



Besondere Regeln für Geimpfte?

AD-HOC-EMPFEHLUNG

Berlin, 4. Februar 2021

Spätestens seit Beginn des Impfprogramms wird auch in der breiteren Öffentlichkeit kontrovers diskutiert, ob eine Impfung gegen Covid-19 zu besonderen Regeln für geimpfte Personen führen dürfte oder sogar müsse. Diese können entweder die Rücknahme von infektionsschutzbedingten staatlichen Freiheitsbeschränkungen, den Zugang zu Waren oder Dienstleistungen privater Anbieter oder die Verpflichtung zu berufsbezogenen oder gemeinwohlorientierten Tätigkeiten betreffen.

Eine angemessene Beurteilung solcher besonderen Regeln verlangt zunächst Klarheit darüber, in welchem Ausmaß Covid-19-Schutzimpfungen (i) den Ausbruch beziehungsweise den schweren oder tödlichen Verlauf von Covid-19 und (ii) die Übertragung des Sars-CoV-2-Erregers hinreichend sicher und wirksam unterdrücken. Die hierzu vorliegenden empirischen Daten müssen aus medizinisch-naturwissenschaftlicher Perspektive valide eingeschätzt werden (unter (1)).

Bei der daran anknüpfenden ethischen wie rechtlichen Beurteilung ist wie folgt zu differenzieren:

- Hinsichtlich infektionsschutzbedingter staatlicher Freiheitsbeschränkungen ist zu klären, inwieweit diese mit dem Fortschreiten des Impfprogramms noch allgemein gerechtfertigt werden können, ob individuelle Unterschiede zwischen Geimpften und nicht Geimpften gemacht werden dürfen oder anlassbezogen und bereichsspezifisch sogar geboten sein könnten (unter (2) und (4)).
- Hinsichtlich der Unterscheidungen zwischen Geimpften und nicht Geimpften Personen durch private Anbieter stellt sich die Frage, inwieweit sie durch die Privatautonomie gedeckt sind oder ebenfalls einer Rechtfertigung bedürfen und wie dies ethisch zu bewerten ist (unter (3)).

In beiden Fällen ist zu berücksichtigen, (a) ob alle Impfwilligen Zugang zur Impfung haben, (b) nach welchen Kriterien die oben angesprochene „hinreichende Sicherheit“ zu bestimmen ist sowie (c) welche Konsequenzen die Fortschritte des Impfprogramms für die Legitimation der staatlichen Freiheitsbeschränkungen haben. Dabei ist aus legitimatorischer Perspektive nicht die Ausbreitung des Virus als solche entscheidend; vielmehr können aus Sicht des Deutschen Ethikrates nur gravierende negative Folgen wie etwa eine hohe Sterblichkeit, langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen signifikanter Bevölkerungsteile oder der drohende Kollaps des Gesundheitssystems die tiefgreifenden Freiheitsbeschränkungen sowie deren soziale, wirtschaftliche und kulturelle Begleitschäden rechtfertigen.¹ Deshalb sollten alle Menschen mit individuell sehr hohem Risiko für einen schweren oder gar tödlichen Verlauf der Covid-19-Erkrankung prioritären Zugang zur Impfung erhalten, also nicht nur alte, sondern auch junge Menschen mit schweren Vorerkrankungen (gegebenenfalls auch auf dem Wege einer Härtefallregelung). Diese Priorisierung hat weitgehend in die Impfpriorisierungsempfehlung des Deutschen Ethikrates, der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina Eingang gefunden und wird dort als vorrangiges Impfziel ausgewiesen.²

Ob und inwieweit das Geimpftsein auch besondere *Verpflichtungen* nach sich ziehen kann, wäre ebenso gesondert zu erörtern

wie eine mögliche anlassbezogene und bereichsspezifische Impfpflicht.³ Nach Ansicht des Ethikrates sollten Personen, die auf freiwilliger Basis geimpft sind, derzeit weder von staatlicher Seite noch von ihren Arbeit- oder Dienstgebern zusätzliche Pflichten bei der Pandemiebekämpfung auferlegt werden. Hiergegen spricht schon die derzeit noch nicht hinlänglich geklärte Frage, ob eine Impfung auch das Risiko einer Übertragung des Virus hinreichend wirksam verringert. Deshalb ist derzeit auch eine Impfpflicht abzulehnen. Dazu enthält die erwähnte gemeinsame Impfpriorisierungsempfehlung Bedingungen, die derzeit nicht erfüllt sind.

1 Naturwissenschaftlich-medizinische Grundlagen

Mit der Impfstrategie werden zwei Hauptziele verfolgt: zum einen die Verhinderung schwerer, insbesondere zur Hospitalisierung führender und/oder lebensbedrohlicher Krankheitssymptome, zum anderen eine Unterbrechung der Infektionskette. Beides fällt nicht automatisch zusammen, auch wenn die Zielvorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Entwicklung von Covid-19-Impfstoffen beides als erforderlich vorsehen.⁴ SARS-CoV-2 infiziert und repliziert zuerst in Zellen der oberen Atemwege, sodass für eine Abwehr der initialen Infektion eine lokale Schleimhautimmunität, vermittelt durch freigesetzte Antikörper, benötigt würde.⁵ Die gegenwärtig entwickelten Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 beruhen jedoch auf einer Injektion in den Muskel und rufen die Bildung von im Blut zirkulierenden neutralisierenden Antikörpern hervor, die eine weitere Ausbreitung des Virus im Körper unterbinden. Eine Virusvermehrung in den Zellen des oberen Atemtraktes und damit eine Übertragung nach Virusexposition bleiben möglich.⁶

Das Verhältnis von Symptom- und Infektionsunterdrückung ist für die Covid-19-Impfstoffe noch nicht bekannt, es wird erst längerfristig in den Nachbeobachtungen erkennbar werden.⁷ Eine schnellere, systematische Klärung wäre allenfalls durch sogenannte *challenge studies* mit absichtlich infizierten zuvor Geimpften Probanden denkbar, was aber aus ethischen Gründen nicht infrage kommt.⁸

Bislang können nur Analogien zu früheren Impfprogrammen gegen andere Erreger gezogen werden. Sowohl Studien zur Windpocken- als auch zur Pneumokokkenimpfung von Kindern haben gezeigt, dass die innerfamiliäre Übertragungsquote bei Familien mit Geimpften Kindern im Vergleich zu solchen mit ungeimpften Kindern etwa halbiert werden konnte.⁹

Bei der Entwicklung der gegenwärtig zugelassenen Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 wurde bisher lediglich die klinische Immunität, d. h. das Ausbleiben von Krankheitssymptomen bei den Geimpften Personen selbst, und nicht ein möglicher Einfluss auf die Verbreitung innerhalb von Familien oder Gruppen erfasst.¹⁰ Die bei Geimpften beobachteten Titer an neutralisierenden Antikörpern¹¹ lagen in einigen Fällen sogar über den bei Konvaleszenten beobachteten Spiegeln, sodass eine Verminderung der Virusproduktion infolge einer Impfung wahrscheinlich ist. Allerdings liegen noch keine systematischen Studiendaten zu deren Ausmaß und den Auswirkungen auf die Infektiosität infizierter Geimpfter ohne

Krankheitssymptome vor.¹² Zudem könnte eine Verminderung der Virusproduktion infolge der Impfung durch das Auftreten von Virusvarianten reduziert sein. Eine Immunität entsteht nicht unmittelbar nach der ersten Impfung, sondern entwickelt sich über mehrere Wochen. Im Fall der ersten in Deutschland zugelassenen Impfstoffe gegen Covid-19 von BioNTech/Pfizer bzw. Moderna sind zudem zwei Impfdosen im Abstand von 21 bzw. 28 Tagen notwendig, um die schützende Immunantwort auszulösen.¹³ Eine einmalige Impfdosis führt – soweit bislang bekannt – zu keinem langfristigen Schutz gegen SARS-CoV-2. Nach der Zweitimpfung muss selbst angesichts des von einigen Herstellern angegebenen 95-prozentigen Schutzes weiterhin mit ungeschützten und potenziell infektiösen Geimpften gerechnet werden. Dies bedeutet, dass zumindest in der Zeit zwischen der Erstimpfung und dem Wirkungseintritt der Zweitimpfung – und möglicherweise auch darüber hinaus – weiterhin sowohl ein Infektionsrisiko für die betreffende Person selbst als auch ein Übertragungsrisiko durch die betreffende Person für andere besteht. Das spricht für die Notwendigkeit, hohe Durchimpfungsraten zu erreichen¹⁴, und dafür, auch nach einer Impfung sonstige Schutzmaßnahmen zumindest für einen begrenzten Zeitraum aufrechtzuerhalten.

Mit aller Vorsicht kann damit bei der normativen Beurteilung davon ausgegangen werden, dass die anlaufenden Impfungen gegen Covid-19 die Hospitalisierungs- und Sterberaten unter den Geimpften stark senken werden. Parallel dazu ist mit der zunehmenden Durchimpfungsraten für die Ungeimpften zudem eine zunehmende Verringerung der Infektions- und Erkrankungsrisiken zu erwarten, weil die Impfung das Übertragungsrisiko zumindest vermindern dürfte. Welches Ausmaß diese Verminderung haben mag, lässt sich allerdings derzeit nicht sicher abschätzen.

2 Rücknahme von staatlichen Freiheitsbeschränkungen

Infektionsschutzmaßnahmen umfassen Freiheitsbeschränkungen, die ethisch wie rechtlich legitimationsbedürftig sind. Es ist somit im jeweiligen Einzelfall zu überprüfen, ob die Belastungen mit Blick auf die verfolgten Ziele aus Schutzaspekten heraus geboten, effektiv, effizient und zumutbar sind und welche – auch langfristigen – Beeinträchtigungen des sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Lebens mit ihnen verbunden sind.¹⁵ Außerdem müssen neben der Aufgabe des staatlichen Schutzes der Gesundheit Fragen der gerechten Verteilung von Vorteilen, Solidaritätsverpflichtungen, Belastungen, Einschränkungen sowie von potenzieller Ausgrenzung und problematischer Diskriminierung in den Blick genommen und in ihrer Bedeutung angemessen berücksichtigt werden.

Allgemeine Rücknahme für geimpfte und nicht geimpfte Personen

Die massive Bedrohung von Leben und Gesundheit vieler Menschen, die durch einen möglichen exponentiellen Anstieg von Infektionszahlen, von schweren Krankheitsverläufen und – daraus resultierend – der Überlastung des Gesundheitssystems gegeben ist, rechtfertigt prinzipiell die derzeitigen, sehr weit gehenden Maßnahmen. Sollten spezifischere und effektivere Mittel zur Erreichung dieser Ziele zur Verfügung stehen, so müssen die bisherigen, allgemeinen Freiheitsbeschränkungen zugunsten spezifischerer Schutzmaßnahmen aufgehoben werden. Weil entsprechende

Beurteilungen unweigerlich unter Bedingungen epistemischer Unsicherheit getroffen werden müssen, bedarf es normativer Grenzbeziehungen.

Die Impfung stellt aller Voraussicht nach ein – im genannten Sinn – spezifischeres und effektiveres Mittel zur Eindämmung der Pandemie und ihrer Folgen dar, selbst wenn sie die Weiterverbreitung des Erregers durch trotz Impfung infizierte Personen voraussichtlich nicht sicher verhindern kann. Je mehr Personen geimpft werden, desto größere Teile der Bevölkerung sind vor einer Erkrankung geschützt. Entsprechend müsste im Laufe des Impfprogramms die Zahl schwerer Krankheitsverläufe und Todesfälle und damit die Gefahr einer Überlastung des Gesundheitssystems mit all ihren Konsequenzen nach und nach zurückgehen. Dies gilt umso mehr, als zunächst jene Personengruppen geimpft werden, die ein besonders hohes Risiko tragen, im Infektionsfall einen schweren, potenziell lebensbedrohlichen Krankheitsverlauf zu erleiden. Das Impfprogramm müsste daher relativ rasch dazu führen, dass die Zahlen schwerer Erkrankungs- und Sterbefälle sinken. In dem Maß, in dem dieses vorrangige Ziel der Impfstrategie erreicht wird, entfällt sukzessive die entscheidende ethische wie rechtliche Legitimationsbasis der staatlichen Freiheitsbeschränkungen.

Dabei ist eine normativ relevante Relation von Wahrscheinlichkeit einer Infektion und Belastung durch Schutzmaßnahmen zu beachten: Während Abstandsregeln und Maskenpflicht als vergleichsweise geringe Freiheitsbeschränkungen in öffentlichen Verkehrsmitteln und im öffentlichen Raum noch längere Zeit zumutbar sein dürften, sind Einschränkungen des sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Lebens sowie Kontakt- bzw. Ausgangsbeschränkungen tiefgreifend und mit der Verstärkung sozialer Ungleichheiten und Spannungen in der Gesellschaft sowie mit erheblichen Belastungen und Nachteilen für einzelne Personengruppen ((Schul-)Kinder, Studierende, Kulturschaffende, Soloselbstständige, Beschäftigte im Veranstaltungs-, Hotel- und Gaststättengewerbe, der Reisebranche sowie im Einzelhandel etc.) verbunden. Sie sind deshalb ethisch und rechtlich nicht mehr zu rechtfertigen, wenn das primäre Ziel der Impfstrategie erreicht ist. Deshalb sollten diese Einschränkungen schrittweise bereits in dem Maße zurückgenommen werden, in dem das Risiko der Überlastung des Gesundheitssystems durch eine Vielzahl schwerer, potenziell lebensbedrohlicher Krankheitsverläufe sich verringert. Es ist sicherzustellen, dass Personengruppen, auch solche jüngeren Alters, mit hohem Risiko eines schweren oder tödlichen Verlaufes zu diesem Zeitpunkt bereits ein Impfangebot erhalten haben. Auch die Höhe der Infektionszahlen ist im Hinblick auf das Risiko von zukünftig auftretenden, potenziell gefährlichen Mutationen weiter zu berücksichtigen.

Individuelle Rücknahme für geimpfte Personen

Solange sich nicht alle Personen impfen lassen können, würde ein Teil der Bevölkerung eine individuelle Rücknahme staatlicher Freiheitsbeschränkungen nur für bereits Geimpfte als ungerecht empfinden. Dieses Empfinden könnte die Solidarität der Bürgerinnen und Bürger sowie die Bereitschaft zur Regelbefolgung mindern und damit die Maßnahmen zur Pandemieeindämmung unterlaufen, die dem Gesundheitsschutz aller dienen. Die ethisch und rechtlich schwierige Frage, ob und inwieweit diese mittelbaren Folgen

es rechtfertigen, gravierende Beschränkungen der Freiheit (auch von geimpften Personen aufrechtzuerhalten, muss jedoch so lange nicht entschieden werden, wie noch nicht verlässlich abschätzbar ist, in welchem Maße Impfungen gegen Covid-19 die Infektiosität der geimpften Personen vermindern. Weil damit selbst Kontakte von geimpften Personen untereinander das Virus weiterverbreiten und mittelbar zur Infektion noch nicht geimpfter Personen führen können, kommt jedenfalls derzeit eine individuelle Rücknahme staatlicher Freiheitsbeschränkungen für geimpfte Personen nicht in Betracht.

Angesichts der Unsicherheiten hinsichtlich der Infektiosität geimpfter Personen unterliegen diese derzeit weiterhin den allgemeinen Freiheitsbeschränkungen. Je mehr aber mit dem Fortschreiten des Impfprogramms besonders gravierende Risiken reduziert werden und verbesserte Kenntnisse hinsichtlich der Nichtansteckungsfähigkeit vorliegen, desto eher sind individuelle Rücknahmen von Freiheitsbeschränkungen für geimpfte Personen vorstellbar und gegebenenfalls geboten. Dabei wären auch kontroverse Fragen der Gerechtigkeit wie der Folgen für die Akzeptanz der Impfstrategie angemessen zu würdigen. Vergleichsweise wenig eingriffsintensive Maßnahmen wie Abstandsregeln und Maskenpflicht, bei denen Ausnahmen für Unsicherheiten und Unruhe sorgen könnten, dürfen auch dann ausnahmslos aufrechterhalten werden, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass geimpfte Personen nicht mehr oder nur noch in geringem Maße infektiös sind.

3 Zugangsbeschränkungen durch private Anbieter

Ob und inwieweit es privaten Anbietern verwehrt sein sollte bzw. verwehrt werden kann, den Zugang zu von ihnen angebotenen Waren und Dienstleistungen auf geimpfte Personen zu beschränken, ist in der Öffentlichkeit zuletzt breit diskutiert worden. Anlass war die Ankündigung der australischen Fluggesellschaft Qantas, demnächst zumindest auf ihren internationalen Flügen nur noch geimpfte Personen zuzulassen. Internationale Flüge sind allerdings insofern ein besonderer Fall, als der Zugang zu ihnen die Berechtigung voraussetzt, in den Zielstaat einzureisen. Es ist durchaus vorstellbar, dass bei einem Fortschreiten des Impfprogramms in Zukunft Staaten die Einreise von einem Impfnachweis abhängig machen. Selbst innerhalb der Europäischen Union wird dies derzeit diskutiert. In diesem Fall kämen auch andere Fluggesellschaften kaum daran vorbei, bei einem Flug in solche Staaten von ihren Passagieren einen Impfnachweis zu verlangen.

Auch in anderen Bereichen sind Beschränkungen des Zugangs zu angebotenen Waren und Dienstleistungen durch private Anbieter vorstellbar und werden intensiv öffentlich verhandelt. Insbesondere wenn sich nach Aufhebung der zur Abwendung der drohenden Überlastung des Gesundheitssystems notwendigen gravierenden staatlichen Freiheitsbeschränkungen im weiteren Verlauf der Pandemie herausstellen sollte, dass geimpfte Personen zumindest deutlich weniger ansteckend sind als nicht geimpfte, könnten private Anbieter erwägen, ihr Angebot auf geimpfte Personen zu beschränken und damit zu werben, dass die Gefahr einer Ansteckung mit Covid-19 bei ihrem Angebot – also unter den bereits Geimpften – jedenfalls geringer ist.

Bei der ethischen und rechtlichen Beurteilung ist zu beachten, dass Privatpersonen und private Unternehmen aufgrund ihrer

Vertragsfreiheit grundsätzlich frei in ihrer Entscheidung sind, mit wem sie einen Vertrag schließen. Das umfasst prinzipiell auch die Möglichkeit, nach dem Impfstatus ihrer Gegenüber zu differenzieren. Insofern ist der Ausgangspunkt der Beurteilung bei Zugangsbeschränkungen durch private Anbieter ein anderer als bei staatlichen Freiheitsbeschränkungen. Während es für staatliche Freiheitsbeschränkungen stets eines rechtfertigenden Grundes bedarf, haben private Anbieter im Grundsatz die Möglichkeit, den Zugang zu ihren Angeboten frei zu regeln. Eine Einschränkung dieser Freiheit bedarf ihrerseits einer Rechtfertigung.

Einschränkungen der Vertragsfreiheit privater Anbieter können gerechtfertigt sein, wenn der Zugang zu ihren Angeboten für eine prinzipiell gleichberechtigte, basale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unerlässlich ist. Die Rechtsordnung ist hier allerdings eher zurückhaltend. Selbst in den wenigen Fällen, in denen ein sogenannter Kontrahierungszwang vorgesehen ist, können in allgemeinen Vertragsbedingungen Einschränkungen vorgenommen werden. Entsprechendes gilt für Fälle, in denen die Rechtsprechung aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen eine Verpflichtung zum Vertragsabschluss abgeleitet hat. Die Diskriminierungstatbestände des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes erfassen den Impfstatus nicht. Über datenschutzrechtliche Anforderungen hinausgehende Vorgaben sind mithin regelhaft nicht zu beachten. Für eine weitergehende, auf etwaige Besorgnisse der „Privilegierung Geimpfter“ oder eines „mittelbaren Impfwangs“ reagierende Beschränkung der Privatautonomie privater Anbieter wären gesetzliche Neuregelungen erforderlich. Ob diese sinnvoll und verfassungskonform gestaltbar wären, kann im Rahmen einer Ad-hoc-Empfehlung nicht abschließend behandelt werden.

4 Freiheitsbeschränkungen in Pflege-, Senioren-, Behinderten- und Hospizeinrichtungen

Besondere Herausforderungen stellen die Freiheitsbeschränkungen in Pflege-, Senioren-, Behinderten- und Hospizeinrichtungen dar.¹⁶ Deren Bewohnerinnen und Bewohner sind seit Beginn der Pandemie in besonders intensiver Weise von Infektionsschutzmaßnahmen zur Kontaktbeschränkung betroffen. Dazu gehören Ausgangsverbote bzw. -einschränkungen und Beschränkungen von Besuchsmöglichkeiten selbst für enge Angehörige sowie Kontaktbeschränkungen innerhalb der Einrichtung, deretwegen etwa gemeinsame Mahlzeiten und Gruppenangebote entfallen. Aufgrund der Isolationsmaßnahmen sind die in Pflege-, Senioren-, Behinderten- und Hospizeinrichtungen Lebenden noch immer Belastungen ausgesetzt, die erheblich über das hinausgehen, was andere Bürgerinnen und Bürger erdulden müssen. Diese Sonderbelastung ist nur zu rechtfertigen, solange die in solchen Einrichtungen Lebenden noch nicht geimpft sind. Sie gehören unter anderem deshalb zur ersten Gruppe, die derzeit geimpft wird.

Allerdings werden in fast jeder Einrichtung einzelne Personen leben, die nicht geimpft werden wollen oder aufgrund von Vorerkrankungen nicht geimpft werden können. Weil unklar ist, inwieweit Geimpfte das Virus weiterhin übertragen können, ist auch bei nur selektiver Aufhebung der Kontaktbeschränkungen für geimpfte Personen nicht auszuschließen, dass sich in derselben Einrichtung lebende ungeimpfte Personen in der Folge infizieren und schwer erkranken. Jedoch dürfte dieses Risiko durch die Impfung

der anderen zumindest vermindert werden. Deshalb wäre die pauschale Aufrechterhaltung der besonders belastenden umfangreichen Kontaktrestriktionen für alle in solchen Einrichtungen Lebenden mit all ihren Konsequenzen (Depressionen, Verstärkung demenzieller Veränderungen, Verlust von Lebenswillen etc.) zum Schutz derjenigen Personen, die nicht geimpft werden können, nicht mehr angemessen. Stattdessen müssen die nicht geimpften Bewohnerinnen und Bewohner über die weiter geltenden allgemeinen Infektionsschutzmaßnahmen hinaus mithilfe anderer Maßnahmen (FFP2-Masken, Schutzkleidung für Pflegekräfte, Schnelltests etc.) besonders geschützt werden.

5 Empfehlungen

In seiner Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ (März 2020) hat der Deutsche Ethikrat die ethische wie rechtliche Legitimität gravierender Grundrechtseinschränkungen sowie schwerer weiterer Schädigungen an das Erfordernis des Schutzes des Gesundheitssystems vor einem Kollaps durch eine Vielzahl schwerer bzw. tödlicher Covid-19-Verläufe geknüpft, nicht jedoch an die Bekämpfung der Pandemie als solche. In dem Maß, in dem dieses Ziel erreicht ist, sollten die Beschränkungen für alle zurückgenommen werden – und zwar unabhängig von ihrem jeweiligen Impfstatus. Die vollständige Ausrottung von Sars-CoV-2 ist weder ein realistisches noch notwendiges Ziel einer erfolgreichen Impfstrategie.

Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Impfung gegen Covid-19 zu Rücknahmen der mit dem Infektionsschutz gerechtfertigten Beschränkungen führen dürfte oder müsste, ist zwischen staatlichen Freiheitsbeschränkungen und der Einschränkung des gesellschaftlichen Lebens durch nicht vom Staat geforderte Beschränkungen des Zugangs zu den Angeboten privater Anbieter zu unterscheiden.

1. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sollte aufgrund der noch nicht verlässlich abschätzbaren Infektiosität der Geimpften eine individuelle Rücknahme staatlicher Freiheitsbeschränkungen für geimpfte Personen nicht erfolgen.

2. Mit dem Fortschreiten des Impfprogramms sollen die allgemeinen staatlichen Freiheitsbeschränkungen für alle Bürgerinnen und Bürger schrittweise zurückgenommen werden. Als Maßstab für die Rücknahme dieser Beschränkungen sind dabei primär die Hospitalisierungszahlen bzw. die Zahlen schwerer Krankheitsverläufe und Todesfälle heranzuziehen, nicht hingegen die reinen Infektionszahlen. Voraussetzung dafür ist, dass zuvor alle Menschen mit individuell sehr hohem Risiko für einen schweren Verlauf der Covid-19-Erkrankung Zugang zur Impfung erhalten haben.
3. Die Rücknahme der allgemeinen staatlichen Freiheitsbeschränkungen sollte einhergehen mit Unterstützungsmaßnahmen für die dann notwendige weitere Selbstisolation von Menschen mit hohem individuellen Risiko für einen schweren Verlauf der Covid-19-Erkrankung, für die zu diesem Zeitpunkt (noch) kein Zugang zur Impfung besteht, wie zum Beispiel Kindern mit schweren Vorerkrankungen. Beispiele für solche Maßnahmen wären ein Recht auf Distanzunterricht, erleichterter Zugang zu Corona-Schnelltests, Erweiterung des Anspruchs auf Krankengeld und Kündigungsschutz für Betroffene bzw. ihre Eltern.
4. Die Verpflichtungen etwa zum Tragen einer Maske und zum Einhalten von Abständen können aufgrund der damit verbundenen relativ geringen Belastungen noch länger aufrechterhalten werden. Wegen der Gefahr, dass die praktische Durchsetzbarkeit und Akzeptanz dieser Regeln durch Ausnahmen für geimpfte Personen leiden würde, sollten sie für alle Personen zum selben Zeitpunkt aufgehoben werden.
5. Die noch immer bestehenden gravierenden Isolationsmaßnahmen in Pflege-, Senioren-, Behinderten- und Hospizeinrichtungen sollten für geimpfte Personen mit dem Fortschreiten des Impfprogramms schnellstmöglich aufgehoben werden.
6. Nur soweit der Zugang zu Angeboten privater Anbieter für eine prinzipiell gleichberechtigte, basale gesellschaftliche Teilhabe unerlässlich ist, ist eine Beschränkung des Zugangs auf geimpfte Personen nicht zu rechtfertigen.

¹ Vgl. Deutscher Ethikrat (Hg.) (2020): *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise*. Berlin, 2.

² Vgl. Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut; Deutscher Ethikrat; Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (Hg.) (2020): *Wie soll der Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff geregelt werden?* Berlin, 2. Diese gemeinsame Stellungnahme entspricht inhaltlich nicht vollständig der Verordnung zur Impfpriorisierung des Bundesgesundheitsministeriums.

³ Dazu mit Blick auf die Masern: Deutscher Ethikrat (Hg.) (2019): *Impfen als Pflicht?* Berlin.

⁴ Vgl. World Health Organization (Hg.) (2020): *WHO Target Product Profiles for COVID-19 Vaccines*. <https://www.who.int/publications/m/item/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines> [25.01.2021].

⁵ Vgl. Russell, M. W. et al. (2020): *Mucosal immunity in COVID-19: a neglected but critical aspect of SARS-CoV-2 infection*. In: *Frontiers in Immunology*, doi:10.3389/fimmu.2020.611337.

⁶ Vgl. van Doremalen, N. et al. (2020): *ChAdOx1 nCoV-19 vaccine prevents SARS-CoV-2 pneumonia in rhesus macaques*. In: *Nature*, 586 (7830), 578–582.

⁷ Public Health England (Hg.) (2021): *COVID-19 Vaccine Surveillance Strategy*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/951189/COVID-19_vaccine_surveillance_strategy.pdf [25.01.2021], 13 f.

⁸ Vgl. O'Neill McPartlin, S. et al. (2020): *Covid-19 vaccines: should we allow human challenge studies to infect healthy volunteers with SARS-CoV-2?* In: *BMJ*, doi:10.1136/bmj.m4258.

⁹ Vgl. zu Windpocken: Seward, J. F. et al. (2004): *Contagiousness of varicella in vaccinated cases: a household contact study*. In: *JAMA*, 292 (6), 704–708. Für Pneumokokken als bakterielle Erreger konnte 2005 gezeigt werden, dass im Zusammenhang mit Impfprogrammen bei Kindern die Inzidenz dieser Infektion bei Älteren spezifisch hinsichtlich derjenigen Pneumokokken-Serotypen, die von der Kinder-Impfung erfasst waren, ebenfalls ungefähr halbiert wurde, während die Inzidenz für andere Serotypen nicht beeinflusst wurde. Vgl. Lexau, C. A.

et al. (2005): *Changing epidemiology of invasive pneumococcal disease among older adults in the era of pediatric pneumococcal conjugate vaccine*. In: *JAMA*, 294 (16), 2043–2051.

¹⁰ Vgl. für den Impfstoff von BioNTech/Pfizer: Polack, F. P. et al. (2020): *Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine*. In: *New England Journal of Medicine*, 383 (27), 2603–2615; für den von Moderna: Baden, L. R. et al. (2020): *Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine*. In: *New England Journal of Medicine*, doi:10.1056/NEJMoa2035389; und für den von AstraZeneca: Voysey, M. et al. (2021): *Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK*. In: *Lancet*, 397 (10269), 99–111.

¹¹ Die Kennzahl, die aussagt, ob ein Impfschutz gegeben ist oder nicht.

¹² Wegen des raschen Voranschreitens des israelischen Impfprogramms könnten erste aussagekräftige Ergebnisse zu diesen Fragen dort gewonnen werden. Vgl. <https://news.co.uk/news/world/covid-vaccine-israel-vaccination-roll-out-transmissibility-programme-palestine-834999> [25.01.2021].

¹³ Vgl. Polack, F. P. et al. (2020): *Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine*. In: *New England Journal of Medicine*, 383 (27), 2603; Baden, L. R. et al. (2020): *Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine*. In: *New England Journal of Medicine*, doi:10.1056/NEJMoa2035389, 9.

¹⁴ Da bislang noch keine Covid-19-Impfstoffe für Kinder oder Jugendliche unter 16 Jahren zugelassen sind und die Möglichkeit individueller Kontraindikationen besteht, ist eine vollständige Durchimpfung der impfwilligen Bevölkerung auch unabhängig von der tatsächlichen Verfügbarkeit von Impfstoffen vorerst nicht möglich.

¹⁵ Vgl. Deutscher Ethikrat (Hg.) (2020): *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise*. Berlin.

¹⁶ Siehe hierzu bereits Deutscher Ethikrat (Hg.) (2020): *Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie*. Berlin.

MITGLIEDER DES DEUTSCHEN ETHIKRATES

Prof. Dr. med. Alena Buyx
(Vorsitzende)

Prof. Dr. iur. Dr. h. c. Volker Lipp
(Stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Julian Nida-Rümelin
(Stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. rer. nat. Susanne Schreiber
(Stellvertretende Vorsitzende)

Prof. Dr. iur. Steffen Augsberg

Regionalbischöfin Dr. theol. Petra Bahr

Prof. Dr. theol. Franz-Josef Bormann

Prof. Dr. rer. nat. Hans-Ulrich Demuth

Prof. Dr. iur. Helmut Frister

Prof. Dr. phil. habil. Dr. phil. h. c. lic. phil. Carl Friedrich
Gethmann

Prof. Dr. theol. Elisabeth Gräß-Schmidt

Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid Graumann

Prof. Dr. med. Wolfram Henn

Prof. Dr. rer. nat. Ursula Klingmüller

Stephan Kruijff

Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Dipl.-Psych. Andreas Kruse

Prof. Dr. theol. Andreas Lob-Hüdepohl

Prof. Dr. phil. habil. Annette Riedel

Prof. Dr. iur. Stephan Rixen

Prof. Dr. iur. Dr. phil. Frauke Rostalski

Prof. Dr. theol. Kerstin Schögl-Flierl

Dr. med. Josef Schuster

Prof. Dr. phil. Judith Simon

Jun.-Prof. Dr. phil. Muna Tatari

GESCHÄFTSSTELLE

Dr. rer. nat. Joachim Vetter (Leiter)

Carola Böhm

Ulrike Florian

Dr. phil. Thorsten Galert

Steffen Hering

Petra Hohmann

Torsten Kulick

Dr. Nora Schultz

Anneke Viertel

KONTAKT

Deutscher Ethikrat

Geschäftsstelle

Jägerstraße 22/23

D-10117 Berlin

Telefon: +49 30 20370-242

Fax: +49 30 20370-252

E-Mail: kontakt@ethikrat.org

© 2021 Deutscher Ethikrat, Berlin

Alle Rechte vorbehalten.

Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.

Layout: Torsten Kulick