



Wortprotokoll der 131. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 13. Januar 2021, 15:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
WebEx-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum WebEx-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Stephan Thomae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Priorisierung bei der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

BT-Drucksache 19/25260

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz



- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Sylvia Gabelmann, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Für eine gute nationale und internationale Strategie bei Corona-Impfstoffen

BT-Drucksache 19/24362

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Auswärtiger Ausschuss

Ausschuss für Wirtschaft und Energie

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 15:25 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU), sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Zuschauerinnen und Zuschauer, Vertreter der Bundesregierung, sehr verehrte Sachverständige, ich begrüße Sie alle und darf mich dafür entschuldigen, dass es später geworden ist. Die Sitzung zur Regierungserklärung des Gesundheitsministers hat etwas länger gedauert. Ich eröffne die 131. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Ich begrüße Sie herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses, die wieder in einer Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Sitzung mit unseren Sachverständigen stattfindet. Vorab möchte ich Sie bitten, sich mit Ihrem Namen in WebEx anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich zurück. Wir beschäftigen uns heute mit dem Gesetzentwurf der Fraktion der FDP „Entwurf eines Gesetzes zur Priorisierung bei der Schutzimpfung gegen das Coronavirus“ und einem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Für eine gute nationale und internationale Strategie bei Corona-Impfstoffen“. Meine sehr verehrten Damen und Herren, in unserer heutigen Anhörung beschäftigen wir uns mit der Corona-Pandemie und genauer mit dem Impfstoff, dessen Verteilung und der Impfpriorisierung. Die FDP-Fraktion hat hierzu ein Coronavirus-Impfgesetz vorgelegt, durch das die bundesweite Verteilung des Impfstoffs geregelt und Kriterien zur Reihenfolge und Prioritätensetzung bei der Impfung gesetzt werden soll. Sie ist der Auffassung, dass nur der Gesetzgeber legitimiert ist, über diese wichtige Frage eine Entscheidung zu treffen. Die Fraktion DIE LINKE fordert in ihrem Antrag nicht nur die Formulierung einer nationalen Impfstrategie zur Bekämpfung von COVID-19, sondern unter anderem auch die Steigerung der globalen Produktionsmöglichkeiten von Impfstoffen. Geltende Patente beziehungsweise das Recht auf geistiges Eigentum behinderten die Ausweitung der Produktion, weshalb sich die Linksfraktion in ihrem Antrag für die Vergabe nicht exklusiver Nutzungslizenzen einsetzt. Nur so würden die ärmeren Staaten unabhängiger von Pharmaunternehmen. Das ist kurz umrissen das Anliegen der antragstellenden Fraktionen. Bevor wir beginnen, will ich aber noch einige Anmerkungen zum Ablauf der heutigen Sitzung machen. Für diese Anhörung stehen uns

90 Minuten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Frage- und Antwortzeit sind auf insgesamt drei Minuten beschränkt. Nach 90 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Frage ihre Mikrofone einzuschalten und sich mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert zum einen die Protokollierung der Anhörung, zum anderen können die Zuschauerinnen und Zuschauer die Sachverständigen den jeweiligen Verbänden und Institutionen besser zuordnen. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, danke ich an dieser Stelle ganz herzlich. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro. Diese fünf Euro sind für einen guten Zweck. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem können Sie die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages abrufen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Soweit die Einführungen. Mein Damen und Herren, wir beginnen mit der ersten Frage.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen (ESV) Prof. Dr. Kingreen. Warum muss ein Anspruch auch Zugang von Schutzimpfungen gesetzlich geregelt sein? Wie beurteilen Sie die derzeitige Rechtssituation?

ESV **Prof. Dr. Thorsten Kingreen**: Diese Diskussion nicht ganz neu, und wir haben in diesem Ausschuss auch schon öfter darüber gesprochen. Deswegen war ich etwas erstaunt, dass gerade diese grundsätzliche Frage nicht durch das Parlament entschieden worden ist. Die Rechtsverordnung geht maßgeblich auf ein Vorschlag der STIKO zurück. Das ist ein Verfahren, das zunächst einmal unter Gesundheitswissenschaftlerin, Frau Prof. Dr.



Dr. Graumann hat das, glaube ich, ganz kurz angedeutet, Verwunderung ausgelöst, weil es doch irgendwie zum Allgemeingut gehört, dass Allokationsentscheidungen nicht nur aus deskriptiven, medizinischen Elementen bestehen, sondern stets auch irgendwie normativer Natur sind. Es ist, um das Beispiel aus meinem familiären Umfeld aufzugreifen, keine nur medizinische Entscheidung, dass die 19-jährige Mitarbeiterin aus einem Impfzentrum zeitlich eher geimpft werden kann als ihre 79-jährige Großmutter. Dafür mag es gute Gründe geben. Aber das ist eben nicht nur eine medizinische Frage. Zweitens, die Frage ist, und darauf stellen Sie Frau Abgeordnete gerade ab, verfassungsrechtlich eigentlich nicht umstritten. Das BVerfG hat ja in seinen Entscheidungen zur Vergabe knapper Studienplätze stets gesagt, dass die Auswahlkriterien, zumindest ihrer Art nach, durch die demokratisch legitimierten Gesetzgeber selbst bestimmt werden müssen, weil, das finde ich ist ein wichtiges Zitat in unserem Zusammenhang, „es um die Zuteilung von Lebenschancen gehe“. Ich fand das im Kontext der Studienplatzvergabe immer etwas „dick“ aufgetragen, aber hier kann man nun wirklich sagen, es geht um die Zuteilung von Lebenschancen. In den nächsten Monaten werden Menschen nur deshalb sterben, weil für sie noch kein Impfstoff zur Verfügung stand. Es sind sich im Übrigen auch alle Einzelsachverständigen, die sich dazu geäußert haben, und auch alle Rechtswissenschaftlerinnen und Rechtswissenschaftler, die das in der Öffentlichkeit getan haben, einig, dass § 20i SGB V keine hinreichende Ermächtigungsgrundlage bildet. Es ist eine sozialversicherungsrechtliche Norm. Es ist keine Bestimmung, die über Verteilungsentscheidungen irgendetwas sagt. Da das alle Rechtswissenschaftler relativ einheitlich sagen, hoffen wir natürlich darauf, dass es so läuft wie bei den Epidemiologen und Virologen, dass man auf den gesammelten Sachverstand dann auch irgendwie hört. Wir diskutieren also jetzt eigentlich nur noch darüber, wie man den rechtswidrigen Zustand beseitigen kann. Dazu wird vielleicht Frau Prof. Dr. Leisner-Egensperger auch gleich noch etwas sagen. Es gibt viele Vorschläge, über die ich vielleicht später sprechen würde, nachdem Frau Prof. Dr. Leisner-Egensperger sich geäußert hat.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die ESve Prof. Dr. Dr. Graumann. Der Ethikrat hat sich bereits mit der Frage der Impfstoffpriorisierung beschäftigt und gemeinsam mit der STIKO und der Leopoldina Empfehlungen erarbeitet. Bitte geben Sie uns kurz wieder, inwieweit das im Ethikrat als eine rein epidemiologische oder auch als eine ethisch normative Frage angesehen wird und inwieweit Sie den Gesetzgeber hier in der Pflicht sehen, solche Regelungen selbst zu treffen.

ESve **Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann**: Ich habe das in meiner schriftlichen Stellungnahme weiter ausgeführt. Jedenfalls denke ich, dass schon die Unterscheidung zwischen medizinischen, epidemiologischen und ethischen Fragen nicht wirklich trägt, weil auch die epidemiologischen, medizinischen Fragen von hoher ethischer Relevanz in dem Zusammenhang sind. So sieht es auch der Ethikrat, der eben genau die ethischen Kriterien auch in die gemeinsame Arbeitsgruppe eingebracht hat. Die Vorsitzende Alena Buyx hat in der gemeinsamen Arbeitsgruppe mitgewirkt, ich selbst nicht. Wir haben aber im Ethikrat die ethischen Kriterien gemeinsam intensiv diskutiert und auch konsentiert, bevor sie eingebracht worden sind. Die Stellungnahme, die die Arbeitsgruppe dann verabschiedet hat, ist auch im Ethikrat einstimmig abgestimmt worden. Das ist vielleicht auch noch einmal wichtig. Die ethischen Kriterien beziehen sich zum einen auf den Gesundheitsschutz der individuellen Personen, wo Schädigungsvermeidung und Dringlichkeit ganz besonders wichtig sind. Da möchte ich nur betonen, dass sowohl das Infektionsrisiko durch Lebens- und Arbeitsbedingungen als auch das Risiko eines schweren und lebensbedrohlichen Krankheitsverlaufs bei der Dringlichkeit beides zusammen gedacht werden muss. Ich finde, das ist ganz wichtig mit Blick auf die am höchsten priorisierte Gruppe, nämlich die Menschen, die in Pflegeheimen versorgt werden, die sowohl einem sehr hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind also auch dem Risiko eines schweren und lebensbedrohlichen Verlaufs. Das bezieht sich erstmal auf den Gesundheitsschutz der Person, also Schädigungsabwehr auf die individuelle Person, ist aber auch mittelbar mit Bezug auf die Impfziele relevant. Das ist mir wirklich ganz wichtig, weil die Impfziele, die auch in dem Papier entwickelt worden sind, sind zum einen die Verhinderung schwerer lebensbedrohlicher Krankheitsverläufe und zum anderen



die Unterbrechung von Infektionsketten. Das bezieht sich jetzt epidemiologisch auf die Bevölkerung, ist aber gleichzeitig auch deshalb von ethischer Relevanz, weil es praktisch durch den Beitrag zum Gemeinwohl begründet wird. Also als Beitrag zur Verhinderung schwerer und lebensbedrohlicher Krankheitsverläufe. Das ist das Ziel, was durch die Zulassungsstudien auch klar ist, dass es erreichbar ist.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den ESV Prof. Dr. Sander. Die EU und damit auch Deutschland hat bei den Bestellungen auf eine Vielzahl von Impfstoffanbietern gesetzt. Wie bewerten Sie das? Halten Sie das für sinnvoll?

ESV **Prof. Dr. Leif Erik Sander**: Ich halte das in der Tat für sinnvoll, zumal im Vorhinein und auch jetzt noch nicht klar ist, welche Wirksamkeiten die unterschiedlichen Impfstoffe und unterschiedlichen Impfstoffplattformen erreichen können. Deswegen ist wichtig, das zu diversifizieren. Insbesondere ist auch noch nicht im Einzelnen klar, wie die Wirksamkeit und Verträglichkeit in unterschiedlichen Personengruppen ausfallen wird, die nicht explizit in den Zulassungsstudien untersucht wurden, wie zum Beispiel Personen mit bestimmten Vorerkrankungen. Das kann sich dann erst in der Anwendung zeigen. Das wird auch intensiv untersucht. Von daher war es sicher sinnvoll, auf eine Strategie zu setzen, verschiedene Präparate und auch Plattformen zur Verfügung zu haben. Zum anderen sehe ich es natürlich auch als sinnvoll an, sich nicht von einzelnen Anbietern abhängig zu machen und auch dort Lieferengpässe damit ausgleichen zu können, dass man von unterschiedlichen Quellen Impfstoff beziehen kann. Das was ich vorher gesagt habe bezüglich der Wirksamkeit trifft im Grunde genommen auch für die Verträglichkeit zu. Auch hier kann es durchaus sein, dass sich im Verlauf zeigt, dass bestimmte Impfstoffe eine bessere Verträglichkeit, zum Beispiel bei unterschiedlichen Altersgruppen zeigen, oder bei Personen mit Vorerkrankungen, bei denen man besondere Vorsicht walten lassen muss. Das könnte zum Beispiel der Fall sein bei Proteinimpfstoffen, verglichen mit den jetzt zugelassenen mRNA-Impfstoffen. Von daher halte ich diese Strategie für sinnvoll.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die ESVe Prof. Dr. Leisner-Egensperger. Die Fraktion der FDP hat einen Gesetzentwurf zur Priorisierung bei der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-Cov-2 vorgelegt. Eine gesetzliche Regelung sei auf Grund der herausragenden Bedeutung dieser Frage für die Ausübung der Grundrechte der Betroffenen verfassungsrechtlich zwingend erforderlich. Teilen Sie diese Einschätzung?

ESVe **Prof. Dr. Anna Leisner-Egensperger**: Ihre Frage, die den Kern des Priorisierungsproblems trifft. Ich will sie differenziert beantworten. Das heißt, ich halte die Einschätzung der FDP teilweise für richtig und teilweise für falsch. Richtig ist, das hat Thorsten Kingreen schon gesagt, dass das Parlament sich verfassungsrechtlich zwingend mit den grundrechtswesentlichen Fragen der Impfpriorisierung befassen und diese selbst regeln muss. Falsch ist hingegen die Annahme, der Bundestag müsse sämtliche priorisierten Personengruppen und auch deren Rangfolge im Detail selbst festlegen. Es ist vielmehr so, dass das Parlament eine Vollregelung nicht erlassen muss und auch gar nicht erlassen darf. Was der Bundestag nach dem sogenannten Parlamentsvorbehalt selbst im Gesetz regeln muss, sind drei Punkte, erstens, dass priorisiert wird, zweitens, welche Ziele eine Priorisierung zu verfolgen hat und drittens, die möglichen Priorisierungskriterien. Dann muss die Aufstellung weiterer Priorisierungskriterien, einschließlich deren Rangfolge verfassungsrechtlich zwingend an den Bundesgesundheitsminister delegiert werden. Es muss also letztlich eine Funktionsteilung stattfinden zwischen Parlament und Exekutive, denn mit einer Vollregelung, das heißt, mit einem Corona-Impfgesetz, wie es jetzt von der FDP vorgelegt wird, lässt sich ein dynamischer Grundrechtsschutz, und einen solchen verlangt das BVerfG, nicht verwirklichen. Die Priorisierungsregelung muss jeweils schnell geändert werden können, der Bundesgesundheitsminister kann das. Ich verweise auf §§ 62 ff. Gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesministerien. Das Parlament hat diese Flexibilität nicht. Das wissen Sie alle. Dafür hat es eine ganz andere Aufgabe. Es soll ein unverbrüchliches Regelwerk schaffen. Genau diese Unverbrüchlichkeit kann aber ein detailliertes Corona-Impfgesetz, das heute erlassen wird, für morgen nicht garantieren.



Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Meine Frage geht an den ESV Prof. Dr. Mertens. Die Impfbereitschaft ist derzeit niedriger als im letzten Sommer. Die Impfbereitschaft beim medizinischen Personal liegt sogar unter derjenigen der Normalbevölkerung. Birgt Ihrer Ansicht nach der Gesetzentwurf der FDP eher Ungerechtigkeit und Klientelbevorzugung und ist dadurch kaum geeignet, die Impfbereitschaft zu ändern?

ESV Prof. Dr. **Thomas Mertens**: Also ich muss Ihnen ehrlich sagen, dass ich mich etwas überfordert fühle, diese Frage zu beantworten, inwieweit der Gesetzentwurf die Impfbereitschaft jetzt speziell auch im Bereich bestimmter Berufsgruppen verändern oder erhöhen könnte. Das kann ich nicht sagen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde auch gerne das Thema Impfbereitschaft in den Mittelpunkt meiner Frage stellen und den ESV Prof. Dr. Sander fragen. Wie schätzen Sie die Bereitschaft des ärztlichen und des pflegerischen Personals ein, sich impfen zu lassen? Welche Ratschläge hätten Sie für uns, wie wir diese Impfbereitschaft bei medizinischem und pflegerischem Personal insgesamt erhöhen?

ESV Prof. Dr. **Leif Erik Sander**: Ich habe das folgendermaßen bisher erlebt, dass es im ärztlichen Personal, das direkt in die Betreuung von Covid-19-Patienten eingebunden ist, eine sehr hohe Impfbereitschaft. Es gibt eine sehr starke Nachfrage, wann mehr Impfstoff auch für das medizinisch tätige Personal auf Intensivstationen in den Krankenhäusern zur Verfügung steht. Wenn man in Bereiche reingeht, die nicht tagtäglich mit Covid-19-Patienten zu tun haben, dann ist teilweise das Informationsniveau ein bisschen niedriger. Dort wird viel nachgefragt nach Aufklärung. Allgemein gibt es aber eine sehr hohe Impfbereitschaft beim ärztlichen Personal. Ich erlebe, dass im niedergelassenen Bereich teilweise noch etwas höhere Informationslücken bestehen mit vielen Fragen, insbesondere zu der schnellen Impfstoffentwicklung, die immer wieder noch auf Skepsis trifft. Das ist eigentlich die häufigste Frage und auch nach der Verträglichkeit und Sicherheit, dass man aber dort mit gezielter In-

formation eine relativ schnelle hohe Impfbereitschaft erreichen kann, weil keine prinzipielle Skepsis besteht, sondern eher Informationsbedarf. Deswegen sehe ich da sicherlich auf jeden Fall Bedarf, weiter zu informieren, vielleicht auch gezielte Ansprachen in diese Berufsgruppen rein über deren jeweilige Verbände oder auch über die Kommunikationsorgane dieser Verbände und über die Institutionen. Ganz konkret werden natürlich auch in dem Bereich viele Fortbildungsveranstaltungen jetzt angeboten, die ich auch selbst teilweise bestride. Das steigert meines Erachtens schon direkt die Impfbereitschaft. Beim pflegerischen Personal gibt es etwas mehr Zurückhaltung und möglicherweise auch dort noch ein etwas höheres Informationsdefizit, was wiederum, das ist mein Gefühl, über direkte Ansprache und über die Information, insbesondere auch über die Zulassungsprozesse, warum, das ist immer die Frage, Geschwindigkeit, Verträglichkeit, wie sicher können wir uns hier sein, mit einer transparenten Information sich auch dort die Impfbereitschaft steigern lässt. Als letzten Punkt habe ich jetzt schon in der kurzen Zeit, in der die Impfstoffe vorhanden sind, das Gefühl, dass die Impfbereitschaft insgesamt zunimmt mit der Dauer der Zeit, in der diese einfach verfügbar sind und sich auch das Personal, Kollegen und Kolleginnen, impfen lassen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht erneut an den ESV Prof. Dr. Kingreen. Wir hören im Plenarsaal immer wieder, gerade von Herrn Spahn, wir würden doch über die Themen im Deutschen Bundestag diskutieren. Warum kann eine Diskussion im Deutschen Bundestag ein Parlamentsvorbehalt nicht ersetzen?

ESV Prof. Dr. **Thorsten Kingreen**: In der Tat ist der Parlamentsvorbehalt kein Diskussionsvorbehalt nach dem Motto „Schön, dass wir mal darüber gesprochen haben“, sondern gefordert ist tatsächlich ein ordentliches Gesetzgebungsverfahren mit Ausschussberatung und so weiter. Deswegen scheint mir das kein sehr naheliegender Punkt zu sein. Ich will aber nochmal in aller Kürze festhalten, dass sich hier die Rechtswissenschaftlerinnen und Rechtswissenschaftler einig sind, dass der Zustand, den wir haben, rechtswidrig ist. Nur Frau Prof. Dr. Leisner-Egensperger sagt, dass hier eine gesetz-



liche Vollregelung verfassungsrechtlich nicht zulässig sei. Liebe Anna, da erlaube ich mir, ganz vorsichtig zu widersprechen, dass das Parlament so schnell nicht handeln könne. Es hat gerade beim Bevölkerungsschutzgesetz gezeigt, wie schnell es handeln kann. Dass das irgendwie die Bevölkerung beunruhigt, wenn ein Gesetz anstatt einer Rechtsverordnung verabschiedet wird, überzeugt mich auch nicht so richtig. Mich beunruhigt eher, dass notorischen Querulanten jetzt gegen diese Regelungen werden. Das muss man auf jeden Fall verhindern. Deswegen meine ich schon, wir können den Vorschlag diskutieren in § 20i ein Kriterienprogramm aufzunehmen. Ich halte das aber aus einer Vielzahl von Gründen nicht für weiterführend. Zunächst würde ich vorschlagen, wenn man das regelt, müsste es im IfSG geregelt werden. Auch dann muss man sich fragen, ob es nicht komplizierter ist, abstrakte Kriterien zu benennen, als gleich die Personengruppen ins Gesetz reinschreiben. Drittens frage ich mich, was wird das BVerfG sagen. Bei der Vergabe von Studienplätzen sagen hat es das in der Tat akzeptiert. Akzeptiert das BVerfG das auch bei so zentralen Fragen, wo es um Leben und Tod geht? Von daher mein ganz einfacher und sehr praktischer Vorschlag, einfach die Rechtsverordnung des Ministeriums nehmen, sie als Gesetzentwurf einbringen, und das Problem ist in wenigen Tagen gelöst.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die ESve Massute. Kanzlerin Merkel forderte auf dem G20-Gipfel, der Zugang zur Impfung müsse für alle Länder möglich und bezahlbar sein und verweist auf die deutsche Unterstützung der COVAX-Fazilität. Wie ist es nach Ihrer Ansicht tatsächlich um die internationale Solidarität bei der globalen Impfstoffversorgung bestellt? Was sollte Deutschland hier tun?

ESve **Elisabeth Massute**: In der Tat wurde im vergangenen Jahr viel über globale Solidarität gesprochen, aber wenig davon ist bisher in Handlungen tatsächlich zu sehen. Eine starke finanzielle Unterstützung der COVAX-Fazilität zum Beispiel von deutscher Seite ist richtig und wichtig. Aber die COVAX-Fazilität ist ein Mechanismus für gerechte und bezahlbare Verteilung weltweit, und wenn ein solcher Verteilungsmechanismus zu wenig zu ver-

teilen hat, wird er nicht richtig funktionieren können, oder er wird nicht schnell funktionieren können. Bereits im ersten Halbjahr 2020 kam es dazu, dass einige Länder bilaterale Abkommen mit einzelnen Pharmaunternehmen abgeschlossen haben, was wiederum von der WHO mehrfach als Impfstoffnationalismus kritisiert wurde. Darunter zählt auch die EU und damit auch Deutschland. Was passiert ist, ist, das im vergangenen Jahr bereits ein Großteil der Impfstoffkontingente, die in diesem Jahr produziert werden können, bereits aufgekauft wurden, und damit so die internationale Verfügbarkeit von Impfstoffkontingenten für dieses Jahr verknappt wurde. Was wir sehen ist, dass jetzt im Dezember angekündigt wurde von der COVAX-Fazilität, dass in diesem Jahr zwei Milliarden Impfstoffdosen zur Verfügung stehen sollen. Dem ist leider nicht so. Wenn man ins Kleingedruckte schaut, sieht man, dass wirklich ein geringer Anteil dieser Impfstoffdosen tatsächlich vertraglich gesichert ist. Das andere sind Absichtserklärungen, die keinen richtigen Zeitplan haben, und wo nicht klar ist, wann die tatsächlich verteilt werden sollen. Um das zu konkretisieren: Die COVAX-Fazilität hat auch einen Mechanismus für die ärmsten 92 Ländern. Hier sollen 3,9 Milliarden Menschen insgesamt mit Impfstoffen versorgt werden. Momentan gibt es genug Dosen, um 685 Millionen Menschen zu versorgen. Das reicht nicht aus. Berechnungen zeigen auch, dass einige Menschen in armen Ländern zumindest bis 2024 nicht geimpft werden können. Das zeigt, das aktuelle Vorgehen trägt nicht zu einer effektiven solidarischen und schnellen globalen Eindämmung der Pandemie bei. Außerdem müssen wir sehen, dass Gesundheitssysteme in ärmeren Ländern nicht nur durch die aktuelle Pandemie betroffen sind, sondern dass Gesundheitskrisen wie Tuberkulose, Malaria und HIV während der Pandemie keine Pause machen. Auch die WHO kündigt schon eine Hungerpandemie an. Ein schnelles solidarisches Vorgehen ist deshalb gefragt. Wir würden deshalb vorschlagen, dass Deutschland und andere Länder, die bereits jetzt Impfstoffdosen reserviert haben, Anteile davon verpflichtend und schnellstmöglich abgeben, um die vulnerabelsten Menschen, unter anderem Menschen auf der Flucht, zu schützen und zu einer schnellen Eindämmung beizutragen. Die deutsche Bundesregierung sollte sich auch dafür einsetzen, dass Gesundheitspersonal weltweit, und nicht nur in Deutschland oder in Europa, schnellstmöglich ...



Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Die Frage geht noch einmal an die ESVe Massute. Ärzte ohne Grenzen betreut viele Menschen in humanitären Krisenregionen, in denen oft weder die Abstandsregeln einzuhalten sind noch Zugang zur Schutzausrüstung oder staatlicher Gesundheitsversorgung besteht. Wird Ihre Organisation bei der internationalen Verteilung der Impfstoffe berücksichtigt? Wie kann die Bundesregierung sich hier einbringen?

ESVe **Elisabeth Massute**: Ja, es ist in der Tat so, dass Menschen in humanitären Krisen, in Notsituationen bereits jetzt nicht adäquat mitbedacht werden. Es wird daran gearbeitet, dass ein humanitärer Krisenmechanismus, also ein Impfstofflagerbestand, aufgebaut wird, um Menschen in diesen Situationen zu schützen. Dabei ist zu bedenken, dass dieser Bestand auch Teil der COVAX-Fazilität sein soll. Die WHO soll daran beteiligt sein. Die Dosen werden direkt an Regierungen geliefert. Das heißt, Menschen, die bereits jetzt keinen adäquaten Zugang zum nationalen Gesundheitssystem haben, werden auch dort weiter über eine Belieferung ausgeschlossen sein. Es gibt eine Working-Group, die sich damit beschäftigt. Es gibt auch ein Konzept von der Strategic Advisory Group of Experts on Immunization [SAGE-Group]. „Ärzte ohne Grenzen“ ist auch daran beteiligt und wird nach Vorgaben dieses Konzepts, wenn Bedarf angefordert wird, auch mithelfen. Wir mahnen weiterhin an, dass es zu wenig Kontingente gibt, um das tatsächlich schnell und zeitnah umzusetzen. Ich verweise deshalb auf meine vorherige Antwort, auf unsere schriftliche Stellungnahme, was Deutschland tun könnte um dies weiter schnell voran zu treiben.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die ESVe Dr. Kießling. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass Wesentlichkeitstheorie und Parlamentsvorbehalt verlangen, dass die Festlegung der Verteilungsziele für die Impfstoffverteilung durch ein Parlamentsgesetz erfolgen sollte. Können Sie uns bitte kurz erläutern und dabei erklären, welche Konsequenz ein fehlendes Parlamentsgesetz haben könnte? Warum sollte aus Ihrer Sicht das IfSG der richtige Ort für eine derartige Regelung sein? Wie bewerten Sie in dem Zusammenhang den Gesetz

entwurf der FDP hinsichtlich der Impfstoffpriorisierung? Welche Punkte des Gesetzentwurfs müssten aus Ihrer Sicht überarbeitet werden?

ESVe **Dr. Andrea Kießling**: Die Frage, ob wir ein Parlamentsgesetz brauchen, wurde schon ausführlich begründet, warum das so ist. Weil es eine Frage von so hoher Grundrechtsrelevanz ist, dass der Bundestag hier diese Wertentscheidung eben selber treffen muss. Das heißt, mit Verteilungsziele meine ich eben, was wollen wir mit der Priorisierung, woran wollen wir die überhaupt orientieren? Geht es da um die Reduktion der Gesamtsterblichkeit der Krankheitslast? Geht es um die Unterbrechung von Infektionsketten? Das muss der Bundestag selber festlegen und dann auch die Verteilungskriterien. Wie kann man das überhaupt kleinteiliger aufschlüsseln, nach Risikogruppen, Alter, Expositionsrisiko, gesellschaftliche Schlüsselstellung. Ich würde auch nicht sagen, dass der Rest zwingend in einer Verordnung konkretisiert werden muss. Das kann man auf jeden Fall so machen. Dadurch bleibt das Ganze auch flexibler. Aber man kann sicher das Ganze auch direkt in das Gesetz schreiben, so wie die FDP das in ihrem Entwurf dargestellt hat. Zu der Frage, was daraus folgt, dass wir ein Parlamentsgesetz brauchen, und dass wir aktuell keines haben. Es wurde schon gesagt, § 20i SGB V ermächtigt nicht zur Festlegung einer Impfreihenfolge. Das steht da gar nicht drin, weder dieses Ziel noch irgendwelche Verteilungsziele. Das heißt, wir brauchen ein Parlamentsgesetz, wir haben das aber nicht, und dadurch ist diese Coronavirus-Impfverordnung des BMG verfassungswidrig. Das führt dazu, dass Einzelne natürlich klagen können, sich darauf berufen können, damit sie früher mit ihrer Impfung drankommen. Deswegen sollte man diese Rechtsunsicherheit, die letztlich besteht, auf jeden Fall beseitigen, indem man ein Parlamentsgesetz schafft. Ich bin auch der Meinung wie Herr Prof. Dr. Kingreen, dass man das im IfSG regeln soll. Oder man macht das wie die FDP in einem eigenen Gesetz, das man aber mit der Gesetzgebungskompetenz zum Infektionsschutzrecht begründet und nicht im Sozialversicherungsrecht regelt, weil es eine Frage ist, die die ganze Bevölkerung betrifft. Es geht nicht nur um die Versicherten der GKV. Es geht auch nicht darum, dass man allein einen Anspruch auf Kostenerstattung regelt. Das ist ja das, was eigentlich das SGB V an dieser Stelle ... Das Sozialversicherungsrecht ist für



mich einfach kein Ansatz, um eine Frage zu regeln, die die ganze Bevölkerung betrifft und eben nicht nur die Kosten. Zum Entwurf der FDP-Fraktion, ich finde den Ansatz erst einmal sehr gut. An einigen Stellen würde ich ihn überarbeiten. Zum Beispiel diese Verteilungsziele, die dort genannt werden, sollte man präzisieren. Da sind so ein paar Fragen noch unbestimmt. Aber das kann man sicher an der Stelle relativ einfach umsetzen. Das Problem, das ich mit dem Regelungsansatz habe, und mit der gesamten Reihenfolge, die in das Gesetz selber geschrieben ist. Ich finde es schwierig, dass man dann das BMG ermächtigt, durch eine Verordnung diese Reihenfolge wieder komplett umwerfen zu können. Ich finde, da sollte man sich entscheiden. Entweder wird die Reihenfolge durch das BMG festgelegt, oder man muss die Änderung durch ein Parlamentsgesetz regeln. Deswegen sollte man das vielleicht an der Stelle anpassen. Es bleibt unklar, wie das Verhältnis zum Sozialversicherungsrecht ist. Es bleibt in dem Gesetzentwurf ein bisschen unklar, wer die Kosten dieser Impfung übernimmt.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Frau Dr. Kießling, möchten Sie noch etwas hinzufügen, was Ihnen wichtig ist?

ESVe **Dr. Andrea Kießling**: Wenn wir noch einmal den Entwurf der FDP, um den es ja geht, betrachten, würde ich vielleicht herausnehmen, dass es keine Impfpflicht gibt. Ich persönlich würde diese Frage offen lassen. Wenn man das jetzt reinschreibt und das so verabschiedet, dann halte ich es für sehr schwierig, das zu einem späteren Zeitpunkt zu ändern. Denn wir wissen aktuell nicht, wie es vielleicht im Herbst aussieht. Ich wäre bei Impfpflichtfragen immer vorsichtig, sowohl vorsichtig sie zu fordern als auch sie auszuschließen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage geht an die ESVe Prof. Dr. Leisner-Egensperger und ich möchte dabei auf Herrn Prof. Dr. Kingreen zurückkommen. Könnten Sie bitte erwidern und kurz Ihre Auffassung erläutern, weshalb eine Rechtsverordnung das verfassungsrechtlich richtige Mittel ist.

ESVe **Prof. Dr. Anna Leisner-Egensperger**: Vielen Dank für diese Möglichkeit, noch einmal auf seinen Einwand zurückkommen zu können. Ich bin nicht

die Einzige, das möchte ich zunächst einmal klarstellen, die hier für eine Funktionsteilung von Parlament und Exekutive eintritt, sondern es haben sich gerade in den letzten Wochen Hans-Jürgen Papier und auch Udo di Fabio diesbezüglich ebenso geäußert, dass die grundrechtswesentlichen Fragen in einem Parlamentsgesetz normiert werden müssen, während die Detailfragen einer Rechtsverordnung überlassen werden können und auch überlassen werden müssen. Ich persönlich bin der Meinung, dass es zwei Stränge gibt in der Rechtsprechung des BVerfG, von denen Prof. Dr. Kingreen nur einen dargestellt hat. Er hat die Numerus-clausus-Entscheidungen des BVerfG im 33. Band, im 43. Band und die Entscheidung im 147. Band, also aus dem Jahr 2017, dargestellt. Da geht es in der Tat um die Zuteilung von Lebenschancen, und es lässt sich eine Parallele ziehen. Aber es wurden nicht gesehen die Entscheidungen Schneller Brüter Kalkar, ebenfalls zu einer atomrechtlichen Regelung, 49. Band, und die Legehennen-Entscheidung, die jeweils einen dynamischen Grundrechtsschutz verlangen. Das heißt, das BVerfG geht davon aus, dass wenn sich Entwicklungsstand und Erkenntnisstand laufend ändern, und dies ist das Spezifikum der Impfpriorisierung, der Grundrechtsschutz besser, effektiver, dynamischer durch den Verordnungsgeber erfolgen kann.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Die Frage geht an den ESV Prof. Dr. Sander. Ich komme auf die weniger formalen und mehr materiell-inhaltlichen Fragen. Mit der Impfverordnung ist auf Grundlage des 3. Bevölkerungsschutzgesetzes eine Priorisierung vorgesehen, solange der Impfstoff oder die Impfstoffe nur begrenzt zur Verfügung stehen. Dabei hat sich das BMG eng an den Empfehlungen der STIKO orientiert. Halten Sie die dort vorgesehene Priorisierung grundsätzlich für geeignet, um einer Ansteckung von Personen, deren Leib und Leben durch die Infektion besonders bedroht sind, und den damit verbundenen schweren Erkrankungen entgegenzuwirken, oder finden Sie, dass das vom Gesetzgeber dringend abgewandelt werden müsste?

ESV **Prof. Dr. Leif Erik Sander**: Ich halte die Priorisierung in der Verordnung für prinzipiell geeignet, insbesondere weil sie sich sehr eng an den Empfehlungen der STIKO orientiert, die ich insbesondere nach den Ergänzungen von letzter Woche für sehr



ausgewogen und sehr gut geeignet halte, speziell die Personen zu schützen, die durch Covid-19 das höchste Erkrankungs- und auch das höchste Mortalitätsrisiko haben. Eine Anmerkung sei mir dazu noch erlaubt. Ich halte die Priorisierung für richtig. Ich finde aber, dass man noch einmal die Spezifizierung, die die STIKO letzte Woche bezüglich der Abstände der zwei Impfungen vorgenommen hat, dass die 21 respektive 28 Tage als ein Mindestabstand zu verstehen sind und bis zu 42 Tage nach der ersten Impfung die zweite Impfung erfolgen sollte, prüfen sollte. Ich halte das für eine sehr gute Ergänzung. Das bezieht sich aber eher auf eine strategische Frage. Ich halte es für richtig, eventuell strategische Überlegungen anzustellen, wie man mit den aktuell verfügbaren Impfstoffen schneller noch mehr Menschen, die in diese Priorisierungsklassen fallen, impfen könnte, um sie zu schützen. Also insgesamt halte ich die Priorisierung, weil sie auf den Daten der STIKO basiert, für richtig, und finde die weiteren Ergänzungen auch hilfreich, um hier die Strategie gegebenenfalls noch einmal anzupassen.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Die richte meine Frage an den ESV Prof. Dr. Mertens. Können Sie uns noch einmal erläutern, anhand welcher Parameter die Priorisierungsempfehlung der STIKO zustande gekommen sind, welchen Parametern sie folgen. Ich frage auch deswegen, weil die Überarbeitung, die am 14. Januar 2021 im epidemiologischen Bulletin erscheint, von der FDP im Gesetzentwurf gar nicht berücksichtigt werden konnte, weil dieser schon älter ist.

ESV **Prof. Dr. Thomas Mertens**: Wir haben unsere Empfehlung auf die besten verfügbaren wissenschaftlichen Daten zu den quantitativen Risiken und Vorerkrankungen gestützt. Einige haben jetzt die sogenannte Öffnungsklausel eingefügt, die die Menschen mit abdeckt, bei denen seltene Erkrankungen vorliegen, die nicht durch Studien untersucht worden sind bisher. Wir haben zum anderen Modellierungen durchgeführt, die uns zeigen, welche Impfstrategie für die Gesamtbevölkerung die Beste ist, und die uns am meisten Hospitalisierungen, schwere Erkrankungen und Todesfälle verhindern hilft. Wir sind insofern zu dem glücklichen Ergebnis gekommen, aus unserer Sicht, dass die

ethische Grundforderung, die natürlich auch wesentlich mit eingeflossen ist, nämlich die Schwächsten zuerst zu schützen, und der größte Nutzen für die Allgemeinheit hier zusammenfallen, was tatsächlich eine sehr gute Ausgangssituation auch für die Empfehlung war.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die ESVe Massute. Die Verfügbarkeit von Impfstoffen stellt derzeit den Engpassfaktor im Kampf gegen das SARS-Cov-2-Virus dar. Inwieweit müssen nach Ihrer Einschätzung im internationalen Rahmen Produktionskapazitäten ausgeweitet werden. Welche Rolle spielt dabei das Thema Technologietransfer im Nord-Süd-Verhältnis?

ESVe **Elisabeth Massute**: Eine schnelle Ausweitung der globalen Produktionskapazitäten und eine Ausweitung der jetzigen Produktion sind für eine schnelle Deckung des enormen internationalen Bedarfs an Covid-19-Impfstoffen unabdingbar. Deshalb suchen jetzt auch Deutschland und Europa nach Möglichkeiten, wie bestehende Produktionskapazitäten, die bisher ungenutzt sind, in die Produktion integriert werden können. Ein Technologietransfer ist ein komplexer Prozess. Er ist aber möglich. Das hängt von verschiedenen Faktoren ab. Wie schnell das geht? Das kann zwischen einem Jahr und fünf oder zehn Jahre dauern. Wir haben aber im letzten Jahr gesehen im Fall des Serum Institute of India und auch des Herstellers Astra-Zeneca, dass es innerhalb weniger Monate stattfinden kann. Im Allgemeinen ist zu sagen, dass das ziemlich schnell gehen kann, vorausgesetzt, dass der Transfer vollständig kooperativ ist. Das bezieht sich übrigens auch auf mRNA-Impfstoffe. Außerdem gibt es gerade einen Vorschlag von Indien und Südafrika bei der die geistigen Eigentumsrechte auf Covid-19-Technologien für die Zeit der Pandemie auszusetzen. Der Vorschlag wird bereits von über einhundert Ländern weltweit unterstützt und auch der CEO der Firma CureVac bezeichnet ihn als richtig. Dieser Ansatz könnte weitere Barrieren für eine weltweite Produktionsausweitung abbauen. In Zukunft gilt es natürlich auch, Bedingungen wie Transparenz und die Möglichkeit für einen schnellen Technologietransfer an öffentliche Forschungsförderung, auch von Deutschland, zu knüpfen, sodass wir in zukünftigen Pandemien die Mög-



lichkeit haben, das auch möglichst schnell umzusetzen. Wir würden dafür plädieren, dass die Bundesregierung diesen Vorstoß von Indien und Südafrika unterstützt.

Abg. **Paul Viktor Podolay** (AfD): Meine Frage geht an das Haus der Krebselbsthilfe. Menschen, die an Krebs erkrankt sind, stehen in der Priorisierungsliste sowohl bei der Corona-Impfverordnung als auch im Gesetzentwurf der FDP in der dritten Priorisierungsgruppe. Haben Sie sich eine höhere Priorisierung erhofft oder können Sie mit der Priorisierungsposition für an Krebs erkrankte Menschen leben?

Sve **Dr. Ulrike Holtkamp** (Haus der Krebs-Selbsthilfe (HKSH)): In der Tat hatten wir uns eine höhere Priorisierung der von Krebs betroffenen Menschen erhofft. Das liegt daran, dass es Registeranalysen gibt, die gezeigt haben, dass die Mortalität doch deutlich erhöht ist. Sowohl in einem britischen als auch in einem deutschen Register war das sehr auffällig. Im britischen Register war es 40,5 versus 28,5 Prozent Mortalität bei hospitalisierten Krebspatienten im Vergleich zu hospitalisierten Nicht-Krebspatienten, und im deutschen Register waren das 22,5 versus 14 Prozent. Ein weiterer Punkt ist, dass bei Immunsuppression durch die Krankheit oder Therapie es zu einer prolongierten Ausscheidung kommen kann. Das ist natürlich epidemiologisch nicht gut und könnte auch die Ausbreitung von Virusmutanten fördern. Zusätzlich meinen wir auch, dass die engsten Kontaktpersonen mit einbezogen werden sollten. Also wir würden uns Stufe 2 wünschen in der Priorität.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage möchte ich an die BÄK richten. Halten Sie die Vorgaben der Impfverordnung für zielführend, um in der Phase, in der Impfstoffe erst begrenzt hergestellt werden können, die Impfung so durchzuführen, dass vulnerable Gruppen erreicht werden?

SV **Dr. Klaus Reinhardt** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich halte die Impfverordnung so wie sie jetzt angelegt und verortet ist definitiv für zielführend. Wir müssen feststellen, dass es im Wesentlichen die vulnerable Gruppen sind, Menschen mit 70 oder 80 plus Jahren, die unter Umständen mit

Komorbiditäten, die von der Erkrankung insoweit besonders betroffen sind, dass sie die meisten schweren Verläufe aufweisen und insofern auch die stationären Kapazitäten in besonderer Weise beanspruchen und beanspruchen müssen. Vor diesem Hintergrund, dass wir sagen müssen, die gesamthafte Versorgung der Bevölkerung, nicht nur, was die Covid-Erkrankung angeht, sondern auch übrige Erkrankungen, ist natürlich durch die erhebliche Belastung der Kapazitäten auf den Intensivstationen deutscher Kliniken eingeschränkt und überlastet. Um diesen Zustand möglichst kurzfristig zurückzufahren, und auch die hohen Todeszahlen, die wir in den letzten Wochen verzeichnen müssen, zurückzuführen, ist die gewählte Priorisierung angeraten

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht an den ESV Prof. Dr. Dabrock. Wie bewerten Sie den von der FDP-Fraktion vorgelegten Gesetzentwurf?

ESV **Prof. Dr. Peter Dabrock**: Um die Frage zu beantworten, muss man zum einen formalprozedurale und zum anderen materielle Gesichtspunkte bedenken. Was das Formalprozedurale anbelangt, hat meines Erachtens die FDP-Bundestagsfraktion das einzig Richtige getan, was in dieser Lage zu tun ist. Das haben quasi alle hier beteiligten Rechtswissenschaftler noch einmal unterstrichen. Die Fragestellung, um die es hier geht, ist eine, und ich frage mich nur rhetorisch, welche, wenn nicht die, die unter parlamentsvorbehalt gehört, die eine Wesentlichkeitsfrage ist, insofern sie im höchsten Maße grundrechtsrelevant und gesellschaftsrelevant ist. Das haben, mit Blick auf die Grundrechts- und Verfassungsfragen die Rechtswissenschaftler in ihren Stellungnahmen und jetzt auch bereits ausführlich dargelegt. Lassen Sie mich noch dabei vor allem Dingen auf die demokratietheoretische und konkret ethische Fragestellung eingehen. Es ist jetzt hier schon in der Anhörung und auch in den öffentlichen Debatten deutlich geworden, dass wir es hierbei eben nicht nur mit medizinischen, wissenschaftlichen Fragestellungen sondern auch in einem höchsten Maße mit normativen und evaluativen Fragestellungen zu tun haben. Und diese Fragestellungen sind kontrovers, gerade bei einer Frage, bei der wir wissen, wenn wir theoretisch den Impfstoff sofort verimpfen könnten, was wir



nicht können aus Zeitknappheitsgründen und auch aus praktischen Gründen, dann hätten wir das Problem nicht. Wir wissen deswegen auch, dass viele im Prinzip gleichwürdig berechnete Anspruchsträger zu Tausenden sterben werden. Deswegen muss diese Frage auch vor dem Hintergrund der kontroversen Einstellungen im Parlament betrachtet werden. Ich halte es demokratietheoretisch für ein großes Defizit, dass das nicht getan wird. Ich appelliere auch an die Regierung und an die sie tragenden Parteien, dieses Manko aufzuheben. Da reicht es nicht aufzusagen, dass es realiter vielleicht bei der jetzigen Impfverordnung schon sehr gute Ansätze gibt und das effektiv ist. So will ich ganz kurz zum Schluss nur auf zwei Punkte eingehen. Vertikal muss die Expositionsfrage bedacht werden und horizontal muss die Frage des gerechten Verfahrens in den gleichberechtigten Gruppen diskutiert werden. Nichts ist geschehen. Das sollte passieren.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die ESVs Bessenich. Gegenwärtig werden hochgradig gefährdete Gruppen, vor allen Dingen Menschen mit Behinderungen und gleichzeitigem Pflegebedarf nicht in der ersten Prioritätsstufe berücksichtigt. Pflegenden Angehörige sind in der Priorisierung überhaupt nicht explizit erfasst. Welche Lösungsvorschläge hat die Caritas? Wie begegnen Sie Gegenargumente, dass dadurch neue Ungleichbehandlungen geschaffen werden?

ESVe **Janina Bessenich**: Tatsächlich ist es so, dass Menschen mit Behinderungen und auch mit Pflegebedarf in der zweiten Gruppe eingestuft werden in der Impfverordnung, obwohl, wenn sich die Impfverordnung eng nach dieser STIKO-Empfehlung ausrichten würde, wären vor allem Menschen mit Trisomie in der ersten Gruppe auf jeden Fall eingestuft, weil deren Gefährdung genauso eingeschätzt wird wie die vergleichbare Gruppe der Menschen, die über 90 Jahre alt sind. Die Gruppe 90+ hat genau die gleiche Gefährdung wie Menschen mit Trisomie. Das Risiko, einen tödlichen Verlauf zu haben, ist zehnmal größer als in der Durchschnittsbevölkerung. Tatsächlich ist die Situation der Menschen mit Behinderung und mit Pflegebedarf sehr schwierig. Ich würde es vergleichen mit einem Zustand wie „Warten auf Godot“. Sie kennen wahrscheinlich alle das Theaterstück. Das Problem ist,

wenn Sie das Stück kennen, dass immer so eine Ansage „Es ist nichts zu machen“ kommt. Tatsächlich wird der Zugang zurzeit für diese Gruppen deswegen ausgeschlossen, weil die meisten nicht in Pflegeeinrichtungen sondern in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben. Die jetzige Impfverordnung gibt die Gruppen vor, und zunächst muss die erste Gruppe „abgearbeitet“ werden, bevor wir in die nächste kommen. Wir wissen aus der STIKO-Empfehlung, dass der ersten Gruppe circa sechs Millionen Menschen angehören. So wird das noch einige Zeit brauchen, bevor Menschen mit Behinderungen geimpft werden. Beim Gesetzentwurf der FDP wird diese Gruppe höher eingeordnet, allerdings nicht die pflegenden Angehörigen, die eigentlich auch dort hingehören müssten. Die sind schon seit zehn Monaten mehr oder weniger in einer häuslichen Isolation, um ihre Angehörigen nicht zu gefährden. Die Gruppe der pflegenden Angehörigen ist eigentlich der größte Pflegedienst in der Bundesrepublik Deutschland. Es wäre hier wichtig, die Interessen dieser Gruppen tatsächlich zu berücksichtigen. Einige Personen haben hier schon darüber gesprochen, ob man das in der Verordnung oder in einem Gesetz regeln soll. Ich kann nur sagen, für die Impfbereitschaft brauchen wir Kommunikation und Transparenz. Schon aus diesem Grund brauchen wir nicht nur Diskussionen im Parlament, sondern auch Gesetze. Eigentlich hat der Bundestag gezeigt, dass er tatsächlich sehr flexibel handeln kann. An dieser Stelle Dankeschön. Von daher sind wir auch für die gesetzliche Berücksichtigung der Menschen mit Behinderungen und ihrer pflegenden Angehörigen, aber auch der Mitarbeiter in Einrichtungen und Diensten....

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den vfa. Die Antragsteller erheben Forderungen, die geistige Eigentumsrechte von pharmazeutischen Unternehmen in Bezug auf Impfstoffe, Medikamente und Diagnostika mit direkten Bezug zum Coronavirus betreffen. Wie bewerten Sie diese Forderungen?

SV **Dr. Siegfried Throm** (Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (vfa)): Das Geschäftsmodell der Pharmaunternehmen basiert auf dem Schutz des geistigen Eigentums. Das liegt daran, dass eine Arzneimittel- und insbesondere auch eine Impf-



stoffentwicklung ein sehr langwieriges und ökonomisch risikoreiches Verfahren ist. Daher ist der Schutz vor der sofortigen Nachahmung auch bei COVID gerechtfertigt. Es gibt keinerlei Evidenz, dass Patente hier zu einer Verzögerung beitragen. Wir haben über 200 Entwicklungsprojekte für Impfstoffe innerhalb kürzester Zeit gesehen. Auch das zeigt, dass es auch mit Patentschutz möglich ist, dass sehr viele Firmen sich in diesem Bereich bewegen. In Rekordzeit wurden jetzt die ersten Impfstoffe und Therapeutika zugelassen. Auch da gibt es hunderte von Projekten, die ohne Patentschutz sicher nicht auf den Weg gebracht worden wären.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die ESVe Prof. Dr. Betsch. Sehen Sie die derzeitige Krisenkommunikation der Bundesregierung als gelungen an, und wenn nein, welche Anpassung müsste die Bundesregierung vornehmen, um die Bevölkerung auch kommunikativ gut durch die Krise zu leiten?

ESVe Prof. Dr. Cornelia Betsch: Prinzipiell lässt sich erstmal sagen, dass das Vertrauen in die Bundesregierung im Moment auf mittlerem Niveau ist. Es ist leicht gesunken im Vergleich zum Beginn der Krise von 4,5 auf 4,0, also nicht dramatisch. Es ist stabil seit November. Ein Viertel der Befragten, die wir seit Beginn der Krise befragen, lehnen durchgängig die Maßnahmen ab und das relativ unabhängig vom Geschehen. Wir haben hier einen kleinen Vertrauensverlust beobachtet als es wenig einheitliche Maßnahmen gab, zum Beispiel als es um das Beherbergungsverbot ging. Es ist etwas schwierig zu sagen, welchen Anteil ursächlich die Kommunikation daran hat. Wir haben aber über längere Zeit Inhalte identifizieren können, die Verhaltensänderungen bewirken können. Deswegen möchte ich diese hier kurz aufzeigen. Einmal ist das Wissen über Aerosole etwas, was in der Bevölkerung noch nicht weit genug verbreitet ist. Nur 70 Prozent weiß darüber Bescheid, und wer darüber nicht Bescheid weiß, der schützt sich und andere weniger. Das zweite ist Wissen um die Kontaktreduktion. Dieses ist auch nur bei 80 Prozent vorhanden. Wer das weiß, der verzichtet auch stärker auf Kontakte. Auch hier besteht Nachholbedarf. Ein ganz relevanter Punkt ist, dass nicht nur die Quantität sondern

auch die Qualität der Kontakte, die wir haben, entscheidend ist. Wir machen nämlich Ausnahmen mit Kontakten, die uns nahe stehen, was wir natürlich umso eher machen, je mehr wir unsere Kontakte beschränken müssen. Das sind alles Wissensinhalte, die relevant sind, auch wenn sie offenkundig sind. Manche können die Hinweise vielleicht nicht mehr hören. Sie sind aber trotzdem sehr wichtig. Sehr wichtig ist nicht nur, was kommuniziert wird, sondern wer kommuniziert. Ich glaube, es ist fatal, wenn wir in einer Situation sind, wo wir sagen „Die Regierung löst die Krise“. Natürlich macht sie die Regeln, aber die Bewältigung der Krise ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Ich denke, das sehen wir auch in den Daten, dass Vereine, Verbände, Arbeitgeber, Sport sich hier vielleicht breiter beteiligen sollten, denn es gibt immer einen Anteil von 20 bis 25 Prozent, die der Regierung nicht vertrauen. Wenn wir also hier eine stärkere Verhaltensänderung brauchen, das brauchen wir auch, wenn es die Impfung noch gibt, wird es andere Akteure brauchen, die gut kommunizieren und die relevanten Inhalte transportieren.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage geht an den ESV Prof. Dr. Mertens. Sind die von der Bundesregierung auf Basis der Empfehlungen des Ethikrates, der Leopoldina und der STIKO getroffenen Entscheidungen zur Priorisierung von Personen in der Corona-Impfverordnung ausreichend, um besonders von der Pandemie betroffene Personen prioritären Zugang zu Impfstoffen zu ermöglichen? Ich würde Sie bitten, dabei auch Bezug auf die Ausführungen der Vertreter vom Haus der Krebs-Selbsthilfe und des Caritas-Verbandes zu nehmen.

ESV Prof. Dr. Thomas Mertens: Dass die Rechtsverordnung vor allen die erste Priorisierungsgruppe der STIKO gleich übernommen hat, finde ich außerordentlich wichtig, weil hier genau die Gruppe adressiert wird, die das höchste Risiko für schwere Erkrankungen, stationäre Aufnahme und Tod hat, und damit, wie schon gesagt, auch für die Belastung unseres medizinischen, vor allem des stationären Systems. Das ist richtig. Zu den Einwüfen, der Anmerkungen und den Wünschen nach höherer Priorisierung kann ich sagen, dass mein Schreibtisch und die Schreibtische vieler anderer Leute voll sind mit ähnlichen Anfragen und Vorstellung. Ich muss aber auf der anderen Seite sagen,



dass wir uns sehr wohl nicht nur bemüht haben, sondern dass wir sehr wohl das individuelle Risiko und ganz besonders auch übrigens auch der Patienten mit einer onkologischen Vorerkrankung versucht haben, zu quantifizieren. Wir sind zu dem auch quantifizierenden Ergebnis gekommen, dass diese Menschen tatsächlich ein erhöhtes Risiko haben, aber dass dieses Risiko eben nicht an das höchste Einzelrisiko, nämlich das Alter der Menschen, herankommt. Es ist auch richtig, dass die Menschen mit Trisomie 21 zwar nicht in das Risiko der hochbetagten aber in das Risiko der zweiten Altersgruppe genau hineinfallen. Es gibt sehr viele Anträge und Vorstellungen über Änderungen oder Verbesserungen der Priorisierungsstufe. Ich persönlich, um jetzt auf den Kern der heutigen Diskussion einzugehen, kann mir nur sehr schwer vorstellen, wie man das machen wollte, ohne den Versuch beizubehalten, das auf wissenschaftliche Daten abzustützen.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den vfa. Sie haben die Forderung der Antragsteller zur Einschränkung des Schutzes geistigen Eigentums abgelehnt. Uns als Union ist es wichtig, dass Impfstoffe und Medikamente gegen das Coronavirus auch in ärmeren Ländern zu erschwinglichen Preisen verfügbar sind. Gibt es im Bereich der Impfstoffentwicklung gegen SARS-CoV-2, und falls ja welche, Kooperationen oder Technologietransfers der führenden Hersteller, die auf dieses Ziel hinwirken?

SV **Dr. Siegfried Throm** (Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (vfa)): Es gibt ein klares Commitment von den CEOs der Impfstoffhersteller, dass ihre Impfstoffe nicht nur bestimmten Ländern zur Verfügung stehen sollen. Die Firmen sind mit Verve dabei Kooperationen zu schließen und Lizenzen zu erteilen. Frau Massute hatte schon auf AstraZeneca hingewiesen. Ich kann darauf hinweisen, der Hersteller hier in Deutschland, der eine Zulassung bekommen hat, hat Kooperationen mit sage und schreibe fast 140 Institutionen und anderen großen und kleinen Firmen geschlossen, um möglichst schnell den Impfstoff entwickeln und ihn auch produzieren zu können. Wir erhalten praktisch täglich neue Nachrichten über die Ausweitungen der Kapazitäten, vor Kurzen das Werk in Marburg, heute das Werk von Baxter in Halle in

Westfalen. Sie alle tragen dazu bei, dass möglichst umfassen produziert wird. Die EU hat versprochen, überzählige Dosen an Dritte-Welt-Länder abzugeben. Es gibt sehr viel mehr Bestellungen als man für die ganze EU jemals brauchen wird. Mich macht sehr hoffnungsfroh, dass die fünf am weitesten fortgeschrittenen Impfstoffhersteller dieses Jahr so viele Impfdosen herstellen, dass man damit 4,5 Milliarden Menschen impfen kann. Dabei muss man berücksichtigen, dass China sicher sich selbst versorgt, und dass es für unter 18-Jährige in aller Regel, bei einigen Impfstoffen für unter 16-Jährige, noch keine Zulassung für diese Impfstoffe gibt. Diese Personen kann man zurzeit nicht impfen.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Meine nächste Frage geht an die ESVe Prof. Dr. Leisner-Egensperger. Sie hatten bereits in einer Ihrer Antworten gesagt, dass die Priorisierung in ein Gesetz zu gießen nicht so geeignet ist. Deshalb ist es interessant, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass die derzeitige Impfpriorisierung in Gestalt der Corona-Impfverordnung verfassungswidrig ist, weil eben keine Rechtsgrundlage für diese Verordnung existiert. Könnte es sein, dass Schadenersatzansprüche und Amtshaftungsansprüche die Folge sind, wenn jemand deswegen nicht geimpft wurde und ein Schaden eintritt? Können Sie dazu etwas erläutern?

ESVe **Prof. Dr. Anna Leisner-Egensperger**: Zunächst darf ich sicherheitshalber noch klarstellen, dass ich nicht gesagt habe, dass wir kein Gesetz brauchen für die Priorisierung, sondern ich habe für eine Funktionsteilung zwischen Gesetzgeber und Exekutive plädiert. Das heißt, dass jetzt der Gesetzgeber, das Parlament tätig werden muss, und sich Gedanken machen muss über die Priorisierungsziele und die möglichen Priorisierungskriterien, und zwar in anderer Weise als das bisher passiert ist. Allerdings sollten die Detailfragen einer Rechtsverordnung überlassen werden. Was jetzt gegenwärtig droht, sind natürlich Klagen, die die jetzige Corona-Impfverordnung auf den Prüfstand stellen mit der Möglichkeit, dass Gerichte diese dann anhand des Parlamentsvorbehalts überprüfen, also anhand Artikel 80 Absatz 1 Satz 2 GG. Hier gibt es grundsätzlich auch die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen. Das kann man zum ge-



genwärtigen Zeitpunkt nicht vollständig ausschließen. Allerdings würde ich das insofern relativiert sehen, als man jetzt in den nächsten Wochen immerhin einen sehr breiten gesellschaftlichen Konsens hat, dass die Höchstpriorisierten tatsächlich zu impfen sind. Insofern dürfte sich das Problem wohl erst in einigen Wochen bis Monaten stellen. Aber gerade aus diesem Grund sollte jetzt der Bundestag tatsächlich die grundrechtswesentlichen Fragen auch regeln.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richte ich an den Deutschen Landkreistag. Die Priorisierung beschäftigt die Menschen vor Ort. Meistens sind es die Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen vor Ort, die schlicht und ergreifend mit diesen Fragen konfrontiert sind. Könnten Sie uns dazu sagen, mit welchen Punkten oder mit welchen Anfragen die Menschen zum Beispiel auf den ÖGD oder auf andere Einrichtungen der Kommune und der Landkreise bezüglich der Priorisierung zukommen. Wie sprechen Sie die Älteren in der Gesellschaft an und fordern sie auf, sich impfen zu lassen?

SV **Jörg Freese** (Deutscher Landkreistag): Es gibt es natürlich eine Vielfalt an unterschiedlichen Vorgehensweisen und Erfahrungen. Wir werden natürlich mit den Anlaufschwierigkeiten im Hinblick auf die Anmeldesysteme bei den Ländern konfrontiert, die jetzt für die Menschen anlaufen, die nicht in Einrichtungen leben, sondern die in den Impfzentren geimpft werden sollen. Da gibt es natürlich erste Schwierigkeiten. Wir hoffen sehr und arbeiten hart daran, dass sich das bessert. Die Frage der Priorisierung ist nach unserem Eindruck nicht Gegenstand wesentlicher Kritik. Das mag daran liegen, dass diejenigen, die jetzt in die Impfzentren kommen und mit denen wir dort Kontakt haben, natürlich zu den Priorisierten gehören, und das auch zu Recht. Ich glaube, es gibt einen breiten Konsens, der nicht vollständig die Bevölkerung erreicht, aber sicherlich ganz große Teile der Bevölkerung umfasst, dass die Priorisierung, so wie sie jetzt erfolgt ist, in der Sache im Wesentlichen *cum grano salis*, das haben wir heute auch schon gehört, sicherlich auch akzeptiert ist. Wir versuchen in den Landkreisen natürlich über die Mittel, die wir haben, die Menschen zu erreichen, dass sie sich dann auch im Rahmen der Modalitäten, die im Land jeweils festgelegt sind, zu den Impfungen anmelden, so sie

nicht in Einrichtungen leben und ohnehin über die mobilen Teams erreicht werden. Das geht von Aufrufen der Landräte, der Kreistage, von Fraktionsarbeit über die Beauftragten verschiedener Richtungen. Insofern haben wir da ein buntes Bild. Ich kann jetzt keine empirischen Daten liefern. Da gibt es wirklich eine ganze Menge, was wir tun. Insgesamt, um einen Beitrag aus der Diskussion bis jetzt zu leisten, gehen wir davon aus, dass wir auf der jetzigen Grundlage materiell sehr gut arbeiten können, die wir jetzt haben, was aber nicht heißt, dass man das nicht auf eine geeignete gesetzliche Grundlage zukünftig stellen sollte. Materiell haben wir, glaube ich, eine gute Grundlage für diese Impfungen.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich auch an den Deutschen Landkreistag. Wie bewerten Sie den bisherigen Verlauf der am 27. Dezember 2020 gestarteten Impfkampagne?

SV **Jörg Freese** (Deutscher Landkreistag): Ich hatte schon einiges gesagt, wie wir die Grundlage beurteilen. Darauf können wir gut aufbauen. Ein Schwerpunkt der Probleme ist natürlich im Moment, dass die Erwartungen der Bevölkerung an durchzuführende Impfungen, gerade in den Impfzentren, also außerhalb der Einrichtungen, deutlich höher sind als die Verfügbarkeit des Impfstoffs. Das ist so. Wir alle wissen, dass sich das nach allen Ankündigungen in den nächsten Tagen oder jedenfalls in den nächsten Wochen deutlich verbessern wird. Wir haben keinen Grund, dieses anzuzweifeln. Das ist ein Riesenproblem. Wir haben beispielsweise aus Niedersachsen die Situation gemeldet bekommen, dass unsere dortigen Kollegen bei den Landkreisen rumgefragt haben. Es haben 34 von 37 Mitgliedern, also fast alle, geantwortet. Die Impfzentren wären flächendeckend in der Lage, kurzfristig deutlich mehr Menschen zu impfen, wenn es mehr Impfstoff gäbe. 19 von 37, also mehr als die Hälfte der Impfzentren in den niedersächsischen Landkreisen hatten schon gestern Abend ihre Vorräte verimpft. Weitere zehn Impfzentren rechneten mit einem Leerlauf in den nächsten Tagen. Das ist im Moment sicherlich eines der Probleme, das möglichst schnell beseitigt werden sollte, damit es nicht zu Verunsicherungen innerhalb der Bevölkerung kommen wird.



Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht wieder an den ESV Prof. Dr. Dabrock, der eben zu wenig Zeit hatte, unseren Gesetzesentwurf zu bewerten.

ESV Prof. Dr. Peter Dabrock: Ich war gerade dabei gewesen, vom prozedural-formalen Teil zu wechseln zum materialen Teil des Gesetzentwurfes. Ich glaube die Spannung, die auch in den Debatten und hier auch zwischen den Rechtswissenschaftlern deutlich wird, macht einfach nochmal auf eine andere Art und Weise deutlich, warum das alles ins Parlament hineingehört hätte. Es ist eben schon eine komplexe Frage, ob man ein Teil oder alles durch ein Gesetz regelt. Auf die Art und Weise, dass das eben nicht thematisiert worden ist, ist viel von der Kontroverse, die wir notwendigerweise in der Gesellschaft haben, und die wir auch in den nächsten Monaten noch haben werden, es wird ja doch nicht in ein paar Tagen alles geregelt sein, noch hätten abfangen können. Das wäre demokratietheoretisch sehr wichtig gewesen. Dafür hat die FDP gesorgt, dass hier überhaupt so etwas hätte behandelt werden können. Materialiter, glaube ich, muss man eben auch normativ und nicht nur epidemiologisch denken, hätte die Frage der Exposition, aber auch die Frage nach dem Selbstschutz noch viel stärker bei den Priorisierungsgruppen thematisiert werden können. Dazu waren auch im Vorfeld dieser Anhörung von verschiedenen vulnerablen Gruppen dazu, wie es jetzt auch hier zu Wort gekommen ist, schon entsprechende Anfragen zu hören. Auf der horizontalen Ebene ist noch überhaupt nicht geklärt, wenn in der vierten Gruppe 45 Millionen Menschen sind, in welcher Reihenfolge diese geimpft werden. Da gibt es sehr unterschiedliche, auch nach Ländern unterschiedliche Verfahrensweisen. Das ist, wenn sich das über ein halbes Jahr hinzieht, für eine Demokratie unwürdig, für eine demokratisch verfasste Gesellschaft unwürdig, hier keine Verfahren anzubieten, die man zuvor auch im Parlament debattiert. Auch das hätte man auf der Grundlage eines Vorstoßes, wie die FDP ihn jetzt geleistet hat, tun können. Ich halte das auch noch weiter für eine große Pflicht, gerade wenn man an unsere demokratische Kultur denkt.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den ESV Prof. Dr. Mertens. Mich interessiert das weitere Vorgehen. Die Rechtsverordnung soll ermöglichen, flexibel zu reagieren, wenn nun nach und nach weitere Impfstoffe zugelassen werden. Auch hierzu werden die dann jeweils aktualisierten Empfehlungen der STIKO als Grundlage dienen. Welche Erweiterungen Ihrer Empfehlungen sind zu erwarten?

ESV Prof. Dr. Thomas Mertens: Wir werden in sehr engen Abständen neue STIKO-Sitzungen haben. Wir werden die Daten, im Augenblick der Daten aus den Zulassungsstudien für AstraZeneca, bewerten. Wir müssen dann natürlich unsere Empfehlung anpassen, was auch geschehen wird. Die nächste Sitzung findet bereits nächste Woche statt. Das ist der eine Punkt. Zum anderen wird in einem fortlaufenden Verfahren das quantitative Risiko von Menschen mit Vorerkrankungen weiter bewertet sobald Publikationen, also belastbare Daten, hierzu verfügbar werden. Insofern sehen wir selbst diese Empfehlung als eine ständig fortzuschreibende und zu aktualisierende Empfehlung. Das wird ganz sicher auch in den nächsten Wochen und Monaten so geschehen, bezogen natürlich auf die Impfstoffe und gegebenenfalls auch die produktspezifische Empfehlung, wenn die Impfstoffe sich hinsichtlich ihrer Charakteristika mehr unterscheiden als jetzt bei den zugelassenen Impfstoffen und natürlich auch im Hinblick auf die Risikogruppen und letztendlich dann auch später auf die Berufsgruppen oder die Expositionsgruppen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht nochmal an die ESVe Prof. Dr. Leisner-Egensperger. Ich komme auf den Gesetzentwurf der FDP zurück und bitte Sie, den aus verfassungsrechtlicher Sicht nochmal zu bewerten. xxx

ESVe Prof. Dr. Anna Leisner-Egensperger: Der Gesetzentwurf bietet zahlreiche Ansätze für verfassungsrechtliche Kritik. Ich will hier nur drei herausgreifen. Der erste Ansatzpunkt wurde schon angesprochen von Frau Dr. Kießling. Der Gesetzentwurf basiert auf einer Regelungstechnik, die verfassungswidrig ist. Er kombiniert eine detaillierte Priorisierungsregelung, nämlich den § 3 mit einer Ermächtigung an den Bundesgesundheitsminister,



dann durch Rechtsverordnung, im Fall neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse von der gesetzlich getroffenen Regelung wieder abzuweichen. Das steht im § 6. Nun ist eine Ermächtigung dazu, dass ein Gesetz durch Rechtsverordnung geändert werden kann, nicht generell unzulässig. Sie scheidet allerdings dann aus, wenn sie zu einer prinzipiellen Verschiebung der Gewichte führt zwischen gesetzgebender Gewalt und Verwaltung. Bei einer Priorisierungsregelung, wenn also eine Personengruppe vor einer anderen dran sein soll, macht aber die Reihenfolge der Anspruchsberechtigten gerade den Inhalt, also den Kern des Gesetzes aus. Wenn also dieses Corona-Impfgesetz jetzt in Kraft treten sollte und dann der Bundesgesundheitsminister nach § 6 durch Rechtsverordnung diese gesetzliche Priorisierung wieder ändert, ändert er zugleich die Kernaussage des Gesetzes. Zweitens enthält der Gesetzentwurf zahlreiche unbestimmte Tatbestände. Verfassungswidrig ist beispielsweise das Priorisierungsziel, Schutz von Personen mit erhöhtem Infektionsrisiko. Das muss man zwingend verengen, zum Beispiel auf berufsbedingt erhöhtes Infektionsrisiko. Höchstgradig unbestimmt ist insbesondere das Ziel der Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens. Erfasst ist damit im Grunde alles, was nicht privat ist, also viel zu viel. Schließlich enthält der Gesetzentwurf, das wurde schon angesprochen, Stichwort „Klientelpolitik“, eine verfassungswidrige Privilegierung einzelner Personengruppen. Ich verweise insbesondere auf § 3 Absatz 5 Nummer 4, der den gesamten Einzelhandel erfassen soll, also nicht nur den Lebensmitteleinzelhandel. Warum sind beispielsweise Beschäftigte in Möbelhäusern priorisiert, nicht aber Kulturschaffende? Dies lässt sich gleichheitsrechtlich nicht rechtfertigen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich hätte noch eine Frage an den ESV Prof. Dr. Kingreen. Wir haben jetzt mehrmals gehört, dass davon gesprochen worden ist, dass es auch die Gefahr gibt von Klagen und Schadensersatzansprüchen wegen fehlender Legitimierung der Impfverordnung. Was hätte das für Wirkungen auf die Frage der Verteilung und der Verfügbarkeit von Impfstoffen und ähnlichem?

ESV **Prof. Dr. Thorsten Kingreen**: Das ist in der Tat schwer vorherzusehen. Zunächst müsste vermutlich ein VerwG darüber entscheiden. Ich halte auch die Gefahr von Schadensersatzansprüchen eher für

gering. Sie ist geradezu ausgeschlossen in dem Moment, wo es der parlamentarische Gesetzgeber regelt, weil der sozusagen staatshaftungsrechtlich nicht zur Verantwortung gezogen werden kann. Das wäre sogar noch ein zusätzliches Argument, es durch ein Gesetz zu machen. Ich wäre mir nicht sicher, ob ein VerwG wirklich sagen würde, dass die Verordnung nicht mehr angewendet werden dürfte. Da müsste man erstmal gucken, wie das prozessual liefere dürfte. Das VerwG kann sie gar nicht außer Kraft setzen. Da mache ich mir jetzt weniger Sorgen. Ich glaube eher, dass es ein Problem ist, wenn überhaupt jemand klagt. Dass jemand klagt, ist schon ein Problem und das sollte man möglichst ausschließen. Ich kann auch nochmal sagen, wir sind da gar nicht so weit auseinander, es ist natürlich immer denkbar, dass auch Details durch Rechtsverordnungen geregelt werden. Ich will auch nochmal klar sagen, und da muss ich Dr. Anna Leisner-Egensperger wirklich ausdrücklich widersprechen, aus keiner Entscheidung des BVerfG folgt, dass der parlamentarische Gesetzgeber nicht handeln darf. Aus den Entscheidungen, die Anna zitiert, lässt sich nur folgen, dass er nicht überall handeln muss. Das ist ein kleiner aber feiner Unterschied. Das sind nachher vor allen Dingen rechtspolitische Fragestellungen. Das kann man relativ gut rechtssicher machen. Aber um es noch einmal deutlich zu sagen, ich sehe gar nicht so die Gefahr, dass da jetzt jemand vor Gericht gewinnt und das ganze Verfahren ausgesetzt wird, sondern allein die Tatsache, dass eine solche Klage in der Öffentlichkeit ist und auf der Frontseite einer großen Zeitung steht, das ist schon ein Problem, und das sollte man dringlich vermeiden.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die ESVe und geht nochmal ein auf das, was Sie vorhin gesagt haben zum Technologietransfer. Neben vertraglichen Voraussetzungen, die man braucht, und natürlich auch unter Umständen Technik, braucht man auch Personal. In der jetzigen Krisensituation ist mir nicht ganz klar, wie das möglich sein soll, in Ländern, zum Beispiel in Afrika, Produktionsstätten aufzubauen, wo Personal reisen und solche Transferprozesse begleiten müsste. Wie stellen Sie sich das vor? Weil Sie auch gesagt haben, dass Sie sich das auch für ein mRNA-Impfstoff vorstellen



könnten, wo auch noch spezielle Voraussetzungen notwendig sind? Wie stellen Sie sich das unter diesen Umständen als realisierbar vor?

ESVe **Elisabeth Massute**: Wir haben die Beispiele schon gesehen, dass es gerade auch im letzten Jahr unter den Pandemiebedingungen passiert ist, dass ein schneller, sehr effektiver Transfer stattgefunden hat zwischen der Firma AstraZeneca und dem Serum Institute of India. Es geht wahrscheinlich kurzfristig erst einmal darum, bestehende Produktionskapazitäten, die es auch im globalen Süden gibt, weiter auszuweiten, darauf aufzubauen, Daten zu transferieren. Da besteht auch schon personelles Know-how. Auch bei mRNA-Impfstoffen ist es möglich, wir sehen das am Beispiel der Firma Moderna, die Technologietransfer gemacht hat mit der Schweizer Firma Lonza, die nicht einmal ein Impfstoffhersteller ist. Das bedeutet eigentlich, dass es sogar theoretisch mehr Produktionskapazitäten gibt für mRNA-Impfstoffe durch diese Plattformtechnologie, und dass das sogar über die Impfstoffherstellung hinaus ausgeweitet werden könnte. Um vielleicht noch einmal auf den Punkt der Patente einzugehen und der Risiken dahinter. Wir haben es in der aktuellen Pandemie bereits beobachtet, dass Patente Barrieren waren. Wir haben das im Zugang zum Impfstoff der Firma Moderna gesehen, wo es in den USA Auseinandersetzungen gab, wem jetzt eigentlich die geistigen Eigentumsrechte gehören. Wir haben es bei dem Medikament Remdesivir gesehen, dass die Firma Gilead selbst beschließen kann, wo sie Lizenzen vergeben und wo nicht, und sie beschlossen hat, die Hälfte der Weltbevölkerung auszuschließen. Es gibt also Beispiele dafür, dass Patente auch in dieser Pandemie bereits Barrieren waren. Außerdem kommt dazu, dass allein im Jahr 2020 86,5 Milliarden Euro aus der öffentlichen Hand in die Impfstoffentwicklung geflossen sind. Es liegt also nicht nur daran, dass es Patente gibt und Innovationen. Ganz im Gegenteil, es gibt große öffentliche Innovationen. Die haben dazu beigetragen, dass wir schnell so viel Impfstoffkandidaten haben. Deshalb sollten aus unserer Sicht strenge und effektive Bedingungen geknüpft werden genau an diese öffentlichen Gelder, sodass es zu Technologietransfer kommen kann, sodass es Transparenz gibt, und es offengelegt werden muss, wieviel eigentlich öffentlich investiert wird. Es muss darum gehen, eine schnelle öffentliche globale Verteilung

zu haben, damit wir die Pandemie effizient eindämmen können, Menschenleben retten können.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die ESVe Prof. Dr. Betsch. Welchen Ratschlag an uns haben Sie, wie wir die Impfbereitschaft sowohl beim medizinischen Personal als auch bei der Gesamtbevölkerung erhöhen können?

ESVe **Prof. Dr. Cornelia Betsch**: Generell kann man sagen, dass seit der ersten Zulassung der Impfung die Bereitschaft gestiegen ist, auch unter dem medizinischen Personal. Der Informationsbedarf ist sehr hoch. Die Menschen wollen eine Risikoabwägung treffen. Die Sicherheit der Impfung ist der wichtigste Faktor auch beim medizinischen Personal. Diese Informationen müssen einfach verfügbar sein, damit man diese Risiken gegeneinander abwägen kann. Derzeit steigt das Vertrauen in die Impfungen. Wir sehen, dass rings um uns herum viel verimpft wird und es passiert nichts Schlimmes. Der Zusammenhang zwischen dem Vertrauen in die Impfung und die Impfbereitschaft ist sehr eng. Deswegen steigt das im Moment. Das heißt aber auch, falls irgendwas passiert, und es ist vielleicht auch in der Gruppe der hochbetagten, die im Moment prioritär geimpft werden, wahrscheinlicher, dass nach einer Impfung vielleicht jemand stirbt, und wenn das dann medial stark besprochen wird, kann es sein, dass entsprechend die Impfbereitschaft auch wieder sinkt. Das ist etwas, darauf muss man sich vorbereiten, das ist sehr wichtig. Das kann man jetzt schon antizipieren. Ebenfalls antizipieren hätte man können, dass Pflegekräfte etwas zurückhaltend sind bei der Impfbereitschaft. Das wurde heute schon besprochen. Ich denke, jetzt ist sehr wichtig, dass eine Kampagne stattfindet, und Kampagne bedeutet nicht, auf einem Plakat ist ein Pfleger drauf, sondern das bedeutet, man redet mit den Leuten, nimmt deren Sorgen und Ängste ernst und versucht, sie zielgruppengerecht zu beantworten, also auch Kanäle zu benutzen, die diese Leute tatsächlich erreichen. Auch über die Peergroup zum Beispiel, also wenn ich lerne andere haben sich auch impfen lassen und es ist nichts passiert, hat das eine große Wirkung. Das hat Herr Prof. Dr. Sander heute schon berichtet. Eine Pflicht wird von zwei Drittel der Bevölkerung abgelehnt. Wir sehen auch, dass eine Impfpflicht



psychologische Nebenwirkungen haben kann, andere Impfungen werden dann ausgelassen. Es wird uns nichts bringen, wenn dann die Leute gegen COVID-19 geimpft sind, sie sich aber nie wieder gegen irgendetwas anderes impfen lassen. Das ist tatsächlich auch, dadurch, dass es ein neuer Impfstoff ist, eine nicht so sinnvolle Idee im Moment. Generell sind Ärzte und Pflegende eine der wichtigsten Informationsquellen. Sie sind hochvertrauenswürdig. Nur die Hälfte der von uns befragten Menschen aus dem Gesundheitswesen fühlt sich gut informiert. Das heißt, hier gibt es unglaublichen Nachholbedarf. Ärzte und Pflegepersonal müssen proaktiv informiert werden, damit sie für sich selber gut entscheiden und diese Information auch gut an ihre Patienten weitergeben können.

Abg. **Paul Viktor Podolay** (AfD): Meine Frage geht an den vfa. Es gibt Überlegungen, die zweite Dosis später als vom Hersteller festgelegt zu verabreichen. Damit könnten jetzt mehr Personen geimpft werden, allerdings mit weniger Schutzwirkung. Wie stehen Sie zu dieser Überlegung?

SV **Dr. Siegfried Throm** (Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (vfa)): Bei uns ist die Position ganz klar. Wir müssen uns innerhalb der Zulassungsvoraussetzungen bewegen. Da gibt es ein bisschen Spielraum, der auch von der STIKO übernommen worden ist. Einen größeren Spielraum sehen wir nicht. Im Prinzip nach drei Wochen die zweite Dosis und in Ausnahmefällen bis zu 42 Tage. Das waren die Bedingungen, unter denen diese Impfstoffstudie gelaufen ist. Davon abzuweichen hieße keine Evidenz mehr. Das ist sicher nicht gut.

Der **Vorsitzende**: Wir haben das Ende unserer Anhörung erreicht. Ich darf mich bei allen Sachverständigen, aber auch bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken. Ich wünsche eine gute Beratung.

Schluss der Sitzung: 16:56 Uhr

gez.
Erwin Rüdell, MdB
Vorsitzender