



Impfpriorisierung – Rechte Geimpfter – allgemeine Schutzmaßnahmen nach Impfung aus theologisch-ethischer Sicht

**Stellungnahme anlässlich der öffentlichen Anhörung
im Unterausschuss Pandemie des Deutschen Bundestages
am 6.Mai 2021**

Persönliche Vorbemerkung:

Als Mitglied des Deutschen Ethikrates, als Co-Vorsitzender der DER-AG ‚Pandemie‘ sowie als Mitglied der vom Bundesgesundheitsminister gebildeten Task-Force- ‚Impfpriorisierung‘ des DER, der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut sowie der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina war und bin ich mit Empfehlungen und Stellungnahmen zu Fragen zur Impfpriorisierung, zu Rechten Geimpfter sowie zu allgemeinen Schutzmaßnahmen nach abgeschlossener Impfung unmittelbar befasst. Gleichwohl kann und will ich zu diesen Themen vor dem Unterausschuss Pandemie ausschließlich als sachverständige Einzelpersönlichkeit Stellung nehmen. Selbst wenn sich viele meine Einlassungen und Einschätzungen (aus naheliegenden Gründen) mit denen der genannten Gremien decken, geben sie zunächst nur meine persönliche Auffassung als wissenschaftlicher Ethiker und Theologe wieder.

- 1. Impfpriorisierungen: knappheitsbedingte Ungleichbehandlung nach dem Kriterium der Dringlichkeit ethisch gerechtfertigt**
- 1.1** Die staatlich autorisierte und umgesetzte Impfpriorisierung zu Beginn der Impfkampagne ist ethisch geboten. Wer priorisiert, der will bei der Verteilung des (anfänglich) knappen und begehrten Impfstoffes das ‚Windhund- und Ellenbogenprinzip‘ verhindern: Nicht die Schnellsten, Zahlungskräftigsten und Beziehungstärksten kommen in den Genuss des Gesundheitsvorteils ‚Impfschutz‘, sondern diejenigen, die nach begründeten und akzeptierten Kriterien bevorzugt werden. Wer bestimmte Personen (-gruppen) priorisiert, also bevorzugt, muss notgedrungen andere hintanstellen. Deshalb müssen Priorisierungskriterien gut begründet und dann konsequent angewendet werden. Die staatliche Gemeinschaft steht hier in einer besonderen (Folgen-)Verantwortung: Zwar hat der Staat die anfängliche Knappheit von Impfstoffen – zumindest dem Grunde nach – nicht zu verantworten. Gleichwohl greift er – aus gewichtigen Gründen (!) – in die Verteilung des knappen Gutes regulatorisch wie steuernd ein und bewirkt über seine Impfpriorisierungen systematisch die Bevorzugung der einen und den (vorläufigen) Ausschluss der anderen.
- 1.2** Die Bevorzugung (**‚Priorisierung‘**) und die mit ihr unweigerlich einhergehende Hintanstellung (**‚Posteriorisierung‘**) werfen ethische Probleme auf. Den hintangestellten Personen wird der **Zugang zu einem Gesundheitsschutz** (‚Impfung‘), der auch für sie grundsätzlich erforderlich ist solange **vorenthalten**, wie die Priorisierung anhält und sie nicht selbst in einer nachgeordnete

Priorisierungsgruppe fallen. Auf diesen Gesundheitsschutz haben auch sie einen moralischen wie (grund-)rechtlichen Anspruch: Freiheit von Not und Bedrängnis beziehungsweise Schutz der körperlichen Unversehrtheit. Darin besteht die **Solidarität der Hintangestellten**: Sie verzichten zugunsten des Gesundheitsschutzes priorisierter Personen (-gruppen) zumindest vorübergehend auf ihren eigenen Gesundheitsschutz. Da sie das in der gegenwärtigen Impfkampagne nicht freiwillig tun (können) – sie folgen zwangsläufig der staatlich angeordneten Impfpriorisierung –, ist die staatliche Gemeinschaft dazu verpflichtet, die eingeforderte Solidarbereitschaft nur im geringstmöglichen Maß zu beanspruchen und die Asymmetrie zwischen Geimpften und Nichtgeimpften durch eine forcierte Impfkampagne schnellstmöglich zu verringern sowie durch Ausgleichsinstrumente (z.B. umfassende Testungen) so gering wie möglich zu halten suchen.

- 1.3 (Moralische) **Gerechtigkeit** gebietet, Gleiches gleich, Ungleiches ungleich zu behandeln. Das bedeutet: Bei gleicher Gefährdungslage ergibt ist die Notwendigkeit der Gleichbehandlung; im Zweifelsfall gilt das etablierte medizinethische Prinzip ‚*first come, first serve/vaccinate*‘. Bei ungleicher Gefährdungslage ist grundsätzlich eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt. Bezogen auf die Impfpriorisierung führt dies zum **Prinzip ‚höhere Gefährdungslage = höhere Dringlichkeit = bevorzugte Behandlung (Impfung)‘**. In der gegenwärtigen Priorisierung ergibt sich die Dringlichkeit nicht allein aus dem Risiko einer Infektion mit dem Sars-CoV-2-Erreger als solcher, sondern aus dem damit verbundenen höchsten, hohen oder erhöhten **Risiko einer schweren oder sogar tödlichen COVID-19-Erkrankung (Hospitalität und Mortalität)**. Zudem resultiert die Dringlichkeit auch aus den Risiken einer Überlastung des Gesundheitssystems. Dessen Kollaps würde massive Schädigungen weit über den Kreis der COVID-19-erkrankten Personen nach sich ziehen.
- 1.4 Eine erhöhte, hohe oder höchste **Dringlichkeit** (als das zentrale Verteilungs- bzw. Priorisierungskriterium) kann zum einen in der Person der priorisierten Impfkandidat:innen liegen: generalisiertes Alter; Risiko verschärfende Vorerkrankungen, sozioökonomische Lebenslagen (Wohnungslose, prekär Beschäftigte, Bewohner:innen besonders belastenderer Gemeinschaftsunterkünfte oder Wohnquartiere usw.). Daneben kann die Dringlichkeit auch aus dem arbeits-/berufs- oder privatbedingten physischen Kontaktfeld von Personen resultieren. Zu denken ist beispielsweise an das erhöhte Ansteckungsrisiko auf Grund des physischen Kontaktes mit COVID-19-Erkrankten im Gesundheitswesen oder an das erhöhte Übertragungsrisiko gegenüber besonders vulnerablen Personen etwa in Einrichtungen, in denen besonders gefährdete Menschen leben, etwa in Pflegeeinrichtungen.
- 1.5 Diese grundsätzlichen Priorisierungskriterien machen eine **nachträgliche und wiederholte Ausdifferenzierung** erforderlich. Diesem Erfordernis kamen und kommen die STIKO wie der BMG immer wieder nach. Dabei ändern sich nicht die grundsätzlichen Kriterien – das wäre auch ethisch fatal. Wohl aber prüfen sie die Dringlichkeitsbedarfe bestimmter Personen(-gruppen) wie auch Lebensbereiche immer wieder neu im Lichte aktueller epidemiologischer bzw. medizinischer Erkenntnisse unter Zugrundelegung der ethischen Priorisierungskriterien. Dabei ergeben sich an den Rändern der unterschiedlichen Priorisierungsgruppen (beinahe zwangsläufig) Unschärfen. Zudem geraten einzelne Gruppen neu in den Blick (z.B. Personen mit seltenen Vorerkrankungen/Belastungen; Personen in sozioökonomisch besonders belasteten Lebenslagen usw.) und führen zu Nachjustierungen der Priorisierungsgruppen. Dies kann, nachdem die besonders vulnerablen Personen(-gruppen) zumindest das erste Mal geimpft werden und über einen gewissen Basisschutz gegen einen schweren und tödlichen Krankheitsverlauf verfügen, auch zur **Neuaufnahme solcher Personen(-gruppen)** führen, die zwar kein persönlich erhöhtes

Erkrankungsrisiko besitzen, sich aber in einer extrem fragilen Lebenssituation befinden (etwa Schüler:innen, Studierende) Grundsätzlich gilt: An der Priorisierung ist **solange festzuhalten**, wie es die Situation von Knappheit des verfügbaren Impfstoffes sowie der **Gesundheitsschutz besonders gefährdeter Personen(-gruppen)** erforderlich macht. Zugleich kann und muss die **Impfpriorisierung auslaufen**, sobald die wichtigsten **Impfziele erreicht** sind.

2. **Rechte für Geimpfte (und Genesene): Gleichstellung zu Negativgetesteten legitim und geboten; Schlechterstellung von Nichtgeimpften (ohne bisheriges Impfangebot) mit einem aktuellen Negativtest ist ethisch problematisch**
 - 2.1 Grundsätzlich gilt: Sobald die primären Impfziele beziehungsweise die Ziele der Strategie der physischen Distanz (Minimierung der Risiken schwerer und tödlicher Krankheitsverläufe, Verhinderung einer Überlastung des Gesundheitssystems) erreicht sind, müssen die schwerwiegenden Eingriffe in die Grundrechte *für alle*, also für Geimpfte wie (noch) Nichtgeimpfte in angemessenen Maße zurückgenommen werden. Das gilt unabhängig von der Frage, ob die Nichtgeimpften noch kein Impfangebot erhalten haben oder aber ein Impfangebot – aus welchen Gründen auch immer – nicht wahrnehmen. (Inwieweit private Anbieter:innen von Dienstleistungen ihr Angebot an die Voraussetzung einer Impfung [oder eines Negativtestes] binden, obliegt in rechtlicher Hinsicht ihre Vertragsfreiheit.)
 - 2.2 **Die Gleichstellung (vollständig) Geimpfter (und Genesener) mit Negativgetesteten ist ethisch legitim und geboten.** Die Gleichstellung (im Sinne der §§ 3 und 7 COVID-19-SchAusnahmV) verstößt **nicht gegen** das **Gerechtigkeitsprinzip**. Zwar resultieren die Erleichterungen und Ausnahmen von Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 gegenüber (Noch-)Nichtgeimpften aus ihrer bevorzugten Impfung (vgl. 1.4.). Unter dieser Rücksicht ergäbe sich für die Gruppe der (Noch-)Nichtgeimpften ein doppelter Nachteil: Neben einem nach wie vor nicht bestehenden individuellen Gesundheitsschutz müssen sie weiterhin auf die Rücknahme ihrer individuellen Grundrechtseinschränkungen warten. Gleichwohl können sie anlass- und bereichsbezogen (Friseurbesuche, Einkäufe usw.) diesen Nachteil durch eine Testung wenigstens dem Grund nach kompensieren – vorausgesetzt, den Betroffenen steht ein niedrighwelliges Testangebot (flächendeckend, kostenlos) zur Verfügung. Die **Gleichstellung** Geimpfter (und Genesener) mit Negativgetesteten ist sogar **ethisch geboten**: Eine Testpflicht Geimpfter (und Genesener) brächte – nach derzeitigem Sachstand – keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn über eine ausreichende Nichtinfektiosität Geimpfter, führte aber für die Betroffenen zu einer unnötigen Belastung (Terminorganisation, falschpositives Testergebnis usw.). Darüber hinaus würde eine Testpflicht für Geimpfte (und Genesene) Testkapazitäten binden, was die Situation für testbegehrende Nichtgeimpfte zusätzlich erschwerte.
 - 2.3 **Eine über die Gleichstellung mit Negativgetesteten hinausgehende Besserstellung Geimpfter (und Genesener) verstößt aber so lange gegen das Gerechtigkeitsprinzip, wie den (Noch-) Nichtgeimpften kein Impfangebot unterbreitet werden kann und ihnen zumindest anlassbezogen/bereichsspezifisch eine Kompensation ihres ermangelnden Impfstatus über eine Negativtestierung verwehrt wird.** Es droht die **Überdehnung der Solidarbereitschaft der im Rahmen der Impfpriorisierung Hintangestellten und zugleich ein gesellschaftlicher Akzeptanzverlust der beschlossenen Impfreihefolge**. Die gut begründete (!), vorläufige Verweigerung eines Impfangebotes bedeutet für die unfreiwillig Noch-Nicht-Geimpften nicht nur den Nachteil eines erheblich verzögerten individuellen Gesundheitsschutzes, sondern auch den Nachteil einer ebenfalls erheblich verzögerten Rücknahme ihrer Grundrechtseinschränkungen. Während das

ungleich verteilte Schädigungsrisiko bei einer COVID-19-Erkrankung die bevorzugte Impfung ethisch rechtfertigt, besteht bei der Rücknahme von Beschränkungen zwischen den Personengruppen *keine* unterschiedliche Dringlichkeit: *alle* begehren *und benötigen* schnellstmöglich die Rücknahme der gravierenden Einschränkungen ihrer alltäglichen Lebensführung.

2.4 Wenn der Staat (Legislative wie Exekutive) der Auffassung ist, dass für Geimpfte (und Genesene) aus verfassungsrechtlichen Gründen bestimmte Erleichterungen und Ausnahmen von einschränkenden Schutzmaßnahmen gewährt werden müssen, weil von ihnen keine individuellen Gefahren für andere oder für das Gesundheitssystem insgesamt ausgehen, dann müsste er auch allen Nichtgeimpften (und Nichterkrankten) mit einem Negativtest ebenfalls solche Erleichterungen und Ausnahmen gewähren. Denn auch von ihnen geht offensichtlich – wenigstens temporär und bei bestimmten Anlässen beziehungsweise in bestimmten Bereichen – keine relevant größere Ansteckungsgefahr als von Geimpften (und Genesenen) aus. Wenn anerkannte Tests im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (§ 28b) bei einem negativen Ergebnis einen ausreichenden Infektionsschutz für andere bieten, tagesaktuell Friseure und Geschäfte zu besuchen oder sogar am schulischen Präsenzunterricht teilzunehmen usw., dann ist – aus ethischen Gründen – nicht verständlich, warum solchermaßen Negativgetesteten nicht ebenfalls der Aufenthalt im Freien während der Ausgangssperre oder die Wahrnehmung einer Einladung im privaten Kreis über das verordnete Limit hinaus ermöglicht wird. Es dürfte bei einer etwaigen Überprüfung des Ausnahmetatbestandes keinen Unterschied machen, ob ein Impfnachweis, ein Genesenennachweis oder ein (ausreichend aktueller und anerkannter) Testnachweis vorgelegt wird. Die derzeit erörterte SchAusnahmV sieht solche Öffnungen für Negativgetestete nicht vor; damit bleibt ein analoges Instrument, dem Gerechtigkeitsgefälle abzuhelpfen (vgl. 2.2), ungenutzt.

3. Die Fortgeltung allgemeiner Schutzmaßnahmen auch für Geimpfte (und Genesene) ist im Regelfall unstrittig und ethisch legitim.

3.1 Allgemeine Schutzmaßnahmen umfassen insbesondere die sogenannten AHA-L-Gebote im privaten wie im öffentlichen Raum. Sie auch für Geimpfte (wie für Genesene und Negativgetestete) fortgelten zu lassen, obwohl das individuelle Transmissionsrisiko äußerst gering ist, stellt erstens keinen unzumutbaren Eingriff in die freie Lebensgestaltung dar (die Einschränkungen sind nicht sonderlich erheblich) und ist zweitens für die Aufrechterhaltung der nach wie vor notwendige allgemeine Regelbefolgung unerlässlich.

3.2 Dies gilt im Grundsatz auch für Schutz- und Hygienemaßnahmen innerhalb bestimmter Einrichtungen. Eine Ausnahme stellt etwa die Situation in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege dar. Hier verhindern gesetzliche Vorgaben wie einrichtungsseitige Schutz- und Hygienekonzepte in vielen Fällen immer noch das – ebenfalls gesetzlich gebotene – Mindestmaß an sozialen Kontakten (vgl. § 28a Abs. 2 Satz 2 Infektionsschutzgesetz). Denn dieses Mindestmaß kann bei besonders vulnerablen Personen(-gruppen) oftmals nur gesichert werden, wenn eine ausreichende leibliche Kommunikation in räumlicher Nähe möglich ist. Insofern sollten in diesen Fällen auch die allgemeinen Schutzmaßnahmen innerhalb der Einrichtungen dann wegfallen können, wenn die Bewohner:innen wie die Besucher:innen und Mitarbeiter:innen über Impfungen, Genesung oder Testung in einem ausreichenden Maß vor Infektionen bzw. Transmissionen geschützt sind.

Berlin, Mai 2021

gez. Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl