schädlich sind für das Individuum („Unfair Algorithmic Practices Approach“) Orientierung geben und als eine Art „Leitplanken“ fungieren.

## Digitale Transformation erfordert Transformation der Gesetzgebung

Die disruptiven Entwicklungen, in denen wir uns befinden und auch weiterhin befinden werden, sind beileibe nicht allein technischer Natur – wohl aber technikgetrieben. Die digitale Transformation erfordert von uns allen grundlegende Änderungen im Mindset, in der Heran-

gehensweise an Themen. Während das Einkaufen, das Buchen von Reisen oder die Lektüre von Büchern und Zeitungen inzwischen längst zum digitalen Alltag der meisten Menschen gehören, stehen wir in vielen anderen Bereichen erst am Anfang grundlegender Veränderungen.

Das geht auch an den Anforderungen an die künftige Art und Weise der Gesetzgebung nicht spurlos vorüber. Noch Ende des vergangenen und zu Beginn dieses Jahrhunderts galt „die eine große Reform“ als das Maß der Dinge. Jetzt hingegen erleben wir, dass Gesetze nicht selten als „Betaversion“ in die (Fach-)Öffentlichkeit

gegeben werden, um dann über den Weg von Änderungsanträgen „Gesetzesreife“ zu erlangen. Dieses Verfahren ist vielleicht gewöhnungsbedürftig, angesichts der enormen Geschwindigkeit der Digitalisierung aber erforderlich. Wir können uns in vielen Bereichen keine Beratungen mehr leisten, die viele Monate oder gar mehr als ein Jahr dauern – dann ist die Zeit über das Gesetz längst hinweggefegt und es kann das, was ansteht, gar nicht regeln. Wir erleben jeden Tag, dass die rechtliche der technischen Entwicklung hinterherhinkt, auch auf der TK-Europakonferenz war das ein dominierendes Thema in praktisch jeder diskutierten

### Die Referierenden und Diskutierenden

- **Thomas Ballast, stellvertretender Vorsitzender des TK-Vorstands:** „Die Nutzungsfreundlichkeit, die die Digitalisierung eigentlich auszeichnet, geht im Gesundheitswesen leicht verloren. Ein Thema wie Customer Experience bleibt gern mal auf der Strecke.“
- **Jörg Wojahn, Vertreter der EU-Kommission in Deutschland:** „Hinsichtlich des wirtschaftlichen und gesundheitlichen Potenzials von Daten gibt es noch viel zu tun und Widerstände zu überwinden.“
- **Dr. Gottfried Ludewig, Abteilungsleiter Digitalisierung und Innovation im Bundesgesundheitsministerium:** „Neben den großen Vorhaben brauchen wir ein ‚Europa der Pioniere‘, der kleinen Projekte, die konkret in schnellen Ergebnissen den Mehrwert von Digitalisierung zeigen können.“
- **Dr. Jens Baas, Vorsitzender des TK-Vorstands:** „Die Digitalisierung bietet eine Möglichkeit der ‚Daten-Selbstbestimmung‘, die der Patient bisher gar nicht hat. Digitalisierung ist eine echte ‚Datenschutz-Chance‘.“
- **Prof. Dr. Christiane Wendehorst, Co-Sprecherin der Datenethikkommission, Universität Wien:** „Es geht darum, wie wir unsere Zukunft gestalten. Welche Art und welches Maß der Datennutzung ist es, das wir wollen?“
- **Claire Bury, stellvertretende Generaldirektorin Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, EU-Kommission:** „Die EU wird die Entwicklung des Kodex‘ finanziell unterstützen. Ab 2021 wird es öffentliche Konsultationen zur Entwicklung eines Code of Conduct geben.“
- **Dr. Sari Palojoki, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Helsinki:** „Parallel zur Entwicklung hat Finnland über Jahrzehnte seine Gesetzgebung weiterentwickelt, weil die Welt um uns herum sich schnell verändert.“
- **Peter Vullings, Vorsitzender der Geschäftsführung der Philips GmbH und Market Leader Philips DACH:** „Wenn der europäische Datenraum kombiniert würde mit GAIA-X als europäische Cloud-Lösung, wäre das für uns als globales – und europäisches – Unternehmen ein Traum.“
- **Martin Tschirsich, Information Security Consultant:** „Eine hinreichend fortgeschrittene Technologie ist von Magie nicht zu unterscheiden.“

Fragestellung. Dies ist kein Affront, sondern eine Feststellung und soll noch vielmehr eine Ermutigung sein, dass wir uns auf den Weg der „agilen Gesetzgebung“ einlassen, mehr noch: ihn einfordern, aktiv und schnell begleiten. Mit den tradierten Mechanismen wären wir heute nicht dort, wo wir sind. Und da Tempo und Rasananz der Digitalisierung für jeden spürbar immer weiter zunehmen, werden wir vielleicht auch ganz neue Mechanismen der Schaffung rechtlicher Normen sehen, an die wir heute noch gar nicht denken. Darin liegen große Chancen, denn das größte Risiko wäre es, die digitale Transformation des Gesundheitswesens nicht zu gestalten, sondern geschehen zu lassen. Dann würde vieles auf der Strecke bleiben, nicht zuletzt unsere europäischen Wertvorstellungen.

### Fazit

Diese Standortbestimmung – auch, aber nicht nur mit Blick auf die TK-Europakonferenz – macht deutlich, was noch an Hausaufgaben vor uns liegt, damit die vorhandenen Daten rechtlich, ethisch und technisch so genutzt werden können, dass sie die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern und ihnen Teilhabe am medizinischen Fortschritt sichern. Es bleibt viel zu tun, damit Europa sich im Interesse seiner fast 450 Millionen Einwohner in diesem Bereich gegenüber den Polen „USA“ und „China“ und deren Usancen behaupten und seine Wettbewerbsfähigkeit sichern kann. Die Standortbestimmung zeigt aber auch: Wir können mit Zuversicht auf Europa und in die digitale Gesundheitszukunft schauen.

### Autor:

**Thomas Ballast**  
**Stellvertretender Vorstandsvorsitzender**  
**der Techniker Krankenkasse**  
**Bramfelder Straße 140**  
**22305 Hamburg**

---

## Aus der Rechtsprechung

### Gericht lehnt Eilantrag eines Zahnarztes auf Einordnung in die Gruppe mit höchster Priorität bei dem Anspruch auf Corona-Schutzimpfung ab

Die 6. Kammer des Verwaltungsgerichts Lüneburg hat den gegen das Land Niedersachsen gerichteten Eilantrag eines Lüneburger Zahnarztes, ihn und seine Mitarbeiterinnen in die Gruppe mit der höchsten Priorität bei dem Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 einzuordnen, abgelehnt.

Zur Begründung seines Eilantrages trug der Antragsteller unter anderem vor, entgegen der Einschätzung der STIKO sei

das Personal in Zahnarztpraxen einem „besonders“ hohen Expositionsrisiko ausgesetzt, da es unmittelbaren Kontakt zum Mund-/Rachenbereich der Patienten habe und für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 relevante aerosolgenerierende Tätigkeiten durchführe.

Dem ist die 6. Kammer nicht gefolgt. Die für das Personal in medizinischen Einrichtungen vorgesehene Priorisierung sei nicht zu beanstanden. Danach werde beispielsweise in Notaufnahmen, bei der medizinischen Betreuung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten, im Rettungsdienst und bei Beschäftigten aus Bereichen, in denen aerosolgenerierende Tätigkeiten an Covid-19-Patientinnen und -Patienten durchgeführt werden, wie z.B.

In- und Extubation, von einem besonders hohen Expositionsrisiko ausgegangen. Zwar bestehe auch bei der Tätigkeit des Antragstellers ein hohes Expositionsrisiko aufgrund der Behandlung von bislang unerkannten Covid-19-Patientinnen und Patienten. Im Vergleich dazu seien aerosolgenerierende Tätigkeiten an kranken Covid-19-Patientinnen und Patienten, wie z.B. der Intubation, einem weit aus höheren Infektionsrisiko ausgesetzt. Gerade auf Intensivstationen müssten Patientinnen und Patienten, insbesondere an Covid-19 Erkrankte, oftmals beatmet werden und bedürften einer Intubation. In der Notaufnahme oder aber auch bei Rettungsdiensten müssten ebenfalls regelmäßig wiederbelebende Maßnahmen durchgeführt werden, bei denen es zu deutlich

erhöhten Aerosolausstoßen komme. Bei den überwiegenden zahnärztlichen Behandlungen und Tätigkeiten sei ein in dieser Form außerordentlich erhöhter Aerosolausstoß hingegen nicht gegeben. Das Personal in medizinischen Einrichtungen in der ambulanten und stationären Versorgung stehe – entsprechend den Ausführungen der STIKO – in vorderster Reihe im Einsatz gegen die Pandemie. Seine Aufgabe sei es, regelmäßig erkannte Covid-19-Erkrankungen mit teilweise sehr schwerem Verlauf zu behandeln. Damit einher gehe auch die Behandlung von höchst vulnerablen Personen. Sowohl Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen als auch Patientinnen und Patienten der Onkologie, der Notaufnahme, des Rettungsdienstes, der Intensivstationen und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die erkrankt an Covid-19 erkrankt seien, seien auf eine (körpernahe) Pflege bzw. Versorgung von den in solchen Einrichtungen Beschäftigten angewiesen. Einem solchem ständigen Expositionsrisiko sei der Antragsteller indes nicht ausgesetzt. Ihm sei darüber hinaus ein gewisser Selbstschutz, beispielsweise durch Tragen einer FFP2-Maske, möglich, auch wenn die Patientinnen und Patienten während der Behandlung keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen könnten und Aerosole ausstießen. Zudem könne er bereits im Vorfeld der Behandlung durch geeignete Maßnahmen (beispielsweise durch einen Aushang an der Tür, der auf mögliche Symptome hinweise und bei Auftreten dieser Symptome von dem Aufsuchen der Praxis abrate) Verdachtsfälle herausfiltern, um zu verhindern, dass möglicherweise an Covid-19 erkrankte Personen seine Praxis beträten. Auch dadurch blieben Personen, die an Covid-19 erkrankt seien oder bei denen ein Verdacht auf eine Covid-19-Erkrankung bestehe, der Praxis fern.

Der Beschluss ist noch nicht rechtskräftig. Dem Antragsteller steht binnen zwei Wochen die Beschwerde beim Niedersächsischen Obergericht zu.

*Beschluss des Verwaltungsgerichts Lüneburg vom 18. Februar 2021, Az.: 6 B 6/21*

### **Covid-19: Berliner Verbot nicht dringlicher Behandlungen in Notfallkrankenhäusern nichtig**

Das Verwaltungsgericht Berlin hat zwei Eilanträgen von Notfallkrankenhäuser-Trägerinnen gegen das Verbot, nicht dringliche Behandlungen durchzuführen, stattgegeben.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung hat, gestützt auf § 32 Satz 1 i.V.m. § 28 Abs. 1, § 28a Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), die Krankenhaus-Covid-19-Verordnung erlassen. Nach deren § 6 Abs. 2 Satz 1 dürfen in allen Notfallkrankenhäusern unter Einhaltung der vorgegebenen Reservierungs- und Freihaltequoten nur noch medizinisch dringliche planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe bei Patientinnen und Patienten durchgeführt werden (Behandlungsverbot). Hiergegen wandten sich Notfallkrankenhäuser-Trägerinnen mit gerichtlichen Eilanträgen. Sie begeherten im Wege vorläufigen Rechtsschutzes die Feststellung, dass sie nicht verpflichtet sind, in ihren Krankenhäusern das Verbot nicht dringlicher Behandlungen zu beachten.

Die 14. Kammer hat den Anträgen auf Erlass einstweiliger Anordnungen stattgegeben. Ein Anordnungsanspruch sei glaubhaft gemacht. Das Behandlungsverbot in der Krankenhaus-Covid-19-Ver-

ordnung werde sich in einem Hauptsacheverfahren mit hoher Wahrscheinlichkeit als rechtswidrig und nichtig erweisen, da ihm eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage fehle. Nach Art. 80 Abs. 1 GG könnten durch Bundesgesetz zwar auch Landesregierungen ermächtigt werden, Rechtsverordnungen zu erlassen. Die vom Antragsgegner angeführte Ermächtigungsgrundlage (§ 32 Satz 1 i.V.m. §§ 28 Abs. 1, § 28a Abs. 1 IfSG) decke das Behandlungsverbot aber nicht ab. Sie erlaube Schutzmaßnahmen und damit auch den Erlass entsprechender Rechtsverordnungen allein zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten wie Covid-19. Die mit dem Behandlungsverbot angestrebte Sicherstellung ausreichender Kapazitäten für eine stationäre Aufnahme und bedarfsgerechte Versorgung von Covid-19-Erkrankten sei von diesem Ermächtigungszweck nicht mehr gedeckt. Für eine erweiternde Auslegung der Ermächtigungsgrundlage dahingehend, dass auch sonstige in der Pandemielage dem Lebens- und Gesundheitsschutz dienliche Maßnahmen darauf gestützt werden könnten, sei wegen des klaren Wortlauts und systematischen Zusammenhangs der Normen kein Raum. Angesichts der geltend gemachten Einnahmeausfälle der Antragstellerinnen und des ihren Krankenhäusern bei der Abweisung von Patienten drohenden Reputationsverlustes sei schließlich auch der erforderliche Anordnungsgrund glaubhaft gemacht.

Gegen die Beschlüsse kann Beschwerde beim Obergericht Berlin-Brandenburg eingelegt werden.

*Beschlüsse des Verwaltungsgerichts Berlin vom 11. Februar 2021, Az.: VG 14 L 18/21, VG 14 L 20/21*

### Warnhinweis auf Ärzteportal rechtmäßig beim Verdacht manipulierter Bewertungen

Ein Ärztebewertungsportal darf bei einem begründeten Verdacht von „gekauften Bewertungen“ das Arztprofil mit einem Warnhinweis kennzeichnen, entschied das Oberlandesgericht Frankfurt am Main (OLG). Die Grundsätze der sog. Verdachtsberichterstattung gelten auch hier, so das OLG.

Der Antragsteller ist Zahnarzt. Die Antragsgegnerin betreibt ein Arztsuche- und -bewertungsportal. Sie informierte den Antragsteller darüber, dass ihren Feststellungen nach auf seinem Profil „gefälschte positive Bewertungen“ veröffentlicht worden seien. Sollte er dies nicht aufklären können, kündigte sie an, die Nutzer per Warnhinweis über das Vorliegen gekaufter Bewertungen zu informieren. Nach anschließender Korrespondenz veröffentlichte die Antragsgegnerin einen Warnhinweis auf dessen Profil. Auszugsweise heißt es dort: Bei einzelnen Bewertungen auf diesem Profil haben wir Auffälligkeiten festgestellt, die uns veranlassen an deren Authentizität zu zweifeln. Wir haben den Profilinhaber mit dem Sachverhalt konfrontiert. Hierdurch ließ sich die Angelegenheit bisher nicht aufklären. Der Profilinhaber bestreitet für die Manipulation selbst verantwortlich zu sein ...

Dieser Hinweis erscheint, wenn man mit der Maus auf die Gesamtnote im Profil des Antragstellers fährt. An der linken oberen Ecke der Gesamtnote befindet sich ein kleines rot unterlegtes Ausrufezeichen.

Der Antragsteller begehrt im Eilverfahren von der Antragsgegnerin, die Kennzeichnung seines Profils mit einem Warnzeichen und das Einblenden des Hinweistextes zu unterlassen. Das Landgericht hat den Antrag zurückgewiesen. Die hiergegen eingelegte Beschwerde hatte auch vor dem OLG keinen Erfolg.

Der Warnhinweis greife zwar in den Schutzbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts und des Gewerbebetriebs ein. Dies sei jedoch nicht rechtswidrig. Der Antragsteller moniere zu Unrecht, dass die Antragsgegnerin ihn „als Lügner und Betrüger“ darstelle. Dem Warnhinweis sei vielmehr klar zu entnehmen, dass es sich um einen bloßen Verdacht handle und der Antragsteller die Vorwürfe bestreite. An keiner Stelle werde der Eindruck erweckt, der Arzt selbst sei für die Bewertungen verantwortlich.

Die Vorgehensweise der Antragsgegnerin sei deshalb nach den Grundsätzen über die sog. Verdachtsberichterstattung gedeckt. Diese Grundsätze seien auf die Antragsgegnerin, die mit dem Bewertungsportal eine von der Rechtsordnung gebilligte und gesellschaftlich erwünschte Funktion ausübe, anwendbar. Die Antragsgegnerin berufe sich hier zu Recht auf einen „Mindestbestand an Beweistatsachen für das Vorliegen gekaufter/manipulierter Bewertungen im Profil“ des Antragstellers. Das OLG verweist auf die landgerichtlichen Feststellungen, wonach die Antragsgegnerin anhand von E-Mails und IP-Adressen herausgefunden habe, „dass Bewerter für Bewertungsanbieter tätig waren und diese Bewerter ebenfalls das Ärzte-Profil des (Klägers) bewertet haben sollen. Dass diese Nutzer gekaufte Bewertungen abgaben, hätten andere, von

diesen Nutzern bewertete Ärzte eingeräumt“. Der Verdacht falle dabei grundsätzlich auf den Antragsteller als Profilinhaber. Dieser müsse die Vorwürfe ausräumen bzw. an der Aufklärung mitwirken. Dem sei der Antragsteller hier nicht hinreichend nachgekommen.

Ohne Erfolg berufe sich der Antragsteller auf angebliche Erpressungsversuche. Sein Vorbringen, er habe Schreiben von Erpressern erhalten, die mit dem Zusenden positiver Bewertungen an die Antragsgegnerin gedroht hätten, wenn er nicht 500 Euro zahle, sei widersprüchlich und nicht plausibel. So sei es etwa nicht verständlich, warum die Erpresser nicht unmittelbar mit negativen Bewertungen gedroht hätten.

Der Warnhinweis sei auch in seiner Gestaltung nicht zu beanstanden. Insbesondere enthalte er keine Vorverurteilung. Schließlich bestehe ein öffentliches Interesse an dem Warnhinweis. Dies sei bereits beim Verdacht einer Manipulation anzunehmen.

Die Entscheidung ist nicht anfechtbar.

*Oberlandesgericht Frankfurt am Main,  
Beschluss vom 19.11.2020,  
Az. 16 W 37/20*