

Anlagenkonvolut

zum Wortprotokoll der 16. Sitzung der
Enquete-Kommission "Aufarbeitung der Corona-
Pandemie und Lehren für zukünftige
pandemische Ereignisse" am 26. Februar 2026



Kommissionsdrucksache 21(27)25

vom 23. Februar 2026

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen

Oliver Schenk, MdEP

Chef der Staatskanzlei und sächsischer Staatsminister für Bundesangelegenheiten und Medien a. D.

Öffentliche Anhörung

„Föderales Krisenmanagement und Krisenstäbe“



**OLIVER
SCHENK**



MdEP Oliver Schenk | Fetscherstraße 34 | 01307 Dresden

Deutscher Bundestag
Enquete-Kommission Corona
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Ihr Gesprächspartner:
Oliver Schenk

Datum:
23. Februar 2026

Stellungnahme zur Rolle der Länder bei der Bewältigung der Corona-Pandemie in Deutschland

von MdEP Oliver Schenk für die Anhörung der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages am 26. Februar 2026

Die Bewältigung der Corona-Pandemie stellte den föderalen Staatsaufbau der Bundesrepublik Deutschland vor eine außergewöhnliche Bewährungsprobe. In einer Situation großer Unsicherheit, dynamischer internationaler Lageentwicklungen und tiefgreifender Grundrechtseingriffe zeigte sich: Der deutsche Föderalismus ist kein Hemmnis effektiven Krisenmanagements, sondern dessen strukturelle Voraussetzung – sofern Koordination, Datenbasis und parlamentarische Rückbindung institutionell abgesichert sind.

Institutionelle und organisatorische Weiterentwicklungen müssen im Lichte der Erfahrungen aus der Pandemie geprüft werden – auch vor dem Hintergrund beispielloser globaler Krisen, die künftiges staatliches Handeln prägen werden. Die notwendige Debatte sollte alle Ebenen des Staatsaufbaus ebenso einbeziehen wie die für den Krisenfall vorgesehenen nationalen und internationalen Einrichtungen sowie die Wissenschaft in ihrer gesamten Breite.

Die folgenden Ausführungen sind insbesondere aus der Länderperspektive entwickelt. Sie spiegeln eigene Eindrücke und Einschätzungen wider sowie Überlegungen, die im Austausch mit früheren Kolleginnen und Kollegen entstanden sind und auf eine größere Krisenfestigkeit staatlicher Strukturen zielen.



Rolle der Ministerpräsidentenkonferenz und dezentrale Entscheidungsstrukturen

Gesundheitsschutz liegt in der originären Zuständigkeit der Länder. Sie trugen in der Pandemie die zentrale Verantwortung – insbesondere beim Vollzug des Infektionsschutzes, im Gesundheits- und Krankenhausmanagement, im Bildungsbereich sowie bei der Organisation des öffentlichen Lebens und umfangreicher Unterstützungsmaßnahmen.

Die enge Zusammenarbeit mit der kommunalen Ebene war dabei von zentraler Bedeutung. Föderalismus ist nur so leistungsfähig wie seine vertikale Koordination. Eine Schlüsselrolle kam der Ministerpräsidentenkonferenz (MPK) als Gremium der horizontalen Abstimmung der Länder zu. Sie entwickelte sich im Verlauf der Pandemie – meist unter Beteiligung der Bundeskanzlerin – zum zentralen politischen Koordinierungsforum zwischen Bund und Ländern.

Die MPK ist ein seit Beginn der 1950er Jahre bestehendes, historisch gewachsenes politisches Koordinierungsgremium, jedoch kein Verfassungsorgan. Verfassungsrechtliche Fragen hinsichtlich ihrer koordinierenden Rolle stellen sich nicht, da sie keine rechtlich verbindlichen Entscheidungen trifft. Ihre Beschlüsse hatten faktisch politische Vorwirkung für Rechtsverordnungen und Gesetzgebungsverfahren, ersetzten jedoch weder Landesregierungen noch Parlamente. Die rechtlich verbindliche Umsetzung erfolgte stets durch formelle Gesetzgebung oder Landesverordnungen. Beispielsweise oblag die Feststellung der Notlage sowie der epidemischen Lage dem Landesgesetzgeber.

Mit zunehmender Dauer der Pandemie wurde jedoch ein Spannungsverhältnis sichtbar: Einerseits bestand ein hoher Bedarf an exekutiver Handlungskoordination, andererseits wuchs die Bedeutung des parlamentarischen Vorbehalts – insbesondere bei grundrechtsintensiven Maßnahmen.

In Sachsen waren der Landtagspräsident, die Fraktionsvorsitzenden der regierungstragenden Fraktionen sowie die Präsidenten der kommunalen Spitzenverbände von Beginn der Pandemie regelmäßig zu den Beratungen des Kabinetts eingeladen, um eine frühzeitige und umfassende Information sicherzustellen. Die Landtagsfraktionen wurden immer im Rahmen der Anhörung einer jeden Verordnung beteiligt und haben sich entsprechend eingebracht. Dieses Verfahren sicherte die ständige Einbindung des Parlaments. Auf dieser Basis sollte die institutionelle Einbindung der Legislative konstruktiv weiterentwickelt werden.

Empirische Auswertungen zeigen zudem, dass der häufig kritisierte „Flickenteppich“ in dieser Pauschalität nicht zutrifft. Die meisten MPK-Beschlüsse wurden identisch oder weitgehend einheitlich umgesetzt. Unterschiede betrafen überwiegend Detailfragen und spiegelten bewusste politische Abwägungen wider, die sich aus regional unterschiedlichen Infektionslagen, Verwaltungsstrukturen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ergaben.



Gerade diese Differenzierung erwies sich als Stärke des föderalen Systems. In Sachsen spielte etwa die Grenzlage zu Polen und Tschechien eine besondere Rolle.

Umgekehrt wäre ohne die Koordinierung in der MPK der „Flickenteppich“ deutlich bunter gewesen. Dies hätte zu negativen Auswirkungen auf die Akzeptanz der ergriffenen Schutzmaßnahmen haben können. Zum anderen haben die in einem Land ergriffenen Schutzmaßnahmen sehr häufig Auswirkungen auf die anderen Länder. Intensiv diskutiert wurden unter diesem Aspekt beispielsweise die Öffnung touristischer Einrichtungen in einzelnen Urlaubsregionen und deren Folgen für den Reiseverkehr oder die Zulassung von Zuschauern bei Bundesligaspielen. Im Ergebnis konnte mit der Koordinierung in der MPK ein gut funktionierender, weil etablierter Ausgleich und eine ausgewogene Balance zwischen einheitlichem Vorgehen der Länder, da wo es möglich ist, und regional angepasstem Vorgehen, da wo es nötig ist, sichergestellt werden.

Gleichwohl traten Reibungsverluste auf – insbesondere bei Datenlage, Indikatorendefinition, Kommunikation und Umsetzung in vollzugstaugliche Verordnungen. Mit zunehmender Dauer der Pandemie nahm das Mikromanagement in der MPK und in einzelnen Landesregierungen zu. Dies sowie die öffentliche Vorabverbreitung von Beschlussskizzen erschwerten effiziente Beratungen. Häufig fehlten interoperable IT-Systeme und klar definierte Rückkopplungsmechanismen aus dem kommunalen Vollzug. Für zukünftige Krisen ist daher eine verbindliche gemeinsame Datenarchitektur unerlässlich.

Zuständigkeiten, Krisenstäbe und operative Koordination

Formal war die Zuständigkeitsverteilung klar: Der Bund setzte den gesetzlichen Rahmen, die Länder vollzogen, die Kommunen setzten operativ um.

Für die Umsetzung dieser Arbeitsteilung existierten zahlreiche Koordinierungsstrukturen – darunter MPK, Fachministerkonferenzen, Bundesministerien, Landeskrisenstäbe und kommunale Führungsstäbe, die sich zu relevanten Fragen und Verfahren koordiniert haben.

Die europäische Ebene übernahm überwiegend unterstützende Funktionen, die sich jedoch als strategisch bedeutsam erwiesen. Die gemeinsame Impfstoffbeschaffung verhinderte einen innereuropäischen Wettbewerbsdruck um knappe Ressourcen. Mit Instrumenten wie HERA und einer stärkeren Koordinierung über ECDC wurden erste Schritte in Richtung europäischer Krisenvorsorge unternommen.

Die Pandemie hat deutlich gemacht: Strategische Resilienz bei Lieferketten, Arzneimittelproduktion, Medizinprodukten und Gesundheitsdaten kann in einer globalisierten Welt nicht ausschließlich national organisiert werden. Nationale Krisenvorsorge und europäische Koordinierung sind keine Gegensätze, sondern ergänzen sich strukturell.



In Sachsen bewährte sich insbesondere die enge Abstimmung mit Krankenhäusern und Kommunen. Durch ein laufendes Monitoring der Bettenkapazitäten sowie die Einsetzung verantwortlicher Krankenhauskoordinatoren in regionalen Clustern konnte die Versorgung gesichert und bei Überlastungen rechtzeitig eine Verlegung von Patienten organisiert werden.

Die Zusammensetzung von Krisenstäben erfolgte überwiegend pragmatisch entlang von Ressortzuständigkeiten. Für die Zukunft sollten transparente Kriterien gelten, etwa fachliche Expertise, Entscheidungsbefugnisse, Schnittstellenkompetenz sowie klare Vertretungsregelungen. Krisenstabsarbeit ist eine professionelle Disziplin, die regelmäßige Vorbereitung und Übung erfordert. Fehlende Erfahrung zu Beginn der Pandemie stellte eine Herausforderung dar – ein Befund, der bereits aus früheren Naturkatastrophen bekannt war.

Parlamentarische Rückbindung und Öffentlichkeit

Mit fortschreitender Dauer der Pandemie gewann die parlamentarische Einbindung an Bedeutung. Während zunächst exekutive Handlungsfähigkeit im Vordergrund stand, wurde die Beteiligung der Legislative schrittweise vertieft.

Eine zentrale Lehre lautet: Exekutive Koordination ist in akuten Phasen notwendig. Bei langanhaltenden Krisen muss jedoch die parlamentarische Rückbindung systematisch institutionalisiert werden.

Regelmäßige Unterrichtung, feste Evaluationsintervalle für grundrechtsintensive Maßnahmen sowie transparente Begründungspflichten stärken demokratische Legitimation und gesellschaftliche Akzeptanz.

Die intensive Einbindung der Öffentlichkeit in Sachsen durch regelmäßige Onlineformate – etwa durch regelmäßige Videokonferenzen des Ministerpräsidenten mit Wissenschaft und gesellschaftlichen Akteuren – trug wesentlich zur Transparenz und zur Akzeptanz staatlichen Handelns bei.

Kommunale Ebene als tragende Säule des Krisenmanagements

Die kommunale Ebene bildete das operative Rückgrat der Pandemiebekämpfung. Gesundheitsämter spielten eine Schlüsselrolle bei Kontaktnachverfolgung, Quarantäneanordnungen sowie Test- und Impfstrategien. Die Umsetzung der Schutzmaßnahmen war komplex, da sie nicht nur angeordnet, sondern auch finanziert, überwacht und vor Ort politisch vertreten werden mussten.

In Sachsen wurden die beiden kommunalen Spitzenverbände frühzeitig in Kabinettsberatungen einbezogen und dauerhaft in Krisenstäbe integriert. Diese vertikale Verzahnung erhöhte sowohl die Umsetzungsqualität als auch die gesellschaftliche Akzeptanz der Maßnahmen. Gleichzeitig traten strukturelle Defizite bei Personal, IT-Ausstattung und Datenverarbeitung zutage. Die Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bleibt daher eine Daueraufgabe.



Einsatz der Bundeswehr und zivil-militärische Zusammenarbeit

Die Amtshilfe der Bundeswehr erwies sich als wichtiger Bestandteil der Krisenbewältigung, insbesondere in den Bereichen Logistik, Organisation, Führungsunterstützung und administrative Entlastung.

Besonders wichtig war die Unterstützung der Bundeswehr bei der Aufrechterhaltung der Kontaktnachverfolgung zu Beginn der Pandemie in den Gesundheitsämtern, bei Aufbau und Betrieb der Impfzentren sowie der Verlegung von Patienten nach dem sog. „Kleeblattprinzip“.

Zivile Strukturen haben neben der personellen und sachlichen Unterstützung vor allem von den Erfahrungen der Bundeswehr bei der Arbeit in Krisenlagen und Stabsstrukturen profitiert. Zugleich zeigte sich, dass Anforderungswege und Zuständigkeiten nicht überall klar genug definiert waren bzw. bei bereits festgelegten Verfahren diese nicht allen Akteuren ausreichend bekannt waren.

Für zukünftige Krisen bedarf es einer standardisierten Architektur der zivil-militärischen Zusammenarbeit mit klaren Verfahren und regelmäßigen gemeinsamen Übungen. Entscheidend bleibt dabei die rechtliche Klarheit: Amtshilfe erfolgt – stets unter ziviler Führung. Wichtig dabei ist, dass zivile Entscheidungsträger und Bundeswehr auch außerhalb von Krisenzeiten einen laufenden Austausch pflegen und die Bundeswehr auch vor Ort, in den Ländern präsent ist. Für Sachsen hat sich bewährt, dass zwischen Staatskanzlei und Landeskommando enger Kontakt gepflegt wird.

Bilanz und Schlussfolgerungen

Deutschland ist im internationalen Vergleich gut durch die Pandemie gekommen. Gleichwohl wurden Schwachstellen in Dateninfrastruktur, Beschaffung und Koordination sichtbar.

Die Pandemie war kein Argument gegen den Föderalismus, sondern ein Stresstest seiner Koordinationsfähigkeit. Die Aufgabe für die Zukunft besteht nicht in pauschaler Zentralisierung oder Dezentralisierung, sondern in institutioneller Vorbereitung, klaren Verfahren und belastbaren Datenstrukturen.

Krisenkoordination erfordert vorbereitete Formate statt improvisierter Abstimmungen.

Datenqualität und Interoperabilität sind Voraussetzung für Handlungsfähigkeit. Strategische Beschaffung, europäische Resilienzstrukturen und nationale Vorsorge müssen ineinandergreifen.

Für zukünftige Krisen ergeben sich daraus zentrale Handlungslinien:

- institutionalisierte Einbindung der kommunalen Ebene, die Stärkung der Gesundheitsämter, verbindliche Datenstandards und interoperable IT-Strukturen,



**OLIVER
SCHENK**



- klare parlamentarische Rückbindung koordinierender Gremien,
- standardisierte Krisenstabsmodelle und regelmäßige Übungen,
- strategische Beschaffungsvorsorge,
- transparente Krisenkommunikation,
- klare Verfahren für zivil-militärische Amtshilfe und
- strukturierte europäische Einbindung in nationale Vorsorgearchitekturen.

Föderale Differenzierung und nationale sowie europäische Koordination sind dabei keine Gegensätze. Sie bilden gemeinsam die Grundlage einer resilienten staatlichen Ordnung.

Mit freundlichen Grüßen

Oliver Schenk
Mitglied des Europäischen Parlaments



Kommissionsdrucksache 21(27)26
vom 25. Februar 2026

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen

Carlos A. Gebauer

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Öffentliche Anhörung

„Föderales Krisenmanagement und Krisenstäbe“

Föderales Krisenmanagement und Krisenstäbe
Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages
Sachverständigenanhörung 26. Januar 2026
Schriftliche Stellungnahme
RA Carlos A. Gebauer, Düsseldorf

I.

„Wir sind gut durch die Corona-Pandemie gekommen“, heißt es noch immer oft. Oder etwas elaborierter: „Die Institutionen des Staates haben sich in der Pandemie als funktionsfähig erwiesen.“

Ich sehe das anders. In meiner Beurteilung haben die Einrichtungen unseres Staates in der Corona-Krise der Jahre 2020 bis 2023 leider grundlegende Fehler begangen. Sie hätten spätestens in der zweiten Hälfte des Monats April 2020 einen anderen als den dann tatsächlich gegangenen Weg einschlagen müssen. **Jedenfalls ab Mai 2020 waren die meisten Maßnahmen zur Bekämpfung einer epidemischen Lage in Deutschland bei genauer Betrachtung nicht mehr rechtmäßig.**

Dies wäre auch schon damals ex ante erkennbar gewesen. Die heute vorliegende Erkenntnislage gebietet jedoch definitiv ex post, die damaligen Fehler jetzt zu beschreiben, sie einzuräumen, Vorkehrungen gegen Wiederholungen der unterlaufenen Irrtümer zu treffen, Folgen der Maßnahmen nach Kräften zu beseitigen, Opfer zu entschädigen, zu Unrecht Verurteilte (mindestens) zu begnadigen, entstandene Schäden zu ersetzen und jene, die vorwerfbar sorglos gehandelt haben, zur Verantwortung zu ziehen.

Ohne eine lückenlose Aufarbeitung der schwersten Grundrechtseinschränkungen in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland wird das Land die (seine Debatten bis heute vielfach prägende) Spaltung der Gesellschaft nicht überwinden können. Die Strafrechtslehrerin Prof. Dr. Frauke Rostalski sprach in einem Beitrag für die Zeitung „Welt“ am 16. Juni 2025 davon, dass wir „heute noch in den Gräben der Pandemie“ leben. Das ist für ein demokratisches Gemeinwesen nicht hinnehmbar.

Dabei ist die Spaltung der Ansichten und Meinungen innerhalb einer pluralen Gesellschaft gar nicht einmal für sich das Problem. In einer freiheitlichen Gemeinschaft von Menschen innerhalb einer einheitlichen Rechtsordnung gibt es wesensnotwendig Unterschiede und Differenzen.

Entscheidend ist vielmehr, dass die widerstreitenden Kräfte innerhalb dieser Gesellschaft allesamt die Bereitschaft aufbringen (müssen), über die Gräben, die ihre Weltsichten teilen, hinweg zu sehen und miteinander – wie es sich für ein republikanisch organisiertes Gemeinwesen schlechthin konstituierend gehört – den Gesprächsfaden nicht abreißen zu lassen.

Die politische Debatte in Deutschland hatte zwar schon vor Ausrufung der Pandemie im März 2020 eine Hitzigkeit entwickelt, die zuvor (in der stets behutsam um Konsens bemühten Bonner Republik) für Jahrzehnte unbekannt war. Mit der eilends gesetzlich neu geschaffenen (und daher auch nicht auf Basis einer vorangegangenen rechtspolitischen Debatte breit gesellschaftlich konsentierten) „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ hat sich dieser diskursive Konflikt deutlich intensiviert und verschärft.

Dass ganze Gesellschaftsordnungen infolge von Seuchen kollabieren können, ist für alle, die sich mit der europäischen Geschichte der letzten Jahrhunderte befasst haben, keine unvertraute Erkenntnis. Mit den Todesängsten, die eine Epidemie zwangsläufig auslöst, sind menschliche Grenzsituationen und emotionale Grenzüberschreitungen eng verbunden. Will man aber nicht riskieren, dass aus den pandemischen Turbulenzen politische Disruptionen entstehen; will man also – anders gesagt – die gedeihlichen Früchte der bundesrepublikanischen Entwicklung seit 1949 erhalten, dann ist unabdingbar, den Dialog über die Grenzen der Streitpunkte und Meinungsverschiedenheiten hinweg aufrecht zu erhalten. **Ein respektvoller (besser noch: wertschätzender) Umgang miteinander, zumindest aber ein konsequent sachlicher Ton in der Klärung gemeinsamer Themen sind hierbei anzustreben.**

II.

Dies vorausgeschickt, beschreibe ich im Folgenden einige zentrale Argumente für die Annahme eines Scheiterns der staatlichen Institutionen bei dem Versuch einer Bewältigung der Corona-Krise. Die nachstehende Kasuistik ist nicht abschließend; doch wenn meine Argumente zutreffen, sollten sie hinreichen, um die Rede von einer „gut“ überwundenen Krise zu beenden und Handreichungen für Lerneffekte aus dieser Evaluierung zu bieten. Um meine Kritik zu erläutern, unterscheide ich zunächst zwei Fragen: „*Was sagt das Gesetz?*“ und „*Was sagen uns die Tatsachen?*“.

1.) Vielerorts werden die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung ab März 2020 als titanischer Kampf gegen eine ungesehene, neuartige und vor allem lebensbedrohliche Ausnahmegefahr beschrieben. Wer diesen Eindruck für zutreffend hält, der wird – in der Tat – glauben (müssen), die Institutionen unseres Staates hätten sich (und uns alle) der unmittelbaren Gefahr mit beeindruckender Konsequenz entgegengeworfen. In diesem Falle wären manche Maßnahmen tatsächlich verfassungsgemäß gewesen. Will sagen: Akzeptiert man die Prämisse, dass es eine rechtlich subsumtionsfähige Gefahr (im Sinne des traditionellen staatlichen Gefahrenabwehrrechtes) jahrelang und ununterbrochen tatsächlich gegeben habe, argumentiert man anschließend nur noch auf Basis der daraus folgenden und deswegen gerade gebotenen Rechtsfolgen.

Unter der Annahme einer durchgängig drohenden (oder gar bestehenden) Gefahr ist verfassungskonform sicher möglich, Grundrechte einzuschränken. Die Vertreter dieser Theorie konzentrieren ihre rückblickende Evaluation dann allerdings üblicherweise auf sehr kleinteilige Abwägungsfragen und präsentieren Kasuistiken, innerhalb derer sie sich mit Detailfragen der Notwendigkeit von Maßnahmen und deren Intensität befassen: War das Gebot an den engsten Familienkreis, auf einer konfessionell geprägten Beerdigung im Freien trotz nachgewiesenen Geimpften-Status eine FFP2-Maske tragen zu müssen, geeignet, erforderlich und angemessen, um einer Überlastung des Gesundheitssystems vorzubeugen u.ä.?

Es bedarf keiner weiteren Erläuterung, dass sich auch eine im Ansatz noch ernstgemeinte akademische Erörterung verfassungsrechtlicher Abgrenzungsfragen auf dieser Mikroebene schnell im Nichts verliert. Denn wer die Aspekte, unter denen ein Lebenssachverhalt – vermeintlich legitim – abgewogen werden müsse, nur hinreichend vielgestaltig vermehrt, schafft sich dadurch leicht die Voraussetzung, zu jedem subjektiv gewünschten Ergebnis zu gelangen. In diesem methodischen Kontext dürfte wohl auch die immer wieder gegen Juristen gerichtete Polemik entstanden sein, sie könnten alles begründen – einschließlich des genauen Gegenteils.

2.) Mein Einwand gegen die Weltsicht, unsere Institutionen hätten sich in vorbildlicher Art als funktionsfähig erwiesen, fußt demgegenüber im Wesentlichen auf der zweiten Frage: „*Was haben uns die Tatsachen gesagt?*“. **Zu klären ist also: Lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für eine rechtmäßige Subsumtion hin zu diesen Maßnahmen in der Realität vor?**

Ich denke: **Nein, sie lagen nicht vor.** Und selbst das Hilfskonstrukt der staatlichen Einschätzungsprärogative bei der Bekämpfung einer Anscheinsgefahr macht den Maßnahmenkatalog jedenfalls nicht über den 22. April 2020 hinaus rechtmäßig.

Ich wähle das Datum, weil ich an diesem Tag in der Zeitschrift „*eigentümlich frei*“ schrieb:

„Was dem Bürger Toilettenpapier und Nudeln, sind der Politik derzeit offenbar Kontaktverbot und Warenhausschließung. Denn ebenso maßlos, wie die Deutschen zu Beginn der „Corona-Krise“ ganze Wagenladungen von Hygienepapier aus den Geschäften trugen, scheint sich die deutsche Politik inzwischen ungehemmt durch das gesamte gesellschaftliche Leben zu administrieren. Gastwirte, Hoteliers, Gewerbetreibende, Kurzarbeiter und Vermieter wurden dabei durch eilig neu geschaffene Infektionsschutzgesetze bereits in die Pleite getrieben. Währenddessen blieb aber der planungspolitisch als sicher angenommene Ansturm auf hastig leer geräumte Krankenhausbetten und Beatmungsplätze praktisch vollständig aus.

Statt also das öffentliche Leben in Ansehung der ausbleibenden Großkatastrophe durch Aufhebung der Verbote wieder hervortreten zu lassen, wünschen führende Politiker nun aber erst feinjustiert ausbalancierte „Lockerungen“. Die Krisenmanager wollen augenscheinlich noch nicht nach Hause gehen. Im Alarmmodus kündigten sie erst wochenlang das unmittelbar bevorstehende Chaos an. Als es ausblieb, erschien hilfsweise die Warnung vor einer „zweiten Welle“. Verleitet etwa der einmal gelungene politische Zwangsgriff auf das allgemeine Leben, die politisch gewonnene Wichtigkeit und Steuerungsmacht, immer noch etwas weiter fortzuschreiben?

Was sagt das Verfassungsrecht dazu? Dürfen – um es konkret am fassbaren Beispiel zu erörtern – die Warenhäuser von Kaufhof und Karstadt bis auf weiteres geschlossen bleiben? Die Antwort des Verfassungsrechts ist aktuell klar. Sie lautet: Nein! Die Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland steht diesen Schließungen per jetzt entgegen. Und dies lässt sich ohne unverständliche Juristerei auch plausibel erklären.

Grundsätzlich genießen Bürger für ihr Handeln – insbesondere auch für ihr gesamtes berufliches und wirtschaftliches Tun – den verfassungsrechtlichen Schutz von Grundrechten. Juristen weisen einzelnen Grundrechten spezifische Schutzbereiche zu: Berufsfreiheit, Eigentumsfreiheit, allgemeine Handlungsfreiheit. In diesen Bereichen dürfen der Gesetzgeber und die staatliche Verwaltung bürgerliches Handeln prinzipiell nicht einschränken oder behindern. Allenfalls ausnahmsweise sind dem Staat in klaren Grenzen sogenannte Eingriffe in diese Schutzbereiche erlaubt. Voraussetzung zulässiger Eingriffe ist stets, dass diese verfassungsrechtlich gerechtfertigt sind.

Den typischen Fall einer Möglichkeit zur Grundrechtsbeschränkung stellen Situationen der sogenannten Gefahrenabwehr dar. Besteht eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung, dann können Grundrechte eingeschränkt werden. In Artikel 11 des Grundgesetzes heißt es beispielsweise ausdrücklich, dass die Freizügigkeit der Deutschen im

ganzen Bundesgebiet „zur Bekämpfung von Seuchengefahr“ eingeschränkt werden kann. Dies wirft naturgemäß die zentrale Frage auf, wann eine solche Gefahr tatsächlich gegeben ist. Denn das kann ohne weiteres zweifelhaft oder umstritten sein. Der eine hält für gefährlich, was dem anderen noch harmlos erscheint – und umgekehrt. Die verfassungsrechtliche Frage nach einem legitimen Grundrechtseingriff setzt also vorgreiflich voraus, begriffliche Klarheit darüber zu gewinnen, von welcher Art Gefahr hier überhaupt die Rede ist.

Zur gedanklichen Präzision empfiehlt es sich, hier der Einfachheit halber auf erprobte und lange herausgearbeitete Begriffe des Polizei- und Ordnungsrechts zurückzugreifen statt unklare oder nicht allgemein akzeptierte Begriffe einzuführen. Gerade auf diesem Rechtsgebiet ist nämlich die Frage nach dem Bestehen oder Nichtbestehen einer zu Eingriffen legitimierenden Gefahr traditionell am deutlichsten beantwortet worden.

Polizeirechtlich wird davon ausgegangen, dass eine nicht nur irgendwie diffuse (abstrakte), sondern auch juristisch konkret greifbare „Gefahr“ im eigentlichen Sinne dann besteht, wenn Anhaltspunkte tatsächlicher Art vorliegen, aus denen sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit die nicht unerhebliche Beeinträchtigung eines Rechtsgutes ergeben kann. Notwendig ist eine verständige Gesamtwürdigung aller Umstände des Einzelfalls. Das Bestehen einer Gefahr wird dadurch von der sogenannten „Scheingefahr“ abgegrenzt. Geht ein Polizist nämlich nur infolge eines subjektiven Irrtums davon aus, dass eine Gefahr (scheinbar) vorliege, so ist ihm sein etwaiger Eingriff in fremde Rechte nicht erlaubt.

Auch ein bloßer „Gefahrenverdacht“ legitimiert in aller Regel nicht, Rechtseingriffe vorzunehmen. Erlaubt sind bei einem solchen Verdacht allenfalls weitere Erforschungsmaßnahmen, um zu ermitteln, ob sich der bloße Anschein einer Gefahr überhaupt als eine tatsächliche Gefahr erweist. Zeigt sich bei einer solchen Gefahrüberprüfung, dass die Gefahr, von der ursprünglich ausgegangen wurde, in Wahrheit nicht dringend oder gegenwärtig droht, so ist die Schwelle für einen Grundrechtseingriff nicht erreicht.

Übertragen auf die aktuell breit diskutierte Seuchengefahr der „Corona-Krise“ ist folglich grundlegende Voraussetzung für legitime Grundrechtsbeschränkungen, dass nicht nur die Möglichkeit einer künftigen Gefahr für Leib und Leben droht. Notwendig für gerechtfertigte Grundrechtseingriffe ist vielmehr das definitive Vorliegen von Tatsachen, die nach professioneller Gesamtwürdigung aller Umstände einen ernsthaft erheblichen, bevorstehenden Schadeneintritt in diesem Sinne als wahrscheinlich annehmen lassen.

Es bedarf an dieser Stelle keiner Erklärung, dass oder warum der fachwissenschaftliche und der allgemein-öffentliche Meinungsstand zu dieser Frage seit Wochen sehr diffus sind. Während einerseits eine wirkliche Gefahr im beschriebenen Sinne angenommen wird, stellen andere dies – nicht selten bezogen auf dieselben wissenschaftlichen Grundlagen – dezidiert in Abrede. Derzeit steht alleine sicher fest, dass die freigeräumten und vorgehaltenen Krankenhausbehandlungsplätze in Deutschland nicht im Ansatz für die ursprünglich prognostizierte Anzahl von Behandlungs- und insbesondere Beatmungsfällen benötigt werden. Es besteht also Unsicherheit allenfalls über die künftige dortige Lage, nicht aber über die inzwischen eingetretene. Für die Zwecke der nachstehenden Überlegungen soll gleichwohl davon ausgegangen werden, dass die allgemeine Gefahrenlage

noch nicht beseitigt ist, sondern dass die Möglichkeit einer sich intensivierenden Gefahr weiterhin unverändert akut besteht.

Auf Basis dieser Möglichkeit, das heißt auf Grundlage dieser unsicheren Tatsachengrundlage, muss also verfassungsrechtlich erörtert werden, ob gesetzlich angeordnete Grundrechtseingriffe wie Warenhausschließungen akut (weiter) legitim möglich sind. Denn auch wenn unklar ist, wie sich die Tatsachen darstellen, besteht – wie am Beispiel des Polizei- und Ordnungsrechts beschrieben – ein nachvollziehbares Bedürfnis danach, dass mindestens irgendjemand die Entscheidungsbefugnis hat, die Lage weiter zu erforschen.

In der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist für solche Fälle das Rechtsinstitut der sogenannten „Einschätzungsprärogative“ konturiert worden. Ebenso wie einem erfahrenen und besonnenen Polizisten bei gefährlichen Situationen ein Spielraum für die Einschätzung der nächsten Lageentwicklung zugestanden wird, soll auch einer Regierung verfassungsrechtlich erlaubt sein, die künftigen Entwicklungen zunächst rein spekulativ abzuschätzen. Dem staatlichen Akteur ist dadurch die Möglichkeit gegeben, an die Stelle tatsächlicher Unsicherheiten vorläufig eine eigene Tatsachenannahme zu setzen, auf die er dann rechtswirksam und rechtmäßig sein nächstes Handeln stützen kann.

Auch im Rahmen dieser Einschätzungsprärogative unterliegt staatliches Gesetzgebungs- und Verwaltungshandeln indes konsequent dem allgemeinen rechtsstaatlichen Übermaßverbot. Kurz gesagt gilt die Regel: Ein Staat darf niemals, auch nicht auf Grundlage seiner Einschätzungsprärogative, grenzenlos über das eigentliche Ziel seines legitimen Handelns hinausschießen. Selbst Gefahrerforschungsmaßnahmen und vorläufige Beschränkungen bürgerlicher Freiheiten haben, wenn sie legitim bleiben sollen, unter allen denkbaren Gesichtspunkten das notwendige Maß zu halten.

Daraus folgt zuallererst, dass jedwedes staatliche Handeln sich selbst nur solche Handlungsziele setzen kann, die ihrerseits definitiv legitim sind. Legitim bei der Abwehr einer Seuchen- und Infektionsgefahr kann nur sein, die unkontrollierbare Ausbreitung der in Rede stehenden Krankheit zu verhindern beziehungsweise einzudämmen. Maßnahmen, die diesem Ziel nicht zu dienen bestimmt sind, scheiden also von vornherein schon begrifflich als verfassungsrechtlich erlaubt aus.

Anerkanntermaßen hat staatliches Handeln bei der Verfolgung eines jeden seiner Ziele das sogenannte Angemessenheitsgebot zu berücksichtigen. Dieses zwingt, drei Fragen zu beantworten.

Die erste dieser Fragen lautet: Ist die staatliche Maßnahme geeignet, das angestrebte Ziel zu erreichen? Die hier thematisierte weitere Schließung von Kaufhäusern kann nur dann in diesem Sinne zur angemessenen Zweckerreichung geeignet sein, wenn genau die durch sie verhinderte Öffnung des Warenhauses andernfalls eine weitere Verbreitung der Seuche ermöglichen würde. Ob dies der Fall ist, muss mindestens in Ansehung des hier ebenfalls zu beachtenden Gleichheitsgrundsatzes zweifelhaft sein. Warum nämlich sollte spezifisch die Schließung eines Warenhauses geeignet sein, weitere Infektionen zu verhindern, wenn dieselbe körperliche Nähe zwischen einkaufenden und verkaufenden Menschen erst recht auf kleineren Ladenflächen gegeben ist, auf denen zu handeln erlaubt wird? Desgleichen eignet sich die Schließung eines Warenhauses zur Erreichung der angestrebten seuchenrechtlichen Zielstellung dann und deswegen nicht, wenn und weil

zugleich Möbelhäuser und/oder die Fahrzeuge des öffentlichen Personennahverkehrs für die Öffentlichkeit nutzbar sind. Darüber hinaus dient es nicht der seuchenrechtlich allgemein wünschenswerten räumlichen „Entzerrung“ zwischen Verbrauchern und Verkaufspersonal, wenn die zur Verfügung stehende Gesamtverkaufsfläche innerhalb einer Gemeinde insgesamt durch die fortdauernde Schließung ausgerechnet von großräumigen Warenhäusern vermeidbar verknappt wird.

Die zweite Frage, die im Rahmen dieser Angemessenheitsprüfung verfassungsrechtlich zu stellen ist, ist die nach der Erforderlichkeit der Warenhausschließung: Ist die vollständige Schließung des Warenhauses zur Zweckerreichung unabweisbar notwendig oder gäbe es ein milderes Mittel, mit dem sich dasselbe Ziel erreichen ließe? Jenseits der Möglichkeit, auch und gerade innerhalb von großräumigen Warenhäusern Abstandsgebote zwischen Personen einzuführen, fällt auf: Kein Kunde wird gezwungen, ein Warenhaus zu betreten, wenn er es zur Meidung einer befürchteten Selbstgefährdung nicht will. Etwas anderes kann allenfalls für die Mitarbeiter eines Warenhauses gelten, die durch eine Warenhausöffnung absehbar arbeitsvertraglich verpflichtet wären, tätig zu werden. Der Gesetzgeber hat aber als Regelungsvariante auch hier in der Hand, jedem Arbeitnehmer zu gestatten, der Arbeit fernzubleiben, soweit er eine daraus resultierende gesundheitliche Gefahr befürchtet. Die vorübergehende Suspendierung von der Arbeitspflicht für Warenhausmitarbeiter wäre somit ein augenscheinlich milderes Mittel im Sinne der Erforderlichkeitsprüfung, um die Warenhausschließung insgesamt entbehrlich zu machen.

Drittens ist bei der Angemessenheitsprüfung zu fragen, ob die Schließung des Warenhauses insgesamt noch verhältnismäßig ist. Hier wird verfassungsrechtlich üblicherweise abgewogen, welche nachteiligen Nebenfolgen die angestrebte Zweckerreichung auslöst und ob diese in einem vernünftigen, ausgewogenen Verhältnis zum Handlungsziel stehen.

Weitverbreitet war in der öffentlichen Debatte an genau dieser Stelle zuletzt das Missverständnis, es müsse zwischen den wirtschaftlichen Folgen der angeordneten Sperrmaßnahmen einerseits und dem Leben oder der körperlichen Unversehrtheit konkret einzelner Personen andererseits abgewogen werden. Eine solche seuchenrechtliche Abwägung kann es indes schon deshalb nicht geben, weil die staatlichen Kontaktverbote und Handlungsbeschränkungen rein faktisch niemals darauf zielen konnten oder könnten, das Leben oder die Gesundheit eines konkreten (gar vorerkrankten) Bürgers zu schützen. Jedenfalls hier haben die handelnden politischen Akteure stattdessen richtigerweise die drohende Überlastung des Gesundheitssystems als solche in ihr Argumentationsgerüst eingeflochten. Sache des Staates konnte und kann hier schon rein faktisch nur sein, die verfügbaren Ressourcen des Gesundheitssystems angemessen erreichbar und leistungsbereit zu halten. Genau dieses Ziel ist indes – wie eingangs dargestellt – bislang kontinuierlich erreicht. Die Schließung eines Warenhauses steht folglich auch insoweit in keinem denkbaren Angemessenheitsverhältnis zur Erreichung des diskutierten Regelungsziels.

Selbst wenn man – wie es die Grundlage aller hiesigen Überlegungen ist – vorsichtig davon ausgeht, dass die Seuchengefahr insgesamt derzeit noch nicht gebannt ist, sondern dass sie latent tatsächlich fortbesteht und sich also auch jederzeit wieder intensivieren kann, so bleibt es mangels akut gegenwärtiger Gefahr und eines stattdessen aktuell bloßen Gefahrverdachts derzeit einzig bei der Befugnis des Gesetzgebers, Gefahrenermittlungsmaßnahmen auszubringen, nicht aber Gefahrenbekämpfungsmaßnahmen. Der gegebene Zustand der dynamischen Entwicklung legitimiert derzeit einzig Beobachtung und

Untersuchung, nicht aber Verbote, Einschränkungen oder gar die Schließung von Warenhäusern insgesamt. Das Privileg der Einschätzungsprärogative verpflichtet den Staat, seine ausgebrachten Maßnahmen kontinuierlich auf deren Richtigkeit und Angemessenheit hin zu überprüfen. Stellt er fest, übervorsichtig Unangemessenes angeordnet zu haben, muss er sofort zurücksteuern. Andernfalls handelt er verfassungswidrig.

In der gegebenen Krise hat sich zu erweisen, ob die oft geäußerte Kritik am überzogenen Wohlfahrts- und Präventionsstaat berechtigt ist oder ob es den handelnden Politikern gelingt, durch Selbstbeschränkung die Grenzen der Legitimität bei ihrem legalen Tun angemessen zu wahren. Der moderne Interventionsstaat muss im Interesse einer breiten Akzeptanz seiner Maßnahmen – und also schlicht auch im Interesse seines eigenen Fortbestandes – der Versuchung widerstehen, in die obrigkeitsstaatliche Autorität der historischen „Polizeystaaten“ zurückzufallen.

Das Gebot der Selbstbeschränkung gegen die Verlockungen eines beliebig ausgedehnten Präventionsanspruchs im Rahmen allgegenwärtiger staatlicher Sozial- und Kontrolltechnologie richtet sich nicht zuletzt auch an diejenigen Verfassungsrichter, die über die Grundrechte der Bürger und deren Schutz zu entscheiden haben. Sie sind die Hüter des rechtsstaatlichen Rahmens, innerhalb dessen Politik stattfinden darf.

Vieles, wenn nicht alles, spricht dafür, dass die Warenhäuser von Kaufhof und Karstadt bereits auf Grundlage summarischer Rechtsprüfung der Verfassungsrichter durch einstweilige Anordnungen geöffnet werden müssen. Denn die Aufrechterhaltung des Öffnungsverbots dürfte bereits ein illegitimes gesetzliches Handlungsziel fortschreiben, was selbst eine nur summarische Abwägung der Folgen verbietet.“

Ich sehe nicht, was an dieser Darstellung aus dem April 2020 zu revidieren wäre.

3.) Die Faktenlage während der Pandemie gab keine hinreichende tatsächliche Grundlage für die ihretwegen konkret getroffenen Maßnahmen.

a.) Der ehemalige Vorstandsvorsitzende des BKK-Landesverbandes Niedersachsen, Dr. Robert Paquet, nannte die Krankenhäuser auf dem Internet-Blog „Observer Gesundheit“ drei Monate nach meiner damaligen Einschätzung vom 22. April 2020 (am 16. Juli 2020) „Helden der Unterlastung“. Seine scharfe Wortwahl korrespondiert mit Erkenntnissen aus vielerlei Quellen, die auch damals bereits zugänglich waren. Die Krankenhäuser, namentlich die Intensivstationen, waren während der Corona-Krise niemals überlastet. In manchen Häusern wurden von dem Personal sogar Formationstänze eingeübt und per Video via Youtube publiziert (!). Die Anordnung von Grundrechtseinschränkungen mangels Tatsachengrundlage war daher insoweit schlechterdings rechtswidrig. Der Staatsrechtler Dietrich Murswiek formulierte: „Wie groß der Nutzen für das Gemeinwohl ist, der durch die freiheitseinschränkende Maßnahmen bewirkt wird, ergibt sich nicht aus dem abstrakten Ziel, sondern aus dem konkreten Erfolg, der durch die Maßnahme erzielt wird. ... Dieser Abwägungsfehler wird in der Rechtsprechung ständig wiederholt.“ (NVwZ Extra 5/2021, 1 ff. [7]).

b.) Die „Inzidenzwerte“ nach § 28b Infektionsschutzgesetz waren so niedrig definiert, dass alleine die methodisch unausweichlich erwartbar falsch positiven Testergebnisse bereits eine Scheingefahr suggerieren mussten. Bevor die Legislative ein solches Gesetz formuliert, muss sie sich mit Statistikern über Fragen der Prävalenz, mit Testherstellern über Fragen der Spezifität und

Sensitivität oder einfach nur mit Thomas Bayes beschäftigen. Wäre all das erfolgt, hätte es diese Inzidenzwerte als normative Anknüpfungspunkte für die Anordnung von Maßnahmen nicht gegeben.

Dies gilt erst recht in Ansehung des Umstandes, dass die diesen Inzidenzwerten zugrundegelegten PCR-Tests eine Infektion nach § 2 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz nicht erweisen konnten (und es nach wie vor nicht können). Der – in medizingeschichtlich ungesehener Rekordzeit binnen Tagen entwickelte und verlagsuntypisch umgehend in dem von Christian Drosten mitherausgegebenen Magazin „*Eurosurveillance*“ publizierte – „*Corona*“-PCR-Test nach dem sog. Corman-Drosten Testprotokoll vom 23. Januar 2020 detektierte allenfalls die durch sein Testdesign vordefinierten Bruchstücke aus dem Erbgut einer SARS-CoV-2-RNA. Der Erkenntniswert eines „positiven“ PCR-Tests beschränkte sich daher auf den Wahrscheinlichkeitsgrad einer möglichen Kontamination, nicht aber auf den Nachweis einer Infektion. Dies hatte die WHO in ihrer Anwenderinformation vom 20. Januar 2021 (Information Notice for IVD Users 2020/05) selbst klargestellt und eine zusätzliche klinische Untersuchung der getesteten Personen für unabweisbar gehalten.

Eine hinreichend präzise Unterscheidung zwischen Kontamination, Infektion und Erkrankung wurde in der Hochphase der Krise nicht vorgenommen. Infizierte Gesunde (mit epidemiologisch irrelevanter eigener Viruslast) wurden ebenso wie PCR-getestet nichtinfizierte Eventual-Kontaminierte als „*asymptomatisch Erkrankte*“ bezeichnet. Unbedachtsam wurde geduldet, dass der englische Begriff der „*infection*“ (der im medizinischen Jargon dort regelhaft auch eine „*contamination*“ mitumfasst) – sachlich falsch – mit einer „*Infektion*“ im Sinne des § 2 Nr. 2 InfSG gleichgesetzt wurde.

Warum auf die seit jeher etablierte klinische Diagnostik für die absichernde Feststellung einer tatsächlichen Infektion im Verdachtsfall verzichtet wurde (*rubor, tumor, dolor, calor, functio laesa*), leuchtet angesichts der massiven Folgen von Fehlannahmen für das Gemeinwesen schlechterdings nicht ein. Gerade weil das „*real-time RT PCR*“-Protokoll von Corman und Drosten einen ct-Wert von 45 auswies, wäre die diagnostische Gegenprobe ganz besonders geboten gewesen, um Fehlalarme auszubalancieren. Selbst die damalige Bundeskanzlerin war ausweislich ihrer Darlegungen in der Fragestunde des Bundestages am 23. Juni 2021 in dem Glauben gelassen worden, mit einem PCR-Test lasse sich bei einem „*Wert von 25*“ (?) eine Infektion sicher feststellen. Nach gefestigter Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes ist es staatlichen Stellen bekanntlich nicht gestattet, unzutreffende Informationen zu verbreiten.

Hätte man sich in den tätigen Krisenstäben seit März 2020 mit den offiziellen und frei verfügbaren „*Balkendiagrammen*“ der WHO zur je aktuellen Influenza-Verbreitung auf der Nordhalbkugel einschließlich insbesondere Deutschlands befasst, wäre pflichtgemäß die Frage zu stellen gewesen, warum die Influenza-Diagnosen erstmals seit Erhebung dieser Zahlen praktisch zeitgleich mit der proklamierten Corona-Krise auf Null sanken. In Zusammenschau mit den anerkannt üblichen Auftretenszeiten des Corona-Virus auf der Nordhalbkugel stand zudem die Frage im Raum: Was war im Jahr 2020 plötzlich so anders, dass das Corona-Virus über Mitte März 2020 hinaus persistiert haben soll?

c.) Jedermann konnte auch wissen, dass FFP2-Masken nicht vor Viren schützen; denn das stand seit jeher auf ihren Verpackungen. Warum die Vertreter der Berufsgenossenschaften mit ihren detaillierten Erkenntnissen über die Gesundheitsgefahren des überlangen Tragens solcher Masken im Alltag inmitten der Krise bei dem Robert-Koch-Institut kein Gehör fanden, ist unerfindlich. Statt dessen argumentierten Oberverwaltungsgerichte mit Zitaten eines „*Faktenfuchses*“ des

Bayerischen Rundfunks. Zuvor hatte das OVG NRW am 30. April 2020 (13 B 539/20.NE, Rn 48) bereits den verfassungssystematisch offenkundig zirkulär argumentierenden Satz formuliert: „Im Übrigen ist anerkannt, dass der Einschätzung des Robert Koch-Instituts nach dem in den einschlägigen Regelungen im Infektionsschutzgesetz (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Nr. 1 IfSG) zum Ausdruck kommenden Willen des Gesetzgebers im Bereich des Infektionsschutzes besonderes Gewicht zukommt.“ Könnte die legislative Gewalt aber – wie hier vom 13. Senat des OVG NRW ausgeführt – den Ansichten einer Exekutivbehörde tatsächlich derart faktisch präjudizierende Wirkung zuschreiben, dass im Zweifel sogar die Überprüfungspflichten der dritten Gewalt als reduziert zu gelten hätten, kontrahierte die verfassungsrechtliche Gewaltenteilung in eine monistische Größe. Warum diese *petitio principii* bislang nicht als fehlerhaft ausgeräumt ist, bleibt offen.

Derartige Brüche mit jahrzehntelang elaborierten rechtlichen wie fachlichen Dogmen bleiben bis heute unerklärt. Es steht zu hoffen, dass das weiträumige Abgehen von üblichen Sicherheitsstandards infolge der Krise nicht auch noch kontraproduktive Rückwirkungen auf die gewöhnlichen Regelanforderungen unter Normalbedingungen haben wird.

Stillschweigend wurde das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz, HWG) mit seinen Schutzregelungen für obsolet erklärt und faktisch derogiert: Prominente Nichtmediziner (Schauspieler) machten plötzlich allgegenwärtig unübersehbar Werbung für medizinische Eingriffe; sie warben nicht in Fachmedien, sondern an Plakatwänden in der Öffentlichkeit. Und das Werben war verbunden mit Versprechungen der Wirksamkeit. All das will das Heilmittelwerberecht aus guten Gründen seit jeher unterbinden. In § 3 HWG heißt es:

„Unzulässig ist eine irreführende Werbung. Eine Irreführung liegt insbesondere dann vor, 1. wenn Arzneimitteln, Verfahren, Behandlungen, Gegenständen oder anderen Mitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkungen beigelegt werden, die sie nicht haben, 2. wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass a) ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann, b) bei bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine schädlichen Wirkungen eintreten ...“

Aus dem Verstoß gegen die wohlüberlegt beschriebenen Restriktionen musste absehbar eine Angst im Publikum entstehen. Das war sorglos.

Impfwillige Patienten, die sich in ärztliche Beratung und Behandlung begaben, wurden nicht selten unzureichend aufgeklärt, was es mit dem neuartigen, bedingt zugelassenen Stoff auf sich habe (vgl. *Gebauer/Gierhake: Ärztliche Aufklärung bei Behandlungen mit bedingt zugelassenen mRNA-Impfpräparaten NJW 2023, 2231ff*). Die etablierte höchstrichterliche Rechtsprechung zu Aufklärungsstandards war nicht nur bei Massentherapien in „*Impfzelten*“ plötzlich faktisch gegenstandslos. Die Hersteller der Arzneien wurden von ihrer gesetzlichen Haftung freigestellt. Damit wurde das gesamte Vorsichtsregime zur Qualitätssicherung des Arzneimittelgesetzes gegenstandslos. Zuletzt machte der Bundesgerichtshof alle impfenden Ärzte sogar rückwirkend zu haftungsrechtlichen Beamten im Sinne des § 839 BGB (*BGH III ZR 180/24 Urt. vom 9. Oktober 2025*). Die Auswirkungen dieser medizinrechtlich dogmenbrechenden Entscheidung sind für künftige Gesundheitskrisen kaum zu unterschätzen: Werden Patienten künftig noch ihrem Arzt vertrauen (wollen), wenn er ihnen statt als kundiger Helfer als persönlich haftungsfreigestellter Hilfsbeamter der Gesundheitsverwaltung entgegentritt?

d.) Zu Beginn der Impfkampagne wusste der ehemalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ausweislich seiner Aussagen in der hiesigen Enquete-Kommission am 15. Dezember 2025

bereits, dass die neuartigen Arzneien keinen Fremdschutz bieten konnten. Mithin gab es keine Grundlage für die Anordnung von „2G“-Regelungen. Geimpfte waren für ihre Mitmenschen ebenso gefährlich oder ungefährlich wie Ungeimpfte. Janine Small hatte dies in ihrer Befragung durch den niederländischen Abgeordneten Rob Ross im Parlament der EU bereits im Oktober 2022 bestätigt. Ein Jahr später folgte die entsprechende Erklärung von Emer Cooke für die EMA. Wie also konnte es sein, dass die vermeintlich drittschützende Wirkung der „Corona-Impfungen“ von Bund, Land und Stäben nicht bereits als Fehlinformation seit Dezember 2020 klar kommuniziert wurde?

Die gleichsam chaotische Nachrichten- und Informationslage zieht sich wie ein in falscher Richtung verfolgter Ariadnefaden durch die Monate und Jahre der Krise. Bloße Schlüssigkeitsüberlegungen wurden nicht angestellt. Bis heute persistiert das Narrativ, die „Impfungen“ hätten 20 Millionen Leben gerettet. Verrechnet man die von John Ioannidis von der Stanford University School of Medicine weltweit als Durchschnitt veranschlagte Infektionssterblichkeit von 0,15% mit dieser Zahlenangabe, müsste es schon mehr als 13 Milliarden Menschen auf der Erde geben. Warum fällt so etwas nicht auf?

Dass derartige Leichtfertigkeiten im Abweichen von etablierten Standards und erprobten Prinzipien fatale Folgen haben, zeigt sich besonders eindrücklich an der zu Beginn der ausgerufenen Pandemie allorts ausgebrachten Beatmung von Patienten. Der Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie Dr. med. Thomas Vosshaar, seinerzeit Chefarzt der Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde am Bethanien-Krankenhaus in Moers, wies schon früh öffentlich darauf hin, dass die maschinelle Beatmung eines Menschen ein hochkomplizierter Vorgang mit deutlichen Komplikationsrisiken ist. Gleichwohl wurde – nicht nur in Deutschland – in erheblichem Maße zu maschineller Beatmung infizierter Corona-Patienten gegriffen. Das Publikumsmagazin „Stern“ schrieb am 26. März 2020 unter der Überschrift „*Wie Dyson in nur zehn Tagen ein Beatmungsgerät entwickelt hat*“: „*Dyson verdient sein Geld eigentlich mit Staubsaugern und Luftreinigern. In der Corona-Krise eilt das Tüftler-Unternehmen der britischen Regierung zu Hilfe. In nur zehn Tagen haben die Ingenieure ein Beatmungsgerät entwickelt, das auf die Bedürfnisse von Covid-19-Patienten angepasst ist.*“

Die Sorglosigkeit, einen Hersteller von Staubsaugern und Haartrocknern binnen Tagen ein vermeintlich auf die Bedürfnisse der Opfer einer neuartigen Krankheit zugeschnittenes Medizinprodukt entwickeln zu lassen, wird alleine deutlich, wenn man sich nur die aktuelle Abrechnungsvorschrift des einschlägigen Operationen- und Prozedurenschlüssels („OPS“) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vor Augen führt. Dort heißt es nun wörtlich:

8-71

Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung über Maske oder Tubus und Beatmungsentwöhnung

Info:

Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

8-718

Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung

Info:

Diese Kodes sind nur für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

Unter Beatmungsentwöhnung (Weaning) ist der Prozess der strukturierten Modifikation von Beatmungsparametern ggf. in Kombination mit akutmedizinischen und weiteren

spezifischen Behandlungsmaßnahmen mit dem Ziel der Beendigung einer Beatmung zur Wiedererlangung der selbstständigen Atmung ohne maschinelle Beatmung zu verstehen. Ein Kode aus diesem Bereich ist auch anzugeben, wenn die Beatmungsentwöhnung fehlgeschlagen ist und z.B. die (Wieder-)Einstellung auf eine häusliche maschinelle Beatmung erfolgt

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Mindestens ein dokumentierter Spontanatmungsversuch (dieser kann mit oder ohne Atemunterstützungsverfahren (z.B. CPAP oder HFNC) und mit oder ohne Sauerstoffinsufflation erfolgen) oder schriftliche Begründung bei Nichtdurchführung oder Versagen des täglichen Spontanatmungsversuches

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Erhebung folgender Kriterien zur Entwöhnungsbereitschaft: Atemmechanik (z.B. Hustenstoß, Sekretion)

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Erhebung folgender Kriterien zur Entwöhnungsbereitschaft: Hämodynamischer und metabolischer Status (z.B. Blutdruck, Herzfrequenz, Vorliegen einer relevanten metabolischen Azidose)

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Erhebung folgender Kriterien zur Entwöhnungsbereitschaft: Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Festlegung eines Analgesie- und Sedierungsziels

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Verfügbarkeit von Physiotherapie und Anwendung nach den individuellen Möglichkeiten des Patienten

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz, FiO₂ oder O₂-Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist entbehrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist), zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen

Dokumentation mindestens alle 8 Stunden, zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen: Gasaustauschparameter (z.B. pO₂, pH, pCO₂, sO₂) mit invasiven oder nicht invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO₂-Messung)

Dokumentation mindestens alle 8 Stunden, zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen: Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Beatmungsdrücke)

Als Behandlungstage gelten alle Tage ab Beginn der Beatmung, an denen mindestens ein Spontanatmungsversuch durchgeführt wurde oder für die eine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt

Tage, an denen kein Spontanatmungsversuch unternommen wurde und keine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt, sind nicht zu zählen

Tage ohne eine (intermittierende) maschinelle Beatmung sind nicht zu zählen

Die Einleitung einer häuslichen maschinellen Beatmung während desselben stationären Aufenthaltes ist gesondert zu kodieren (8-716 ff.)

Der Zugang bei maschineller Beatmung ist gesondert zu kodieren (8-701) (8-704) (8-706)

Die Anlage eines Tracheostomas zur Durchführung der künstlichen Beatmung ist gesondert zu kodieren (5-311 ff.) (5-312 ff.)

Die maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Jugendlichen ist gesondert zu kodieren (8-712 ff.)

Eine zusätzlich durchgeführte neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ist gesondert zu kodieren (8-552 ff.)

8-718.7

Beatmungsentwöhnung nicht auf Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Info:

Ein Kode aus diesem Bereich ist bei allen Formen einer invasiven oder nicht invasiven maschinellen Beatmung anzuwenden, wenn die Dauer der Beatmung entsprechend den Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien zur Berechnung der Beatmungsdauer ab Beginn der Beatmung mehr als 95 Stunden an aufeinanderfolgenden Tagen beträgt

8-718.70

Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage

8-718.71

Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage

8-718.72

Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage

8-718.73

Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-718.74

Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage

8-718.75

Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage

8-718.76

Mindestens 76 Behandlungstage

8-718.8

Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Exkl.:

Alleinige Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials (1-717 ff.)

Info:

Die Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials im Rahmen der Beatmungsentwöhnung auf der intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit ist nicht gesondert zu kodieren

Ein Kode aus diesem Bereich ist bei allen Formen einer invasiven oder nicht invasiven maschinellen Beatmung anzuwenden, wenn die Dauer der Beatmung entsprechend den Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien zur Berechnung der Beatmungsdauer seit Beginn der Beatmung mehr als 168 Stunden an aufeinanderfolgenden Tagen beträgt oder wenn der Patient aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt oder aus anderen Einrichtungen oder aus dem häuslichen Bereich zur prolongierten Beatmungsentwöhnung aufgenommen wird

Strukturmerkmale: Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin

Strukturmerkmale: Intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme)

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: Mechanischer Insufflator/Exsufflator

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit

Strukturmerkmale: Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie

Strukturmerkmale: Werktägliche Verfügbarkeit von: Logopädie mit Dysphagietherapie
Strukturmerkmale: Werktägliche Verfügbarkeit von: Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie

Strukturmerkmale: Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs

Mindestmerkmale: Wöchentliche Teambesprechung mit Anwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche

Mindestmerkmale: Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche mit durchschnittlich mindestens 10 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche: Atmungstherapie, Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie/Psychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, Dysphagietherapie. Davon müssen mindestens 6 Therapieeinheiten Atmungstherapie oder Physiotherapie sein

8-718.80

Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage

8-718.81

Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage

8-718.82

Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage

8-718.83

Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-718.84

Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage

8-718.85

Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage

8-718.86

Mindestens 76 Behandlungstage

8-718.9

Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Exkl.:

Alleinige Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials (1-717 ff.)

Info:

Die Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials im Rahmen der Beatmungsentwöhnung auf der nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit ist nicht gesondert zu kodieren

Strukturmerkmale: Vorhandensein einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit (mindestens 6 Betten) mit auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisiertem Team. Die spezialisierte Einheit kann Teil einer Station oder Abteilung sein oder als räumlich abgetrennte eigenständige Beatmungsentwöhnungs-Einheit (nicht intensivmedizinisch) betrieben werden

Strukturmerkmale: Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder einen Facharzt mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme)

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: Mechanischer Insufflator/Exsufflator

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit

Strukturmerkmale: Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie

Strukturmerkmale: Werktägliche Verfügbarkeit von: Logopädie mit Dysphagietherapie

Strukturmerkmale: Werktägliche Verfügbarkeit von: Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie

Strukturmerkmale: Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs

Mindestmerkmale: Wöchentliche Teambesprechung mit Anwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche

Mindestmerkmale: Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche mit durchschnittlich mindestens 10 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche: Atmungstherapie, Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie/Psychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, Dysphagietherapie. Davon müssen mindestens 6 Therapieeinheiten Atmungstherapie oder Physiotherapie sein

8-718.90

Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage

8-718.91

Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage

8-718.92

Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage

8-718.93

Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-718.94

Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage

8-718.95

Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage

8-718.96

Mindestens 76 Behandlungstage

Wer könnte in Ansehung dessen in Abrede stellen, dass der Vorgang kompliziert, vielleicht sogar komplex ist? Wer aber könnte – erst recht – annehmen, es wäre möglich, eine noch unbekannte Krankheit binnen zehn Tagen fachfremd mit zutreffendem Gerät einzuhegen?

III.

Wenn es einem einfachen Medizinrechtler wie mir jedenfalls ab dem 22. April 2020 bis zuletzt kontinuierlich möglich war, das weitgehende Fehlen der tatsächlichen Voraussetzungen für die legitime Annahme einer Gefahrenabwehrbefugnis der Behörden aus allgemein zugänglichen Quellen zu erkennen, dann wäre es Pflicht auch der staatlichen Organe gewesen, das zu erfassen und vernehmlich zu kommunizieren. Das aber ist unterblieben. Schon am 4. Juli 2020 hielt ich (auf achgut.de) fest:

„In jüngerer Vergangenheit ist an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Politik bekanntlich der Versuch unternommen worden, unter wirklichen oder vermeintlichen

Handlungszwängen die herkömmlich ethisch abwägenden Problemlösungsmethoden aufzugeben und derartige Probleme nun mit einem Paradigma namens „postnormaler Wissenschaft“ zu lösen. Einer postnormalen Wissenschaft in diesem Sinne bedürfe es demnach, wenn vier Elemente einer Problemsituation gegeben sind: Wenn die Tatsachengrundlagen für eine bestimmte Entscheidung unsicher, die dabei betroffenen Werte streitig, die Einsätze erheblich und der Zwang zu Entscheidungen dennoch dringend seien.

In solchen vierfach problematischen Lagen dürfe man sich demnach ganz legitim von der traditionellen Suche nach faktischer Wahrheit und dem Streben nach rationalen Beweisbarkeiten lösen und stattdessen willkürliche Setzungen für das Handeln nach eigenen Qualitätsvorstellungen vornehmen. Exemplarisch reklamiert aktuell die Klimawissenschaft für sich die Befugnis, mangelndes Faktenwissen durch wertorientierte Handlungsoptionen dieser Art ersetzen zu dürfen. Wenn alles auf dem Spiel stehe, sei der handelnde Mensch mithin nicht mehr verpflichtet, die tatsächlichen Grundlagen seiner Entscheidungen und seines Handelns zu erforschen, sondern die Logik des politischen Willens zur Handlung sei in der Abwägung schwerer zu gewichten als die Logik der vorerst demütig nach Fakten suchenden Wissenschaft. ...

Das Ergebnis einer derart „postnormalen“ Wissenschaft ist nicht nur die faktische Ermächtigung desjenigen zum entscheidungsbefugten Herrscher, der gerade – umständehalber – in der Position ist, durch eine institutionelle Verknüpfung der Postwissenschaftler seines Vertrauens mit den Instrumentarien der Staatsgewalt zu seiner Verfügbarkeit ganz traditionell politische Macht über Andere auszuüben. Das Ergebnis derartiger Postnormalität ist auch, dass die akademischen Werte der forschenden Wissenschaft, namentlich Skepsis und Ergebnisoffenheit alles systematisch-kritischen Suchens, aufgegeben werden.

Bei genauer Betrachtung wird offenbar, dass jene scheinbar revolutionär neue strategische Methode für die Lösung gesellschaftlicher Problemlagen alles andere als postwissenschaftlich ist. Denn sie nimmt die fruchtbare Skepsis der Wissenschaft nicht in sich auf, sondern sie wirft deren stetigen Selbstzweifel ersatzlos über Bord. An die Stelle des geduldigen Suchens nimmt sie damit das ungeduldige Mutmaßen zur Basis ihres Entscheidens und Handelns. Tatsächlich ist sie damit nicht postwissenschaftlich, sondern eher präwissenschaftlich, wenn nicht gar non-wissenschaftlich, da sie Wissen durch Glauben ersetzt. Ihr Ansatz fällt hinter die historisch gewonnene Erkenntnis zurück, dass ein jedes rationale, geordnete und zielgerichtete Handeln des Menschen in der realen Welt eine verlässliche Orientierung des Handelnden in dieser realen Welt voraussetzt. ...

Soweit ersichtlich, hat niemand von denjenigen, die den „Lockdown“ anordneten, je konkret dessen unvermeidliche Folgen selbst systematisch und rational erforscht. Obwohl epidemiologisch seit über zwanzig Jahren weltweit – auch auf der Ebene der World Health Organization – Szenarien besprochen und sogar innerstaatlich eingeübt wurden, blieben alle Ermittlungen zu den gesellschaftlichen Folgen eines Lockdown aus. Eine Abwägung zwischen konkret umschriebenen Handlungsalternativen, zwischen Handeln und Nicht-handeln, zwischen menschlichem Tun und menschlichem Lassen, konnte alleine dadurch nicht stattfinden.

Eine „postnormale Rechtsprechung“ darf es nicht geben. Gesetzgeber konnten folglich ihre legislative Einschätzungsprerogative und Verwaltungen ihre Ermessensspielräume gar nicht rational ausüben.“

Damit steht gesamthaft die Frage für die Krisenbewältigung im Raum: Wo liegen die Gründe für diesen Organisations- und Kommunikationsmangel jenseits einer ersten legitimen 4-Wochen-Unsicherheit? Warum ließen Experten und Fachbehörden sogar das Bundesverfassungsgericht am 19.11.2021 im Glauben, Kontaktbeschränkungen wären erforderlich (1 BvR 781/21, Rn 192)? Bei Gericht würde man wohl die Hypothese formulieren, dass der Informationsfluss zwischen Bund, Land und Stäben nicht sachgerecht implementiert worden ist.

Für die Fehleranalytik betreffend die Pandemiebekämpfung auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene einschließlich aller (teils praeter legem bzw. praeter constitutionem) parallel eingerichteten Gremien imponiert hier ganz besonders die Frage nach einer kompetenzüberlagernden Weisungsbefugnis tatsächlich (oder nur dem Anschein nach) normenhierarchisch vorgesetzter Stellen: Jeder Arzt – auch jene, die für Gesundheitsämter tätig waren – hatte kraft eigener beruflicher Sach- und Fachkenntnis Zugang zu sämtlichen Informationen, die eine Gefahrrannahme auf Basis der Inzidenzwerte als methodisch unzutreffend erwies. Eine Organisationsstruktur, die sich in einem solchen Fall das dezentrale Wissen nachgeordneter Behörden nicht für eine sachgerechte eigene Aufgabenerledigung fruchtbar macht, sondern fachlich unrichtige Weisungen oder Handlungsanleitungen umzusetzen anordnet, ist für künftige Krisenfälle zu vermeiden.

Die Zentralisierung der Sachverhaltserfassung, -definition und -kommunikation betreffend eine Feststellung tatsächlicher Gefahrenlagen begründet und intensiviert das Risiko einer Verbreitung von Fehlbeurteilungen. **Resilient ist insbesondere bei unbekanntem Risikoszenarien am ehesten eine Struktur, die unabhängiges Expertenwissen innerhalb der hierarchischen Organisationen wirkmächtig werden lässt, um aus einem offenen, skeptischen Dialog unter Einbeziehung aller Peripherien für das Gesamtsystem auch evaluierende Lerneffekte zu generieren. Abseits dieser – vordringlich für das behördliche Innenrecht relevanten – Erkenntnis muss für das Verhältnis gegenüber dem Bürger gelten: Behördliche Unkenntnis kann nicht taugliche Grundlage für rechtsverbindliche Handlungs-, Duldungs- oder Unterlassungsverfügungen sein. Sie darf auch nicht durch Kommunikationseinhegungen vermeidbar fortgeschrieben werden.**

IV.

Ich verzichte an dieser Stelle bewusst auf Darlegungen zu individuell subjektiven Motivationslagen, um den augenscheinlichen Hochkonflikt unter vielen Beteiligten nicht unnötig zu intensivieren. Ich lege jedoch allen dringend an das Herz, das Thema nach Kräften sachlich zu klären.

Die Aufarbeitung von Fehlern ist schmerzhaft, auch wenn sie nicht selbst, sondern von Menschen begangen wurden, die einem nahestehen. Sich dabei eigene Ängste einzugestehen, umso mehr. Wenn Scham hinzutritt, weicht man gerne aus. Erst recht, wenn man Menschen zustimmen müsste, die man nicht mag.

Corona hat unsere Gesellschaft gespalten. Wir müssen das überwinden. Sachlichkeit hilft dabei.



Kommissionsdrucksache 21(27)27

vom 25. Februar 2026

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen

Prof. Dr. Michael Brenner

Professor für deutschen und europäisches Verfassungs- und
Verwaltungsrecht an der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Öffentliche Anhörung

„Föderales Krisenmanagement und Krisenstäbe“



**FRIEDRICH-SCHILLER-
UNIVERSITÄT
JENA**

**Rechtswissenschaftliche Fakultät
Lehrstuhl für
Deutsches und Europäisches
Verfassungs- und Verwaltungsrecht**

Universität Jena · Rechtswissenschaftliche Fakultät · 07737 Jena

Deutscher Bundestag

Enquete-Kommission

„Aufarbeitung der Corona-Pandemie und

Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“

Platz der Republik 1

11011 Berlin

Professor Dr. Michael Brenner
Universitätsprofessor

Carl-Zeiß-Straße 3
07743 Jena

Jena, am 25. Februar 2026

Nur per E-Mail: enquete.corona@bundestag.de

Stellungnahme für die öffentliche Anhörung der Enquetekommission

„Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“

am 26. Februar 2026

zum Thema:

„Föderales Krisenmanagement und Krisenstäbe“

1. Intransparentes, aber letztlich erfolgreiches Krisenmanagement

Dass weder die Risiko- und Krisenkommunikation während der Corona-Pandemie noch die Instrumente zu deren Bewältigung koordiniert und transparent waren, war ein seinerzeit immer wieder geäußerter Vorwurf. Diesem Vorwurf ist indes entgegenzuhalten, dass nach einer 2025 veröffentlichten Forsa-Umfrage¹ zwei Drittel (66 Prozent) der Bundesbürger der Auffassung sind, dass Deutschland alles in allem gut durch die Pandemie gekommen ist.

¹ <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Umfrage-Grosse-Mehrheit-sieht-Deutschland-gut-durch-Pandemie-gekommen-455979.html>.

Insbesondere seien die gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen von Corona angemessen bewältigt worden. Lediglich ein Drittel (30 Prozent) ist nicht.

Dieser insgesamt ja durchaus positive Befund darf freilich nicht darüber hinwegtäuschen, dass es während der Pandemie durchaus zu Hakeleien zwischen Bund und Ländern, zu einem Unterbietungswettbewerb zwischen einzelnen Bundesländern im Zusammenhang mit Grundrechtseinschränkungen und auch zu Meinungsverschiedenheiten zwischen politischen Entscheidungsträgern und Fachbehörden im Hinblick auf die richtigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie kam; dies gilt namentlich für das Verhältnis zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem ja seinerzeit in der Öffentlichkeit ebenfalls sehr präsenten Robert Koch-Institut (RKI). Auch die sog. „Bund-Länder-Konferenz“ – genauer: „Die Konferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder“ –, die über einen langen Zeitraum hinweg das wohl maßgebliche Entscheidungszentrum im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Corona-Pandemie war, war immer wieder Gegenstand von Kritik, übrigens auch von Beteiligten. So hat der seinerzeitige Ministerpräsident von Thüringen im Nachgang zu einer Sitzung des Gremiums im März 2021 im ZDF gesagt: „Ich habe sechs Stunden auf einen Bildschirm geschaut und mich gefragt, was hier eigentlich passiert“.

Dies alles macht es erforderlich, die verschiedenen Akteure, die zur Bewältigung der Pandemie sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene aufgerufen waren, genauer in den Blick zu nehmen, deren Befugnisse und deren Handeln. Dass es sich hierbei um eine komplexe Gemengelage von Zuständigkeiten und Befugnissen mit manchen Irrungen und Wirrungen handelte, liegt auf der Hand: Diese Gemengelage ist zu einem nicht unerheblichen Teil der föderalen Staatsstruktur unseres Landes geschuldet.

2. Die Akteure auf Bundesebene

a. Der Deutsche Bundestag

Zentrales Entscheidungsorgan in der parlamentarischen Demokratie des Grundgesetzes war der Deutsche Bundestag, auch wenn sich dieser erst spät, nämlich im Herbst 2020, der Notwendigkeit bewusst wurde, dass die Bestimmung des § 28 IfSG, wonach die zuständige Behörde die notwendigen Schutzmaßnahmen trifft, zu dünn war, um weitreichende Grundrechtseinschränkungen vornehmen zu können. Erst mit der Verabschiedung des „Dritten

Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ ist der Bundestag dann seiner Verantwortung für eine rechtsstaatlich solide Lösung nachgekommen, indem er die Möglichkeit der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite in § 5 IfSG verankert hat, flankiert durch die Auflistung möglicher notwendiger Schutzmaßnahmen bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite in § 28a IfSG.

Darüber hinaus nahm der Bundestag aber vor allem mit der bis zum 30 Juni 2021 befristeten sog. Bundesnotbremse in § 28b IfSG, die im Vierten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite enthalten war, das Heft des Handelns erneut in die Hand und beschloss weitreichende, einheitliche und inzidenzabhängige Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus; diese Maßnahmen umfassten u. a. das weitreichende Verbot privater Zusammenkünfte, nächtliche Ausgangssperren und weitere Einschränkungen wie etwa die Schließung von Ladengeschäften. Verfassungsbeschwerden hiergegen bleiben bekanntlich ohne Erfolg.

b. Die Bundesregierung

Was die Rolle der Bundesregierung anbetrifft, so kam dieser als Kollegialorgan in der Pandemie zunächst keine tragende Rolle zu. Dies änderte sich erst mit der sog. Bundesnotbremse, indem der Bundesregierung zum Erlass zahlreicher Verordnungen ermächtigt wurde. So wurde sie durch § 28b Abs. 6 IfSG ermächtigt, durch Rechtsverordnung zusätzliche und über die gesetzlich angeordneten Maßnahmen weitergehende Schutzmaßnahmen anzuordnen, wenn die bundesweite Sieben-Tage-Inzidenz den Schwellenwert von 100 überschreitet. Daneben wurde die Bundesregierung durch § 28c IfSG ermächtigt, durch Rechtsverordnung Erleichterungen oder Ausnahmen für Personen zu regeln, bei denen von einer Immunisierung gegen das Coronavirus ausgegangen werden konnte.

c. Das Bundesgesundheitsministerium

Des Weiteren kam auf fachministerieller Ebene dem Bundesgesundheitsministerium als dem sachlich zuständigen Ministerium die Befugnis zu, durch Rechtsverordnung auf der Grundlage von § 5 Abs. 2 IfSG eine Reihe von Maßnahmen zu verfügen, die u. a. die Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen, Hilfsmitteln, Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung und Produkten zur Desinfektion und zur Sicherstellung der Versorgung mit verschiedenen Materialien zum Inhalt hatten. Auch Maßnahmen zur Auf-

rechterhaltung der Gesundheitsversorgung waren von der Verordnungsermächtigung umfasst. Kommuniziert wurden diese Maßnahmen zumeist durch den seinerzeitigen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, häufig auch im Fernsehen.

Des Weiteren konnte das Bundesgesundheitsministerium nach § 5 Abs. 6 IfSG unter Heranziehung von Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts Empfehlungen abgeben, um ein koordiniertes Vorgehen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zu ermöglichen.

d. Das Robert-Koch-Institut (RKI)

Neben dem Bundesgesundheitsministerium kam dem RKI bei der Bekämpfung der Coronapandemie große Bedeutung zu, da es als nationale Behörde zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten und zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen konzipiert ist (§ 4 Abs. 1 S. 1 IfSG). Seine Aufgabe bestand und besteht nach wie vor in der Entwicklung und Durchführung epidemiologischer und laborgestützter Analysen sowie in der Forschung zu Ursache, Diagnostik und Prävention übertragbarer Krankheiten (§ 4 Abs. 1 S. 2 IfSG). Das RKI arbeitet mit den jeweils zuständigen Bundesbehörden, den zuständigen Landesbehörden, den nationalen Referenzzentren, wissenschaftlichen Einrichtungen und Fachgesellschaften zusammen (§ 4 Abs. 1 S. 3 IfSG). In der Coronapandemie oblag dem RKI mithin die Erfassung des für die Bekämpfung der Pandemie bedeutsamen Wissens. Auch koordiniert das RKI im Falle einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Zusammenarbeit zwischen den Ländern und zwischen den Ländern und dem Bund sowie weiteren beteiligten Behörden und Stellen und tauscht Informationen aus, § 5 Abs. 7 IfSG.

Bei genauer Betrachtung wirkt das RKI durch Wissen, nicht hingegen durch Hoheitsakte. Zwar hat es im föderal fragmentierten Gesundheitswesen formal keine sehr starke Stellung, dafür eine umso gewichtigere informale Stärke. Die vom RKI gewonnenen Erkenntnisse werden in das Handeln und die Entscheidungen der zuständigen Behörden eingespeist. Grundlage hierfür ist nicht zuletzt die Zusammenführung der lokal erhobenen Daten im Zusammenhang mit einem Infektionsgeschehen.

e. Der Corona-Expertenrat

Zu nennen ist des Weiteren der Corona-Expertenrat zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie, der die Bundesregierung direkt beriet. Das Bundeskanzleramt hatte den Corona-Expertenrat auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern mit der Beratung der Bundesregierung auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Corona-Pandemie beauftragt. Das Gremium tagte zwischen Dezember 2021 und April 2023 33 mal und veröffentlichte insgesamt zwölf Stellungnahmen, die in die politischen Entscheidungen einfließen. Darüber hinaus informierte der Vorsitzende des Gremiums auch direkt das Bundeskanzleramt und andere Gremien. Die Erwägungen und Stellungnahmen des Gremiums flossen in nahezu sämtliche Entscheidungen, die ab Dezember 2021 getroffen wurden, mit ein.

f. Die Ständige Impfkommission

Die Ständige Impfkommission gab während der Pandemie fortlaufend angepasste Empfehlungen ab, für welche Personengruppen eine Impfung sinnvoll ist.

g. Der Deutsche Ethikrat

Auch der Deutsche Ethikrat, der sich mit den großen Fragen des Lebens beschäftigt, hat verschiedene Stellungnahmen und Empfehlungen zur Bekämpfung der Pandemie abgegeben, etwa im Hinblick auf Fragen von Triage und Öffnungsperspektiven. Verwiesen sei auch auf eine umfangreiche Stellungnahme mit dem Titel „Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie“. Der Ethikrat versteht sich als Impulsgeber für die Beratung der Politik, aber auch für die breite Öffentlichkeit.

h. Das Paul-Ehrlich-Institut

Das Paul-Ehrlich-Institut schließlich ist als Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel dafür zuständig, biomedizinische Human-Arzneimittel und immunologische Tierarzneimittel zu erforschen und zu bewerten und diese zuzulassen; darüber hinaus ist es für die Genehmigung klinischer Prüfungen sowie für die Erfassung und Bewertung möglicher Nebenwirkungen zuständig. In dieser Funktion war es insbesondere zuständig für die Zulassung von Covid-19-Impfstoffen.

i. Das parlamentarische Begleitgremium

Erwähnenswert ist schließlich das vom Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eingerichtete Parlamentarische Begleitgremium. Dieses befasste sich vor allem im Rahmen von Sachverständigenanhörungen und Expertengesprächen mit Fragen der Pandemiebekämpfung, der Impfungen und den gesellschaftlichen Auswirkungen der Pandemie.

3. Die Akteure auf Landesebene

Für den Vollzug des IfSG während der Corona-Pandemie waren in der föderalistisch ausgestalteten Bundesrepublik aber vor allem die Länder zuständig, was im Übrigen auch § 54 IfSG deklaratorisch wiederholt; insoweit handelt es sich um den Regelfall des landeseigenen Vollzugs von Bundesgesetzen, Art. 84 GG.

Neben der Zuständigkeit für den Vollzug des IfSG und der Befugnis der Landesbehörden, notwendige Schutzmaßnahmen zu treffen, lag das Heft des Handelns aber vor allem auch deshalb bei den Ländern, weil diese auf der Grundlage von § 32 IfSG zum Erlass von Rechtsverordnungen ermächtigt waren, die wiederum Grundlage für Gebote und Verbote waren.

Indes hatten die an die Länder gerichteten Verordnungsermächtigungen ebenso wie der im Bundesstaat dezentral ausgestaltete Vollzug zur Folge, dass dies nicht zu einem flächendeckend-uniform ausgestalteten Landesvollzug in sämtlichen Bundesländern führte; vielmehr ist eine „gewisse Diversität des Normvollzugs“ Folge der dem Föderalismus stets innewohnenden staatsorganisatorischen Ungleichheit, die letztlich auch eine Regelungsungleichheit ist. Auch wenn sich landesrechtliche Regelungen selbstredend stets im Rahmen der jeweiligen Ermächtigungsgrundlage halten müssen, so liegt es doch in der Natur der bundeslandspezifischen Umsetzung von Verordnungsermächtigungen und dem Erlass von Allgemeinverfügungen, dass Abweichungen zwischen Bundesländern nicht nur vorhanden sind, sondern diese Abweichungen durchaus auch signifikant sein können, was während der Pandemie in der Bevölkerung durchaus auf Kritik und zum Teil auch auf Verständnislosigkeit gestoßen ist.

Nicht zu verkennen ist in diesem Zusammenhang insbesondere, dass diese primäre Handlungszuständigkeit der Länder auch zur Folge hatte, dass sich einige Bundesländer mit Blick auf den Umfang von Grundrechtseinschränkungen gegenseitig durchaus zu unterbieten versucht haben – mit der Folge einer Konkurrenz – man könnte auch sagen: eines Unterbie-

tungswettbewerbs – zwischen einzelnen Bundesländern im Hinblick auf den Umfang von Freiheitsverkürzungen. Dass weniger strenge Freiheitsverkürzungen in dem ein oder anderen Bundesland zwar mehr grundrechtliche Freiheit ermöglicht haben, zugleich aber möglicherweise auch Menschenleben gekostet haben, liegt in der Konsequenz landesspezifischer Ausgestaltung.

4. Einheit in der föderalistischen Vielfalt: Die Bund-Länder-Runden

Da es angesichts der dargestellten föderal aufgeteilten Zuständigkeitssphären für eine wirksame Bekämpfung der Pandemie letztlich unabdingbar war, einen möglichst weitreichenden Gleichlauf zwischen den Maßnahmen des Bundes und der Länder sicherzustellen, lag es nahe und war wohl auch zwingend, eine Instanz zu etablieren, in der die Interessen von Bund und Ländern gebündelt und letztlich zu einem Ausgleich gebracht werden konnten.

Und dieses zentrale Entscheidungsgremium während der Corona-Pandemie war fraglos die Bund-Länder-Konferenz, offiziell die „Konferenz des Bundeskanzlers mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder“, die als Besprechung, als Telefonschaltkonferenz oder als Videoschaltkonferenz durchgeführt wurde.

Die erste dieser Konferenzen fand am 12. März 2020 statt, in der sich die Beteiligten in einem Beschluss auf erste Leitlinien zur Beschränkung sozialer Kontakte verständigten. Dieser ersten Besprechung schlossen sich zahlreiche weitere an, teilweise in wöchentlichem Abstand. Regelmäßig mündeten diese Besprechungen in Beschlüsse, die darauf abzielten, die Verbreitung des Coronavirus einzudämmen.

Verfassungsrechtlich bedeutsam ist, dass diese Bund-Länder-Konferenz weder verfassungsrechtlich noch einfachgesetzlich verankert war. Es handelte sich letztlich um ein – wenn man so will: lediglich empfehlendes – Gremium, das politische Absichtserklärungen ohne Rechtswirkung verabschiedet hat, freilich in der Erwartung, dass die verfassungsrechtlich zuständigen Organe – Bundestag, Landtage und die zum Verordnungserlass und zur Verabschiedung von Allgemeinverfügungen ermächtigten Exekutiven – die politisch, nicht hingegen rechtlich verbindlichen Beschlüsse auch tatsächlich in Gesetzes- und Rechtsverordnungsform zu gießen.

Man kann an der Arbeit des Gremiums sicherlich manches kritisieren. So hat etwa der Sachverständigenausschuss nach § 5 Abs. 9 IfSG in seinem Abschlussbericht konstatiert, dass es sich bei den Beschlüssen der Bund-Länder-Konferenz um den Fall einer „reinen top-down-Kommunikation“² handelte, dem naturgemäß alles fehlte, was bei einer parlamentarischen Beratung selbstverständlich gewesen wäre. Auch von einem Diskursausfall war insoweit die Rede³ und davon, dass es sich um ein von den Parlamenten entkoppeltes Exekutiv-Gremium⁴ handele, das hinter verschlossenen Türen tagte und nach Ende seiner Beratungen der Öffentlichkeit seine Ergebnisse verkündete⁵.

Neben der mangelnden Transparenz konnte sicherlich auch gerügt werden, dass die Beschlüsse zum Teil rechtlich und praktisch unscharf waren, vor allem aber, dass von ihnen keine unmittelbaren Rechtswirkungen ausgingen – freilich auch nicht ausgehen konnten, da sie stets auf den Vollzug vornehmlich durch die Länder angewiesen waren.

Indes scheint mir diese Kritik unzutreffend zu sein. Davon abgesehen, dass es sich bei den Beschlüssen ja lediglich um Empfehlungen handelte, die in den rechtsstaatlich gebotenen Verfahren umgesetzt werden mussten und umgesetzt wurden, so waren diese doch stets flankiert von wissenschaftlicher Expertise, namentlich von Empfehlungen des RKI, später auch des Corona-Expertenrates. An den Beratungen nahmen regelmäßig Wissenschaftler teil, allen voran der Präsident des RKI, Lothar Wieler, sowie Christian Drosten, der Institutsdirektor für Virologie an der Charité. Und das war auch richtig so; denn Politiker sind keine Virologen und daher auf sachkundige wissenschaftliche Beratung angewiesen. Kein Politiker kann so weitreichende Entscheidungen wie in einer Pandemie ohne hinreichende medizinische Kenntnisse treffen. Andererseits können politische und insbesondere grundrechtsrelevante Entscheidungen auch nicht Wissenschaftlern überlassen werden, die über keine de-

² Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Abs. 9 IFSG, BT-Drucks. 20/3850, S. 52.

³ A. Klafki, NVwZ 2020; (23), S. 1718 ff.

⁴ Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Abs. 9 IFSG, BT-Drucks. 20/3850, S. 51.

⁵ Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Abs. 9 IFSG, BT-Drucks. 20/3850, S. 51, unter Bezugnahme auf O. Lepsius, Partizipationsprobleme und Abwägungsdefizite im Umgang mit der Corona-Pandemie, JöR 2021; 69:705.

mokratische Legitimation verfügen; eine „Herrschaft der Virologen“ kann es auch in einer pandemischen Situation unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten nicht geben.

Und dass die Beschlüsse nach dem Konsensprinzip zwischen Bund und Ländern gefasst wurden, gewissermaßen als Beschlüsse einer Großen Bund-Länder-Koalition, sehe ich ebenfalls nicht als Problem. Denn eine Pandemie ist mit Sicherheit kein Zustand, der sich für Auseinandersetzungen zwischen Bund und Ländern eignet. Da die Länder zum Vollzug des IfSG aufgerufen waren, ist die Kompromissfindung zwischen Bund und Ländern – der Sache nach ja eine Koordination des Handelns zwischen beiden Ebenen – ein sinnvoller Weg, um mit Blick auf die Zuständigkeit der Länder zum Vollzug des IfSG ein abgestimmtes Vorgehen zu ermöglichen.

Kritisiert werden kann in diesem Zusammenhang allenfalls, wenn die Ergebnisse der Beratungen des Gremiums schon kurze Zeit später von Landespolitikern öffentlich wieder in Zweifel gezogen und in Frage gestellt oder gar revidiert werden. Dass dies in der Öffentlichkeit für Verwunderung sorgte, darf nicht verwundern.

5. Fazit

Auch in einer pandemischen Lage, in der einzig und allein die Ungewissheit als Gewissheit feststeht, ist das Grundgesetz der maßgebliche Rahmen, innerhalb dessen sich die Krisenbewältigung bewegen muss. In der Stunde der Not hören verfassungsrechtliche Bindungen nicht auf, gerade dann müssen sie sich bewähren und können nicht über Bord geworfen werden.

a. Verantwortlichkeit der Politik, nicht der Wissenschaft

Da sich die Rationalität des demokratischen Verfassungsstaates auch in einer pandemischen Situation durchsetzen muss, muss zunächst zwischen Beratern der Politik und den politisch verantwortlichen Akteuren klar getrennt werden. Politik und Politiker sind auf wissenschaftliche Erkenntnis und fachliche Beratung zwingend angewiesen, sie können und dürfen diese nicht außer Acht lassen, was schon aus der staatlichen Schutzpflicht für Leib und Leben folgt. Aber die Politiker – und nur diese sind parlamentarisch verantwortlich – müssen die Entscheidungen selbst treffen und können diese nicht Dritten, seien es auch noch so fachkundige Wissenschaftlicher, überlassen.

Mit Blick hierauf war es richtig und letztlich alternativlos, dass sich Bundesregierung, Bundeskanzler und auch die Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten der Länder vom RKI beraten ließen, aber auch Empfehlungen des Expertenrates, des Paul-Ehrlich-Instituts und anderer Behörden bei ihren Entscheidungen berücksichtigt haben. Getroffen werden mussten die Entscheidungen aber stets von den politisch Verantwortlichen.

b. Bund-Länder-Konferenzen als geeignetes Gremium zur Pandemiebekämpfung

Die Bund-Länder-Konferenzen zwischen dem Bundeskanzler und den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Bundesländer waren in der Pandemie ein grundsätzlich geeignetes Instrument, um im föderalen Bundesstaat einen weitreichenden Gleichlauf zwischen Maßnahmen des Bundes und der Länder herzustellen. Dass diese Konferenzen keine verfassungsrechtliche Grundlage besaßen, war unschädlich; Bund und Länder können sich jederzeit in Form von politischen Absichtserklärungen abstimmen, da diesen keine Rechtswirkung zukommt. Grundsätzlich ist gegen dieses Modell nicht einzuwenden, da es dem föderalen Bundesstaat angemessen ist. Insbesondere die den Ländern zugewiesenen Verordnungsermächtigungen ermöglichten ein auf das länder- oder regionenbezogene Pandemiegeschehen abgestuftes Vorgehen.

c. Bundeseinheitliche Festlegungen zur Pandemiebekämpfung sind möglich

Für den Fall freilich, dass – wie im März und April 2021 – die Umsetzungspraxis in den Ländern zu sehr divergiert – was freilich in der Konsequenz des landeseigenen Vollzugs des IfSG lag und nach wie vor liegt –, hält das Grundgesetz mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 mit der Gesetzgebungskompetenz für Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten eine Option bereit, bundeseinheitliche Festlegungen für die Bekämpfung der Pandemie zu treffen, die den Ländern keinen eigenen Gestaltungsspielraum einräumen. Und genau dies ist mit der Bundesnotbremse geschehen.

d. Flexibles Handlungsinstrumentarium des Grundgesetzes

Im Hinblick auf das Krisenmanagement bei zukünftigen Pandemien, die hoffentlich niemals eintreten werden, ist daher zu konstatieren, dass die grundgesetzlich festgelegte Verteilung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern hinreichend flexibel ist, um angemessen auf sich im Verlauf einer Pandemie gegebenenfalls verändernde Herausforderungen reagie-

ren zu können. Erweist sich mit anderen Worten der Verwaltungsvollzug durch die Länder trotz Absprachen als zu ineffizient, kann der Bundesgesetzgeber mit verbindlichen Vorgaben gewissermaßen nachjustieren, wie dies mit der in Gesetzesform gegossenen Bundesnotbremse und den darin enthaltenen bundesweit einheitlichen Schutzmaßnahmen zur Eindämmung der Pandemie geschehen ist.

e. Nationaler Gesundheitsrat als Option für die Zukunft

Mit Blick auf zukünftige Pandemien gilt es zu überlegen, ob nicht ein Nationaler Gesundheitsrat – der Idee nach vergleichbar mit dem jüngst ins Leben gerufenen Nationalen Sicherheitsrat – auf gesetzlicher Grundlage etabliert werden sollte, in dem die politisch Verantwortlichen von Bund und Ländern sowie die Vertreter der zuständigen Fachbehörden unter dem Vorsitz des Bundeskanzlers zusammengefasst werden. Auf diese Weise könnte die Bund-Länder-Konferenz auf eine stabile Rechtsgrundlage gestellt und eine gesamtstaatliche Pandemiebekämpfungsarchitektur verwirklicht werden, in der eine pandemische Situation analysiert und erforderliche Maßnahmen koordiniert und vorbereitet werden könnten, die dann – ggf. in Gesetzesform und damit mit Billigung des Bundestages – umgesetzt werden könnten. Damit könnte nicht nur ein für Bund und Länder einheitliches Vorgehen sichergestellt werden, sondern würden divergierende und die Bevölkerung irritierende und letztlich Unmut und auch Verunsicherung hervorrufende Stellungnahmen verschiedener staatlicher Stellen verhindert werden; der Staat würde dann in Zeiten einer Pandemie mit einer Stimme sprechen.

Professor Dr. Michael Brenner