



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM  
FÜR WISSENSCHAFT  
UND GESUNDHEIT

# KLÄRUNGSBEDARF UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN IM 3. JAHR DER CORONA-PANDEMIE

Stellungnahme des Ethikbeirats des  
Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit  
des Landes Rheinland-Pfalz



# KLÄRUNGSBEDARF UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN IM 3. JAHR DER CORONA-PANDEMIE

## **Stellungnahme des Ethikbeirats des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz**

Im Frühjahr 2022 hat sich der Ethikbeirat des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz, im Folgenden kurz „Ethikbeirat“, die Aufgabe gesetzt, den Umgang mit der Corona-Pandemie nach dem Sommer 2022 in den Blick zu nehmen. Im Sinne einer vorausschauenden Planung sollen insbesondere differenzierte Entscheidungshilfen und Maßnahmen für eine Reaktion auf ansteigende Infektionszahlen entwickelt werden. Dies gilt auch in der Zusammenschau mit anderen, sich saisonal verbreitender Infektionskrankheiten (wie Influenza) mit dem Potential, die Gesundheit der Bevölkerung zu gefährden und das Gesundheitssystem erheblich zu belasten. Ziel ist es, konkrete Vorschläge zu unterbreiten, wie mit einem Verzicht auf oder aber zumindest auf ein Minimum begrenzte (Grundrechts-)Einschränkungen die Bevölkerung geschützt, die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems erhalten und ein Maximum an sozialer Teilhabe in allen Lebensbereichen aufrecht erhalten werden kann.

Die Stellungnahme des Ethikbeirats umfasst drei Bereiche: Nach a) einer Darlegung allgemeiner ethischer Prämissen wird b) der rechtliche Handlungsrahmen, insbesondere das Infektionsschutzgesetz, in den Blick genommen. Daraus abgeleitet folgt c) eine Abwägung von Maßnahmen zur Pandemiebeherrschung einschließlich einer kritischen Würdigung noch immer nicht ausreichender Daten für diese Abwägung sowie das Impfgeschehen in seiner Bedeutung für die Eindämmung der Pandemie.

# INHALT

Mitglieder des Ethikbeirats des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz	6
<b>1. Allgemeine Prämissen</b>	<b>8</b>
1.1 Zur aktuellen Ausgangslage	9
1.2 Bestehender Klärungs- und Handlungsbedarf	10
1.3 Konkrete Schritte und Maßnahmen	17
1.4 Fazit für die Praxis	18
<b>2. Rechtlicher Handlungsrahmen</b>	<b>20</b>
2.1 Zur aktuellen Ausgangslage	20
2.2 Bestehender Klärungs- und Handlungsbedarf	24
2.3 Konkrete Schritte und Maßnahmen	26
2.4 Fazit für die Praxis	27
<b>3. Abwägung von Maßnahmen zur Pandemiebeherrschung</b>	<b>28</b>
3.1 Zur aktuellen Lage	28
3.2 Bestehender Klärungs- und Handlungsbedarf	30
A. konkrete Maßnahmen	31
B. Impfung	33
3.3 Konkrete Schritte und Maßnahmen	36

<b>4. Fazit</b>	37
4.1 Bereiche mit besonderer Relevanz in medizinischen Krisen	37
4.2 Digitalisierung, Datenerfassung und Evaluation	38
4.3 Transparente Information und gebündelte Kommunikation	38
4.4 Frühe Initialisierung von Basismaßnahmen zum Infektionsschutz	38
4.5 Eskalation von Maßnahmen in zeitnaher Anpassung an die Infektionsentwicklung	39
4.6 Impfungen	39
<b>5. Empfehlungen und „Points to consider“</b>	40

## **Mitglieder des Ethikbeirats des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz**

*Prof. Dr. Norbert W. Paul M. A. (Vorsitz)*

Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

*Prof. Dr. Johannes Brantl*

Inhaber des Lehrstuhls für Moraltheologie  
Theologische Fakultät Trier

*Prof. Dr. Karl-Bertram Brantzen*

Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin  
Vorsitzender des Ambulanten Ethikkomitees der Bezirksärztekammer  
Rheinessen

*Dr. Gertrud Greif-Higer MAE*

Vorsitzende des Ethikkomitees des Landeskrankenhauses in Rheinland-Pfalz

*Prof. Dr. Michael Jansky*

Direktor des Zentrums für Allgemeinmedizin und Geriatrie  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

*Dr. Wolfgang Kohnen*

stellvertretender Leiter der Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention  
(Krankenhaushygiene)  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

*Dr. Günther Matheis*

Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
Facharzt für Thoraxchirurgie

*Prof. Dr. Bodo Plachter*

kommissarischer Direktor des Instituts für Virologie  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

*Prof. Dr. Gerhard Robbers (Federführung)*

Professor für Öffentliches Recht, Kirchenrecht, Staatsphilosophie  
und Verfassungsgeschichte Universität Trier

*Matthias Rösch*

Landesbeauftragter für die Belange von Menschen mit Behinderungen  
Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung

*Prof. Dr. Dirk-Matthias Rose*

stellvertretender Direktor des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

*Dr. Ariane Zinke (Federführung)*

Chefärztin, Geriatrische Klinik des St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus  
Ludwigshafen

*Prof. Dr. Fred Zepp*

ehemaliger Direktor Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Mitglied der Ständigen Impfkommission (STIKO)

# 1. ALLGEMEINE PRÄMISSEN

Die Corona-Pandemie hat unsere Gesellschaft im Allgemeinen und unser Gesundheitssystem im Besonderen in den vergangenen Jahren mit ungeahnten Herausforderungen konfrontiert. In dieser Zeit ist deutlich geworden, wie essenziell ein vorrausschauender Umgang mit dem Pandemiegeschehen für den Schutz der menschlichen Gesundheit, aber auch für den Erhalt unseres sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Lebens ist. Die Sicherstellung einer funktionierenden Gesundheitsversorgung hängt davon ab, ob die mit der Pandemie verbundenen Risiken und Belastungen rechtzeitig erkannt und durch effiziente und effektive Maßnahmen minimiert werden. Wohl kaum ein Bereich des privaten oder öffentlichen Lebens ist seit Pandemiebeginn von den oft tiefgreifenden Veränderungen oder Beeinträchtigungen unberührt geblieben. Die Schutzverpflichtung des Staates gegenüber seinen Bürgerinnen und Bürgern, die Verpflichtung zu Solidarität der Bürgerinnen und Bürger untereinander, den Schutz vor Diskriminierung aufgrund von Alter, Behinderung und Herkunft, die Formen der Rücksichtnahme im privaten Raum und schließlich die Frage, auf Basis welcher Erkenntnisse und Werthaltungen wir als Gesellschaft – etwa im Impfgeschehen oder bei Grundrechtseinschränkungen – welche Prioritäten setzen, zwingen uns, das Verhältnis von individueller und öffentlicher Verantwortung neu und kritisch zu verhandeln. So deutlich wie selten erkennen wir, wie schwierig es ist, öffentliche und individuelle Verantwortung in ein ausbalanciertes Verhältnis zu einer gemeinwohlorientierten und solidarischen Grundordnung einerseits und zur Autonomie des Einzelnen andererseits zu bringen. Aus ethischer Sicht sind dabei insbesondere drei Dimensionen vorausschauender Pandemiebeherrschung hervorzuheben: Gerechtigkeit (vgl. 1.2.1), Verantwortung (vgl. 1.2.2) und Verhältnismäßigkeit (vgl. 1.2.3). Diese Kategorien mögen intuitiv einleuchtend erscheinen, bedürfen aber der Erläuterung, wenn sie als Ausgangspunkt konkreter Maßnahmen verstanden werden sollen.

## 1.1 Zur aktuellen Ausgangslage

Sowohl der aktuelle Umgang mit der Pandemie als auch die vorausschauende Planung für Herbst und Winter sind stark geprägt von der Frage, wann und wie die SARS-CoV-2-Pandemie endet. Grundsätzlich zu unterscheiden ist ein medizinisches bzw. epidemiologisches Ende einer Pandemie von ihrem sozial definierten Ende. Eine Pandemie kann durch eine entsprechende Immunisierung in der Bevölkerung – sei es durch Impfungen oder durch die so genannte Durchseuchung – abklingen oder aber durch die Entwicklung von wirksamen Medikamenten gegen die Folgen der Infektion sowie durch eine Mutation des Erregers zu immer weniger krankheitserregenden (pathogenen) oder weniger infektiösen Varianten ihr medizinisch-epidemiologisches Ende finden. Daneben kann aber auch der gesellschaftliche Konsens, dass im eigentlich noch laufenden pandemischen Geschehen keine pandemietytischen Maßnahmen mehr ergriffen werden sollen, um die Gesellschaft nicht unverhältnismäßig zu belasten, zu einem sozial definierten Ende von Pandemien führen. Aus ethischer Sicht handelt es sich dabei um eine klassische Abwägung zwischen unterschiedlichen Opportunitätslasten, also Belastungen, die entstehen, wenn man ein bestimmtes Ziel verfolgt. Entscheidet man sich dafür, auf das medizinisch-epidemiologische Ende der Pandemie zu warten bzw. es durch entsprechende Impfungen oder die Entwicklung von Medikamenten herbeizuführen, dann stehen dem vor allem Opportunitätslasten auf gesellschaftlicher Ebene, etwa durch länger andauernde Einschränkungen von Grundrechten oder andere Beschränkungen im sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben aufgrund gebotener Vorsicht gegenüber. Toleriert man hingegen ein andauerndes pandemisches Geschehen und sieht dennoch ein sozial definiertes Ende des Pandemiezustands als gerechtfertigt an, dann werden Opportunitätslasten vor allem im Bereich einer erhöhten Krankheitslast in der Bevölkerung zu tragen sein. Dies wird freilich nur dann akzeptabel sein, wenn die Pandemie einen milden Verlauf angenommen hat, etwa bis hin zu einem Zustand, in dem das Infektionsgeschehen zwar noch pandemisch ist, aber die daraus resultierende Krankheitslast mit anderen saisonalen Infektionskrankheiten wie etwa der Influenza vergleichbar ist. In vergleichbarer Weise definiert auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ende einer Pandemie.

Gegenwärtig befinden wir uns in einem aktiven pandemischen Geschehen mit tolerierter Krankheitslast und beinahe normal funktionierendem Gesundheitssystem, so dass es in dieser Momentaufnahme gerechtfertigt erscheint, den pandemischen Zustand durch sozialen Konsens zu beenden. Dabei besteht allerdings das Risiko, dass sich im weiteren Jahresverlauf, insbesondere ab Herbst, saisonal die Krankheitslast wie auch die Belastung des Gesundheitssystems wieder so erhöht, dass das mit dem Stichtag vom 23. September 2022 gesetzlich festgeschriebene „soziale Ende“ der Pandemie aufgrund hoher gesundheitlicher Opportunitätslasten nicht mehr gerechtfertigt werden kann. Es ist also vorausschauend zu klären, unter welchen Maßgaben die Pandemie tatsächlich als sozial beherrschbar gelten soll, ab wann im Falle einer erneuten Infektionswelle die entsprechenden Risiken und gesundheitlichen Belastungen den gesellschaftlichen Nutzen eines „sozialen Endes“ der Pandemie sichtlich überwiegen und wie vor diesem Hintergrund zu handeln ist.

## **1.2 Bestehender Klärungs- und Handlungsbedarf**

Der Begriff der Opportunitätslasten wird zwar in der aktuellen Diskussion um die Reichweite von Schutzmaßnahmen immer wieder vorgebracht, allerdings scheint eine knappe begriffliche Klärung sinnvoll, um darauf aufbauend die relevanten Problem- und Handlungsräume zu erschließen.

### **1.2.1 Die Verteilung direkter und indirekter Opportunitätslasten in der Pandemie und die Klärung von Fragen der Gerechtigkeit**

Direkte Opportunitätslasten sind diejenigen Lasten, die in einem meist kausalen Zusammenhang mit einem Prozess oder einer Maßnahme stehen. So ist etwa der Beschluss, zur Eindämmung der Pandemie den Schulunterricht unter zunächst suboptimalen technischen Voraussetzungen in den Heimunterricht zu verlegen, mit direkten Opportunitätslasten sowohl hinsichtlich der Schule in ihrer sozialen Funktion als auch in der Lehr- und Lernqualität für die beteiligten Personen verbunden gewesen. Weitere mögliche Beeinträchtigungen im Familienleben, die Vertiefung sozial bedingter ungleicher Bildungschancen mangels Zugang zu entsprechender technischer Ausstattung oder auch eine mögliche Beeinträchtigung der Qualität von Arbeiten im Home-Office sind hingegen indirekte Opportunitätslasten. Relevant ist die Abwägung zwischen direkten und indirekten Opportunitätslasten nicht in erster Linie dort, wo Lehren und

Lernen in Präsenz gegen familiäre Harmonie oder leistungsgerechtes Arbeiten im Home-Office abzuwägen ist, sondern wo Gesundheit gegen Gesundheit in die Waagschale geworfen werden muss. Genau an diesem Punkt entscheidet sich der Diskurs um das soziale Ende der Pandemie; genau hier gelangt das Kriterium der Gerechtigkeit auf den Prüfstand.

Dies ist zu erläutern: In der Pandemie kam es beispielsweise zu einer Verminderung von Vorsorgeuntersuchungen. Zum einen war dies der Auslastung von Praxen und Kliniken geschuldet, zum anderen der Zurückhaltung von Patientinnen und Patienten, wenn es um auf den ersten Blick verzichtbare Arztbesuche ging. Auf diese Weise kam es schleichend zu einem Übergang von der Früherkennung von Erkrankungen hin zu einer späten Erkennung. Es werden – so die Beobachtung gerade im onkologischen, im neurologischen oder im kardiologischen Bereich – immer mehr Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen vorstellig, die im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen eher hätten diagnostiziert und therapiert werden können. Auch die Verschiebung von operativen Eingriffen zur Vorhaltung von Kapazitäten in den Krankenhäusern hat neben sehr direkten gesundheitlichen Opportunitätslasten – wie dem Ertragen einer Schmerzsymptomatik etwa bei einem Bandscheibenvorfall oder der Gefährdung des optimalen Ergebnisses eines chirurgischen Eingriffs durch verlängerte Wartezeiten – erhebliche indirekte Opportunitätslasten mit sich gebracht. Sowohl die direkten als auch die indirekten gesundheitlichen Opportunitätslasten der Pandemie lassen sich für Deutschland derzeit freilich kaum oder gar nicht evidenzbasiert angeben, da hierfür schlicht die Datenbasis fehlt. Dennoch muss betont werden, dass es auch nach dem sozial konsentierten Ende der Pandemie weiterhin zu einer Verteilung solcher gesundheitlichen Opportunitätslasten kommen wird. In unserem vom Solidarprinzip geprägten Gemeinwesen ist es wesentlich, diese Lasten gerecht zu verteilen. Gerechtigkeit wird dabei häufig mit Gleichheit verwechselt. Aus ethischer Sicht entsteht durch die Gleichbehandlung von Ungleichen jedoch nicht notwendigerweise Gerechtigkeit. Vielmehr wird die Verteilung von Opportunitätslasten sowohl bei Aufrechterhaltung der Vorstellung, die Pandemie sei sozial beendet, als auch bei einer ereignisgetriebenen allgemeinen oder lokalen Verschärfung der Maßnahmen zur Eingrenzung der Pandemie Kriterien der Bedarfs- und Ermöglichungsgerechtigkeit anlegen müssen. Daher sind die in dieser Stellungnahme vorgebrachten konkreten Maßnah-

men immer auch darauf hin zu prüfen, ob mit einer Maßnahme der konkrete Bedarf – einerseits etwa eines besonderen Schutzniveaus in einem besonderen Umfeld oder andererseits spezieller Freiheitsgrade in gesellschaftlich, kulturell und strukturell besonders relevanten Bereichen – abgedeckt wird. Dabei muss vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Gleichbehandlung und des Diskriminierungsverbots sichergestellt sein, dass allen Personen ein gerechter Zugang zur sozialen Teilhabe in allen Bereichen ermöglicht wird. Knapp formuliert, muss Bedarfsgerechtigkeit für bestimmte Gruppen oder Bereiche durch Ermöglichungsgerechtigkeit für die Allgemeinheit – wo immer vor dem Hintergrund von Schutzverpflichtungen möglich – flankiert werden.

### 1.2.2 Handlungsbedarf zur Verbesserung von Prozessen und Strukturen für die Wahrnehmung von Verantwortung

Allein der Bezug auf Bedarfs- und Ermöglichungsgerechtigkeit ist noch keine Antwort auf die Frage, wie ein verantwortlicher und vorausschauender Umgang mit dieser Pandemie oder noch folgenden Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit gelingen kann. Die Wahrnehmung von Verantwortung kommt vor allem erst auf der Handlungsebene zu ihrer vollständigen Entfaltung, denn es sind Entscheidungen und Handlungen oder aber Unterlassungen oder Versäumnisse, die die Opportunitätslasten erst erzeugen. Verantwortliche Entscheidungen und Handlungen setzen, insbesondere wenn sie Dritte betreffen, voraus, dass sie auf der Basis aller im besten Falle verfügbaren Informationen und auf der Basis wertgeleiteter rationaler Erwägung erfolgen.

Damit sind bereits wesentliche Probleme und akuter Handlungsbedarf angesprochen. Die – auch oft medial ausgetragenen – Diskurse zur Beschreibung und Beherrschung des pandemischen Geschehens der letzten Jahre haben uns gezeigt, dass Expertinnen und Experten a) nicht immer von einer identischen Wissensbasis und b) angesichts der Datenlagen in der Regel nicht von einer vollständigen Wissensbasis ausgehen können. Dazu kommt, dass c) insbesondere im öffentlichen Raum wissenschaftlich-rationale Erwägungen mit Meinungen verknüpft wurden. Dies öffnet einem selektiven Umgang mit wissenschaftlichen Befunden durch politische Entscheiderinnen und Entscheider Tür und Tor. Für verantwortliches Entscheiden und Handeln wäre es deutlich hilfreicher, wenn eine hinreichend dichte epidemiologische Datenlage mit eindeutigen

und zutreffenden Indikatoren für die Gesundheitssituation im gesamten Land sowie für die gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Auswirkungen von nationalen oder lokalen Maßnahmen geschaffen würde. Nur dies gewährleistet eine sichere Ausgangsbasis für rationales Abwägen von Entscheidungen und Handlungen. Im Umkehrschluss heißt dies jedoch nicht, dass der Rat von Expertinnen und Experten nicht eingeholt oder berücksichtigt werden sollte. Es befähigt allerdings unsere Gesellschaft auf der Ebene staatlichen Handelns zur Versachlichung von Entscheidungsprozessen und besseren Zielgenauigkeit von Maßnahmen, wenn auf eine solide, evidenzbasierte Wissensbasis zugegriffen werden kann. Diese ist – wenn schon nicht kurzfristig, dann wenigstens mittelfristig – in vorausschauender staatlicher Verantwortung zu schaffen.

Aktuell wurden und werden zwar bewährte, aber nur für eine recht grobe Beurteilung der Gesamtsituation geeignete Indikatoren wie etwa die Übersterblichkeit in den Blick genommen. Im Bereich der Prognose stützt man sich nach wie vor, auch bei hochvariablem Testgeschehen, auf Inzidenzen und Hospitalisierungsraten. Für die Differenzierung, ob Patientinnen oder Patienten wegen einer Corona-Infektion, mit einer Corona-Infektion oder wegen einer im Krankenhaus erworbenen Corona-Infektion gemeldet werden, gibt es gute Ansätze, die allerdings noch ausbaufähig sind. Auch die Krankheitsschwere wird, abgesehen von einer Erfassung der Auslastung von Intensivstationen mit sehr indirekten Schlussfolgerungen auf das Infektionsgeschehen, nicht systematisch erfasst.

Wahrnehmung von Verantwortung bedeutet also zunächst vor allem eine Stärkung der Wissensbasis durch Vereinheitlichung von Erhebungsinstrumenten, evidenzbasierter Definition geeigneter Indikatoren sowie Ertüchtigung des Meldewesens durch Digitalisierung. Nur wenn die Effekte von Entscheidungen und Handlungen oder aber Unterlassungen anhand verlässlicher Indikatoren transparent sind, kann von einer im Sinne der Verantwortungsethik hinreichenden Informiertheit ausgegangen werden. Bereits hier wird deutlich, in welchem Maße die Rationalität von Erwägungen von der Informiertheit der entscheidenden und handelnden Institutionen und Personen abhängig ist. Fehlendes Wissen führt zu Entscheidungen unter größerer Unsicherheit als nötig und zum Übergang von rationalen zu interessenbasierten Erwägungen. Der Umgang

mit den Herausforderungen und Opportunitätslasten der Pandemie und mit Fragen, die den Schutz der menschlichen Gesundheit betreffen, sollte aber nicht allein einem hybriden Forum aus Interessen und ihren Vertreterinnen und Vertretern überlassen sein. Vielmehr ist zu erwarten, dass im dritten Jahr der Pandemie endlich der zwanglose Zwang des evidenzbasierten und damit besseren Arguments wirksam wird.

### 1.2.3 Risiken, Nutzen und Verhältnismäßigkeit aus ethischer Sicht

Der Begriff des Risikos wird oft landläufig verwendet, ohne dass dabei eine genauere Bestimmung vorgenommen wird, was denn nun eigentlich unter einem Risiko verstanden wird. Häufig wird der Begriff des Risikos auch im Sinne von „Unsicherheit“ verwendet. Entscheidungen und Handlungen unter Unsicherheit beziehen sich aber ausschließlich auf das Eintreten nicht hinreichend zu definierender oder bisher unbekannter, aber prinzipiell möglicher Ereignisse. Das Auftreten des bis dahin unbekanntes SARS-CoV-2-Erregers im globalen Maßstab einer Pandemie war ein solch prinzipiell mögliches aber bis dahin unbekanntes Ereignis. Das hat gerade zu Beginn eine Reihe von Entscheidungen und Handlungen unter Unsicherheit und daher unter dem Gebot größtmöglicher Vorsicht erforderlich gemacht.

In einer ersten Konkretisierung soll hier unter Risiko im Gegensatz die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines definierten (also bekannten) unerwünschten Ereignisses in Abhängigkeit von der Schwere der Folgen verstanden werden. Ein seltenes Ereignis (Kernschmelze in einem Reaktor) stellt demnach aufgrund der damit verbundenen schwersten Auswirkungen (atomare Verstrahlung von Teilen der Bevölkerung und ganzen Landstrichen) ein erhebliches Risiko dar. Ein häufiges, aber in den Auswirkungen zu vernachlässigendes unerwünschtes Ereignis (das Verschütten nicht allzu heißen Kaffees auf der Untertasse) stellt im Vergleich dazu kein erhebliches Risiko dar. Insofern bedarf es sehr wohl besonderer Maßnahmen zur Vermeidung von Kernschmelzen, aber nur etwas Vorsicht und Übung zur Vermeidung des Verschüttens von Kaffee.

Problematisch in der Risikobeurteilung sind Ereignisse mit einer mittelgradigen bis hohen Eintrittswahrscheinlichkeit, die mit mittelgradigen oder milden Auswirkungen verbunden sind. Genau diese Risikoklasse bildet die aktuelle Pandemie ab. Der Eintritt einer schweren Coronaerkrankung darf derzeit als eher seltenes, mit anderen Infektionskrankheiten vergleichbares Risiko angesehen werden. Daher ist es ethisch rechtfertigbar, wenn sich Maßnahmen zur Risikominimierung aktuell nicht vorrangig auf das seltene Ereignis einer schwerwiegend verlaufenden Infektion konzentrieren, weil gravierendere Maßnahmen ansonsten für die große Mehrheit von Trägern milder Risiken unverhältnismäßig würden. Gleichzeitig müssen Maßnahmen jedoch so zugeschnitten sein, dass schwere Erkrankungen nach einer SARS-CoV-2-Infektion sehr unwahrscheinlich bleiben. Genau dieses Ziel verfolgt die vollständige Impfung eines möglichst hohen Prozentsatzes der Bevölkerung.

Die Entscheidung, auf der Basis eines politischen Konsenses die Pandemie am 23. September 2022 „sozial zu beenden“, fußt auf der Annahme, das Infektionsrisiko nehme ab und Verläufe würden zunehmend mild. Dies konnte zum Zeitpunkt der politischen Entscheidung mit einem hochaktiven Infektionsgeschehen allenfalls eine optimistische Annahme sein. Dieser auf die Zukunft ausgestellte Wechsel ist problematisch, denn allein die vollständige Erfüllung dieser Prognose wäre ein ausreichender Rechtfertigungsgrund für das bereits festgelegte Vorgehen. Wenig in den Blick genommen wird dabei auch, dass in einer freiheitlichen Gesellschaft der Umgang mit Risiken zwischen öffentlicher und individueller Verantwortung geteilt ist. Man kann nach ausreichenden Impfangeboten jeder Person durchaus zubilligen, das frei gewählte Risiko, ohne entsprechende Impfung schwer an einer Infektion zu erkranken, als Folge einer individuellen Entscheidung zu tragen. Dies gilt, so lange die damit verbundenen Risiken für die Allgemeinheit – etwa durch eine erhöhte Infektiosität der nicht geimpften Personen – nicht signifikant verschärft werden. Somit scheint es zunächst plausibel, wenn staatliche Vorgaben die individuelle Gesundheitsverantwortung betonen und öffentliche Maßnahmen zur Minimierung des Infektionsrisikos zurücknehmen. Zu bedenken bleibt allerdings auch, dass eine solche Entscheidung und die nachfolgenden Handlungen mit der Zurücknahme von Schutzmaßnahmen auf der Basis empirisch schlecht abgesicherter Voran-

nahmen über den weiteren Verlauf des pandemischen Geschehens getroffen wurden. Eine valide Einschätzung über die sich dynamisch verändernden Risiken inmitten einer Pandemie kann nur dann erfolgen, wenn eine fortwährende, situationsangepasste Bewertung der Infektionswahrscheinlichkeit in Verbindung mit medizinischen Daten über die zu erwartende Schwere der Krankheitsverläufe vorgenommen wird. Insofern werden Kenntnisse über die Infektiosität von Virusvarianten zusammen mit ihrer Pathogenität, also ihrer krankmachenden Wirkung, vor dem Hintergrund der Grundimmunisierung der Bevölkerung und der Schutzwirkung der Immunisierung gegen die spezifischen Varianten zum Schlüssel für die Einschätzung der Pandemierisiken und damit für die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen.

Eine der Höhe des Risikos nicht angemessene und zu milde Maßnahme hat in der Regel keinen ausreichenden präventiven Nutzen. Maßnahmen, die bei häufigen aber in den Auswirkungen milden Risiken zu restriktiv eingreifen, können negative Effekte haben, indem sie die Bereitschaft senken, in Phasen mit höheren Risiken präventive Maßnahmen mitzutragen. Insbesondere ist jedoch darauf zu achten, dass eine aus ethischer und sozialer Sicht problematische Isolation von Personen in Einrichtungen der Altenpflege oder Wiedereingliederungshilfe wann immer möglich vermieden wird. Hier müssen Lösungen durch andere Konzepte des Schutzes (Testungen, Impfangebote) geschaffen werden, die die soziale Teilhabe sowie die Ausübung des Selbst- und Mitbestimmungsrechts der in den Einrichtungen versorgten Personen schützen.

Auch vor diesem Hintergrund ist eine risikoangepasste, dynamische Vorsorge, die anhand von Infektiosität, Pathogenität und Immunität die Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen bestimmt, ethisch dringend geboten, auch oder insbesondere, weil es problematisch ist, in einer nach wie vor dynamischen und mit Unwägbarkeiten verbundenen Entwicklung des Infektionsgeschehens, eine Pandemie „sozial“ bzw. durch Gesetzgebung beenden zu wollen.

### 1.3 Konkrete Schritte und Maßnahmen

Aus den bisherigen Ausführungen ergeben sich aus ethischer Sicht folgende konkrete Schritte und Maßnahmen.

#### Zu 1.2.1

- Direkte und indirekte gesundheitliche Auswirkungen (gesundheitliche Opportunitätslasten) der Pandemie sind als Datenbasis für die Steuerung von präventiven, interventionellen und rehabilitativen Maßnahmen bundeseinheitlich zu erfassen sowie epidemiologisch, sozialmedizinisch und sozialetisch auszuwerten. Vorliegende Versorgungsdaten sind hierfür nutzbar zu machen. Der Gesetzgeber sollte zeitnah ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz mit einer ethisch und rechtlich fundierten Abwägung von Gesundheits- und Datenschutz vorlegen.
- Schutzmaßnahmen müssen evidenzbasiert, bedarfsgerecht und damit ggfs. lokal oder sektoral begrenzt gestaltet werden.
- Die bedarfsgerechte, agile Implementierung von Schutzmaßnahmen muss immer die Aufrechterhaltung einer gerechten Ermöglichung sozialer Teilhabe einschließen. Dies umfasst alle sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Bereiche.
- Bei der Implementierung von Maßnahmen ist der Schutz vor Diskriminierung zu gewährleisten – soziale Isolation und Ausgrenzung aufgrund von Merkmalen wie Alter, Behinderung und Herkunft sind zu vermeiden und der Schutz vulnerabler Gruppen bedarfsgerecht zu gestalten.

#### Zu 1.2.2

- Die Wahrnehmung von Verantwortung erfordert die Verbesserungen von Prozessen und Strukturen. Geeignete Indikatoren der Pandemiedynamik sind zu entwickeln. Dies umfasst auch die Erfassung von Corona-Patienten einschließlich des Schweregrads der Erkrankung im stationären wie im ambulanten Bereich sowie die de facto Belegung betreibbarer Krankenhaus- und Intensivbetten in Echtzeit<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Dies ist bei anderen Infektionskrankheiten, wie beispielsweise HIV/AIDS Standard.

- Die Voraussetzungen für ein einheitliches, digitales Meldewesen ist auch in Vorausschau auf andere epidemiologische Herausforderungen zu schaffen. Eine bessere materielle und personelle Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist hierfür unverzichtbar und muss zeitnah und substantiell erfolgen. Auch in Krankenhäusern und Arztpraxen muss die Infrastruktur zur Datenerhebung verbessert werden.
- Kurzfristig und übergangsweise ist eine „Sentinel-Kohorte“, d. h. eine Personengruppe als repräsentativer Ausschnitt der Bevölkerung, zu etablieren, die das Infektionsgeschehen einschließlich der Ausbreitung bestimmter Virus-Varianten, Ko-Morbiditäten, direkte und indirekte Opportunitätslasten, Erkrankungen und ihre Verläufe sowie epidemiologische Indikatoren wie Sterblichkeit und Übersterblichkeit etc. abbildet, und so ein stets aktuelles Bild der für die Gesamtbevölkerung anzunehmenden Lage abgibt.
- Mithilfe epidemiologischer Daten – auch aus der Sentinel-Kohorte – ist der Umgang mit indirekten Opportunitätslasten und Spätfolgen der Pandemie vorausschauen zu planen.

### Zu 1.2.3

- Die Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen hängt wesentlich von der Einschätzung der dynamischen pandemischen Risiken ab. Ein Monitoring der Risiken ist zu implementieren, das die fortlaufende Analyse der Ausbreitung von Virusvarianten, die Erforschung ihrer Infektiosität und Pathogenität im Verhältnis zur Grundimmunität in der Bevölkerung erlaubt. Auch hier kann in einer Übergangsphase eine Sentinel-Kohorte hilfreich sein.
- Neben der öffentlichen Gesundheitsverantwortung ist die individuelle Gesundheitsverantwortung durch (geeignete) Kommunikation zu stärken. Dabei muss im Sinne der Ermöglichungsgerechtigkeit sichergestellt sein, dass jede Person Zugang zu adäquater Prävention, insbesondere (variantenadjustierte) Impfungen hat. Nach Scheitern einer allgemeinen Impfpflicht müssen die Risiken, die sich aus dem Verzicht einer Impfung ergeben, klarer und im Verhältnis zu Impfrisiken kommuniziert werden. So ist sichergestellt, dass Personen sich informiert für das Eingehen gesundheitlicher Risiken entscheiden.

- Zur allgemeinen Risikominimierung sind entsprechende Gesundheitsreserven (Impfstoffe, Schutzmaterial, Medikamente) zu schaffen und fortlaufend zu bewirtschaften.

#### **1.4 Fazit für die Praxis**

Aus den hier skizzierten allgemeinen Prämissen für einen ethisch, medizinisch und sozial rechtfertigbaren Umgang mit aktuellen und zukünftigen Pandemie-risiken ergeben sich konkrete Aufgaben. Diese sind teils nur mittelfristig zu lösen, müssen aber im Sinne vorausschauender Vorsorge dringlich umgesetzt werden, da auch zukünftig größere epidemiologische Herausforderungen zu erwarten sind. Kurzfristige Lösungen, wie die einheitliche Verfügbarmachung und Nutzung vorhandener Daten, die Nutzung von alternativen „Real-World-Data“ wie z. B. die mikrobiologische und chemische Belastung in ungereinigtem Abwasser oder Mobilitätsdaten sowie insbesondere die zeitnahe Schaffung einer Sentinel-Kohorte zur fortlaufenden, ereignissensiblen Messung gesundheitlicher Dynamiken sind im Sinne des Übergangs zu einer besser evidenzbasierten Praxis im Bereich der öffentlichen Gesundheit ethisch dringend geboten.

# 2. RECHTLICHER HANDLUNGSRAHMEN

## 2.1 Zur aktuellen Ausgangslage

### 2.1.1 Das Infektionsschutzgesetz

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) enthält wesentliche Rechtsgrundlagen für den Schutz der Bevölkerung vor gemeingefährlichen oder übertragbaren Krankheiten. Allerdings treten wichtige seiner Vorschriften mit Ablauf des 23. September 2022 außer Kraft. Damit ist der Zweck des IfSG gefährdet, dazu beizutragen, übertragbaren Krankheiten vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.

Zwar gelten zentrale Regelungen zeitlich unbeschränkt. So können die zuständigen Behörden notwendige Schutzmaßnahmen anordnen, wenn der Deutsche Bundestag das Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat. Unabhängig von einer solchen epidemischen Lage von nationaler Tragweite dürfen notwendige Schutzmaßnahmen nach bisheriger Rechtslage jedoch nur bis zum 23. September 2022 ergriffen werden.

Entscheidungen über Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) müssen insbesondere am Schutz von Leben und Gesundheit und der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems ausgerichtet sein. Dabei müssen absehbare Änderungen des Infektionsgeschehens durch ansteckendere, das Gesundheitssystem stärker belastende Virusvarianten berücksichtigt werden. Soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Auswirkungen auf den Einzelnen und die Allgemeinheit müssen einbezogen und berücksichtigt werden, soweit dies mit dem Ziel einer wirksamen Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 vereinbar ist. Soziale, gesellschaftliche oder wirtschaftliche Bereiche, die für die Allgemeinheit von besonderer Bedeutung sind, können von den Schutzmaßnahmen ausgenommen werden, soweit ihre Einbeziehung zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 nicht zwingend erforderlich ist.

## 2.1.2 Maßnahmen innerhalb einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Zu den Schutzmaßnahmen innerhalb einer festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite können neben zahlreichen anderen die Maskenpflicht oder die Anordnung eines Abstandsgebotes im öffentlichen Raum und die Untersagung oder Beschränkung von Veranstaltungen gehören. Soweit auch bei Berücksichtigung aller bisher getroffenen anderen Schutzmaßnahmen eine wirksame Eindämmung der Verbreitung von COVID-19 erheblich gefährdet wäre, können unter anderem auch Versammlungen und religiöse oder weltanschauliche Zusammenkünfte untersagt oder Ausgangsbeschränkungen angeordnet werden, nach denen das Verlassen des privaten Wohnbereichs nur zu bestimmten Zeiten oder zu bestimmten Zwecken zulässig ist.

## 2.1.3. Maßnahmen außerhalb einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Soweit zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 erforderlich, sind unabhängig von einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite zulässige Schutzmaßnahmen bis zum Enddatum am 23. September 2022 bestimmte Regelungen möglich. Dies sind die Verpflichtung zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes in bestimmten Einrichtungen, die Verpflichtung zur Testung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in bestimmten Einrichtungen sowie individuelle Schutzmaßnahmen gegenüber Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern und die Schließung von Einrichtungen und Betrieben im Einzelfall. Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen sind dabei zu berücksichtigen.

Auch regional begrenzte Maßnahmen sind möglich, wenn dort die konkrete Gefahr einer sich dynamisch ausbreitenden Infektionslage von COVID-19 besteht. Eine konkrete Gefahr einer sich dynamisch ausbreitenden Infektionslage besteht, wenn in der jeweiligen Gebietskörperschaft die Ausbreitung einer Virusvariante des Coronavirus SARS-CoV-2 festgestellt wird, die eine signifikant höhere Pathogenität aufweist, oder wenn auf Grund besonders vieler Neuinfektionen oder eines besonders starken Anstiegs an Neuinfektionen eine Überlastung der Krankenhauskapazitäten in der jeweiligen Gebietskörperschaft droht. Sofern das Parlament des betroffenen Landes das Vorliegen der konkreten Ge-

fahr und die Anwendung konkreter Maßnahmen in einer bestimmten Gebietskörperschaft feststellt, können geeignete Maßnahmen angeordnet werden. Dies sind die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz), ein Abstandsgebot mit einem Abstand von 1,5 Metern (Mindestabstand) im öffentlichen Raum, insbesondere in öffentlich zugänglichen Innenräumen. Dazu gehören zudem die Verpflichtung zur Vorlage eines Impf-, Genesenen- oder Testnachweises einschließlich der Vorlage eines amtlichen Lichtbildausweises sowie an die Vorlage solcher Nachweise anknüpfende Beschränkungen des Zugangs in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen sowie in Betrieben, in Einrichtungen oder Angeboten mit Publikumsverkehr. Darüber hinaus ist möglich die Verpflichtung zur Erstellung und zur Anwendung von Hygienekonzepten, die die Bereitstellung von Desinfektionsmitteln, die Vermeidung unnötiger Kontakte und Lüftungskonzepte für bestimmte Betriebe, Gewerbe, Einrichtungen, Angebote, Veranstaltungen, Reisen und Ausübungen vorsehen können. Diese Möglichkeiten fallen mit Ablauf des 23. September 2022 weg, ebenso die entsprechenden Maßnahmen des Bundes in seinen Zuständigkeitsbereichen.

#### 2.1.4. Eingriffe in Grundrechte minimieren – Schutzpflichten des Staates erfüllen

Maßnahmen zum Schutz vor stark ansteckenden Krankheiten wie Covid-19 bringen regelmäßig erhebliche Eingriffe in Grundrechte der Bevölkerung mit sich. Sie müssen möglichst gering gehalten werden. Auf der anderen Seite ist der Staat zum Schutz der Menschen vor Beeinträchtigungen von grundrechtlich geschützten Gütern verpflichtet, die durch diese Krankheiten verursacht werden. Ihn treffen Schutzpflichten ebenso wie er Eingriffe in Grundrechte so weit wie möglich vermeiden muss. Indem der Staat diesen Pflichten nachkommt, muss er alle Menschen gleichbehandeln, unterschiedliche Behandlungen müssen deshalb auf einleuchtenden Gründen beruhen.

Um adäquat und rechtzeitig auf ein sich veränderndes Infektionsgeschehen reagieren zu können, müssen der Bund und die Länder auf ein geeignetes Instrumentarium an Infektionsschutzmaßnahmen zurückgreifen können.

Im Vordergrund der zu schützenden Grundrechtsgüter steht das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Zahlreiche andere Grundrechtsgüter verlangen allerdings ebenfalls angemessene Berücksichtigung. So können Maßnahmen wie Ausgangssperren oder die Untersagung von Tanzveranstaltungen die freie Entfaltung der Persönlichkeit beeinträchtigen. Kontaktsperren können die freie Religionsausübung ebenso treffen wie die Kunstfreiheit oder den Schutz der Familie. Die Versammlungsfreiheit kann betroffen sein, das Recht auf Bildung, die Freizügigkeit oder die Berufsfreiheit. Überwachungsmaßnahmen können die Unverletzlichkeit der Wohnung beeinträchtigen.

Alle Maßnahmen müssen im Allgemeinen und im konkreten Fall dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen. Sie müssen deshalb einem legitimen Zweck dienen, zur Erreichung dieses Zweckes geeignet, also tauglich sein, sie müssen zudem erforderlich sein, es darf daher zur Erreichung des Zweckes kein gleich geeignetes Mittel geben, das die Betroffenen weniger beeinträchtigt, und die mit den Maßnahmen verbundenen Beeinträchtigungen dürfen nicht außer Verhältnis zu den mit ihnen erzielten positiven Effekten stehen, also zumutbar sein. Diesem Übermaßverbot steht ein Untermaßverbot zur Seite – der Staat muss den Schutz der Grundrechtsgüter vor der Krankheit in ausreichendem Maße gewährleisten.

Die Schutzpflicht des Staates verpflichtet dazu, im Rahmen des Möglichen rechtzeitig Maßnahmen der Vorsorge zur Abwehr von Gefahren zu treffen. Dazu gehört auch der Erlass geeigneter rechtlicher Grundlagen für erforderliche Maßnahmen. Die faktischen Grundlagen, auf denen die Einschätzungen des Normgebers ebenso wie die Umsetzung der Normen in die Praxis beruhen, müssen wissenschaftlich fundiert sein.

Der Gesundheitsschutz der Bevölkerung ist ein legitimer Zweck, der als staatliche Verpflichtung bereits aus dem Sozialstaatsgebot folgt. Ebenso wie das Sozialstaatsgebot folgen wichtige Maßgaben für die Bewältigung einer epidemischen Lage aus dem Rechtsstaatsprinzip. Gesetz- und Verordnungsgeber sind danach verpflichtet, Normen hinreichend bestimmt zu fassen, so dass die Normanwender sie mit vertretbarem Aufwand sicher anwenden können. Die Normen müssen daher klar sein und so dem Grundsatz der Normenklarheit genügen.

Anzustreben ist, dass die Maßnahmen für die Bevölkerung verständlich und nachvollziehbar sind. Hierfür müssen die staatlichen Stellen ausreichende Maßnahmen der Aufklärung und Information ergreifen.

Angesichts der regelmäßig dynamischen Entwicklung der epidemischen Lage sollten Gesetze, Verordnungen und Einzelmaßnahmen zeitlich begrenzt sein. Die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für das IfSG liegt beim Bund. Der Vollzug des IfSG ist grundsätzlich Sache der Länder. Der Bund kann geeignete Bereiche der Gesetzgebung durch die Länder überlassen. Der parlamentarische Gesetzgeber kann zudem die Ermächtigung vorsehen, nähere Bestimmungen durch Rechtsverordnung zu erlassen. Hierfür müssen Zweck, Ausmaß und Inhalt der Ermächtigung gesetzlich bestimmt werden. Für die Grundrechtsausübung wesentliche Entscheidungen muss der parlamentarische Gesetzgeber selbst treffen. Angesichts sich schnell ändernder faktischer Umstände und wissenschaftlicher Erkenntnisse ist der Weg der Regelung durch Rechtsverordnung allerdings angezeigt, um epidemischen Lagen rasch und effektiv entgegenwirken zu können.

## 2.2 Bestehender Klärungs- und Handlungsbedarf

### 2.2.1 Revisionsbedarf im aktuellen Infektionsschutzgesetz

- Die Rolle des Bundes und die Aufgaben der Länder:  
Das Infektionsschutzgesetz (IfSG), insbesondere § 28a IfSG, muss dergestalt überarbeitet werden, dass den Ländern geeignete gesetzliche Befugnisse eingeräumt werden. Damit würde sichergestellt, dass sachgerecht auf ein verändertes Infektionsgeschehen im Herbst und im Winter reagiert und die notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen schnell, effektiv und rechtssicher ergriffen werden können.
- Zeitliche Erfordernisse:  
Zahlreiche Regelungen des IfSG sind zeitlich begrenzt und enden mit Ablauf des 22. September 2022. Daher muss rechtzeitig Vorsorge dafür getroffen werden, dass erforderliche und geeignete Maßnahmen auch nach diesem Enddatum getroffen werden können.

- **Verordnungsermächtigungen:**  
Die Ermächtigungen nach §§ 28 a, 28 b und 28 c IfSG sollten über den 23. September 2022 hinaus Geltung erlangen und den zu erwartenden Bedarfslagen angepasst werden.
- **Spezifizierung nach erwartbaren Bedarfslagen:**  
Landesregierungen und Bundesregierung müssen in der Lage sein, zeitnah die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen. Hierzu bedarf es solider Datengrundlagen und der Verpflichtung relevanter Stellen zur Datenerhebung, Datensammlung und Datenweitergabe.

Die jeweilige Bedarfslage und ihre Beendigung muss rechtssicher durch die geeignete staatliche Institution festgestellt werden.

Die Länder müssen ermächtigt werden, jeweilige Bedarfslagen sowohl für einzelne Regionen als auch für das gesamte Land festzustellen.

Sollte es dazu kommen, dass eine neue Virusvariante mit im Vergleich zur Omikron-Variante weniger krankmachenden Eigenschaften dominiert, sind stärker eingreifende Infektionsschutzmaßnahmen nicht mehr oder nur für den Schutz von Risikopersonen notwendig.

Bei erhöhter Bedarfslage kommt es über die gesamte kältere Jahreszeit es zu einem gehäuften Auftreten von Infektionen und Arbeitsausfällen. Hier bleibt die durch SARS-CoV-2 hervorgerufene Krankheitslast ähnlich wie bei den Omikron-Varianten BA.4, BA.5 und BA.2.12.1. Es könnten flächendeckende Maßnahmen des Übertragungsschutzes, insbesondere Maskenpflicht und Abstandsregeln in Innenräumen sowie Maßnahmen der Kontaktreduktion einschließlich einer Home-Office Pflicht nach regionaler Maßgabe sowie Testpflichten angeordnet werden.

Sollte es in höchster Bedarfslage, insbesondere durch eine neue Virusvariante mit einer Kombination aus verstärkter Immunflucht bzw. Übertragbarkeit und erhöhter Krankheitsschwere kommen, die das Gesundheitssystem durch COVID-19 -Fälle auf den Intensiv- und Normalstationen stark belastet, müssen allgemeine Schutzmaßnahmen wie Maskenpflicht und Abstandsgebot längerfristig aufrechterhalten und zusätzliche Schutzmaßnahmen mit Kontaktreduktionen ergriffen werden.

### 2.2.2 Revisionsbedarf in anderen Gesetzen

Für die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe von statistischen und Gesundheitsdaten sollten geeignete Rechtsgrundlagen im Rahmen der DSGVO geschaffen werden. Hierfür bedarf es etwa einer Verpflichtung aller Krankenhäuser, Arztpraxen und Diagnostiklaboratorien zur Anbindung an das DEMIS-System zur Übermittlung der Infektionsfälle. Dafür müssen die ökonomischen sowie datenschutzrechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Es sollte ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz (s. o.) geschaffen werden, in dem die Modalitäten der Erhebung, Weitergabe und Nutzung von Gesundheitsdaten rechtssicher und handhabbar geregelt sind.

Die in der Corona-Surveillanceverordnung geregelte molekularbiologische Überwachung des Infektionsgeschehens mittels Nukleotidsequenzierung sollte im IfSG als Option bei akuten Ausbruchsgeschehen vorgesehen werden

## 2.3 Konkrete Schritte und Maßnahmen

Die Bundesregierung sollte das Gesetzgebungsverfahren zur Anpassung des IfSG zeitnah einleiten. Dabei muss sichergestellt sein, dass eine rechtzeitige und angemessene Beteiligung der Länder gewährleistet ist und Änderungsvorschläge der Länder Berücksichtigung finden.

Zumindest die folgenden Maßnahmen sollten ab Herbst 2022 rechtssicher ermöglicht werden, insbesondere:

- Anordnung einer generellen Maskenpflicht in Innenräumen (medizinische Maske)
- Abstandsgebot

- Verpflichtung zur Vorlage eines Impf-, Genesenen- oder Testnachweises (3G/2G-Regelungen) einschließlich der Möglichkeit einer echten Testverpflichtung, auch für geimpfte oder genesene Personen unter Anpassung von IfSG und § 3 SchAusnahmV anzupassen, mit entsprechender Zugangsbeschränkung für risikogefährdete Bereiche und Einrichtungen
- Verpflichtung zur Erstellung von verbindlichen Infektionsschutzkonzepten
- Über weitere Maßnahmen der Kontaktbeschränkung sowie Schließungen von Betrieben muss der jeweiligen Lage angepasst entschieden werden.
- Regelungen am Arbeitsplatz (Mobiles Arbeiten, Regelung bei Personalausfall, Kurzarbeit)

## **2.4 Fazit für die Praxis**

Das Bundesministerium für Gesundheit ist gehalten, alsbald einen Masterplan für die möglichen Herausforderungen der Corona-Pandemie ab Herbst 2022 vorzulegen und gemeinsam mit den Ländern abzustimmen. Die gesetzlichen Grundlagen müssen so gestaltet werden, dass die Länder für die jeweilige pandemische Lage passende Maßnahmen ergreifen können.

Grundsätzlich wäre zu prüfen, an welchen Stellen die Datenerfassung und -übermittlung verbessert werden kann, um das Pandemiegeschehen realistisch einschätzen zu können. Das betrifft nicht nur die Gesundheits- und Landesuntersuchungsämter, sondern auch andere Bereiche wie z. B. Arztpraxen etc.

# 3. ABWÄGUNG VON MASSNAHMEN ZUR PANDEMIEBEHERRSCHUNG

## 3.1 Zur aktuellen Lage

Nach Ablauf der Übergangsfrist des bereits zum 19. März 2022 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetzes und nach Wegfall der meisten bundesweiten Corona-Schutzregeln gelten seit dem 3. April 2022 in Rheinland-Pfalz die im Infektionsschutzgesetz vorgesehenen Basis-Schutzmaßnahmen (s. o.).

In besonders schutzbedürftigen Bereichen wie Arztpraxen, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie im ÖPNV gilt die Maskenpflicht. Geboten ist es weiterhin, die bekannten Hygieneempfehlungen eigenverantwortlich umzusetzen.

SARS-CoV-2 infizierte und krankheitsverdächtige Personen müssen sich in Absonderung begeben. Unter bestimmten Bedingungen dürfen positiv getestete Personen ihren Arbeitsplatz betreten. Diese Regelung reagiert auf die Situation im Frühjahr 2022, die von einem hohen Personalausfall sämtlicher Institutionen der Gesellschaft inklusive der kritischen Infrastruktur – insbesondere auch im Gesundheitssystem – geprägt war und diese an die Grenzen der Belastbarkeit geführt hat.

Auf der Datengrundlage des Fraunhofer-Instituts für Techno- und Wirtschaftsmathematik für Rheinland-Pfalz, das zunächst einen Rückgang der Hospitalisierungsrate und der Intensivbettenbelegung prognostizierte, konnten durch diese Maßnahmen bis dato die Ziele der Vermeidung zu hoher Opportunitätslasten (s. o.) einerseits und der Schutz vor einer Überlastung des Gesundheitssystems andererseits erreicht werden. Aktuell wird das Infektionsgeschehen in Deutschland durch die Omikron-Varianten bestimmt. Inzwischen liegt v. a. die Variante

BA.5 mit Untervarianten vor. Seit Anfang Juni wurde zunächst eine Stagnation, mittlerweile wieder ein Anstieg der 7-Tagesinzidenz und der Hospitalisierungsrates verzeichnet. Die exakte Entwicklung wird vom Robert-Koch-Institut (RKI) in den wöchentlichen Situationsberichten publiziert. Laut RKI ist der Grund für die bisher festgestellte geringere Anzahl an schweren Verläufen einerseits auf die Omikronvariante zurückzuführen, andererseits auf die günstigere saisonale Situation im Sommer und den noch relativ hohen Immunisierungsgrad durch Impfung und/oder durchgemachte Infektion. Insgesamt wird vom RKI die Gefahr für die Bevölkerung auch derzeit noch als hoch eingeschätzt. Die augenscheinliche Entspannung der Pandemie-Situation hat zu einer Lockerung der durch politische Vorgaben implementierten Schutzmaßnahmen geführt. Hinzu kommt, dass aufgrund der von der Bevölkerung erlebten und beobachteten reduzierten Krankheitslast die Bereitschaft für freiwilliges Schutzverhalten aktuell eher abnimmt, wie insbesondere im Rahmen von Großveranstaltungen aber auch im privaten Raum zu beobachten ist.

Die aktuelle Fassung des Infektionsschutzgesetzes ist bis zum 23. September 2022 gültig. Danach enden sämtliche Pandemiemaßnahmen auf nationaler Ebene. Es ist plausibel anzunehmen, dass sich spätestens im Herbst 2022 weitere Virusvarianten mit aktuell nicht vorhersagbarer Virulenz und Kontagiosität entwickeln. Die bekannten Faktoren – wie vermehrter Aufenthalt in geschlossenen Räumen – und die bekannten Viruseigenschaften, die die winterliche Ausbreitung begünstigen, lassen auch angesichts aktuell steigender Inzidenzen spätestens dann eine deutlich, wenn nicht dramatisch steigende Inzidenz von SARS-CoV-2-Infektionen erwarten, die zudem von einer Zunahme anderer Atemwegsinfektionen begleitet werden dürfte.

Das Bundeskanzleramt hatte den Sachverständigenausschuss beauftragt bis zum 30. Juni 2022 eine wissenschaftliche Bewertung der bisherigen Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie vorzulegen, die als Grundlage für weitere Empfehlungen gelten soll. Dieses Zeitfenster wurde von einigen Wissenschaftlern durchaus als kritisch gesehen und als zu knapp bemessen, um die Bewertung der Maßnahmen auf der Basis einer belastbaren Datenlage vornehmen zu können.

Die jetzige Infektionslage soll genutzt werden, um basierend auf der aktuellen Datenlage frühzeitig Regeln und Maßnahmen festzulegen, die Inhalt eines fortgeschriebenen und aktualisierten Infektionsschutzgesetzes werden sollten. Diese Regeln müssen eine agile Umsetzung der Maßnahmen ermöglichen, um die genannten Ziele des Bevölkerungsschutzes zu gewährleisten und die Überlastung des Gesundheitssystems und der kritischen Infrastruktur (laut KRITIS-Verordnung aus dem Jahr 2021) zu verhindern. Hierbei sollte der Anspruch, so weit wie möglich auf Grundrechtseinschränkungen zu verzichten und ein Maximum an sozialer Teilhabe zu erhalten, leitend sein. Eine wichtige Zielgröße ist dabei, dass eine Auftrennung der Gesellschaft nach Gruppen bei der Pandemiebeherrschung sowohl sprachlich und im Handeln in Zukunft vermieden wird. Eine implizite – teils auch explizite – Markierung von gruppenspezifischen Risiken oder Interessen etwa von hochbetagten Personen, Menschen mit Behinderungen, Kindern, Jugendlichen oder der Erwerbstätigen ebenso wie eine Trennung der Gesellschaft in Geimpfte und Ungeimpfte ist als kontraproduktiv einerseits und als Vorgehen mit sozialem Diskriminierungspotential andererseits zu vermeiden.

An dieser Stelle erscheint es geboten zu erwähnen, dass ein Virus niemals – erst recht nicht in einer vernetzten globalisierten Welt – an Ländergrenzen haltmacht. Nur mit einem Konzept, das auch andere Staaten bei den Überlegungen bezüglich der zu ergreifenden Maßnahmen berücksichtigt, die es aus eigener Kraft nicht leisten können, die Infektionszahlen zu kontrollieren, kann das gemeinsame Ziel erreicht werden.

### **3.2 Bestehender Klärungs- und Handlungsbedarf**

Die Unsicherheiten bezüglich möglicher neuer Virusvarianten und der zu erwartenden Pandemieentwicklung machen es aus ethischer Sicht notwendig, mit großer Weitsicht vorzugehen und anhand möglicher Szenarien Vorbereitungen zu treffen (preparedness).

Dementsprechend beschreibt der Corona-ExpertInnenrat in der 11. Stellungnahme drei mögliche Szenarien bei ansteigenden Infektionsinzidenzen (günstiges Szenario, Basisszenario, ungünstiges Szenario), um im Herbst mit effizienten Maßnahmen schnell und präpariert reagieren zu können.

Für alle drei Szenarien ist das Tragen von Schutzmasken als Basismaßnahme von zentraler Bedeutung.

Bei dem günstigen Szenario wird von einer Variante mit geringer Krankheitslast ausgegangen. Hier stünde dann der Schutz vulnerabler Gruppen, bei denen schwere Krankheitsverläufe möglich sind, im Vordergrund. Zudem ist das Aufrechterhalten eines funktionierenden Gesundheitssystems sowie anderer systemrelevanter Einrichtungen (KRITIS) von Bedeutung, da aufgrund fehlender Kontaktbeschränkungen und Verzicht auf Maskenpflicht von der Konsequenz eines hohen Personalausfalls auszugehen ist. Hier ist die Aufforderung zum Tragen der Masken von großer Bedeutung.

Das Basisszenario nimmt eine Mittelstellung ein. Schon hier scheinen Maßnahmen wie Maskenpflicht und Kontaktbeschränkungen in Innenräumen geboten zu sein, um die beschriebenen Ziele zu erreichen.

Bei dem ungünstigen Szenario wird von einer Virusvariante ausgegangen, die wieder zu einer Zunahme von schweren Krankheitsverläufen und dementsprechend einem Anstieg der Belegung der Intensivstationen und der Todeszahlen führen wird. Diese Situation würde wieder Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht und Abstandsregelungen in verbindlicher Form erforderlich machen. Zudem muss das Kleeblattverlegungskonzept in dieser Situation jederzeit reaktiviert werden können.

## **A. konkrete Maßnahmen**

### **1. Allgemeine Schutzmaßnahmen für den Einzelnen**

#### ■ Maskenpflicht

Das Tragen von Schutzmasken sollte als wirksame und wenig eingreifende Methode bei ansteigenden Infektionszahlen zumindest als Empfehlung frühzeitig in Betracht gezogen werden. Bei zunehmendem Schweregrad der Pandemie ist die Maskenpflicht unumgänglich.

## ■ Testpflicht

Die Testinfrastruktur und die Möglichkeit der kostenlosen Testung für bestimmte Gruppen zum Schutz vulnerabler Gruppen sollten aufrecht erhalten werden. Der ExpertInnenrat regt eine mögliche Integration in die Impfzentren an. Differentielle Vorgaben bezüglich Testung müssen je nach Szenario und insbesondere für Institutionen der kritischen Infrastruktur angepasst werden.

- Allgemeine Hygienemaßnahmen mit Ausreichendem Zugang zu Sachbedarf (Masken, Schutzkleidung, Händedesinfektion)

## 2. Absonderungsregeln und Kontaktbeschränkung

Die Kriterien für die Isolationspflicht und Quarantäne sollen unverändert aufrecht erhalten bleiben, dabei muss es jedoch gerade im Gesundheitssystem eine Abwägung zwischen Gesundheitsschutz von dort Tätigen und Patientinnen und Patienten – etwa bei symptomlos positiv getesteten Mitarbeitenden – und Schutz der Funktionsfähigkeit des Versorgungssystems geben.

## 3. Vorhalten von Klinikkapazitäten und entsprechender Vergütung

Aufgrund des zu erwartenden Wiederanstiegs der saisonalen Atemwegserreger zusätzlich zu einer möglichen Covid-19-Welle können erneut eine Überlastung der Krankenhäuser und Engpässe bei der Patientenversorgung auftreten. Nach den bisherigen Erfahrungen betrifft dies vor allem die Intensivstationen sowie Kinderkliniken und die Geriatrischen Kliniken. In den Bereichen sollten Anstrengungen erfolgen, um den Versorgungsengpass früh abzufedern.

## 4. Ambulante Versorgung von Patienten

- Dezentrales Testen und Impfen
- Optimierte Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich
- Zugang zu antiviraler Medikation optimieren

## 5. Impfung

Auch wenn ein Übertragungsschutz durch das Impfen nicht erreicht werden kann, so kann jedoch eine deutliche Abschwächung der Krankheitslast erzielt werden. Die Beibehaltung von regelmäßigen Impfungen ggf. mit angepassten Impfstoffen ist deshalb weiterhin die wesentliche Grundlage bei der Pandemiebekämpfung. Die Erfassung des Impfstatus und auch der ungeimpften Personen ist dabei ebenfalls von großer Bedeutung (siehe B).

## 6. Therapie der Pandemiefolgen

- Kontinuierliche Aktualisierung der medizinischen Behandlung/Rehabilitation aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse und evidenced based medicine<sup>2</sup>
- Zur Behandlung der mittlerweile bekannten Langzeitfolgen Verbesserung des Auf- und Ausbaus therapeutischer und psychosozialer Angebote

## 7. Schulen/ Kita/ Kindergärten stellen eine besondere Herausforderung dar.

Die Sicherstellung eines kontinuierlichen Schulbetriebs und verlässlicher Kinderbetreuung ist von herausragender sozialer und gesellschaftlicher Bedeutung.

## B. Impfung

### Umsetzung der bisherigen gesetzlichen Regelungen

Das Gesundheitswesen und weite Bereiche des öffentlichen Lebens sowie die Bevölkerung müssen sich, wie gesagt, darauf einstellen, dass Infektionen durch SARS-CoV-2 und andere Atemwegsinfektionserreger im Herbst und Winter 2022/23 saisonal bedingt zunehmen werden.

Trotz der allgemeinen COVID-19-Impfempfehlung für alle Menschen ab 5 Jahren werden auch in der zweiten Jahreshälfte 2022 weiterhin relevante Impflücken bestehen. Aufgrund der hohen Zahl überstandener SARS-CoV-2-Infektionen und der, besonders in hohen Altersgruppen, erreichten guten Durchimpfungsraten besteht mittlerweile jedoch insgesamt eine breite Basisimmunität gegenüber SARS-CoV-2. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass das Gesundheitssystem und die kritische Infrastruktur aufgrund der verbleibenden Immunitätslücke und der abnehmenden Immunität im Laufe der Zeit (Immune

---

<sup>2</sup> Derartige Empfehlungen werden vom STAKOB (Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger) am RKI veröffentlicht und eignen sich als Leitlinie zur COVID-19 Therapie ([https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Stakob\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Stakob_node.html)).

Waning), der fortschreitenden Virusevolution sowie der Krankheitsaktivität durch COVID-19 und andere Atemwegserreger im kommenden Herbst/Winter erneut erheblich belastet werden. Der Einfluss von neuen Virusvarianten ist zum jetzigen Zeitpunkt unbekannt, es könnte aber zu einer Abnahme des Schutzes vor Infektion und Erkrankung kommen.

Eine effektive Verminderung der Krankheitslast von COVID-19 kann individuell und populationsbezogen durch anhaltend hohe Durchimpfungsraten erreicht werden. Die aktuell in Deutschland verfügbaren Impfstoffe schützen bisher gut gegen schwere Krankheitsverläufe, die durch die bisher bekannten zirkulierenden Virusvarianten verursacht werden. Ein Schutz vor Übertragung der Infektion kann hingegen nur bedingt durch Impfung erreicht werden. Somit ist der Schutz der Gesundheit und des Lebens das übergeordnete Ziel der Impfung, eine Verlangsamung der Ausbreitung von Infektionen muss als nachgeordnet betrachtet werden. Daher müssen auch in Zukunft hohe Durchimpfungsraten insbesondere in den besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen sichergestellt werden. Nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen kann zudem durch die Kombination von überstandener Infektion und Impfung wahrscheinlich ein besonders robuster Infektionsschutz (Hybridimmunität) erreicht werden.

### Impfstoffe

Derzeit ist noch nicht bekannt, ob und in welchem Umfang neben den bisher verfügbaren COVID-19 Impfstoffen in der zweiten Jahreshälfte 2022 weitere, an zirkulierende Virusvarianten spezifisch angepasste Impfstoffe und/oder auch Virusvarianten-Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen werden. Selbst wenn solch neue Impfstoffentwicklungen erst verzögert verfügbar werden, wird nach allen bisherigen Erfahrungen auch eine erneute Impfung mit den aktuellen und verfügbaren COVID-19 Impfstoffen zumindest für Menschen hohen Alters und aus den Risiko-Populationen einen partiellen Zusatznutzen bieten. Eine entsprechende Empfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut zur Viertimpfung, auch zweite Booster-Impfung genannt, liegt vor. Daher sollte im weiteren Verlauf des Jahres Sorge getragen werden, dass die Verfügbarkeit der für die Durchführung von umfangreichen Impfkampagnen erforderlichen Infrastrukturen und Ressourcen in Rheinland-Pfalz sichergestellt ist. Dies gilt insbesondere für die schnelle Reaktivierbarkeit von

Impfzentren, die Schaffung von Voraussetzungen für aufsuchende Impfangebote und die Stärkung der Möglichkeit zur Impfung bei Haus- und Kinderärzten. Auch die Voraussetzungen für aufsuchende Impfangebote in Rheinland-Pfalz müssen sichergestellt sein. Die Corona-Expertenkommission der Bundesregierung hat in diesem Kontext am 08.06.2022 eine Empfehlung (11. Stellungnahme) veröffentlicht, die zur Sicherstellung der Prävention von COVID-19 acht Forderungen enthält, von denen insbesondere die ersten 4 Empfehlungen für die Vorbereitung in Rheinland-Pfalz übernommen werden sollten.

### **Konkrete Maßnahmen zur Erhöhung der Impf- und Booster-Impfquote nach STIKO-Empfehlung für eine adäquate Vorbereitung auf Herbst/Winter**

- (1) Aufsuchende Impfteams und Etablierung eines Public-Health-Nurse-Konzepts (Impfung durch geschulte Pflegekräfte vor Ort) für SARS-CoV-2- und Influenzaimpfungen
- (2) Proaktives Angebot und Aufklärungskampagne zur Influenza- und Pneumokokken-Schutzimpfung im Rahmen der STIKO-Empfehlung und Sicherstellung eines ausreichenden Impfstoffangebots
- (3) Einbeziehung des ÖGD in die Impfaufklärung an Schulen. Einbeziehung der Eltern und Betreuungspersonen.
- (4) Erhalt einer Rumpfstruktur der Impfzentren im Stand-by-Betrieb mit schneller Reaktivierbarkeit

Unterstützend sollten die Empfehlungen 5 bis 8 in Erwägung gezogen werden

- (5) Verstetigung der Impferfassung, Etablierung einer Struktur zur Weiterübermittlung aller erhobenen Impfdaten an die Krankenkassen, siehe auch die Anmerkungen zur Nutzung von Gesundheitsdaten in den vorangegangenen Kapiteln
- (6) Impf- und Immunitätslücken für COVID-19 und Influenza bestimmen
- (7) Schaffung einer Grundlage und Struktur, die es erlaubt, jede versicherte Person mit Informationsmaterial, einer Einladung oder Aufforderung zum Impfen usw. zu erreichen
- (8) Medizinisches Personal in der Impfaufklärung schulen (Gesprächstechniken wie Motivational Interviewing, Widerlegen von Falschinformationen)

Ergänzend zur Empfehlung 4 sollte außerdem noch auf Folgendes dringend wert gelegt werden:

- (9) Unterstützung und Einbeziehung anderer Impfstellen wie niedergelassene Ärzteschaft, vor allem Haus- und Kinderärzte, aber auch Betriebs- und Werksärzte.

### **3.3 Konkrete Schritte und Maßnahmen**

Das primäre Ziel der Maßnahmen ist das Wiederaufflammen der Pandemie zu verhindern bzw. so gut wie möglich zu bewältigen. Hierbei zeigt sich das Spannungsfeld zwischen den Polen der Verpflichtung gegenüber dem Schutz vor Ansteckung und prekärer Folgen für den Einzelnen und möglichst geringer Einschränkungen der persönlichen Freiheit und Aufrechterhaltung der größtmöglichen sozialen Teilhabe auf der anderen Seite.

Zu bedenken sind des Weiteren die Folgen für die Gesellschaft unter verschiedensten Gesichtspunkten wie zum Beispiel gesundheitlichen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Folgen.

Nach den bisherigen Erfahrungen ist festzuhalten,

1. Der Eingriff in die Persönlichkeitsrechte vor allem bei den allgemeinen Schutzmaßnahmen erscheint aus ethischer Sicht zumutbar bei gleichzeitig effizienter Infektionsbegrenzung.
2. Die Absonderungs- und Distanzregeln beeinträchtigen die persönliche Freiheit deutlich mehr und haben signifikante ökonomische und soziale Folgen.
3. Das betrifft noch mehr die Verordnung von Testpflichten und Impfungen.

## 4. FAZIT

Die Erfahrungen der letzten Jahre seit Beginn der COVID-19-Pandemie haben uns schmerzlich vor Augen geführt, was wir doch zu gerne verdrängen, dass wir Menschen vulnerabel sind, dass Krankheit und Tod nicht lediglich Randerscheinungen eines ansonsten perfekt abgesicherten Lebens sind, sondern Kontingenzerfahrungen, die uns allesamt jederzeit treffen können und unser menschliches Sein ausmachen.

Auch in einer technisierten Gesellschaft und trotz modernster medizinischer Erkenntnisse und Therapieangebote bleiben wir verletzlich und müssen gemeinsam lernen mit neuen Krisen umzugehen.

### **4.1 Bereiche mit besonderer Relevanz in medizinischen Krisen**

Es wurden uns auch die Augen geöffnet, welchen Bereichen unserer Gesellschaft in Krisensituationen besondere Bedeutung zukommt. Meist sind dies Einrichtungen, in denen Menschen arbeiten, denen weder eine soziale noch eine angemessene pekuniäre Wertschätzung ihrer Leistung entgegengebracht wird. Durch die Ökonomisierung haben sich die Arbeitsbedingungen der Berufsgruppen der Pflegekräfte in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, Rehabilitationseinrichtungen sowie Diensten, Einrichtungen und Assistenz für Menschen mit Behinderungen etc. derart verschlechtert, dass die eigentliche Aufgabe der Unterstützung nicht mehr gewährleistet werden kann. Minimale Untergrenzen der Besetzung, die eigentlich dafür gedacht waren, eine „gefährliche“ Pflege zu verhindern, sind mittlerweile Normalstandard in allen relevanten Bereichen. Die zusätzliche Personalverknappung verschärft durch Krankheitsausfälle auch anderer sozialer Einrichtungen wie KITAs haben gezeigt, wie essentiell diese Aufgaben zur Aufrechterhaltung unseres gesamtgesellschaftlichen Lebens sind. Diese Erkenntnisse sollen dringend bei weiteren Planungen und Strukturen berücksichtigt werden.

## **4.2 Digitalisierung, Datenerfassung und Evaluation**

Nicht nur mussten wir erfahren, dass das Individuum an sich verletzlich ist und in Phasen von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Tod auf die existentielle Unterstützung von Menschen in gut funktionierenden sozialen Institutionen angewiesen ist, sondern auch, dass sich in puncto zeitgerechter Datenerfassung, Datendokumentation, Strukturen in Institutionen, digitaler Vernetzung untereinander große Lücken aufgetan haben. Die Digitalisierung ist die Basis für viele der oben beschriebenen Maßnahmen, um weiteren Krisensituationen in Zukunft schneller und abgestimmter begegnen zu können.

## **4.3 Transparente Information und gebündelte Kommunikation**

Des Weiteren hat sich gezeigt, dass Menschen unserer Gesellschaft sehr wohl durch klare, transparente Information und Kommunikation zu erreichen sind. In den ersten Monaten war die Bereitschaft der Gesellschaft sehr groß, auch tief einschneidende Maßnahmen gemeinsam zu tragen. Eine optimierte Kommunikationsstrategie, in denen die Regeln präzise und verständlich vermittelt werden, eine Kampagne zur Aufklärung von Falschmeldungen kann die Gesellschaft wieder zusammenführen. Relevant kann hierbei auch sein, über Grundrechte wie Freiheit an sich zu sprechen und zu informieren – insbesondere auch darüber wo die Grenzen der Freiheit liegen. Wir haben erfahren, dass wir nur gemeinsam schwierige Phasen von Krisen überstehen können, wenn wir die kritische Infrastruktur und das Gesundheitswesen schützen.

## **4.4 Frühe Initialisierung von Basismaßnahmen zum Infektionsschutz**

In Phasen in denen eine Virusvariante mit niedriger Krankheitslast zirkuliert, schützen wir diese Systeme, in denen wir durch minimale Maßnahmen wie Maskentragen und Regeln der Basishygiene, einen weiteren Personalausfall reduzieren. Die niedrige Akzeptanz auf freiwilliger Basis diese Maßnahmen in den jetzigen Sommermonaten umzusetzen, sollte uns jetzt bewegen, eine Gesetzesgrundlage zu fordern, die eine allgemeine Maskenpflicht in Innenräumen aller gesellschaftlichen Bereiche für die Phase ab Herbst mindestens bei dem beschriebenen Basisszenario ermöglicht.

#### **4.5 Eskalation von Maßnahmen in zeitnaher Anpassung an die Infektionsentwicklung**

Reicht dies nicht aus, dann sind weitere der genannten Maßnahmen ethisch zu vertreten, um die Überlastung der kritischen Infrastruktur und des Gesundheitswesens zu erreichen. Bei einer Virusvariante, bei der es erneut aufgrund ihrer Virulenz zu ansteigenden Todeszahlen kommt, muss auf der Basis der Echtzeitdatenlage erarbeitet werden, inwieweit ein Schutz der besonders vulnerablen Gruppen ausreichend ist und wie er zu gestalten ist oder ob weitere Maßnahmen, die die ganze Gesellschaft betreffen, nötig werden, um das Ziel der Eindämmung zu erreichen. Hierbei muss insbesondere durch entsprechende Formulierungen eine Spaltung der Gesellschaft zwischen Menschen höheren Alters mit Gebrechlichkeit und Menschen mit Behinderungen einerseits und anderen Teilen der Gesellschaft vermieden werden.

#### **4.6 Impfungen**

Die Weiterentwicklung von Impfstoffen und Applikationsformen und deren konsequente Anwendung stellen eine Grundvoraussetzung für eine gelingende Langzeitentwicklung dar.

# 5. EMPFEHLUNGEN UND „POINTS TO CONSIDER“

Vor diesem Hintergrund spricht der Ethikbeirat des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz sich für eine Umsetzung der folgenden Punkte, zumindest durch politisches und institutionelles Handeln auf Ebene des Bundeslandes aber auch mit Blick auf ein bundesweit (besser) harmonisiertes Vorgehen aus:

- (1) Schaffung einer Datengrundlage, um angemessen auf das Pandemiegeschehen reagieren zu können.

Dafür muss der Gesetzgeber

- die vorliegenden Versorgungsdaten nutzbar machen
- die Datengrundlage für modellierte Prognosen zum Pandemieverlauf verbessern (z. B. Abwassermessungen, umfassende Labor- und Versorgungsdaten)
- die nötigen (datenschutz-)rechtlichen Grundlagen (z. B. durch ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz) in einer Abwägung von Daten- und Gesundheitsschutz schaffen
- kurzfristig und übergangsweise eine „Sentinel-Kohorte“ etablieren, d. h. eine Personengruppe als repräsentativen Ausschnitt der Bevölkerung, die das Infektionsgeschehen abbildet und gleichzeitig vorhandene Sentinel-Strategien (ARE, SARI) ausbauen.
- ein einheitliches, digitales Meldewesen auf den Weg bringen, auch in Vorausschau auf andere epidemiologische Herausforderungen (insbesondere Meldungen durch Krankenhäuser gemäß §6 des aktuellen IfSG)
- die Verbesserung des Labormeldewesens
- die fortgesetzte Sequenzierung von Virusvarianten / Isolaten sowie fortgesetzte Erforschung von Infektiosität und Pathogenität der Varianten
- die Erfassung von Corona-Patienten einschließlich des Schweregrads der Erkrankung im stationären wie im ambulanten Bereich

- die de facto Belegung betreibbarer Krankenhaus- und Intensivbetten in Echtzeit ermöglichen

(2) Schaffung einer Rechtsgrundlage, die es den Ländern ermöglicht, angemessene Maßnahmen rechtzeitig anzuordnen.

Die Bundesregierung sollte

- das Gesetzgebungsverfahren zur Anpassung des IfSG zeitnah einleiten und eine rechtzeitige und angemessene Beteiligung der Länder gewährleisten
- das IfSG so gestalten, dass zumindest eine allgemeine Maskenpflicht in Innenräumen aller gesellschaftlichen Bereiche für die Phase ab Herbst ermöglicht.

(3) Schutzmaßnahmen müssen

- evidenzbasiert, bedarfsgerecht und damit lokal oder sektoral begrenzt gestaltet werden
- immer die Aufrechterhaltung einer gerechten Ermöglichung sozialer Teilhabe einschließen. Dies umfasst alle sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Bereiche, insbesondere jedoch Bildungseinrichtungen (Schulen, Berufsschulen, höhere Bildungseinrichtungen) und Einrichtungen der Kinderbetreuung.
- angemessen und zielgenau sein und dürfen zu keinen unangemessenen Einschränkungen, wie etwa der sozialen Isolation von Personen in Institutionen der Altenpflege oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe durch maximales Schutzniveau, führen. An dieser Stelle sei auch der stationäre Krankenhaussektor benannt, in dem es keine rigorosen Besuchsverbote ohne Ermessensspielraum und individuelle Härtefallregelungen geben sollte.

(4) Schaffung und Vorhaltung einer Gesundheitsreserve

Dies umfasst

- die Vorhaltung von Impfstoffen, Schutzmaterial und Medikamenten
- Im Sinne der Ermöglichungsgerechtigkeit die Sicherstellung, dass jede Person Zugang zu adäquater Prävention, insbesondere (varianten-adjustierte) Impfungen hat.
- die Unterstützung bei der Weiterentwicklung von Impfstoffen und Applikationsformen und deren konsequente Anwendung

## (5) Verbesserung der Kommunikation

Dafür sollte der Gesetzgeber

- eine transparente Information der Bürgerinnen und Bürger sicherstellen. Dies umfasst leicht zugängliche Informationen sowie die präzise und verständliche Erklärung von Regeln
- sich noch stärker bei der Aufklärung von Falschinformationen engagieren
- durch sensible Formulierungen eine Spaltung der Gesellschaft zwischen Menschen höheren Alters mit Gebrechlichkeit und Menschen mit Behinderung einerseits und anderen Teilen der Gesellschaft vermeiden.
- die schnelle und lückenlose Kommunikation zwischen den staatlichen Behörden sowie zwischen Bund und Ländern weiter optimieren

## (6) Impfkampagnen

Gemeinsam sollten weiterhin alle Anstrengungen unternommen werden, bestehende Impflücken zu schließen.

## (7) Pandemiefolgen in den Blick nehmen

- gesundheitliche, vor allem auch psychische Folgen der Pandemie, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen müssen gezielt in den Blick genommen und entsprechende Behandlungskapazitäten geschaffen werden
- Post- und Long-Covid müssen weiter erforscht und die medizinische Behandlung muss auf Basis dieser Ergebnisse weiter aktualisiert werden.
- Zur Behandlung der mittlerweile bekannten Langzeitfolgen ist eine Verbesserung des Auf- und Ausbaus therapeutischer und psychosozialer Angebote notwendig

**Herausgeber:** **Ethikbeirat des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit  
des Landes Rheinland-Pfalz**

Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit  
Mittlere Bleiche 61  
55116 Mainz  
poststelle@mwg.rlp.de  
www.mwg.rlp.de

**Verantwortlich:** David B. Freichel, Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit  
Dr. Anna Kranzdorf, Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit

**Gestaltung:** www.pfannebecker-kommunikationsdesign.de



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM  
FÜR WISSENSCHAFT  
UND GESUNDHEIT

Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit  
Mittlere Bleiche 61  
55116 Mainz

E-Mail [poststelle@mwg.rlp.de](mailto:poststelle@mwg.rlp.de)  
Homepage [www.mwg.rlp.de](http://www.mwg.rlp.de)