



Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit
Parlamentarisches Begleitgremium
Covid-19-Pandemie

Wortprotokoll der 4. Sitzung

Parlamentarisches Begleitgremium Covid-19-Pandemie

Berlin, den 6. Mai 2021, 15:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300)
und Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting wurden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Rudolf Henke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 3

Impfpriorisierung und Rechte Geimpfter

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Albani, Stephan Heilmann, Thomas Henke, Rudolf Lenz, Dr. Andreas Rief, Josef Warken, Nina Weinberg (Hamburg), Marcus	Helfrich, Mark Körber, Carsten Landgraf, Katharina Monstadt, Dietrich Müller, Axel Rupprecht, Albert Weiß (Emmendingen), Peter
SPD	Fahimi, Yasmin Hartmann, Sebastian Mattheis, Hilde Poschmann, Sabine Stadler, Svenja	Budde, Katrin Özdemir (Duisburg), Mahmut Rawert, Mechthild Schmidt (Wetzlar), Dagmar Yüksel, Gülistan
AfD	Maier, Jens Münzenmaier, Sebastian Peterka, Tobias Matthias Schlund, Dr. Robby	Oehme, Ulrich Schneider, Jörg Sichert, Martin Wirth, Dr. Christian
FDP	Helling-Plahr, Katrin Houben, Reinhard	Westig, Nicole
DIE LINKE.	Kessler, Dr. Achim Kipping, Katja	Jelpke, Ulla Müller (Potsdam), Norbert
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Schulz-Asche, Kordula	Brantner, Dr. Franziska Rottmann, Dr. Manuela



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Tagesordnungspunkt 1

Impfpriorisierung und die Rechte Geimpfter

Beginn der Sitzung: 15:30 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Der **Vorsitzende**, Abg. Rudolf **Henke** (CDU/CSU): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertreter der Bundesregierung. Ich eröffne die 4. Sitzung des Unterausschusses Pandemie und begrüße Sie alle sehr herzlich zu dieser öffentlichen Anhörung, die eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit den heute geladenen Sachverständigen ist. Vorab möchte ich die Sachverständigen, aber auch alle anderen bitten, die per Webex zugeschaltet sind, sich mit Ihrem Namen anzumelden, soweit das noch nicht geschehen ist, weil wir dadurch im System Ihre Teilnahme hinterlegen und dokumentieren können. Außerdem möchte ich Sie bitten, vorerst Ihre Mikrofone stummzuschalten. Das weitere Verfahren erkläre ich dann anschließend. In der heutigen Anhörung geht es um die Themen Impfpriorisierung und die Rechte von Geimpften. Heute Vormittag hat der Deutsche Bundestag der Verordnung zur Regelung von Erleichterungen und Ausnahmen von Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 zugestimmt. In der Verordnung sind Erleichterungen für geimpfte oder von COVID-19 genesene Bürgerinnen und Bürgern vorgesehen. Das sind keine Privilegien, wie manche meinen, sondern das sind Grundrechte, die den Personengruppen uneingeschränkt wieder zur Verfügung stehen. Geimpfte und Genesene werden getesteten Personen gleichgestellt. Die Regelungen sollen, wenn es denn jetzt so weitergeht, wie die Regie der politischen Planung es sich wünscht, am Sonntag wohl in Kraft treten. Morgen soll der Bundesrat beschließen und dann soll wohl noch am Samstag in der Bundesdruckerei die entsprechende Druckfassung erzeugt werden. Sie sehen die Dynamik der Lage und auch der Themenplanung, die mit den aktuellen Entwicklungen eng verbunden ist. Ich bin mir aber sicher, dass wir heute genügend Fragen für unsere Anhörung haben und freue mich deswegen auf die Anhörung der Sachverständigen, die ich herzlich begrüße – jetzt nicht namentlich, Sie kommen nachher, denke ich,

alle zu Wort und können sich jeweils noch ganz kurz vorstellen. Bevor wir anfangen kurz ein paar Erläuterungen zum Ablauf der Anhörung. Wir haben insgesamt eine Anhörungszeit von 90 Minuten. Diese 90 Minuten sind von den Obleuten nach einem vereinbarten Schlüssel auf die Fraktionen verteilt worden. Nach diesem Schlüssel werde ich die Fraktionen in einer festgelegten Reihenfolge aufrufen. Das Zeitkontingent für jede Frage beträgt je nachdem sechs oder sieben Minuten. Das heißt nicht, dass man das auf eine Frage und eine Antwort verwenden muss, sondern man kann in den sieben Minuten auch zwei oder drei Fragen und Antworten unterbringen. Das Zeitkontingent werde ich zu Beginn jedes Blocks noch einmal ankündigen. Herr Prof. Dr. Mertens hat mitgeteilt, dass er die Anhörung bereits um 16 Uhr wieder verlassen muss. Bitte berücksichtigen Sie das bei Ihren Fragen. Ich würde die Fragenden wie auch die Sachverständigen bitten, sich jeweils möglichst kurz zu fassen, denn nur dann können möglichst viele Fragen gestellt und beantwortet werden. Die aufgerufenen Sachverständigen bitte ich, vor der Beantwortung daran zu denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich kurz vorzustellen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns auf einem hier im Saal vorhandenen Videowürfel zu sehen und zu hören. Ich weise alle darauf hin, dass die Anhörung live im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Das Wortprotokoll wird nach Fertigstellung auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Ich danke den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, dafür, dass Sie uns damit die Vorbereitung erleichtert haben. Dann möchte ich noch die Parlamentarische Staatssekretärin aus dem Bundesministerium für Gesundheit, Kollegin Sabine Weiss, begrüßen, die unsere Anhörung verfolgt. Wir können dann mit den Fragerunden der Fraktionen starten. Das jeweilige Zeitkontingent umfasst sowohl die Frage als auch die Antwort. Wenn eine Fraktion ihr Kontingent nicht ausgeschöpft, kann sie die restliche Zeit zurückstellen und in der nächsten Fragerunde nutzen, und zur Not eben ganz am Schluss der Anhörung den Rest der Zeit, der dann noch übrig ist, verbrauchen. Dann würden wir mit der CDU/CSU-Fraktion anfangen. Ihr stehen sieben Minuten zur Verfügung und die erste Frage stellt die Obfrau der Fraktion, Frau Warken.



Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Mertens. Herzlichen Dank, dass Sie heute bei uns sein können. Könnten Sie uns bitte erläutern, anhand welcher Parameter Sie Ihre Empfehlungen für die Impfpriorisierung erhoben haben und auch weiterentwickeln?

ESV **Prof. Dr. Thomas Mertens** (em. Ärztlicher Direktor (Institutsdirektor) Institut für Virologie, Universitätsklinikum Ulm): Ich bin berenteter Virologe und Vorsitzender der STIKO. Die Frage ist dahingehend zu beantworten, dass wir als STIKO zunächst einen sogenannten „Umbrella-Review“ durchgeführt haben. Das heißt, wir haben die Weltliteratur angeschaut, um die Risiken für schwere Erkrankungen, Hospitalisierung und Tod quantitativ zu erfassen und zu definieren. Das war die Grundlage der Reihung in der sogenannten Impfpriorisierung. Diese wird ständig fortgeschrieben. Das heißt, auch der „Umbrella-Review“, wie er genannt wird, ist ein lebender Review, der aktualisiert wird. Es haben auch bei den verschiedenen STIKO-Aktualisierungen in den Empfehlungen Veränderungen stattgefunden im Hinblick auf diese Reihenfolge. Der oberste Gesichtspunkt war die Vermeidung von Tod, schwerer Erkrankung und Hospitalisierung, wie das in dem gemeinsamen Papier von STIKO, Deutschem Ethikrat und Leopoldina bereits festgelegt worden war. Dazu kam dann die Frage der vor allen Dingen beruflich großen Expositionen gegenüber dem Virus und zuletzt haben wir eine Modellierung durchgeführt, die uns dann gezeigt hat, dass diese Vorgehensweise der Impfung auch den größten Nutzen für die Allgemeinheit, für die Bevölkerung mit sich bringt.

Abg. **Stephan Albani** (CDU/CSU): Anfang Juni sollen die Impfungen bei den Betriebsärzten beginnen und einige gehen davon aus, dass das auch schon der Beginn des Endes der Impfpriorisierung ist, weil natürlich innerhalb eines Unternehmens andere Rahmenbedingungen gelten. Sehen Sie das auch so? Sehen Sie das dann auch für die Rahmenbedingungen generell so? Die andere Frage, die sich daran unmittelbar anschließt, ist: Wenn wir dann die Impfpriorisierung in den Hintergrund treten sehen, aber im Herbst mit eventuell weiteren, dritten Impfungen zu tun haben, sehen Sie dann eine Renaissance der Impfpriorisierung oder halten Sie das nicht für notwendig?

ESV **Prof. Dr. Thomas Mertens** (em. Ärztlicher Direktor (Institutsdirektor) Institut für Virologie, Universitätsklinikum Ulm): Die Frage, inwieweit die Einbindung der Hausärzte und letztlich auch der Betriebsärzte die Priorisierung vereinfacht, die ist klar. Es macht wesentliche, zusätzliche Arbeit, wenn man innerhalb dieser Ärzteschaft die Priorisierung aufrechterhalten will. Trotzdem hat die STIKO gerade heute eine Pressemitteilung herausgegeben, weil wir eben auch gesehen haben, dass das im Augenblick ein aktuelles Thema ist. Wir glauben, dass in den zu priorisierenden Gruppen aus den eben genannten Gründen immer noch viele Menschen nicht geimpft sind. Wir haben dazu auch quantitative Angaben gemacht in dieser Pressemitteilung, die Ihnen vielleicht vorliegt. Es sind noch etwa 3,5 Millionen der 70- bis 79-Jährigen nicht geimpft und 7,3 Millionen der 60- bis 69-Jährigen. Auch die mit Vorerkrankungen sind wahrscheinlich nur zu etwa einem Viertel mit einer ersten Impfung versorgt, sodass wir daran festhalten, dass die Priorisierung aus ethischen und auch praktischen Gründen zumindest mit aufrechterhalten bleiben muss. Wenn man irgendwann so viel Impfstoff hat, dass man das parallel machen kann, das Eine tun und das Andere nicht lassen, dann soll man das auch tun. Es ist im Wesentlichen eine Frage der Impfstoffverfügbarkeit und der Möglichkeiten der Applikationen.

Abg. **Stephan Albani** (CDU/CSU): Der Komplex nicht nur für mich, sondern auch für andere, damit man die Frage an Sie auch platzieren kann, ist die Frage nach den Gruppen, die momentan noch nicht in der Impfung vorgesehen sind. Das sind die Schwangeren, aber auch die jüngeren Menschen. Hier haben wir einmal die Frage des Zulassungsproblems. Aber die Frage ist ja: In dem Moment, wo die Zulassung möglich ist oder beziehungsweise erfolgt ist, inwieweit können wir diese Gruppen in der Impf-Priorisierung auch vorsehen oder werden sie vorgesehen?

ESV **Prof. Dr. Thomas Mertens** (em. Ärztlicher Direktor (Institutsdirektor) Institut für Virologie, Universitätsklinikum Ulm): Das Schwangerenproblem, das ist im Augenblick ja sehr en vogue, würde ich sagen, und wird von allen Seiten gefordert und auch diskutiert. Man muss allerdings sagen, dass



mit den tatsächlichen Daten nicht lauter umgegangen wird. Man findet immer in der Presse die Angabe von 90 000 Schwangeren aus den Vereinigten Staaten, die nun schon herangezogen werden können für die Sicherheit des Impfstoffs in dieser Gruppe. Das stimmt so nicht. Von diesen 90 000 sind es etwa 5 000, die wirklich soweit nachverfolgt sind, dass man sie aus einem laufenden Review, also sozusagen Real-World-Data, akzeptieren kann. Zusammengefasst: Die Sicherheitsdaten für die Impfung bei Schwangeren sind noch sehr limitiert, das muss man sagen. Das widerspricht dem, was öffentlich verkündet wird und auch von einigen Fachgesellschaften gesagt worden ist. Man muss auch sagen, dass es keine einzige abgeschlossene, kontrollierte Studie dazu gibt. Zusammengefasst: Es gibt bislang keinen Hinweis darauf, dass eine Schädigung eintreten könnte. Aber aus Sicht der STIKO wie gesagt, der evidenzbasierten Forderung, der Evidenzbasierung ist die Datenlage im Augenblick unzureichend, um eine generelle Empfehlung für Schwangere aussprechen zu können. Wir glauben, ein gangbarer Weg wäre, dass man die Möglichkeit der Impfung auf der Basis einer freien informierten Entscheidung, das ist auch Vorstellung des Ethikrats, verbessern kann. Aber eine generelle Impfeempfehlung für Schwangere wird es auf der derzeitigen Datenbasis von Seiten der STIKO nicht geben. Bei den Kindern steht es noch nicht an, wenn ich gleich anschließend antworten darf, vor allem nicht bei den kleineren Kindern. Auch bei den Kindern ist es nicht so ganz unproblematisch. Natürlich freuen wir uns, dass man vor allen Dingen bald Kinder zwischen 12 und 16 Jahren impfen kann, die eine schwere Vorerkrankung haben, sprichwörtlich die Trisomie 21. Aber ich glaube nicht, dass es so schnell eine STIKO-Empfehlung für eine generelle Impfeempfehlung dieser Gruppe gibt. Auch da ist es wieder das Problem der Evidenzbasierung und der Datenlage.

Der **Vorsitzende**: Dann gehen wir mit dem Frage recht jetzt weiter zur SPD und dort sind es auch sieben Minuten und Frau Fahimi stellt die erste Frage.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Vielleicht an alle anderen Sachverständigen, nicht wundern, dass wir uns jetzt auf Prof. Dr. Mertens konzentrieren. Er hat nur bedingt Zeit und wir kommen dann sicherlich auch

noch zu den anderen Sachverständigen. Herr Prof. Dr. Mertens, ich würde noch einmal gerne vertiefen wollen. Sie haben gerade beschrieben, wie die Parameter zur Impfpriorisierung sind. Die sind, glaube ich, soweit auch nachvollziehbar. Gleichwohl stellt sich natürlich jetzt zunehmend die Frage des besonderen sozioökonomischen Risikos, das sich abbildet in Haushalten mit geringem Einkommen beziehungsweise in bestimmten Wohnquartieren. Wie lässt sich das eigentlich in einer Impfpriorisierung wirklich gut abbilden? Für mich stellt sich schon die Frage, ob nicht zumindest eine gewisse Flexibilisierung, faktisch sowieso, durch Haus- und Betriebsärzte erfolgt, und man dann jenseits von Modellprojekten vielleicht auch flächendeckend den Ländern und Kommunen ermöglichen sollte, gezielt in bestimmte Wohnquartiere reinzugehen. Deswegen die Frage, ob wir nicht zumindest eine Flexibilisierung brauchen oder wie wir diesen Aspekt in der Impfpriorisierung abbilden können? Zum Zweiten würde mich interessieren, wenn wir jetzt die Kinder und Jugendlichen ab 12 Jahre tatsächlich impfen können, sollen, dürfen, wo sehen Sie diese dann in der Impfpriorisierung?

ESV **Prof. Dr. Thomas Mertens** (em. Ärztlicher Direktor (Institutsdirektor) Institut für Virologie, Universitätsklinikum Ulm): Die Flexibilisierung gibt es bereits. Wenn Sie in die aktuelle Impfeempfehlung reinschauen, ist es einmal die Öffnungsklausel, die genau diesen Punkt anspricht, nämlich Menschen mit besonderen Lebensbedingungen. Das ist das Eine. Wir werden in der jetzigen Aktualisierung, um diesem Bedürfnis entgegenzukommen, den Begriff ganz klar in die Tabelle reinschreiben, obwohl er im Prinzip schon drin steht. Ich glaube, diese Flexibilisierung ist durch die aktuelle STIKO-Empfehlung bereits gegeben. Ich möchte aber an dieser Stelle darauf hinweisen, das Ende der Priorisierung ist in der aktuellen STIKO-Empfehlung mit der Stufe 6 bereits drin. Denn Stufe 6 sind die 45 Millionen Menschen, die keinen besonderen Grund für die Impfung haben. Es wird immer so getan, als müsste die STIKO noch einmal irgendwie das Ende der Impfpriorisierung verkünden. Dazu besteht kein Anlass. In allen bisherigen Versionen unserer Empfehlung steht am Ende schon die Öffnung mit den genannten 45 Millionen drin. Die andere Frage bezog sich noch einmal auf die Kinder. Natürlich ganz klar, ich sagte es schon, Kinder mit einem entsprechenden gesundheitlichen Risiko kann man



dann impfen, auch ohne dass man Off-Label-Use betreibt. Das ist natürlich sehr zu begrüßen. Ich glaube nicht, das sagte ich bereits, dass wir von Seiten der STIKO sofort eine generelle Impfempfehlung für alle Kinder dieser Altersgruppe aussprechen werden auf Grund der Datenlage. Insofern gibt es auch, aus meiner Sicht im Augenblick kein spezifisches Problem der Priorisierung. Für die kleineren Kinder werden die Studien erst im Herbst oder Ende des Jahres erwartet. Da gibt es noch Zeit genug, sich das zu überlegen und auch zu hoffen, dass es dann mehr Daten gibt.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Dann werde ich gleich weiterfragen. Ich habe eine Frage an Herrn Rosenbrock. Ich würde gerne Ihre Einschätzung wissen wollen. Wenn wir Kinder ab dem 12. Lebensjahr in die Impfkampagne aufnehmen würden, haben Sie dann schon eine Einschätzung, ob wir das besser über ihr unmittelbares Umfeld, über die Kinderärzte durchführen lassen sollten, oder ob man gezielt über die Schulen geht, um auch alle zu erreichen, jetzt unabhängig davon, wann es soweit ist, dass wir tatsächlich dort auch einsteigen und mit welcher Priorität? Ich frage das deswegen, weil wir einerseits natürlich ein gewissen Abdeckungsgrad und eine Effizienz haben wollen, weil andererseits aber auch Aufklärung und eben auch die psychische Konstellation der Kinder berücksichtigt werden müsste. Was würden Sie eher empfehlen? Können Sie dazu eine Aussage machen: Kinderärzte oder direkt an der Schule?

ESV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes - Gesamtverband e. V.): Ich glaube, dass für beide Zugangswege gute Gründe, aber auch Hindernisse bestehen. Die Kinderärzte sind natürlich vertraut mit den Familien, mit den Kindern. Da ist auch die Aufklärung am einfachsten und auch die logistische Abwicklung der Impfung sicherlich am einfachsten. Die Schulen sind gut trainiert in Corona-Angelegenheiten, in Hygieneregeln und im Schicht- und Wechselunterricht und so weiter. Sie sind mittlerweile auch gut sensibilisiert, um Beratungsfragen auffangen zu können. Man müsste dann natürlich entsprechende Impfteams haben, die in den Schulen präsent sind und auch beraten. Aus heutiger Sicht, ohne das genau durchdacht zu haben, würde ich

sagen, man müsste sich heute vorbereiten, auf beiden Impfwegen sofort stark und massiv loszulegen, wenn die STIKO grünes Licht gibt.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Dann würde ich gerne eine letzte Frage an Frau Prof. Dr. Buyx stellen. Wie bewerten Sie in der ethischen Dimension die Frage, ob wir in diese besonderen sozialen Wohnlagen noch einmal mit einer besonderen Aufmerksamkeit vordringen sollten? Ist das, auch vor dem Hintergrund des Gerechtigkeitsempfindens in der Gesellschaft, empfehlenswert oder eher kontraproduktiv?

ESVe **Prof. Dr. Alena Buyx** (TU München, Fakultät für Medizin; Vorsitzende Deutscher Ethikrat): Wenn die Priorisierung, die für die initiale Knappheit gedacht war, auslaufen kann, wenn alle diese Gruppen ein Angebot gehabt haben, dann würde ich es für sehr sinnvoll halten, ganz gezielt in die Breite zu gehen und gezielt die Gruppen aufsuchen, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Das sind zunehmend jüngere Menschen. Aber es gibt auch besondere Risikokonstellationen, in bestimmten Vierteln beispielsweise. Das würde ich auch mit Blick darauf, dass man dort nicht nur hohe Risiken hat, sondern auch besondere Belastungen, durchaus befürworten. Ein letzter Satz: Die Priorisierung sollte nie die gesamte Bevölkerung in eine Art Rangfolge bringen. Das ist so ein bisschen ein Missverständnis. Es ging wirklich um diese erhebliche initiale Knappheit und um die Menschen mit den höchsten Risiken, schwer zu erkranken, zu versterben oder mit beruflicher Indikation. Deswegen kann man flexibler sein, wenn das ausläuft, und beispielsweise Schulen in den Blick nehmen oder sogenannte „Brennpunktviertel“.

Abg. **Sebastian Münzenmaier** (AfD): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Thiesen. Es ist so, dass die Rechte von geimpften und genesenen Personen auch von immunologischen Parametern, wie dem Nachweis oder der Dauer der Immunisierung, abhängen. Die Gesellschaft für Virologie hat in einer heute vorgelegten Stellungnahme geschrieben, dass die Dauer der durch Impfung erworbenen Immunität noch nicht bekannt ist. Also kann auch zur Dauer der Risikoreduktion einer Virusübertragung nach der Impfung keine Aussage getroffen werden.



Wie bewerten Sie, als Direktor des Instituts für Immunologie, vor diesem Hintergrund die heute durch den Bundestag beschlossenen Erleichterungen und Ausnahmen nur für Geimpfte und Genesene beispielsweise bei den Kontaktbeschränkungen?

ESV Prof. Dr. Hans-Jürgen Thiesen (Universitätsmedizin Universität Rostock, Direktor des Instituts für Immunologie): Erst einmal ist es für mich eine große Ehre, dass ich jetzt hier von Ihnen eingeladen worden bin. Ich hoffe, dass man mir auch erlaubt, einen anderen Standpunkt vorzutragen als das, was Sie sonst in den Medien hören. Das Interessanteste ist vielleicht ein Hinweis, das haben Sie vielleicht alle schon gestern in der Welt auf Seite 20 gelesen, da können Sie sich genauer informieren, das halte ich für hochinteressant. Wir haben 123 000 Publikationen über Corona. Da den Überblick zu behalten, ist relativ schwierig. Ich habe hier eine PowerPoint, die wollte ich Ihnen gerne zeigen. Eigentlich hätte man die schon vor einem Jahr diskutieren müssen. Es geht um Folgendes: Da möchte auf dieses hier hinweisen, und zwar, das kennen Sie alles. Ich möchte mich auch bei Herrn Prof. Dr. Mertens bedanken, denn was Sie in den letzten Monaten vertreten haben, das findet meine volle Unterstützung. Was Sie hier sehen, das wissen Sie auch mittlerweile alle: dass die ältere Generation besonders stark gefährdet ist, aber die Jüngeren bisher nicht gestorben sind. Dort stellt sich doch die Frage, ob nur bestimmte Menschen sterben oder beziehungsweise schwer erkranken? Diese Frage ist davon abhängig, jetzt kommt mein Fachgebiet die Immunologie, die ist nicht autark, sondern sie ist ein Produkt des Genoms; und die Todesfälle, die Sie sehen, sind abhängig vom Alter. Dass ist das, was wir wissen. Und das macht uns in der Wissenschaft Schwierigkeiten, weil wir uns bisher in Deutschland oder eigentlich auf der ganzen Welt immer nur mit Immunsystemen und mit dem COVID-19- und Corona-Patienten beschäftigt haben. Aber eigentlich haben wir nie daran gedacht, dass man sich auch einmal Gedanken machen muss, dass wir Menschen unterschiedlich sind. Ich bitte Sie wirklich, darüber nachzudenken, ob wir nicht versuchen sollten, das menschliche Genom mit in die Untersuchung einzubinden. Dazu gibt es jetzt schon Vorarbeiten. Ich verweise hier auf Prof. Wies [phonetisch] und auch auf meine Interaktionen, die hier abgebildet sind. Wenn wir wirklich impfen

wollen und gezielt impfen wollen, dann brauchen wir mehr Wissen. Für dieses Wissen reicht es nicht aus, dass Sie Blut abnehmen und zwei unterschiedliche Antikörper bestimmen, sondern wir müssen immer wissen, wo kommt das Blut her, welcher Patient ist gemeint. Dann kommen die ganzen Komorbiditäten rein, das Alter, das Gewicht und andere Dinge und das Genom. Ethikvoten liegen vor, Pilotexperimente sind gemacht worden. Wir müssten etwa 500 bis 700 Genome komplett sequenzieren und das kostet 1 500 Euro. Das Geld ist auch da. Was müsste gemacht werden? Herr Prof. Wies [phonetisch] müsste sich nur mit Prof. Kroemer von der Charité unterhalten, dann könnten wir dieses Projekt durchführen mit Unterstützung von Herrn Cichutek. Ich meine, es tut mir Leid, dass ich sagen muss, dass ich das hier entwickelt habe. Aber ich muss Ihnen sagen, es gibt fast nichts besseres, als das, was Sie hier sehen. Ich bin bereit, nicht jetzt in Talkshows aufzutreten, sondern ich bin bereit, mich mit den besten Spezialisten Deutschlands, Europas oder auch der Welt zusammenzusetzen und moderierend zwischen den Disziplinen tätig zu werden, um zu diskutieren, ob man dieses umsetzen sollte oder nicht. Und das Interessante ist, in Deutschland oder auch in den Medien und auch Sie freuen sich natürlich darauf, dass die Impfungen so gut funktionieren. Aber Sie werden sich daran erinnern, Sie werden es auch bedauern, dass wir in dieser Phase diese Studie nicht durchgeführt haben. Denn wenn wir die Patienten jetzt impfen, dann sehen wir diese Bilder nicht mehr. Dann verweise ich auf den Artikel in der Welt, in dem ganz eindeutig drinsteht, dass die Älteren einen geringeren Schutz haben. Wir müssen unterscheiden, welche Impfstoffe wir verwendet haben. Wir haben hier einen super Flickenteppich. Sie wissen ganz genau, dass wir seit Januar impfen und die Impfungen bis September gehen. Jeder soll einen Impfausweis bekommen und vertraut darauf, wir vertrauen oder Sie vertrauen darauf, dass jeder Mensch sich gleich verhält ...

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP): Ich möchte gerne Prof. Dr. Battis fragen. Wie bewerten Sie die Debatte um die Ausübung von Grundrechten für Immunisierte und Genesene? Diese Frage ist erst einmal ganz offen.



ESV **Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Battis** (Humboldt-Universität zu Berlin, Emeritus der Juristischen Fakultät): Die Frage lässt sich sehr einfach beantworten. In der Fachdiskussion und in der politischen Diskussion werden verschiedenste Gesichtspunkte angesprochen. Die grundrechtliche Dimension kommt entschieden zu kurz. Das liegt daran, dass die Juristen einen beschränkten Blickwinkel haben. Aber für die Richtigkeit und für die Ausübung von Rechten ist nun einmal das geltende Recht maßgeblich. Es kommt nicht auf allgemeine Gerechtigkeitserwägungen und Ähnliches an, sondern es geht darum, was im Gesetz steht. Die Grundrechte dürfen, das ist ganz einfach, und das ist auch durch die jüngste Entscheidung von gestern wieder bestätigt worden, nur eingeschränkt werden, wenn dafür ein besonderer Grund vorliegt. Dass das Gericht gestern Abend nicht den Anträgen stattgegeben hat, war vorauszusehen, weil, und ich habe das auch vorher öffentlich schon mitgeteilt, es einfach eine einstweilige Verfügung war. Aber das Gericht hat ausdrücklich angekündigt, dass es sehr sorgfältiger Prüfungen der meisten Regelungen bedarf, die jetzt getroffen worden sind.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Ich würde fortfahren und bitten, vielleicht auch die heute beschlossene Verordnung grundrechtlich einzuordnen. Werden aus Ihrer Sicht die Freiheitsrechte Geimpfter in ausreichendem Maße wiederhergestellt?

ESV **Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Battis** (Humboldt-Universität zu Berlin, Emeritus der Juristischen Fakultät): Die Verordnung ist ein Schritt in die richtige Richtung, aber sie geht unter grundrechtlichen Aspekten nicht weit genug, um es ganz deutlich zu sagen. Es ist einmal gesagt worden, es gibt kein Grundrecht auf Party. Es gibt ein Grundrecht auf Party. Das ist die allgemeine Handlungsfreiheit. Wenn ein Geimpfter oder eine Geimpfte nicht mehr infektiös ist und dies feststeht, dann hat sie auch ein Grundrecht auf Party. Vor allen Dingen wird bisher zu wenig berücksichtigt, dass auch Gewerbebetriebe, also Restaurants zum Beispiel oder Hotels, das Recht haben, ihren Beruf auszuüben und nur eingeschränkt werden dürfen, soweit dies notwendig ist. Wenn sie nur Geimpfte oder eben Genesene, die nicht infektiös sind, aufnehmen wollen, dann muss ihnen das gestattet werden.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Wir haben heute mit einem Entschließungsantrag unsere eigenen Vorstellungen als FDP-Fraktion formuliert und haben gesagt, dass unsere Vorstellung eigentlich wäre, dass geimpfte und genesene Personen ganz grundsätzlich erst einmal von den Maßnahmen zur Bekämpfung des Corona-Virus ausgenommen werden. Hier wüsste ich gerne von Ihnen, ob das der richtige Schritt wäre?

ESV **Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Battis** (Humboldt-Universität zu Berlin, Emeritus der Juristischen Fakultät): Aus dem, was ich gerade gesagt habe, ergibt sich, dass es nicht genug ist. Ich meine, nicht völlig ausnehmen, das geht natürlich nicht. Die AHA-Regeln müssen einfach aus Praxisgründen natürlich für alle und ausnahmslos gelten. Es sei denn, es ist medizinisch gerechtfertigt. Aber es wird bisher viel zu wenig berücksichtigt, dass Geimpfte, die zumindest für eine gewisse Zeit gesichert nicht infektiös sind, und auch Genesene unabhängig von sozialen Überwägungen und Neiddebatten und Gerechtigkeitsdebatten, wie sie außerhalb der Gesetze geführt werden ... in den Gesetzen kommen diese Debatten überhaupt nicht vor. Das ist völlig irrelevant. Ich muss das so deutlich sagen, das wird bisher zu wenig berücksichtigt.

Abg. **Katja Kipping** (DIE LINKE.): Ich möchte mich aus Zeitgründen, wir haben nur begrenzte Fragezeit, zunächst auf die soziale Dimension auch bei der Impfpriorisierung beschränken. In der vorangegangenen Anhörung hat Frau Prof. Dr. Grill noch einmal darauf hingewiesen, dass man beengte Wohnquartiere, wenn Menschen beengter in Mehrfamilienhäusern wohnen, einen besonders hohen Grad der Verbreitung haben. Wir wissen zudem seit längerem aus verschiedenen Studien, da gibt es die der Universität Düsseldorf zusammen mit der AOK, dass langzeiterwerbslose Menschen mit Hartz-IV-Bezug im Falle einer Infektion ein 84-prozentig höheres Risiko der Hospitalisierung haben. Eine andere Studie der BARMER hat erbracht, dass Leiharbeitende ein dreimal höheres Risiko auch wiederum zur Behandlung im Krankenhaus im Falle einer Infizierung haben. Das liegt nicht daran, dass diese Menschen unvorsichtiger sind, sondern, so glaube ich, daran, dass das etwas mit dem generellen Immunsystem und dem Zustand zu tun hat.



Meine Frage richtet sich zu aller erst an Herrn Rolf Rosenbrock. Sollte sich nicht auch diese Dimension stärker in der Impfpriorisierung auswirken?

ESV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband e. V.): Das Kompetenznetzwerk Public Health COVID-19 ist ein Zusammenschluss von mehr als 20 Fachgesellschaften aus der Sozialmedizin etc. Es hat bereits im Frühjahr 2020, damals noch auf Studien aus Großbritannien und den USA gestützt, darauf hingewiesen, dass Menschen in Armutslagen ein ungefähr doppelt so hohes Infektionsrisiko tragen, wie wohlhabende Menschen. Das erklärt sich plausibel und vollständig: Erstens, aus den beengten Wohnverhältnissen; zweitens, aus Arbeitsbedingungen, in denen Abstände und Lüftung Infektionsrisiken in sich bergen; drittens, aus den notwendigerweise häufigeren Benutzung des ÖPNV; viertens, aus dem wohlbekanntem Präventionsdilemma, das besagt, dass Präventionsbotschaften gerade bei den Menschen am schlechtesten ankommen, die sie am dringendsten brauchen. Wir haben bereits damals darauf hingewiesen, dass Armut neben Alter und Vorerkrankungen ein starker Prädiktor für eine Infektion ist und schon damals wär für diese Zielgruppen spezifische Präventionskampagnen für die damit umrissenen Bevölkerungsgruppen wegen der starken Überlappung und mit Armutslagen auch für Menschen mit Migrationshintergrund notwendig und nötig gewesen. Das ist, wie so viele Hinweise aus dem Bereich Public Health, für die Primärprävention nicht aufgegriffen und nicht gemacht worden. Die Folgen sehen wir heute in der Krankenversorgung einschließlich der Intensivbettenbelegung. Denn nicht nur das Infektionsrisiko ist bei armen Menschen erhöht, sondern sie sind auch wegen ihrer Armut gleich vierfach stärker von der Pandemie betroffen. Zweitens, sind sie infiziert, haben sie ein erheblich höheres Risiko für einen schweren Verlauf oder gar den Tod. Das liegt zum einen daran, dass die bekannten Vorerkrankungen und Risikofaktoren in den unteren Sozialschichten sehr viel häufiger auftreten als in den oberen Sozialschichten. Es liegt zum anderen daran, dass Armut bekanntlich sehr häufig Dauerstress bedeutet und Dauerstress das Immunsystem schwächt. Menschen aus Armutslagen sind deshalb erheblich vulnerabler und die in Deutschland ohnehin sehr ausgeprägte sozialbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen ist gewissermaßen der

Humus, zu der die coronabedingte Ungleichheit verschärfend hinzukommt. Drittens, leiden Menschen in Armutslagen auch erheblich stärker als wohlhabende Menschen unter der Corona-Prävention, namentlich unter dem Lockdown. In den kleineren, beengten Wohnungen sind sie unter anderem auch mit den Problemen ihrer Kinder beim Home-Schooling und mit Bildungsabbrüchen etc. konfrontiert. Viertens, leiden Menschen aus Armutslagen auch stärker unter den ökonomischen und sozialen Folgen der Pandemie. Das werden die nächsten Jahre zeigen. Bei der Impfpriorisierung wurden ausschließlich physische Faktoren, also Alter und Vorerkrankungen und berufliche Expositionen, berücksichtigt. Soziale Faktoren wie Armut oder gar Wohnungslosigkeit wurden nicht berücksichtigt. Das ist leider nicht ganz untypisch für unsere Gesundheitspolitik. Es ist deshalb aus meiner Sicht höchste Zeit, diese absehbare Schiefelage im Infektionsschutz zu beseitigen und in diesen Gruppen niedrigschwellig zu impfen. Schließlich tut COVID-19 nichts anderes, als alle Infektionsseuchen in der Geschichte getan haben, die Epidemie geht die soziale Stufenleiter nach unten. Es ist deshalb mehr als höchste Zeit, bei besonders vulnerablen Gruppen ohne bürokratische Schwellen zu impfen. Köln-Chorweiler kann nur ein Modellprojekt sein, das schnellstens verallgemeinert werden sollte. Auch die Straßenkliniken und Ambulanzbusse in Berlin zum Beispiel oder die Jenny De La Torre Stiftung oder die Malteser oder wer auch immer medizinisch bei Menschen ohne Versicherung unterwegs ist, sollten jetzt prioritär Impfstoff erhalten. Derzeit natürlich am besten den von Johnson & Johnson, weil der nur einmal geimpft werden muss. Denn die Termintreue für eine Zweitimpfung ist in diesen Gruppen aus verschiedenen Gründen bekanntlich besonders schwierig.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne an die Sachverständige Frau Prof. Dr. Ciesek eine Frage richten. Frau Prof. Dr. Ciesek, es ist so, dass die Politik aber auch die Gerichte in ihren Entscheidungen darüber, welche Schutzmaßnahmen angemessen sind und was erforderlich ist, sehr darauf angewiesen sind, eine realistische Lageeinschätzung von den objektiven Gefahren zu bekommen. Vielleicht können Sie uns aus medizinischer Sicht noch einmal helfen, zu verstehen. Wie schätzen Sie in dem Zustand, in dem wir in Deutschland im Moment sind, die Lage



medizinisch ein und wie groß ist das Risiko im Detail für Escape-Mutationen, Transmissionen bei Geimpften oder auch Impfstoffversagen bei Geimpften?

ESVe **Prof. Dr. Sandra Ciesek** (Universitätsklinikum Goethe-Universität Frankfurt, Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie): Man muss sagen, dass insgesamt die Impfstoffe, die im Moment zugelassen sind, eine hohe Wirksamkeit haben, auch bei B.1.1.7. Vor allen Dingen ist die Effektivität hoch, wenn man auf schwere Verläufe oder Tod schaut. Das sind um die 90 Prozent. Es gibt aber Einzelfälle von Infektionen nach der Impfung mit schwerem und tödlichem Verlauf. Wir gehen davon aus, dass das mit der Dauer der Impfung natürlich zunehmen wird. Es gibt Beispiele aus den USA, dass man bei 75 Millionen Durchgeimpften 5 800 Fälle von Durchbruchinfektionen hat. Diese Zahl ist sicherlich unterschätzt, weil viele asymptomatisch vielleicht nicht erkannt werden. Aber davon mussten immerhin sieben Prozent ins Krankenhaus und 1,3 Prozent, also 74, sind gestorben. Es ist also sehr selten, aber möglich. Zur Transmission kann man sagen, dass die Zahlen zwar sehr gut sind aber nicht 100 Prozent. Das heißt, dass sich Menschen auch nach der Impfung infizieren und auch das Virus weitergeben können. Die Gesellschaft für Virologie hat eine kurze Stellungnahme dazu geschrieben. Hier kann man das und auch die Studien dazu, dass die Transmission bei vollständig Geimpften reduziert ist, noch einmal nachlesen. Es gibt Studien aus Schottland, die ungefähr 60 Prozent nennen. Das ist halt nicht null, das muss man dazusagen. Es ist möglich. Was wir jetzt für den Alltag empfehlen würden, ist, dass man unterscheidet, ob ein Geimpfter, ein vollständig Geimpfter mit jemandem, der auch vollständig geimpft ist, zusammentrifft. Das ist eine andere Situation, als wenn man Geimpfte mit Nichtgeimpften zusammentreffen lässt. Das muss man ganz klar unterscheiden. Bei zwei vollständig Geimpften sehen wir das virologisch nicht als erforderlich, unbedingt Einschränkungen zu haben. Aber wenn ein Geimpfter mit Nichtgeimpften zusammenkommt, dann müssen die AHA-L-Maßnahmen aus unserer Sicht weiter fortgeführt werden, bis diese Person auch geimpft wurde. Zu den Escape-Mutationen kann man sagen, dass wir sehen, dass die Impfstoffe auch bei den Variants of concern eine Wirkung haben. Sie ist zum Teil geringer, aber sie ist

nicht null. Wie kann verhindern, dass es zu Escape-Mutationen kommt? Ich denke, es gibt mehrere Möglichkeiten. Das eine ist die Infektionszahl insgesamt niedrig zu halten. Außerdem müssen wir uns auch darum kümmern, dass in Entwicklungsländern diese Escape-Mutationen entstehen können. Deshalb müssen diese Länder mit Impfstoffen versorgt werden. Wir müssen auch auf die Personen mit starker Immunsuppression schauen, weil gerade bei diesen durch eine über Wochen oder Monate verlängerte Infektion natürlich Escape-Mutationen leichter entstehen können. Das sind die größten Baustellen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielleicht an den letzten Punkt anknüpfend nachgefragt: Wenn man versucht, das zu quantifizieren, gehen wir richtig in der Annahme, dass Escape-Mutationen zwar eine abstrakte Gefahr sind, man aber konkret nicht damit rechnen muss, dass sie auftreten, oder gibt es eine konkrete Gefahr, dass das passieren kann?

ESVe **Prof. Dr. Sandra Ciesek** (Universitätsklinikum Goethe-Universität Frankfurt, Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie): Das kann man nicht so genau sagen. Ein Virus mutiert zufällig und nicht geplant. Es ist eine Zufallsmutation, die entsteht, und bestimmte Mutationen führen dann dazu, dass sie einen virologischen Vorteil haben und sich durchsetzen oder vermehren können. Wie gesagt, um das gering zu halten, ist es insgesamt wichtig, die Infektion niedrig zu halten, damit das Virus gar nicht erst eine Möglichkeit hat, sich stark zu vermehren. Und man muss natürlich auch ein besonderes Augenmerk auf die Gruppen haben, wo das passiert. Das sind Immunsuppressive oder Immunsupprimierte, die eine längere Infektion haben. Hier denke ich, muss man in Zukunft ein bisschen schauen. Was vielleicht auch noch für die Gesamtsituation oder die Gesamtdiskussion wichtig ist: Wir wissen nichts Genaues über die Dauer des Schutzes. Wir wissen nicht genau, wie lange die Impfungen wirken, wie lange jemand, der eine Infektion durchgemacht hat, geschützt ist. Im Moment gehen wir davon aus, dass sechs Monate sehr gut sind. Aber was danach im Herbst zum Beispiel mit den Erstgeimpften ist, das wird sich im Laufe der Zeit zeigen und sicherlich auch in Studien zeigen.



Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Ich würde beginnen mit einer Frage an Herrn Prof. Brenner. Wir hatten gerade schon einmal über die notwendigen Erleichterungen für geimpfte und genesene Personen gesprochen. Dazu haben wir in dieser Woche eine Rechtsverordnung, die der Bundestag beschließt. Wir würden Sie diese auch im Sinne einer Angemessenheit beurteilen? Ist die Rechtsverordnung in dieser Form ausreichend, oder müsste sie weitergehend sein? Was den formalen Weg betrifft, haben wir im 4. Bevölkerungsschutzgesetz eine Delegationslösung gewählt, also eine Verordnungsermächtigung für die Erleichterungen der Geimpften. Wie würden Sie diesen Weg der Verordnung verfassungsrechtlich beurteilen? Der Hintergrund ist, dass man flexibel reagieren möchte.

ESV **Prof. Dr. Michael Brenner** (Friedrich-Schiller-Universität Jena, Lehrstuhl für Deutsches und Europäisches Verfassungs- und Verwaltungsrecht): Ich will zunächst grundsätzlich in Erinnerung rufen, dass jeder Grundrechtseingriff, egal welcher Art er ist, einer hinreichenden verfassungsrechtlichen Rechtfertigung bedarf. Wir brauchen immer einen hinreichenden gesetzgeberischen Zweck, damit Grundrechte eingeschränkt werden können. Das gilt natürlich auch im Zusammenhang mit diesen ganzen Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie. Dieser öffentliche Zweck, der für die Grundrechtseinschränkungen ins Feld geführt wurde und nach wie vor wird, ist natürlich der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und damit auch der Schutz der Gesundheit der einzelnen Individuen. Wenn aber sichergestellt ist, dass von einem einzelnen Individuum nicht mehr eine Gefahr für die Allgemeinheit ausgeht, und diese Person auch nicht Gefahr läuft, sich selber zu gefährden, dann ist eigentlich ein sachlicher Grund für die Fortgeltung der Grundrechtseinschränkungen nicht mehr erkennbar. Das heißt, die Legitimation für die Aufrechterhaltung von Grundrechtseinschränkungen ist in diesem Fall verfassungsrechtlich nicht mehr vorhanden und damit sind die Grundrechtseingriffe auch verfassungsrechtlich nicht mehr hinnehmbar. Man kann das an dem Aspekt des nicht mehr vorhandenen sachlichen Grundes verorten. Man kann es auch am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verorten. Wenn ich Grundrechte einschränke, ohne einen sachlichen Grund hierfür in das Feld führen zu können, dann führt das gleich-

ermaßen zur Unverhältnismäßigkeit dieser Maßnahme. Man hört jetzt immer wieder, dass noch ein bisschen ein Restrisiko vorhanden ist. Diese Auffassung scheint, wenn ich das richtig sehe, das Robert Koch-Institut jedenfalls nicht zu verfolgen. Aber selbst wenn ein minimales Restrisiko vorhanden ist, dass entweder von genesenen oder geimpften Personen eine Ansteckungsgefahr ausgeht, dann, meine ich, muss die Rechtsordnung dieses Restrisiko hinnehmen. Es ist ein minimales Restrisiko. Wir haben auch in anderen Bereichen immer mit Restrisiken gearbeitet. Ich erinnere an das Atomrecht. Auch da war immer ein kleines Restrisiko vorhanden. Das heißt, die Rechtsordnung und die Gesellschaft nehmen solche Restrisiken hin. Wenn ich richtig sehe, sind diese im Falle einer Ansteckungsgefahr, die von einem Geimpften ausgeht, minimal. Deswegen ist auch dieses Restrisiko oder dieser Gedanke des Restrisikos eigentlich nicht geeignet, um die Fortdauer von Grundrechtseinschränkungen für Genesene und für Geimpfte aufrechtzuerhalten. Es ist auch ganz verfehlt, wenn ich das noch sagen darf, immer von einer Privilegierung Geimpfter oder Genesener zu sprechen. Es ist nicht die Privilegierung, die in Rede steht, sondern es geht um die Wiederherstellung der grundrechtlichen Normallage, also ein Rückführen auf den Freiheitsschutz, den die Grundrechte gewährleisten. Hier von einer Privilegierung zu sprechen, ist vollkommen neben der Sache. Das hat mit der Privilegierung überhaupt nichts zu tun. Was Sie in Ihrer zweiten Frage angesprochen haben, war die Frage nach der Verordnung und nach den Erleichterungen, die durch die Verordnung geschaffen worden sind. Hier meine ich, dass gerade für solche Konstellationen eine Verordnung in der Tat das richtige Instrument ist. Es geht ja darum, die Zuständigkeitsbereiche von Legislative und Executive gegen einander abzugrenzen. Wenn im Gesetz, das ist etwa auch in § 28b des Infektionsschutzgesetzes enthalten, das Programm hinreichend klar ist, wenn also in der Ermächtigungsgrundlage hinreichend klar bestimmt ist, was der Ordnungsgeber tun darf, also Inhalt, Zweck und Ausmaß hinreichend bestimmt sind, bestehen keine Bedenken dagegen, dass der Ordnungsgeber solche Befreiungsregelungen trifft. Im Gegenteil, der Vorteil der Ordnungsrechtsform ist gerade, dass der Ordnungsgeber sehr schnell reagieren kann, und, wenn es sein muss, von heute auf morgen eine neue Verordnung



auf den Weg bringen kann. Allein das Gesetzgebungsverfahren zu dieser „Bundesnotbremse“ hat fast zwei Wochen oder über zwei Wochen gedauert. Das ist doch relativ lang. Die Verordnung hat nun gerade die Möglichkeit, schnell auf neue Situationen, auch auf neue Mutationen möglicherweise zu reagieren. Deswegen meine ich, spricht verfassungsrechtlich überhaupt nichts dagegen, dass solche Priorisierungen oder auch solche Befreiungen mit dem Rechtsinstitut der Rechtsverordnung bewirkt werden. Sie hatten noch gefragt, Frau Abgeordnete, nach dieser durch den Bundestag mittlerweile verabschiedeten Rechtsverordnung. Ich meine, diese Verordnung weist den richtigen Weg, indem sie eben gewisse Grundrechte wiederherstellt oder gewisse Verbote für Genesene und Geimpfte aufweicht oder wieder zurückführt. Aber ich denke auch, dass das nur ein erster Schritt sein kann. Wir haben viele Grundrechte, die durch die einschränkenden Maßnahmen betroffen sind. Ich denke an die Eigentumsgarantie, ich denke vor allem an Artikel 12, an die Berufsfreiheit aller Gastromomen und Hoteliers. Auch mit Blick auf diese Personengruppen meine ich, wird der Gesetzgeber oder der Ordnungsgeber relativ schnell nacharbeiten müssen und überlegen müssen, wie er diesen Personen wieder den teilweisen oder vollumfänglichen Grundrechtsschutz herstellt. Also die Verordnung, die auf den Weg gebracht wurde, ist richtig. Aber es ist nur der erste Schritt.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Buyx. Sie und der Ethikrat insgesamt haben in der Vergangenheit eigentlich immer sehr differenzierte Stellungnahmen abgegeben, die nicht nur gesundheitspolitisch, nicht nur grundrechtspolitisch, nicht nur sozial- oder auch nur wirtschaftspolitisch waren. Wie beurteilen Sie die letzte Debatte? Sie selbst als Person, zumindest habe ich es im Fernsehen sehr häufig gesehen, haben den Begriff Neiddebatte ins Spiel gebracht. Meine Frage ist: Wie schaffen wir es, aus dieser vermeintlichen Neiddebatte eine sogenannte Gönndebatte zu machen? Was würde der Ethikrat uns raten, damit wir auch vor die Lage bestimmter gesellschaftlicher Diskussionen kommen?

ESVe **Prof. Dr. Alena Buyx** (TU München, Fakultät für Medizin; Deutscher Ethikrat, Vorsitzende): Wir haben im Ethikrat und ich hoffe auch ich persönlich weder von Privilegien noch von Neiddebatten oder Sonstigem gesprochen. Insbesondere mit Blick auf den Neid, ist mir das sehr wichtig. Die gegenwärtig laufende Debatte zum unterschiedlichen Umgang mit Geimpften und noch nicht Geimpften als Neiddebatte zu bezeichnen, reduziert auf ein negativbesetztes emotives Reagieren. Das finde ich sehr verkürzt. In der Tat sehe ich nicht besonders viel Neid. Was man sieht, ist ein durchaus auch aus meiner und der Sicht vieler Ratsmitglieder berechtigtes Anliegen, vorzubringen, dass wir in eine soziale Spannungssituation kommen. Wir haben vom Deutschen Ethikrat gesagt, je sicherer man weiß, dass Menschen nicht mehr infektiös sind, desto eher muss dieser starke Freiheitsbeschränkungen aufheben, also Quarantäne zum Beispiel. Auch die Gleichstellung „geimpft, genesen und getestet“ ist ethisch völlig unproblematisch. Das Beibehalten der Masken und anderer Basismaßnahmen haben wir initial unterstrichen. Aber dieser, wenn ich das einmal so sagen darf, mittlere Bereich der Kontaktbeschränkungen birgt die Problematik, dass nun de facto teils durch Familien hindurch unterschiedliche Freiheitsgrade vorhanden sind. Das betrifft vor allem die junge Generation. Auch wenn ich es den Geimpften von Herzen gönne, ist es doch berechtigt, darauf hinzuweisen, dass wir eine solche Situation haben. Hier wäre meine Empfehlung, dies gestaltend aufzugreifen und anzuerkennen, dass es nicht irgendein billiger Neid ist, sondern dass diejenigen, die zurückgestanden haben und ihren eigenen, ebenfalls grundrechtlich unterfütterten Anspruch auf eine Impfung für die priorisierten Gruppen zurückgestellt haben, jetzt einen doppelten Nachteil haben. Sie sind noch nicht geschützt und sie dürfen weniger. Die anderen haben einen doppelten Vorteil. Das sollte man anerkennen und sollte man politisch gestaltet. Das bedeutet, so schnell wie möglich zu impfen, um diese Phase erstens kurz zu halten und zweitens die Inzidenzen weiter zu erniedrigen, damit möglichst für alle die Beschränkungen aufgehoben werden können. Dann könnte man auch, das ist jetzt ein persönlicher Punkt, darüber nachdenken, ob man gerade der jungen Generation beispielsweise die in vielen Bereichen freiwerdenden Testkapazitäten, die durch den Wegfall der Testpflicht für Geimpfte und Genesene – immerhin 9 Millionen Menschen – stärker



zur Verfügung stellt. Warum nicht einen zweiten Bürgertest für die junge Generation? Warum nicht noch gezielt mehr PCR-Tests dort, wo Antigentests aus Sicherheitsgründen nicht ausreichen sind? Wenn es beispielsweise darum geht, dass Familien bestimmte Reisen gar nicht machen können. Ich würde mir wünschen, dass die Politik das kreativ und wertschätzend gestaltet und von uns allen in der Gesellschaft wünsche ich mir eine gewisse Rücksicht gegenüber der jungen Generation, insbesondere der jungen Generation, die noch eine Weile warten müssen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Herzlichen Dank für die Aufforderung. Ich denke, wir werden uns bemühen. Nun ist bereits über das Thema Genome gesprochen worden, was immer bestimmte Assoziationen mit sich bringt. Was würden Sie sagen, kann man zwischen den Geschlechtern unterscheiden? Wie schätzen Sie diesen Ansatz ein?

ESVe **Prof. Dr. Alena Buyx** (TU München, Fakultät für Medizin; Deutscher Ethikrat, Vorsitzende): Da bin ich, was meine Expertise anbelangt, tatsächlich überfragt und würde die Frage an andere Kollegen weitergeben. Grundsätzlich ist es natürlich wichtig, genomische Faktoren in der Reaktanz auf ein Pathogen immer in den Blick zu nehmen. Dass wir in Deutschland nicht genug sequenzieren, ist, glaube ich, allen Teilen bekannt. Aber ich kann zu dieser spezifischen Fragestellung ad hoc nicht Stellung nehmen. Das müssen Sie mir verzeihen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Dann würde ich die Frage gerne Frau Prof. Dr. Ciesek stellen.

ESVe **Prof. Dr. Sandra Ciesek** (Universitätsklinikum Goethe-Universität Frankfurt, Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie): Ich habe nicht verstanden, ob sich das Genom auf den Menschen oder das Virus bezieht oder auf beide. Das müssten Sie noch einmal ausführen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich persönlich empfinde es als schwierig, diese Debatten zu führen, die wir heute hier geführt haben. Es ist so, dass das Virus zu untersuchen ist. Häufig werden aber mitt-

lerweile auch andere Lebenslagen damit verbunden. Ich wollte wissen, inwieweit eine unserer Expertinnen oder einer unserer Experten dazu einen Kommentar abgeben könnte.

ESVe **Prof. Dr. Sandra Ciesek** (Universitätsklinikum Goethe-Universität Frankfurt, Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie): Ein Beispiel kann ich Ihnen nennen. Heute Nacht ist im Nature Medicine, glaube ich, ein Paper erschienen, in dem dargestellt wird, dass schwere Verläufe zum Beispiel damit assoziiert sind, wie schnell es bei den Patienten zu Antikörperbildung kommt und dass das einen großen Einfluss hat. Wer schnell Antikörper bildet, hat leichtere Verläufe, das war ganz klar assoziiert. Es gibt Risikofaktoren, die mit schweren Verläufen assoziiert sind. Das wissen wir mittlerweile. Es gibt aber noch sehr viele offene Fragen, da haben Sie Recht, weil die Datenerfassung in Deutschland nicht optimal ist. Es wäre schön, wenn man zum Beispiel bei der Datenerfassung auch sozioökonomische Daten erheben würde, zum Beispiel den Beruf, oder in der Allgemeinbevölkerung mit den freien PCR-Kapazitäten Stichproben macht. Das würde uns sicherlich weiterbringen, um alles besser zu verstehen.

Abg. **Stephan Albani** (CDU/CSU): Meine Frage geht ebenfalls an Frau Prof. Dr. Ciesek. Eben ist bei der ethischen Frage so locker hintereinander „geimpft, genesen und getestet“ gekommen. Zumindest bei der Frage der Getesteten müssen wir uns vor Augen führen, dass die Aussagekraft eines Tests, der mit 24 Stunden, man spricht von tagesaktuell, durchaus seine Halbwertszeit hat. Über diese ist nicht unwesentlich diskutiert worden. Es besteht zumindest für den Getesteten durchaus die Gefahr, dass eine Infektion mit unvorhersehbaren Folgen stattfindet. Bei Genesenen und Geimpften sagt man, dass eine Infektion denkbar ist, aber im geringen Bereich liegen würde. Wie würden Sie die Diskussion derzeit einordnen, die bei den Öffnungsmaßnahmen „geimpft, genesen und getestet“ als Äquivalenz sehen und dann aber sagen, dass die Maßnahmen, die derzeit in der Diskussion sind, noch nicht weitreichend genug sind. Müssen wir hier besser differenzieren oder ist Vorsicht angeraten? Denn so locker passen die drei immunologisch doch nicht in einen Pott.



ESVe **Prof. Dr. Sandra Ciesek** (Universitätsklinikum Goethe-Universität Frankfurt, Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie): Da stimme ich Ihnen komplett zu. Ich hatte es schon gesagt, Geimpfte mit vollständigem Impfschema haben zumindest in den ersten Monaten einen sehr hohen Schutz von 65 bis 95 Prozent. Von den Genesenen wissen wir aus Studien, dass in den ersten Monaten ungefähr 80 Prozent Schutz für eine Re-Infektion oder für eine Infektion besteht. Bei den Tests muss man natürlich auch noch einmal unterscheiden, welchen Test man bekommt. Bei den Antigen-tests sieht das ganz anders aus wie bei einem PCR-Test, der in einem Labor durchgeführt wurde und der Abstrich von einem Fachmann durchgeführt wurde, also ein Nasopharyngeal-Abstrich. Diese Tests sind recht zuverlässig, auch mehrere Stunden. Er ist auf jeden Fall zuverlässiger als ein Antigentest, wo wir wissen, dass es auch falsch-negative Befunde gibt. Deshalb haben wir immer schon gesagt, dass ein Antigentest, wie Sie auch sagen, zum Teil eine Momentaufnahme ist und Schwächen hat und die AHA-L-Regeln weiterhin nicht verletzt werden sollen. Das ist neben den AHA-L-Regeln nur eine zusätzliche Sicherheit aber kein Ersatz. Deshalb ist die Formulierung, vom RKI glaube ich, gewesen, dass Geimpfte oder Genesene zumindest kein höheres Risiko haben als Getestete. Das ist sicherlich richtig. Aber man vergleicht ein bisschen Äpfel und Birnen. Mir sind jetzt auch keine vergleichenden Studien bekannt. Das hätte ich gerne nachgeschaut, wenn ich die Frage gekannt hätte. Aber Sie haben Recht, es ist schwierig, alles zu vergleichen. Man muss irgendwo Kompromisse machen und einen pragmatischen Weg finden, denke ich.

Abg. **Stephan Albani** (CDU/CSU): Ich würde dann eine weitere Frage an Sie stellen wollen. Die Frage nach den Kreuzimpfungen, gemischte Impfserien. Was können Sie uns dafür mit auf den Weg geben? Ich würde gerne wissen, ob man das so locker sehen kann, wie manche das tun, und ob eine Studienlage dazu existiert. Denn als jemand, der für Medizinprodukteherstellung zuständig war, weiß ich, was es bedeutet, gegen die eigentliche Zweckbestimmung zu verstoßen. In diesem Fall ist es genau dies. In der Zweckbestimmung eines Herstellers steht mit Sicherheit kein anderer Hersteller

drin. Deshalb die Frage: Wie schätzen Sie das ein? Ist das eine vierte Gruppe, die wir betrachten müssen oder wie würden Sie das klassifizieren?

ESVe **Prof. Dr. Sandra Ciesek** (Universitätsklinikum Goethe-Universität Frankfurt, Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie): Sie sprechen von der Heterologenimpfung, wenn einer einen Vektorimpfstoff bekommen hat und jetzt als zweites einen mRNA-Impfstoff bekommt. Sie haben Recht, es gibt dazu noch keine publizierten klinischen Studien. Es gibt aber aus Maus-Experimenten Daten, die zeigen, dass das sehr gute Immunantworten induziert hat, die im Vergleich fast besser als eine reine Impfung mit dem Vektorimpfstoff sind. Daten und Studienergebnisse dazu erwarten wir in den nächsten Wochen aus Großbritannien. Ich hoffe, dass diese bald publiziert werden. Dann werden wir auch mehr wissen und mehr sagen können. Immunologisch gesehen, wie gesagt, gibt es bisher tierexperimentelle Daten, die aber keine negativen Ergebnisse darstellen. Die Studiendaten aus Großbritannien werden dazu hoffentlich bald veröffentlicht.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Meine Fragen gehen an Herrn Prof. Dr. Lob-Hüdepohl. Wie würden Sie aus ethischer Perspektive die bislang geltende Impfpriorisierung bewerten?

ESV **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl** (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Fachgebiet Theologische Ethik): Ich konzentriere mich auf das zentrale Kriterium. Das zentrale Kriterium der Impfpriorisierung war die Dringlichkeit und nicht die Erfolgsaussicht. Diese zentrale Dringlichkeit haben wir gemeinsam aus dem Prinzip der Gerechtigkeit begründet. Gleich ist gleich und ungleich ist ungleich zu behandeln und ungleich erhöhtes Risiko bedeutet dann auch Bevorzugung. Man kann auch Privilegierung sagen. Ich glaube, dass sich dieses Kriterium tatsächlich bewährt hat. Dieses Kriterium umfasst übrigens auch in unserer Stellungnahme bereits sozioökonomische Daten. Denn die Dringlichkeit einer Person ergibt sich nicht nur aufgrund des Alters oder einschlägiger Vorerkrankungen, sondern möglicherweise aus Gründen der prekären Lebenslage. Deshalb sind beispielsweise in der Priorisierungsgruppe 2 Wohnungslose und



Obdachlose aufgenommen, auch junge. Das heißt, hier bestünde tatsächlich die Möglichkeit, bei dem, was die STIKO und der Bundesminister für Gesundheit immer wieder neu machen, nämlich die Anpassung der einzelnen Gruppen an diese Kriterien, die schon mehrfach formulierte Frage nach prekären Lebensbedingungen in Stadtteilen aufzunehmen. Das heißt, man könnte sie als Teil der Priorisierung aufnehmen. In einem Punkt ist vielleicht zu wenig kommuniziert worden, denn Priorisierungen bedeuten immer auch Hintenanstellung anderer. Das ist nach meinem Dafürhalten für die öffentliche Debatte und auch für die juristische Debatte relevant. Denn ein Großteil der Bevölkerung wurde hintangestellt, das heißt, ihr Recht auf Gesundheitsschutz wurde nicht bedient, konnte nicht bedient werden und wurde aus guten Gründen der Gerechtigkeit nicht bedient. Das ist zu berücksichtigen bei der Frage, ob eine solche Impfpriorisierung gesellschaftliche Akzeptanz findet. Die Solidarität der noch nicht Geimpften, auf ihr Grundrecht auf Gesundheitsschutz zu verzichten, zwangsweise zu verzichten, darf nicht überstrapaziert werden. Deshalb muss man nach meinem Dafürhalten, nicht nur die Impfkampagne so schnell wie möglich fortsetzen, da sind wir uns alle einig, sondern auch bei den Erleichterungen die Frage mitbedenken, ob nicht den noch nicht Geimpften die Ermöglichung über eine Negativtestierung offen gehalten werden muss, was jetzt nicht passiert. Wenn tatsächlich die Negativ-Testungen ausreichend sind, beispielsweise Friseure, Restaurants oder Schulen zu besuchen, dann fällt es mir nicht ganz leicht, nachzuvollziehen, warum eigentlich hier nicht auch eine nächtliche Ausgangssperre für diese definitiv tagesaktuell negativ Getesteten aufgehoben wird. Das wäre ein Nachteilsausgleich für den ersten Nachteil. Das wäre aus meiner Perspektive eine wichtige Frage der Gerechtigkeit und der Solidarität, die maßgeblich sind, so sagt es auch das Grundgesetz Artikel 1 Absatz 2, für ein friedliches, gerechtes Zusammenleben einer politischen Gemeinschaft. Also, Gerechtigkeitsfragen haben sehr wohl eine wichtige Funktion.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Ich kann, Herr Prof. Dr. Lob-Hüdepohl, hier direkt ansetzen. Sie haben gesagt, bei der Impfpriorisierung wurden Bevölkerungsteile hintenangestellt. Deswegen meinen Sie, dass man jetzt bei den Erleichterungen schauen müsste, dass man dennoch eine gewisse

Gerechtigkeit herstellt oder erhält, um eine Akzeptanz in der Bevölkerung zu erhalten. Diese Woche haben wir die Erleichterungen für Geimpfte und Genesene beschlossen. Vielleicht können Sie konkreter darauf eingehen, wie Sie aus Solidaritätsgründen diese Freiheitsrechte, die verfassungsgemäß geboten sind, die wir den Geimpften und Genesenen wieder gegeben haben, einschätzen. Sie haben gesagt, es müsste einen anderen Ausgleich oder eine andere Möglichkeit geben, dass diejenigen, die noch nicht geimpft worden sind, durch einen Test Freiheitsrechte zurückbekommen. Wie würden Sie das, was wir diese Woche auf den Weg gebracht haben, aus ethischer Sicht und aus Solidaritätsaspekten bewerten?

ESV **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl** (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Fachgebiet Theologische Ethik): Es ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Die Gleichstellung von Geimpften und Genesenen mit negativ Getesteten ist nicht nur legitim, sondern auch aus vielen Gründen zwingend erforderlich. Diese Gründe werde ich jetzt nicht ausführen. Ich verstehe auch das verfassungsrechtliche Argument – übrigens nicht erst seit neuester Zeit, sondern grundsätzlich. Worauf ich als Ethiker aufmerksam machen würde: Es ist ein klassisches Inselargument. Es ist in sich völlig plausibel, schon beinahe zwingend. Wir müssen aber bei der Frage immer bedenken, wieso überhaupt die Menschen, die jetzt diese Rechte wieder in Anspruch nehmen können, in die glückliche Lage versetzt wurden, dass sie nun zu Recht darauf pochen können, das will ich hier ausdrücklich betonen, dass sie ihre Freiheitsrechte zurückgewährt bekommen müssen. Diese Frage ist tatsächlich eine Frage von Solidarität und Gerechtigkeit. Ich muss denen, die den Vortritt gelassen haben oder Vortritt lassen mussten, eine Öffnungsperspektive eröffnen, ansonsten bricht es zusammen und wird eine Impfpriorisierung keine Akzeptanz finden. Hier meine ich, müsste man alle Wege prüfen, inwieweit beispielsweise über eine offensive Teststrategie den noch nicht, aber hoffentlich bald Geimpften die Möglichkeit der zumindest anlass- und bereichsspezifischen Rücknahme von Einschränkungen ermöglicht wird, analog zu den Geimpften. Ich habe bereits bestimmte Anlässe oder Bereiche genannt, beispielsweise nächtliche Ausgangssperren, beispielsweise die Möglichkeit, Feste oder Partys zu



besuchen. Was spricht dagegen, wenn sie tatsächlich eine Negativtestung vorzeigen. Ich weiß, es ist ein größeres Risiko, aber dann muss man eben entsprechende PCR-Tests bereitstellen oder die Messlatte höher legen. Diese Öffnungsperspektive muss nach meinem Dafürhalten aus Gerechtigkeitsprinzipien eröffnet werden.

Abg. **Sebastian Hartmann** (SPD): Meine erste Frage für die SPD-Fraktion geht an Frau Prof. Dr. Buyx. Ich möchte noch einmal auf den Zusammenhang eingehen, dass wir auf Zeit eng begrenzt Grundrechtseingriffe und Freiheitsbeschränkungen vornehmen. Mit einer zunehmenden Zahl von Geimpften, dazu die Debatte im Plenum des Bundestages, und mit einer zunehmenden Zahl von Tests, das heißt negativ getesteter Menschen, und auch von vollständig genesener Menschen wird sich das Verhältnis zwischen geschützten und nicht geschützten Teilen der Bevölkerung verändern. Wie würden Sie Maßnahmen und Rechtsverordnungen bei dieser wachsenden Zahl von Genesenen, vollständig Geimpften oder einer großen Zahl von durchgeführten negativen Tests beurteilen? Welche Empfehlungen würden Sie uns dazu geben?

ESVe **Prof. Dr. Alena Buyx** (TU München, Fakultät für Medizin; Deutscher Ethikrat, Vorsitzende): Vielen Dank für diese gute und schwierige Frage. Ich kann Ihnen ein empirisches Datum mitgeben. Der Ethikrat, das sehen Sie an der Reaktion von Herrn Lob-Hüdepohl und mir recht eindrücklich, hat sich mit dieser Frage wirklich schon lange beschäftigt, weil wir die Immunen, also die Genesenen bereits im Spätsommer in den Blick genommen hatten. Das heißt, ich habe auch die Befragungsstudien verfolgt. Die Akzeptanz für mehr Freiheiten für Geimpfte hat kontinuierlich zugenommen, je mehr Menschen geimpft sind. Wir hatten zu Beginn der Impfkampagne zwei Drittel bis drei Viertel in repräsentativen Studien befragter Menschen, die das abgelehnt haben. Inzwischen haben wir in verschiedenen Studien eine leichte Mehrheit. Man sieht, dass natürlich, und das ist durchaus nachvollziehbar, je mehr Zugang besteht, desto mehr Akzeptanz besteht. Ganz ungeachtet der Bedenken, die sowohl Herr Lob-Hüdepohl vorgebracht hat als auch ich vorgebracht habe, gehe ich deswegen davon aus, dass je mehr Menschen geimpft sind, desto mehr Akzeptanz dafür bestehen wird. Das

wird nicht überraschend sein. Deswegen kann ich eigentlich nur wiederholen, was ich gerade schon gesagt habe: Die Phase sollte so kurz wie möglich gehalten werden. Es sollte so viel wie möglich, so schnell wie möglich geimpft werden. Das ist ein noch stärkerer Imperativ, als er es ohnehin schon ist. Es wäre nach wie vor wichtig, die Inzidenzen weiter zu senken, damit für alle Menschen Beschränkungen aufgehoben werden können. Beispielsweise sind Ausnahmen von der Ausgangsbeschränkung, der Bundesnotbremse nur möglich, wenn man deutlich unter 100 ist und stabil unter 100 ist. Dann können die Ausgangsbeschränkungen für alle aufgehoben werden, dann entfällt zumindest dieses Problem. Das heißt, man sollte die Umgebung so gestalten, dass die noch nicht Geimpften möglichst gut mit diesem Nachteil noch eine Weile leben können. Der letzte Punkt, das hatten wir eben schon besprochen: Auch ich würde dafür plädieren, sehr viele und vor allem die sichersten Tests diesen Gruppen zur Verfügung zu stellen. Ich bin insgesamt sehr zuversichtlich, dass wir diese Phase gut durchstehen, weil sich diese Tendenz in der Bevölkerung natürlich in diese Richtung der Akzeptanz noch weiterentwickeln wird. Ich hoffe, dass insbesondere diejenigen, die geimpft sind, eine gewisse Rücksicht walten lassen, um diese soziale Spannung zu mildern.

Abg. **Sebastian Hartmann** (SPD): Weil Sie praktisch „on-the-fly“ in der letzten Passage Ihrer Ausführungen auch Hoffnung gegeben haben – durch das freiwillige, solidarische Verhalten sind auch Kontaktbeschränkungen freiwillig erfolgt. Jetzt gibt es in Deutschland eine große Diskussion um Öffnungen von Restaurationen, Gastronomie, Gaststätten und Co. und wir haben eine Veränderung der Inzidenzzahlen. Wir haben eine leicht sinkende Tendenz. Die Zahlen sind heute niedriger als noch zum Beschluss der Bundesnotbremse. Unabhängig von der Zahl der vollständig Genesenen und der Geimpften gerade in diesem Bereich, der ja bis hin zur gewerbefreien Berufsausübung geht, welche Empfehlungen haben Sie aus Ihrer Sicht damit umzugehen? Denn die Debatte um Grundrechtsausübung und Freiheitsbeschränkungen wirkt sich auch auf den individuellen Bereich aus. Ein Sachverständiger führte sogar das Recht auf Party aus. Wie würden Sie das beurteilen? Welche Empfeh



lungen geben Sie und wie ordnen Sie diese Debatte ein, weil Sie zum Schluss auch auf freiwilliges und solidarisches Verhalten abgestellt haben?

ESVe **Prof. Dr. Alena Buyx** (TU München, Fakultät für Medizin; Deutscher Ethikrat, Vorsitzende): Der Deutsche Ethikrat hat immer darauf hingewiesen, dass es nicht nur die Inzidenzzahlen sind, sondern dass Dinge wie Aufnahme in das Krankenhaus, die Altersstruktur und die Belastung des Gesundheitssystems auch eine wichtige Rolle spielen. Diese ist noch nach wie vor sehr hoch, weil im Moment jüngere Patientinnen und Patienten auf den Intensivstationen und in den Krankenhäusern liegen, und diese liegen dort länger. Ich darf es einmal so platt formulieren, weil sie nicht so schnell sterben. Das ist tatsächlich einfach so. Entsprechend ist die Belastung dort noch sehr hoch. Die wird hoffentlich durch den zunehmenden Impfeffekt nachlassen. Dennoch würde ich im Augenblick formulieren, dass es sehr wenig hilfreich wäre, zu früh zu aggressiv zu öffnen. Jetzt noch einmal in einen Jo-Jo-Effekt zu kommen, glaube ich, wäre für die Gesellschaft sehr schwer auszuhalten. Das Bestreben danach, mehr Möglichkeiten zu schaffen, verstehe ich sehr gut. Entsprechend ist auch über Eingangstests Vieles möglich. Aber eine Öffnung jenseits der gut überlegten und nach wie vor leider durch die Überlastung des Gesundheitssystems durchaus nachvollziehbaren Bundesnotbremse, würde ich mit Blick auf den jetzigen Impfeffekt für schwierig halten. Diese Situation ist aber dynamisch. Das muss man ganz klar sagen. Sie wird sich ändern und verbessern. Wir erhalten von den Modelliererinnen und Modellierern sehr Hoffnung machende Hinweise, dass der Impfeffekt ganz klar die Inzidenz und die Erkrankungszahlen reduzieren wird. Also jetzt vorsichtig mit viel Hoffnung in die Zukunft.

Abg. **Tobias Matthias Peterka** (AfD): Vielen Dank für die bisherigen Ausführungen. Meine Frage geht an Prof. Dr. Brenner. Sie haben sowohl in Ihrem schriftlichen Statement als auch gerade eben wieder betont, dass die Sonderöffnungen für Geimpfte auf keinen Fall Privilegien darstellen würden. Da haben Sie natürlich im reinen Schrankensystem der Grundrechte nicht Unrecht. Ich möchte aber in den Raum stellen, dass vor dem Hintergrund mangelnder Daten, kaum hinterfragter Geeignetheit, Er-

forderlichkeit und Verhältnismäßigkeit man durchaus, meiner Meinung nach, von Privilegien gleichen Inselwiederherstellungen von Grundrechten sprechen könnte, allemal untechnisch. Meine Frage geht aber in eine andere Richtung. Sie haben als Schwelle den Begriff des Restrisikos benutzt. Der Straßenverkehr in Deutschland kostet jedes Jahr ca. 3 000 Menschen das Leben, was in etwa den bisherigen Toten bei den unter 60-Jährigen entspricht. Den Straßenverkehr verbieten wir nicht für die Straßenverkehrstoten. Wie ordnen Sie das ein? Ist das für Sie ein Restrisiko oder nur ein anders bewertetes Hauptrisiko? Vor dem Hintergrund meine konkrete Frage: Ist Artikel 2 Absatz 2 Grundgesetz, das Recht auf Leben, einer Abwägung zugänglich, Ihrer Meinung nach oder eben, wie es in den Medien verbreitet wird, nicht?

ESV **Prof. Dr. Michael Brenner** (Friedrich-Schiller-Universität Jena, Lehrstuhl für Deutsches und Europäisches Verfassungs- und Verwaltungsrecht): Sie haben, Herr Abgeordneter, von Inseln der Wiederherstellung von Grundrechten gesprochen, wenn ich Sie richtig verstanden habe. Das ist ein Bild, das natürlich der Sache nach zutrifft. Wie ich vorhin gesagt habe, ist für diejenigen, die geimpft oder genesen sind, ein sachlicher Grund für eine Grundrechtseinschränkung nicht mehr vorhanden. Dieser Personenkreis, der jeden Tag größer wird, muss wieder, in welchem Umfang, wird man sehen müssen, in seinen grundrechtlichen Normalzustand gestellt werden. Das ist, wenn Sie das Bild verwenden wollen, eine Insel, die jeden Tag größer wird. Verfassungsrechtlich gesprochen betrifft es die Personen, für die ein sachlicher Grund, weiterhin Grundrechtseinschränkungen aufrechtzuerhalten, nicht mehr vorhanden ist. Den Aspekt oder dieses Bild des Restrisikos, habe ich deswegen verwendet, weil wir wissen, dass die Impfsenen, die verimpft werden, jedenfalls eine hohe, aber keine absolute, keine 100-prozentige Immunisierung herbeiführen. Es wird immer ein gewisses Restrisiko vorhanden sein. Es wird immer Personen geben, die geimpft oder die genesen sind, die trotzdem wieder erkranken. Wir wissen, dass dieser zweite Infektionsverlauf deutlich weniger gravierend ist als der erste. Das war mit dem Begriff des Restrisikos gemeint. Ich würde nicht unbedingt Vergleiche zum Auto oder Straßenverkehr ziehen. Selbstverständlich, wenn man gefährliche Tätigkeiten als Gesetzgeber



zulässt, ist damit immer ein gewisses Risiko verbunden. Die Juristen unter Ihnen wissen, dass das Auto im Rechtssinne immer eine gefährliche Waffe ist. Dass natürlich Unfälle passieren, nimmt die Gesellschaft in Kauf, ansonsten müssten wir den ganzen Straßenverkehr verbieten. Ich würde deswegen diesen Begriff des Restrisikos nicht unbedingt auf den Impfverlauf oder auf die Priorisierung beziehen. Das sind zwei unterschiedliche Aspekte, die man nicht unbedingt vergleichen kann. Mein Petition ist, dass wir in Kauf nehmen müssen, akzeptieren müssen, dass es ein gewisses Risiko der Wiedererkrankung von Genesenen oder von Geimpften gibt. Das ist aber aus verfassungsrechtlicher Sicht hinzunehmen.

Abg. **Sebastian Münzenmaier** (AfD): Ich möchte noch eine Frage an Sie richten. Ich beeile mich sehr. Sie haben noch einmal ausgeführt, dass natürlich eine sachliche Rechtfertigung für die Grundrechtseinschränkungen vorhanden sein muss und dass diese Erforderlichkeit gegeben ist. Die Begründung ist nicht die Ansteckung als solche, sondern natürlich der schwere Verlauf der Krankheit, also die Gefahr für das Leben in diesem Moment. Das heißt, wenn wir einmal davon ausgehen, dass jede Person in Deutschland ein Impfangebot hatte und sich entscheiden konnte, ob sie geimpft werden möchte oder nicht, müsste man nach erfolgter Entscheidung nicht sagen, damit beenden wir sämtliche Maßnahmen? Denn diejenigen, die sich impfen lassen wollten, hatten die Möglichkeit. Der Rest ist anscheinend bereit dazu, dieses Risiko zu akzeptieren. Wie würden Sie das bewerten?

ESV **Prof. Dr. Michael Brenner** (Friedrich-Schiller-Universität Jena, Lehrstuhl für Deutsches und Europäisches Verfassungs- und Verwaltungsrecht): Das wäre sicherlich ein Weg, den der Gesetzgeber sich überlegen könnte. Es ist in der Tat so, wenn das Angebot da ist, aber nicht wahrgenommen wird, ist das die Freiheitsausübung des Einzelnen. Er muss aber dann damit rechnen, dass ihm gegebenenfalls bestimmte Freiheitsaktivitäten nicht zustehen. Ich könnte mir vorstellen, das ist auch in der Diskussion, dass beispielsweise Flüge in andere Kontinente nur stattfinden dürfen, wenn jemand geimpft oder genesen ist und das auch nachweisen kann. Der Einzelne, der das Angebot zum Impfen hatte, das aber nicht wahrgenommen hat, muss dann mit

solchen faktischen Nachteilen zumindest rechnen. Das wäre die Konsequenz, die er hinzunehmen hat. Aber wie gesagt, die Perspektive, die Sie angesprochen haben, könnte sich der Gesetzgeber durchaus überlegen, aber immer unter der Voraussetzung, dass bei jedem ein Impfangebot vorhanden ist.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Noch einmal eine Frage an Herrn Prof. Dr. Lob-Hüdepohl. Sollte man aus Ihrer Sicht in sozialen Brennpunkten stärker mit mobilen Impfteams arbeiten?

ESV **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl** (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Fachgebiet Theologische Ethik): Herzlichen Dank für die Frage, die, für einen Ethiker, natürlich nicht im Vordergrund steht. Gleichwohl habe ich natürlich eine Auffassung, die ich eben durch meine Ausführungen etwas hinterlegt habe. Die Dringlichkeit ergibt sich nicht nur aus der Dringlichkeit, sofort schwer zu erkranken. Ein anderes Dringlichkeitskriterium spielt hier auch eine große Rolle, nämlich die Dringlichkeit der Öffnung für bestimmte Zugänge zum Gesundheitswesen, die aufgrund einer sozioökonomisch prekären Lebenslage versperrt ist. Aus dieser Grundüberlegung heraus, die nach meinem Dafürhalten auch im Sinne der ursprünglichen Empfehlung ist, könnte man, sollte man besonders jetzt in solche Wohngebiete hineingehen. Ob das über mobile Teams oder über andere erfolgt, das sind Opportunitätserwägungen, die ich als Ethiker nicht beurteilen kann. Ich finde es sehr plausibel, dass man das macht, dass man eine Geh-Struktur und keine Komm-Struktur aufbaut, oder dass man, darauf hat ein Sachverständiger schon hingewiesen, möglichst nur einen Impftermin benötigt, also den Johnson & Johnson-Impfstoff nutzt, um die Schwelle so niedrig wie möglich zu halten. Nach meinem Dafürhalten ist das grundsätzlich durch eine Priorisierung gedeckt und sollte in Anbetracht des besonderen Risikos, das in solchen Wohngebieten offenkundig besteht, eine solche Impfkampagne so schnell wie möglich durchgeführt werden. Darüber hinaus darf man nicht vergessen, dass auch andere Bereiche besonders dringlich sind. Diese stellen vielleicht nicht unbedingt ein Krankheitsrisiko dar, müssen aber seit zehn oder 14 Monaten eine schwere Schädigung hinnehmen, beispielsweise der gesamte Bereich von Schu-



len und Kitas. Hier gilt es, diese schweren Schädigungen als Begleitschädigungen des Lockdowns zu minimieren. Deshalb halte ich es für sehr erforderlich, dass man hier prioritär mit entsprechenden Impfkampagnen oder mit entsprechenden Impfangeboten schnell hineingeht.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Daran anschließend und abschließend eine Frage an Herrn Prof. Dr. Lob-Hüdepohl für die ethische Sicht und an Frau Prof. Dr. Ciesek für die virologische Sicht. Sollten wir noch oder wie lange sollten wir noch an der grundsätzlich evidenzbasierten Rangfolge nach der schwersten Erkrankungsgefahr festhalten?

ESV **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl** (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Fachgebiet Theologische Ethik): Ich habe, glaube ich, mittelbar meine Antwort schon gegeben. Je weniger knapp der Impfstoff ist, je weniger die Dringlichkeit ist, desto schneller muss auch diese Impfpriorisierung auslaufen. Frau Prof. Dr. Buyx hat eben darauf hingewiesen, dass wir eine Priorisierung nur für eine erste Phase vorgeschlagen haben.

ESV **Prof. Dr. Sandra Ciesek** (Universitätsklinikum Goethe-Universität Frankfurt, Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie): Ich stimme den beiden Kollegen zu, dass natürlich die Priorisierung nur so lange gilt, wie der Impfstoff knapp ist. Unser Ziel sollte sein, möglichst schnell allen ein Impfangebot zu machen, schnell die Bevölkerung durchzuimpfen, um diese Pandemie zu beenden.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Ich würde gerne an eine vorherige Frage von Frau Warken anknüpfen und Herrn Prof. Dr. Brenner fragen. Sie haben ausgeführt, die heute beschlossene Verordnung weise den richtigen Weg, könne nur ein erster Schritt sein und es nötig wäre, dass schnell nachgearbeitet würde – von der Notwendigkeit der Rücknahme von Eingriffen in die Berufsfreiheit war die Rede. Gibt es aus Ihrer Sicht einen verfassungsrechtlich gedeckten Grund, mit anderen, weiteren Schritten noch zu warten? Das Gleiche würde ich danach auch von Prof. Dr. Battis gerne wissen.

ESV **Prof. Dr. Michael Brenner** (Friedrich-Schiller-Universität Jena, Lehrstuhl für Deutsches und Europäisches Verfassungs- und Verwaltungsrecht): Der Grund zu warten, kann vielleicht im Moment noch darin gesehen werden, dass noch kein hinreichender Anteil der Bevölkerung geimpft ist. Das sehe ich als einzige Rechtfertigung dafür an, dass der Freiraum, der durch die Verordnung wieder eingeräumt wurde, bisher noch überschaubar ist. Aber je weiter die Impfkampagne voranschreitet und je mehr Leute in den Genuss einer Immunisierung kommen, desto weniger stark ist die Rechtfertigung für Grundrechtseingriffe oder für die Aufrechterhaltung von Grundrechtseingriffen, vor allem, wie ich schon sagte, in Artikel 12, in die Berufsfreiheit – sprich Hoteliers, Gaststättenbetreiber und ähnliche – vorhanden. Das wäre meine Perspektive. Deswegen, das hatte ich auch gesagt, wird der Gesetzgeber relativ schnell nachdenken und nacharbeiten müssen, um weitere Freiheitsräume wieder zu eröffnen.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Jetzt würde ich doch gerne direkt noch einmal nachfragen. Sind denn Grundrechte nicht individuelle Freiheitsrechte? Und wie kann dadurch, dass mehr Leute geimpft werden, die individuelle Einschränkung verhältnismäßig werden? Das erschließt sich mir noch nicht.

ESV **Prof. Dr. Michael Brenner** (Friedrich-Schiller-Universität Jena, Lehrstuhl für Deutsches und Europäisches Verfassungs- und Verwaltungsrecht): Der Gedanke ist der, davon geht auch die Bundesregierung aus, dass für den Fall, dass noch nicht hinreichend viele Menschen geimpft sind, die staatliche Schutzpflicht, die ebenfalls aus Artikel 2 Absatz 2 abzuleiten ist, gewissermaßen flächendeckend zur Anwendung kommt. Aber je weiter die Impfkampagne voranschreitet, desto weniger Bedarf besteht für die Aktivierung oder zur Aufrechterhaltung dieser staatlichen Schutzpflicht für die Gesundheit der Individuen. Deswegen diese Perspektive in die Zukunft – je mehr geimpft sind, desto weniger muss diese staatliche Schutzpflicht für die Gesundheit gewissermaßen in Anspruch genommen werden und desto mehr müssen die Individualgrundrechte wieder ins Werk gesetzt werden. Das heißt, die



Freiheiten, die trotz der heute beschlossenen Verordnung im Moment noch weitgehend eingeschränkt sind, wären wiederherzustellen.

ESV Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Battis (Humboldt-Universität zu Berlin, Emeritus der Juristischen Fakultät): Um es klar zu sagen, das Grundrecht gilt individuell und kann nicht mit Rücksicht auf Solidarität und Ähnliches eingeschränkt werden, um es praktisch zu sagen. Das Bundesverfassungsgericht wird jetzt entscheiden und es ist sicher davon auszugehen, dass es deutliche Einschränkungen machen wird. Das Ganze ist bis 30. Juni 2021 begrenzt, danach wird die jetzige Lage nicht mehr aufrechtzuerhalten sein.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Dann wüste ich gerne von Prof. Dr. Battis noch etwas zum Restrisiko bei Immunisierten.

ESV Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Battis (Humboldt-Universität zu Berlin, Emeritus der Juristischen Fakultät): In meiner schriftlichen Stellungnahme habe ich geschrieben, der Begriff Restrisiko ist vollkommen verfehlt, wenn gesagt wird, das Restrisiko rechtfertigt Maßnahmen. Der Begriff Restrisiko, das hat Herr Prof. Dr. Brenner auch gesagt, heißt gerade, dass die Risiken hinzunehmen sind. Das ist auch von den medizinischen und immunologischen Sachverständigen bestätigt worden. Das kann man hinnehmen auch nach dem jetzigen Stand der Wissenschaft. Das mag sich bei Durchbruchinfektionen vielleicht wieder ändern, aber im Moment nicht. Das Ganze gilt sowieso nur für das nächste halbe Jahr. Danach muss man feststellen, ob die Impfungen gehalten haben und wie die Ansteckungsgefahr bei Genesenen ist. Das kann man jetzt im Moment noch gar nicht sagen. Als letzte Bemerkung: Das Recht auf Leben ist natürlich einschränkbar. Das ist selbstverständlich. Die Menschenwürde ist nicht einschränkbar. Das Recht auf Leben ist einschränkbar. Dazu hat vor gut einem halben Jahr Herr Dr. Schäuble alles gesagt, was zu sagen ist. Es haben nur viele nicht verstanden.

Der **Vorsitzende**: Wir sind mitten in einer dynamischen Lage. Ich habe den aktuellen Impfstatus von gestern herausgesucht: 8,6 Prozent der Gesamtbevölkerung ist vollständig geimpft und 30,6 Prozent mindestens Erstgeimpfte.

Abg. **Katja Kipping** (DIE LINKE.): Frau Prof. Dr. Buyx, ich fand Ihr Plädoyer sehr interessant, dass man den Jo-Jo-Effekt weiterhin vermeiden muss. Mir ist bewusst, dass die STIKO zu allererst medizinische und ethische Fragen bearbeitet. Aber, man kann das nie zu 100 Prozent abgrenzen, auch nicht von sozialen Dimensionen. Sie haben gerade angedeutet, dass natürlich bei einigen Fragen auch Akzeptanzfragen hineinspielen und dass es gewisse Wechselwirkungen gibt. Ich wollte Sie noch einmal fragen, mit Blick auf das sehr eindruckliche Plädoyer von Herrn Rolf Rosenbrock zu der sozialen Dimension und auf die Aspekte, auf die er hingewiesen hat, was das Problem der Termintreue bestimmter Klientel und Gruppen betrifft. Inwieweit sollte sich die STIKO stärker mit dieser Frage beschäftigen? Kann man dazu eine Art Empfehlung formulieren? Können Sie sich vorstellen, stärker diese Dimension zu bearbeiten oder zu reflektieren?

ESVe Prof. Dr. Alena Buyx (TU München, Fakultät für Medizin, Deutscher Ethikrat, Vorsitzende): Lassen Sie mich im Rückblick zur letzten Frage sagen – ich überdehne ein bisschen mein Mandat. Ich spreche jetzt nicht exklusiv für den Ethikrat, sondern ich gebe Ihnen Einschätzungen, die über unsere Stellungnahmen hinausgehen: Ich glaube, dass dies erstens, wie eben schon gesagt wurde, ein Stückweit in die STIKO-Empfehlung miteingeflossen ist und dass zweitens die Priorisierung auslaufen wird, wenn allen Risikogruppen ein Angebot gemacht wurde. Das ist nicht mehr so lange hin, wenn man den Zahlen glauben darf, was die Lieferung anbelangt. Dann kann man und sollte sehr schnell in die Breite gehen. Diese Erkenntnisse zur Annahme der Impfung aber auch zu den erhöhten Infektionsrisiken in bestimmten, auch sozialen Gruppen sind in die ursprüngliche Priorisierung nicht vollumfänglich eingeflossen, weil sie zum Teil noch nicht zur Verfügung standen. Da gab es nur etwas zu bestimmten Berufsgruppen – Entschuldigung, Herr Prof. Dr. Rosenbrock schüttelt den Kopf. Das ist etwas, was die STIKO gemacht



hat. Jedenfalls sind sie in die ursprüngliche Empfehlung der STIKO vielleicht nicht im vollen Umfang eingeflossen. Ich habe eben gesagt, noch einmal eine komplette Priorisierung zu machen, wenn die jetzige Priorisierung ausgelaufen ist, halte ich für kein sinnvolles Vorgehen. Es geht nie darum, die Bevölkerung in eine Rangfolge zu bringen. Es steht außer Frage, dass es sehr sinnvoll wäre, dort, wo besonders hohe Risiken bestehen, aktiv und auch aufsuchend zu impfen. Das habe ich hoffentlich auch schon zwei bis drei Mal zumindest angedeutet. Lassen Sie mich das jetzt noch einmal ganz klar formulieren. Ich kann natürlich nicht für Herrn Prof. Dr. Mertens antworten, ob die STIKO nach Auslaufen der jetzigen Priorisierung vorhat, nochmals Vorgaben zu machen. Ich gehe davon tatsächlich eher nicht aus.

Abg. **Katja Kipping** (DIE LINKE.): Die Frage geht an Herrn Prof. Dr. Rosenbrock. Sie haben über niedrigschwellige Angebote gesprochen, über die Notwendigkeit des Themas Termintreue. Können Sie das bitte ein bisschen ausführen?

ESV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband e. V.): Wir wissen einfach, dass es schwierig ist, mit Menschen aus sehr beengten Lebenslagen Termine zu vereinbaren, die erst sechs Wochen später stattfinden. Das heißt, wenn eine Impfung zweimal durchgeführt werden muss, um wirksam zu sein, und es einen anderen Impfstoff gibt, bei dem das mit einem Shot erledigt werden kann, dann wird man in solchen Situationen nahezu zwingend diesen einen Impfstoff benutzen. Zu den zugehenden Angeboten: Wir haben in Deutschland Gott sei Dank auch für die nicht versicherten Menschen ein breites Hilfsnetzwerk aus gemeinnützigen Wohlfahrtsorganisationen, aus kirchlichen Kreisen und so weiter. Es ist jetzt die Stunde, diese zu mobilisieren. Wir wissen seit Frühjahr über die besondere, ungeschützte Situation von Wohnungslosen, wo über Abstandregeln und Lüften zu reden, eigentlich ziemlicher Unfug oder fast zynisch ist. Hier ist die Hilfe da, das ist die Impfung. Nun müssen wir sehen, wie wir sie schnellstmöglich dahin bringen.

Abg. **Dr. Manuela Rottmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage, die ich gerne an Herrn Prof. Dr. Battis richten würde. Anknüpfend an das, was Frau Prof. Dr. Ciesek schon vor längerem zu den Gefahren der Escape-Mutationen hier ausgeführt hat. Vielleicht erinnern Sie sich daran, Risiko bei Zusammentreffen von Geimpften und nicht Geimpften, globales Risiko und ein hohes Risiko bei immunsuppressiven Personen. Wenn man dies in die juristische Dogmatik von abstrakter und konkreter Gefahr einsortiert, würden Sie das als abstrakte oder als konkrete Gefahr einschätzen? Was ergibt sich aus diesem Ziel? Ist dieses Ziel, dieses Risiko für Escape-Mutationen zu minimieren, eines, auf das man Grundrechtseingriffe tieferer oder weniger tiefer Art stützen kann?

ESV **Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Battis** (Humboldt-Universität zu Berlin, Emeritus der Juristischen Fakultät): Das ist eine ganz schwierige Frage, die Sie stellen. Sie lässt sich am besten, so kann man es kurz machen, anhand des Klimaschutzurteils des Bundesverfassungsgerichts beantworten. Dort geht es auch um die Zukunftschancen der Menschheit und vor allem der jungen Generationen. Hier hat das Bundesverfassungsgericht zwischen denen, die aus Nepal und Bangladesch geklagt haben, und denen, die in Deutschland geklagt haben, differenziert. Es hat gesagt, für das Eine sind wir hier nicht zuständig. Es gibt aber Entwicklungen in der Rechtswissenschaft, das ist keine Frage, die jetzt sehr rasch vorangehen. Solche Klagen sind auch bei uns in Deutschland anhängig. Das sind Klagen etwa aus Südamerika. Der polizeirechtliche Begriff der abstrakten und konkreten Gefahr kommt aus dem 19. und 20. Jahrhundert. Es ist die Frage, ob solche Begrifflichkeit noch greifen kann, wenn es sich um globale Gefahren handelt. Konkret würde ich sagen, natürlich müssen wir in der ganzen Welt helfen, aber die Rechtspflicht, tätig zu werden, hat der Staat gegenüber der eigenen Bevölkerung. Darauf ist abzustellen, dann kann man mit der jetzigen Begrifflichkeit durchaus noch arbeiten.

Abg. **Dr. Manuela Rottmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann richte ich eine ähnliche Frage an Herrn Prof. Dr. Brenner. Ist die Reduktion des Risikos von Escape-Mutationen ein Ziel, auf das wir



ähnlich tiefe Grundrechtseingriffe, wie wir sie bisher hatten, in die Berufsfreiheit und so weiter, stützen könnte oder ist es eine abstrakte Gefahr?

ESV Prof. Dr. Michael Brenner (Friedrich-Schiller-Universität Jena, Lehrstuhl für Deutsches und Europäisches Verfassungs- und Verwaltungsrecht): Die Reduktion von solchen Escape-Mutationen wird sicherlich eine Gefahr sein, die der Gesetzgeber oder der Verordnungsgeber in den Blick nehmen muss. Wenn ich Sie jetzt richtig verstehe, fragen Sie danach, ob diese Gefahr als solche es rechtfertigt, weiterhin Grundrechtseinschränkungen aufrechtzuerhalten. Das wird natürlich so sein. Aber man wird schauen müssen, ob das tatsächlich so ist. Hier kommt dann vielleicht auch ein bisschen die Einschätzungsprärogative des Gesetz- oder Verordnungsgebers ins Spiel, also abzuschätzen, welche Gefahr tatsächlich abstrakt oder konkret von solchen Mutationen ausgeht. Wenn die Gefahr sich bestätigt, es würde vielleicht schon eine abstrakte Gefahr reichen, dann könnte das weitere Grundrechtseingriffe rechtfertigen.

Der Vorsitzende: Das waren jetzt die letzte Frage und die letzte Antwort. Wir sind durch unsere Anhörung durch. Ich kann die zwei Verzichtsmi-
nuten von der Unionsfraktion noch schnell zu einer Bemerkung nutzen. Es war an einer Stelle von irgendwem gesagt worden, es wäre wünschenswert, dass es mehr als einen Bürgertest in der Woche gibt. Nach meinem Kenntnisstand steht in der entsprechenden rechtlichen Regelung, dass es mindestens einen Bürgertest auf Kosten des Bundes in der Woche geben kann. Mindestens bedeutet, dass wenn jeder vor Ort zum Zuge kommt, auch weitere Bürgertests beansprucht werden können. Das heißt, das ist nicht die Höchstzahl an Bürgertests, die man in Anspruch nehmen kann. Man kann den Bürgertest auch zwei oder dreimal in Anspruch nehmen, wenn der Test grundsätzlich für alle in der jeweiligen Kommune verfügbar ist. Das ist vielleicht noch eine wichtige Information, weil damit das Desiderat, das in der Bemerkung stand, eigentlich erfüllt ist. Ich hoffe, dass Frau Warken mich jetzt nicht dafür tadelt, dass ich die zwei Minuten verbraucht habe. Ich möchte mich bei Ihnen allen, sowohl den Fragestellern aus den Fraktionen als auch den Sachverständigen, sehr herzlich bedanken. Das war eine sehr anstrengende, sehr intensive, aber ich

glaube auch sehr interessante Zeit. Ich danke natürlich unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vom Ausschussekretariat und von der Bundestagsverwaltung und dem IT-Team, das hier die Optik gewährleistet hat. Ich freue mich auf unsere nächste Anhörung. Für heute schließe ich die Sitzung. Herzlichen Dank. Bleiben Sie gesund.

Schluss der Sitzung: 17:15 Uhr

gez.
Rudolf Henke, MdB
Vorsitzender