

BENJAMIN-IMMANUEL HOFF, HEIKE WERNER,
ALEXANDER FISCHER UND SUSANNE HENNIG-WELLSOW

NOTWENDIGE ULTIMA RATIO IMPFPFLICHT

Das aktuelle Pandemiegeschehen mit einer vierten Infektionswelle sowie deren Inzidenz- und Hospitalisierungswerten bei einer gegenüber dem ursprünglichen Wildtyp signifikant ansteckenderen Delta-Variante und bei gleichzeitig zu niedriger Impfquote haben eine Debatte um die Einführung einer Impfpflicht entfacht. Aufgrund der hohen Emotionalität, mit der in Deutschland generell über Impfungen diskutiert wird, einschließlich Missverständnissen, Fehlinterpretationen bzw. bewussten Fake News, ist es zwingend erforderlich, in der Debatte klar und transparent zu argumentieren.

Eine Impfpflicht ist keine Zwangsimpfung. Die Durchsetzung von Impfpflichten durch körperlichen Zwang ist weder rechtlich noch moralisch zu rechtfertigen. Eine Impfpflicht wird deshalb hier als sanktionsbewehrtes Instrument verstanden. Wir plädieren für eine allgemeine Impfpflicht statt einer berufsbezogenen Impfpflicht. Unabhängig von einer allgemeinen Impfpflicht sind weiterhin effektive Maßnahmen in der Bevölkerungskommunikation und -aufklärung umzusetzen. Dabei sind Maßnahmen zu wählen, die soziale Lagen berücksichtigen und geeignet sind, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen. Eine Impfpflicht erfordert eine entsprechende gesetzliche Regelung. Das Infektionsschutzgesetz bietet dafür keinen ausreichenden Rahmen.

AUSGANGSLAGE

Die COVID-19-Pandemie geht in den zweiten Winter. Zu keinem Zeitpunkt war in Deutschland die Infektionsrate der an COVID-19 Erkrankten so hoch wie mehr als eineinhalb Jahre nach Ausbruch des Pandemiegeschehens. Die Erkrankung basiert zudem nicht mehr auf dem ursprünglichen Wildtyp des Virus, sondern auf der inzwischen dominierenden mutierten sogenannten Delta-Variante, die nach bisherigen Erkenntnissen um 60 bis 80 Prozent ansteckender ist als der Wildtyp.

Seit Anfang des Jahres 2021 stehen mehrere zugelassene Impfstoffe zur Verfügung, mittels derer – eine ausreichende Impfquote in der Bevölkerung vorausgesetzt – es gelingen kann, die Pandemie zu bewältigen und zumindest ein endemisches Geschehen zu erreichen.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat in mehreren Empfehlungen den Kreis derjenigen, für die eine Impfung empfohlen wird, ausgeweitet, sogenannte auffrischende Booster-Impfungen empfohlen und wird aller Voraussicht nach die Impfung von Kindern im Alter von 5 bis 12 Jahren empfehlen.

In den vergangenen Tagen nahmen die Impfungen – auf zu niedrigem Niveau – weiter Fahrt auf. Am 22. November 2021 gab es erstmals wieder so viele Erstimpfungen wie zuletzt vor zwei Monaten: 84.478. Vollständig geimpft sind laut Robert-Koch-Institut (RKI) nun 56,6 Millionen Menschen oder 68,1 Prozent aller Einwohner*innen. Mindestens eine

erste Spritze bekommen haben 58,8 Millionen Menschen (70,7 Prozent). Eine Auffrischungsimpfung erhielten 6,6 Millionen Menschen.

Obwohl damit bundesweit mehr als zwei Drittel der Bevölkerung geimpft sind, variieren die Impfquoten regional, aber auch in einzelnen Bevölkerungsgruppen erheblich. In einigen Regionen Deutschlands, darunter Teile Sachsens, aber auch Thüringens, liegen die Impfquoten signifikant niedriger. Sie betragen in diesen Regionen nur etwas mehr als 50 Prozent der impffähigen Bevölkerung. Vom Ziel einer Impfquote von mindestens 85 Prozent der impffähigen Bevölkerung sind wir innerhalb Deutschlands weit entfernt.

Angesichts dessen wird innerhalb der wissenschaftlichen, medialen und politischen Öffentlichkeit über eine COVID-19-Impfpflicht sowohl für einzelne Berufsgruppen als auch für diejenige Bevölkerung, für die seitens der STIKO eine Impfempfehlung ausgesprochen wird, diskutiert. Das geltende Recht kennt keine Impfpflicht im engeren Sinne, sieht man von bestimmten Sonderregelungen für Soldat*innen ab. Das Verteidigungsministerium hat die Corona-Schutzimpfung für die Männer und Frauen in der Bundeswehr am 24. November 2021 duldungspflichtig gemacht.

Auch die Verfasser*innen dieses Beitrags sehen in der Impfpflicht eine wohl unumgängliche Ultima Ratio zur Bewältigung des Pandemiegeschehens.

Aufgrund der erheblichen grundrechtlichen, individuellen Eingriffstiefe und der zu befürchtenden Vertiefung der sich innerhalb des Pandemiegeschehens herausgebildeten gesellschaftlichen Bruchlinien ist es erforderlich, exakt zu klären, was unter einer Impfpflicht genau verstanden wird, die rechtlichen Grundlagen zu definieren und Fragen der praktischen Umsetzung ebenso zu beschreiben wie mögliche weniger einschneidende Maßnahmen.

Die Impfpflicht wird im politischen Raum inzwischen von einer Allianz von Konservativen bis Progressiven befürwortet. Dies spricht für die notwendige Breite eines gesellschaftlichen Konsenses. Wenn die Ministerpräsidenten von Bayern und Baden-Württemberg, Markus Söder (CSU) und Winfried Kretschmann (Grüne) in einem Beitrag der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* formulieren «Trägheit, Sorglosigkeit, Fehleinschätzungen, Verschwörungsmymen und fehlendes Vertrauen in wissenschaftliche Erkenntnisse – das alles führt dazu, dass wir wieder massive Einschränkungen des öffentlichen Lebens bis hin zu einem erneuten Lockdown diskutieren müssen», ist dies zwar grundsätzlich zutreffend, aber blind für diejenigen sozialen Lagen, deren Vernachlässigung auch in der Bewältigung dieser Pandemie problematisch ist. So haben die Lockdowns die sozialen Ungleichheiten insbesondere auch beim Bildungszugang spürbar verschärft. Soziale Ungleichheiten und Defizite im Gesundheitswesen zu analysieren und soziale Lagen einzubeziehen ist aus unserer Sicht unverzichtbar für ein erfolgreiches und gerechtigkeitsorientiertes Pandemiemanagement. Die soziale Frage ist demnach auch in die Debatte um eine Impfpflicht einzubeziehen, wie wir nachstehend zeigen.

GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEITEN UND STRUKTURELLE DEFIZITE DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES (ÖGD)

Der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits ist aufgrund einer kaum überschaubaren Zahl wissenschaftlicher Untersuchungen (RKI 2019; Siegrist/Staudinger 2019; Mielck 2009) unbestritten. Dieser Zusammenhang zwischen sozialem Status und Morbidität bzw. Mortalität wird zumeist als «gesundheitliche Ungleichheit» bezeichnet (Mielck 2009: 7).

Diese sozialen Ungleichheiten müssen sich in der Diskussion und Entscheidung über die Impfpflicht niederschlagen. Unter anderem ist zu prüfen, ob eine als zu gering eingeschätzte Impfquote ihre Ursache auch in einer gegenüber den bestehenden sozialen Ungleichheiten «blinden» oder zumindest regional nicht ausreichend sensiblen Impfkampagne haben könnte. In diesem Fall wären zunächst zielgruppenspezifische und settingorientierte Impfanstrengungen zu unternehmen, bevor eine allgemeine Impfpflicht normiert wird.

Zur gesundheitlich besonders vulnerablen Gruppe gehören beispielsweise Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus (GFF 2021; BÄK 2013; Hoff 2011). Bereits 2019 empfahl der Deutsche Ethikrat, dass diese Gruppe aufgrund der restriktiven aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen Zugang zu geschützten Impfmöglichkeiten erhalten und ärztlichen Hilfsorganisationen, die diese Option anbieten, Rechtssicherheit garantiert und Unterstützung gewährt werden sollte (Ethikrat 2019: 86).

Im Positionspapier der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der STIKO, des Deutschen Ethikrats und der Leopoldina aus dem November 2020 zur Regelung des Zugangs

zu einem COVID-19-Impfstoff sind vergleichbare Überlegungen, die den sozialen Ungleichheiten Rechnung tragen und von Beginn an einem entsprechenden zielgruppenspezifischen Ausgleich betonen, nicht enthalten.

Die COVID-19-Pandemie verstärkte nicht nur soziale Ungleichheiten, sondern legte auch strukturelle Verwerfungen im Gesundheitssystem offen. Hierzu gehört insbesondere die über Jahrzehnte vollzogene Schwächung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Kuhn/Wildner 2020; BÄK 2020) dessen Belastung und zu oft Überlastung durch das Spannungsverhältnis zwischen nationalen und regionalen Zuständigkeiten des Pandemiemanagements verstärkt wurde (Gerlinger et al. 2021).

Der ÖGD verlor kontinuierlich Teile seiner aufgabenbezogenen, institutionellen und ressourcenbezogenen Verankerung durch Entstaatlichung und die Umwandlung von Pflichtaufgaben in kommunalrechtlich «freiwillige Aufgaben». Die verbliebenen Aufgaben des ÖGD standen in Konkurrenz zur ambulanten bzw. stationären Krankenversorgung. Gleichzeitig wuchsen dem ÖGD lebenslagenbezogene Aufgaben zu, die eine vernetzte Aufgabenerfüllung erforderlich machten, da sie sich der Bewältigung durch das kommunale Gesundheitsamt allein entzogen. Dafür waren die Gesundheitsämter jedoch gemeinhin sowohl personell als auch kapazitär nicht ausgestattet (vgl. Grunow/Grunow-Lutter 2000: 306).

Mit dem «Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst» wurde dieser Entwicklung erstmals entgegengesteuert. Für eine Impfkampagne, die sozialräumlich und lebenslagenbezogen auf einem handlungsfähigen ÖGD aufbaut, kommt der Pakt zu spät. Seine Umsetzung ist demzufolge bereits ein Beitrag zu den Schlussfolgerungen aus der Pandemiebewältigung.

Im Sinne von Rudolf Virchow, der Medizin als eine soziale Wissenschaft und Politik als Medizin im Großen verstand, plädieren wir bei der Umsetzung des «Pakts für den ÖGD» für die Durchsetzung des Ansatzes «Health in all Policies», also eines Politikkonzepts, das die Verbesserung der Gesundheit und die Vermeidung von Krankheit unter Berücksichtigung der spezifischen sozialen Lagen und Ressourcen beinhaltet. Schon deshalb, weil beispielsweise Klima- und Gesundheitspolitik nicht voneinander zu trennen sind.

ETHISCHE UND RECHTLICHE DIMENSIONEN EINER COVID-19-IMPFPFLICHT

Bevor Ende 2020 die ersten COVID-19-Impfstoffe zugelassen wurden, äußerten sich Vertreter*innen aus Wissenschaft und Politik weitgehend übereinstimmend im Sinne der Kanzlerin Merkel: «Niemand wird gezwungen, sich impfen zu lassen, sondern das ist eine freiwillige Entscheidung.» Noch im Sommer dieses Jahres sprach sie sich, ebenso wie weitere politische und auch wissenschaftliche Akteur*innen, gegen den französischen Weg der Impfpflicht in einzelnen Berufsgruppen aus.

Wenn wir nun eine Impfpflicht als Ultima Ratio betrachten und in der gegenwärtigen Pandemiesituation für deren Umsetzung plädieren, so sind wir uns bewusst, dass Tatjana Heid zuzustimmen ist, die in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* vom 23. November 2021 formulierte: «Vielleicht mehr noch als in früheren Wellen rächen sich derzeit Aussagen, die sich später nicht halten lassen. Etwa die, dass es in Deutschland keine Impfpflicht geben werde [...]. Dass nun doch eine Impfpflicht zumindest für bestimmte Berufsgrup-

pen kommen soll, geht nur noch zum Preis eines möglichen Vertrauensverlusts.»

Die Diskussion über die Impfpflicht gegen COVID-19 muss deshalb davon geprägt sein, klar und transparent zu fassen, was unter einer Impfpflicht verstanden wird, welche Maßnahmen konkret vorgesehen sind und welche Pflichten sich für jede*n einzelne*n Bürger*in ergeben.

Wir unterscheiden, basierend auf den Ausarbeitungen des Deutschen Ethikrats, zwischen einer gesetzlich normierten Pflicht, deren Nichteinhaltung sanktionsbewehrt ist, und einer «dem Ethos zugehörigen ‹Tugendpflicht›, also einer reinen Moralpflicht» (Ethikrat 2019: 35).

Die gesellschaftliche Impfpraxis ist, wie der Ethikrat ausführt, geradezu ein «Musterbeispiel solidarischen Handelns», das Individualwohl und Gemeinwohl miteinander verschränkt. Denn Infektionskrankheiten, die von Mensch zu Mensch verbreitet werden, sind auch dadurch gekennzeichnet, dass sich manche Menschen nicht ausreichend gegen diese Infektion schützen können, selbst wenn sie dies wollten. Hierzu gehören beispielsweise Menschen mit einer eingeschränkten Immunabwehr, aber auch diejenigen, die trotz Zweitimpfung keinen ausreichenden Schutz entwickeln.

Neben den sozialen Ungleichheiten innerhalb der Nationalstaaten bestehen auch globale gesundheitliche Ungleichheiten, was sich unter anderem im unterschiedlichen Zugang zu Impfstoffen in den entwickelten westlichen Ländern und den Ländern des globalen Südens einschließlich der entsprechenden Impfquoten zeigt. Da also der Impfstoffzugang in den verschiedenen Weltregionen nicht gleichmäßig und insbesondere nicht gerecht verteilt ist, gefährden Ungeimpfte auch bei Reisen in entsprechende Regionen diejenigen mit unzureichendem Zugang zur Impfvorsorge.

Infektionskrankheiten schaffen zwar eine gemeinsame Gefahrenlage, deren Abwehrmöglichkeiten individuell und aufgrund sozialer Ungleichheit asymmetrisch verteilt sind. Die moralische Pflicht zur Impfung ist insoweit aus Solidaritäts- und Gerechtigkeitserwägungen abzuleiten.

Wachter führt diese Argumentation weiter, indem er darlegt, dass sich in der Impfpflicht Freiheit und Solidarität ineinanderfügen: «Da Freiheit nur real erlebt werden kann, wenn der Handelnde darauf vertrauen darf, dass ihm in elementarer Not eine mögliche und zumutbare Hilfe nicht vorenthalten wird, fügt sich der Solidaritätsgedanke in den Kontext eines freiheitlichen Legitimationsmodells ein. Übertragen auf eine Impfpflicht bedeutet dies, dass nicht in erster Linie auf den Schutz des zu Impfenden selbst abzustellen ist. Für sein eigenes Wohlbefinden ist der Einzelne insoweit, als ihm dies durch ein Impfangebot ermöglicht wurde, selbst zuständig. Sich selbst auf eigene Verantwortung in Gefahr zu begeben, ist zu Recht auch sonst nicht verboten. Wohl aber kann von dem Einzelnen unter Solidaritätsgesichtspunkten verlangt werden, die Voraussetzungen einer eigenen sterilen Immunität zu schaffen, welche eine Infektion und Weitergabe der Viren auf andere verhindert.» (Wachter 2021)

Dabei ist wiederum zu berücksichtigen, dass die Impfung, die einen Eingriff in die körperliche Integrität einer Person bedeutet, eine weitergehende Begründung erfordert. Diejenigen wiederum, die individuelle religiöse oder weltanschauliche Gründe gegen eine Impfentscheidung vorbringen, oder die Auffassung vertreten, dass eine Entscheidung für oder gegen eine Impfung eine rein private Entscheidung sei, müssen die Einschränkung vergegenwärtigen, dass individuelle Entscheidungen ihre Grenze dort finden, wo die Interessen

anderer Menschen tangiert sind. Dabei sind, wie der Ethikrat darlegt, «nicht nur die Ausführungshandlungen, sondern auch die Unterlassungshandlungen zu berücksichtigen. Wer es unterlässt, sich (oder diejenigen Menschen, für die er oder sie verantwortlich ist) einer Masernimpfung zu unterziehen, fügt mit hoher Wahrscheinlichkeit (gegebenenfalls anonym) anderen einen Schaden zu.» (Ethikrat 2019: 79)

Der Ethikrat gab seinerzeit einer Regelung im Rahmen von sozial verbindlichen Ethos-Regeln den Vorrang, wenngleich er betonte, dass sich diese Einschätzung «beim Eintreten besonderer Gefahrenlagen ändern [können]. So wäre eine Verschärfung von Tugend- zu Rechtspflichten beispielsweise zu rechtfertigen, wenn eine akute Gefährdung der Gesundheit großer Teile der Bevölkerung rigide Interventionen erforderte.» (ebd.: 78) Denn «der Anspruch Dritter auf Schutz vor Fremdschädigung kann zu einem Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht berechtigen, gegebenenfalls auch mit der Konsequenz eines Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit, sofern die Gefahr groß und unmittelbar drohend ist und sich nicht auf andere, weniger eingreifende Weise abwenden lässt» (ebd.: 82)

PFLICHTEN UNTERHALB DER IMPFPFLICHT

Im Aufsatz «Impfpflicht – jetzt also doch?» beschreiben die Gesundheitswissenschaftlerin Cornelia Betsch et al. wirksame und weniger eingreifende verpflichtende Maßnahmen. Die Prämisse dieser Überlegungen, die auf der Abwägung der positiven und negativen Effekte einer Impfpflicht beruhen, ist, dass sich nicht impfen zu lassen genauso aufwendig sein sollte, wie sich impfen zu lassen. Fehlender Solidaritäts- und Gemeinsinn sollte demnach nicht belohnt werden. Sie nennen folgende Möglichkeiten:

1) Verpflichtender Impftermin: Nicht alle, die keine Impfung in Anspruch nehmen, tun dies aus Überzeugung. Vielmehr hat die Wahrnehmung einer Impfung weniger Priorität. Wer einen Impftermin zugesandt bekommt, der abzusagen ist, hat genauso viel Aufwand, wie diejenigen, die einen Impftermin vereinbaren. Darüber hinaus kommuniziert die automatische Zusendung eines Impftermins die Impfung als soziale Norm (Betsch et al. 2021: 3). Zu berücksichtigen ist, dass einerseits bekannt sein muss, wer noch nicht geimpft ist, und dass Termine auch verfallen können, statt abgesagt zu werden.

Einem Bericht des *Handelsblatts* zufolge erhielten die meisten Bürger*innen in Griechenland durch SMS oder E-Mail einen Impftermin zugesandt. Die Kontaktdaten entstammten einem System, das am Beginn der Pandemie zur Entlastung der Arztpraxen entwickelt worden sei (WD Bundestag 2021d: 12).

2) Verpflichtende Impfberatung: Es kann eine Verpflichtung zur Impfberatung durch zertifizierte Impfberater*innen festgelegt werden, deren Nichtwahrnehmung negativ sanktioniert wird. Nach Auffassung von Betsch et al. ist die individuelle Impfentscheidung nach dieser Beratung weiterhin frei, fußt jedoch einerseits auf einer wissenschaftlich fundierten Grundlage. Die Impfberatungspflicht kann mit der Terminpflicht kombiniert werden. Erkenntnisse aus Fallbeispielen zeigen laut Betsch et al. (2021: 4), dass sich die Impfquote erhöht und Clusterbildungen von Ungeimpften vermieden werden.

Die Zertifizierung der Impfberater*innen soll laut Betsch et al. vorbeugen, dass impfkritische Ärzt*innen aus der Impfberatung ein Geschäftsmodell entwickeln (ebd.). Bereits

der Ethikrat hatte in seiner Stellungnahme die Empfehlung formuliert, gegenüber Ärzt*innen, «die öffentlich (insbesondere in sozialen Medien) Fehlinformationen über die Masernimpfung verbreiten, [...] berufsrechtliche Sanktionen zu verhängen» (Ethikrat 2019: 88).

Eine verpflichtende Beratung ist grundsätzlich kein neues Instrument, denn § 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG) sieht die Verpflichtung der Erziehungsberechtigten vor, bei Kindern, die in einen Kindergarten aufgenommen werden, den Nachweis einer vorhergehenden ärztlichen Beratung zum Impfschutz vorzulegen. Bei fehlendem Nachweis kann das zuständige Gesundheitsamt die sorgeberechtigte Person zu einem Beratungsgespräch einladen.

Diese Ansätze lassen sich zusätzlich mit Maßnahmen der aufsuchenden, zielgruppenspezifischen und settingorientierten Impfstrategie verbinden.

IMPFPFLICHT FÜR BESTIMMTE BERUFSGRUPPEN IN DER COVID-19-PANDEMIE UNZUREICHEND

In der bisherigen Impfkampagne wurde unter anderem darauf orientiert, dass diejenigen, die in besonders belasteten Berufen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens tätig sind respektive körpernahe Dienstleistungen ausüben, einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Derjenige Teil der Beschäftigten in den genannten Berufsgruppen, der aufgrund eigener Entscheidung keinen ausreichenden Impfschutz hat, stellt für die ihm anvertrauten Personen ein Risiko dar, die Infektion an sie weiterzugeben.

Deshalb wird in der gegenwärtigen Debatte über die Impfpflicht auch argumentiert, dass eine berufsgruppenspezifische Impfpflicht einerseits notwendig und andererseits eine geringere gesellschaftliche Eingriffstiefe habe als eine allgemeine Impfpflicht.

Der Ethikrat bejahte in seiner Stellungnahme von 2019 aus Gründen des Gemeinschaftsschutzes «zumindest ein starkes moralisches Gebot zur Impfung für solche Personen [...], die beruflich ein erhöhtes Risiko tragen, sich zu infizieren und die Infektion an Dritte, insbesondere anfällige und damit besonders vulnerable Personen weiterzugeben. Dies gilt umso mehr, als sie mit ihrer Berufswahl freiwillig eine erhöhte Verantwortung übernommen haben.» Er plädierte deshalb mit Ausnahme eines Mitglieds für eine mit Tätigkeitsverboten sanktionierbare Impfpflicht für Berufsgruppen in besonderer Verantwortung. In einer Ad-hoc-Stellungnahme aus dem laufenden Jahr unterstrich er dieses Plädoyer (Ethikrat 2021).

Seitens der Ärzteschaft wurde zum Beginn des laufenden Jahres, wie verschiedene Medienberichte dokumentierten, eine berufsbezogene Impfpflicht abgelehnt. Begründet wurde die Ablehnung mit der Befürchtung, dass angesichts der sowieso bereits bestehenden personellen Belastung des Gesundheitswesens (Pflegernotstand) die Androhung einer berufsbezogenen Impfpflicht bestimmte Beschäftigte motivieren könnte, ihren Beruf zu verlassen bzw. die Durchsetzung der Impfpflicht diesen Effekt zusätzlich verstärken könnte.

Obwohl wir grundsätzlich der Abwägung des Ethikrats folgen können, der eine Impfpflicht insbesondere für Berufsgruppen in besonderer Verantwortung befürwortet, erscheint dies im gegenwärtigen Pandemiegeschehen nicht ausreichend und auch nicht ausreichend gerecht.

IMPFPFLICHT IST NICHT GLEICH ZWANGS-IMPfung – BEGRÜNDUNG, SANKTIONEN UND ANREIZE.

Wie wir bereits ausführten, sollen gesetzliche Zwänge grundsätzlich nur als Ultima Ratio zum Einsatz kommen. In Übereinstimmung mit denjenigen, die für eine Impfpflicht plädieren, weil sie der Auffassung sind, dass alle anderen niedrigschwelligeren Maßnahmen an ihre Grenzen gestoßen sind und auch eine Impfpflicht für bestimmte Berufsgruppen nicht ausreichend ist, beschreiben wir in diesem Abschnitt, was wir unter einer Impfpflicht verstehen und welcher rechtliche Weg zu wählen ist.

Zunächst müssen jedoch, mit Blick auf die laufende und sich voraussichtlich polarisierende Debatte um die Impfpflicht Argumente für und gegen die Impfpflicht abgewogen werden. Der Staatsrechtler Uwe Volkmann argumentierte am 21. November 2021 im Deutschlandfunk, dass bereits heute die «Ausgrenzung der Ungeimpften» durch eine «moralische Dauerbeschallung» begleitet würde, die schädliche Auswirkungen auf das gesellschaftliche Klima habe. Demgegenüber wäre eine Impfpflicht eine klare und einfache Lösung, da sie auf das Recht statt auf moralische Ausgrenzung setzen würde.

Betsch et al. (2021: 5 ff.) identifizieren fünf Argumente für eine Impfpflicht und fünf mögliche Nachteile; sie sind in nachfolgender Übersicht zusammengestellt (siehe Tabelle auf der folgenden Seite).

Die Durchsetzung einer Impfpflicht mittels körperlichen Zwangs ist aus unserer Sicht nicht zu rechtfertigen und wird deshalb von uns weder vorgeschlagen noch begründet. Wir betonen deshalb analog zu Betsch et al., dass auch bei einer rechtlich normierten und sanktionierten Impfpflicht kein Mensch zu einer Impfung gezwungen werden wird.

Eine rechtlich normierte Impfpflicht bedeutet nach unserer Auffassung, dass ungeimpfte Personen ein noch zu bestimmendes Set an Sanktionen zu vergegenwärtigen haben. Darunter können Zugangsbeschränkungen zu gesellschaftlichen Bereichen fallen, die nicht zur Grundversorgung gehören (vgl. die derzeit geltenden 2G-Regelungen), oder wie bei der Masernimpfpflicht die Verhängung von Geldbußen oder das Verbot, bestimmten Berufen beispielsweise im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen nachzugehen (Betsch et al. 2021: 4).

Vorgeschlagen wurde zudem, dass Bürger*innen, die nach dem 1. Februar 2022 an COVID-19 erkrankten und nicht mindestens zweimal geimpft bzw. nach einer Genesung einmal geimpft sind, keine Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit mehr erhalten oder die Krankenkassen für die genannte Personengruppe keine Behandlungskosten finanzieren, die nachweislich durch eine COVID-19-Erkrankung ausgelöst wurden. Einer entsprechenden Beschlusslage hatten in der Gesundheitsministerkonferenz die beiden linken Gesundheitsministerinnen Heike Werner (Thüringen) und Claudia Bernhard (Bremen) nicht zugestimmt. Der Umstand, dass Beamt*innen von dem seit dem 1. November 2021 geltenden Wegfall der Lohnfortzahlung ausgenommen sind, verstärkt die diesem Weg innewohnende Ungerechtigkeit.

Denkbar wäre grundsätzlich auch, dass eine bundesgesetzliche Regelung Vorgaben für den Zugang Ungeimpfter zur Personenbeförderung normiert (WD Bundestag 2021a), doch dürfte dies vermutlich nicht den Bereich der Grundversorgung des öffentlichen Nahverkehrs umfassen.

Argumente für eine Impfpflicht	Mögliche Nachteile einer Impfpflicht
Eine Impfpflicht ist sozial und stärkt das Gemeinwohl, da durch eine relevante Erhöhung der Impfquote Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung gesteigert werden können.	Eine Impfpflicht entbindet nicht von der Aufklärung, weshalb die aktive und niedrigschwellige Aufklärung weiterhin essenziell bleibt.
Die Impfpflicht kann effektiv sein, da wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass in bestimmten Bereichen die Impfquoten höher sind als ohne Impfpflicht.	Eine Impfpflicht kann psychologische Nebenwirkungen haben. So zeigen Untersuchungen, dass diejenigen, die eine Impfpflicht ablehnen, künftig auch andere freiwillige Impfungen verweigern.
Eine Impfpflicht gegen COVID ist aktuell akzeptiert, wie entsprechende Daten zeigen.	Eine Impfpflicht kann das Signal aussenden, dass freiwillige Impfungen weniger wichtig seien und deshalb «Impffaulheit» befördern.
Eine Impfpflicht kann sich positiv auf die Gesellschaft auswirken, da Impfen zum sozialen Vertrag wird: «Ich schütze dich, du schützt mich».	Eine zielgruppenspezifische Impfpflicht (z.B. 60+) kann zwar die Impfbereitschaft in der betreffenden Gruppe erhöhen, aber die Impfbereitschaft in Bevölkerungsgruppen senken, für die es keine Empfehlung gibt.
Eine Impfpflicht stärkt das Vertrauen derjenigen in die staatlichen Institutionen, die sich haben impfen lassen und wenn sich mehr Menschen impfen lassen, und in der Folge ihre Befürchtungen nicht bestätigt sehen, stärkt dies auch das Vertrauen in Impfungen allgemein.	Eine Impfpflicht braucht begleitende Maßnahmen, um die Akzeptanz der Maßnahmen und das Vertrauen sowohl in das Gesundheitssystem als auch in die politischen Entscheider*innen zu stärken.

Neben den vorstehend genannten Sanktionen ist von unterschiedlicher Seite, unter anderem durch den Bundestagsabgeordneten Christian Görke (DIE LINKE) der Vorschlag eines Impfbonus unterbreitet worden. Im Gespräch sind Boni in Höhe von 100 bis 400 EUR. Angesichts der bereits millionenfach vorgenommenen Impfungen stellt sich die Frage, inwieweit ein solches Bonussystem diejenigen bevorteilt, die bislang eine Impfung als nachrangig angesehen haben, aber deren Impfung auch durch Instrumente wie zum Beispiel einen verpflichtenden Impftermin erreichbar wären.

Darüber hinaus würde eine solche Mittelallokation im Umfang von geschätzt 37,5 Milliarden Euro Trittbrettfahrer*innen motivieren, die Impfung hinauszuzögern, um vom Bonus profitieren zu können. Kritisch bewertet einem Medienbericht zufolge Dominik Ernste vom Institut der deutschen Wirtschaft (IW) in Köln den Vorschlag aus verhaltensökonomischer Sicht, da der monetäre Anreiz die ethische Verpflichtung (Solidaritätsgedanke) aushebeln würde, während Sebastian Dullien vom Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) angesichts der aktuellen Inflation negative Effekte befürchtet (Holewik/Behrens 2021).

Betsch et al. betonen in ihrer Abwägung von Gründen für und gegen eine Impfpflicht, dass das Vertrauen Ungeimpfter in staatliche Institutionen geringer ist als das der Geimpften. Der Verzicht auf eine Impfpflicht dürfte das Vertrauen dieser Personen in staatliche Institutionen zumindest weniger erhöhen als der zu befürchtende Vertrauensverlust der Geimpften, der entsteht, wenn nur sie die Konsequenzen aus der geringen Impfquote zu tragen haben (Betsch et al. 2021: 7). Unter diesem Gesichtspunkt setzen Impfboni Fehlanreize.

REGELUNGSKOMPETENZ UND DERZEITIGE RECHTSLAGE EINER COVID-19-IMPFPFLICHT

In der gegenwärtigen Debatte um eine mögliche Impfpflicht bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, ob die im Infektionsschutzgesetz getroffenen Regelungen für eine sol-

che Maßnahme, insbesondere auf regionaler Ebene statt im bundeseinheitlichen Rahmen, ausreichend sind oder einer gesonderten gesetzlichen Regelung bedürfen. In den nachfolgenden Ausführungen konzentrieren wir uns auf diese Frage und verweisen für weitere Abwägungen, insbesondere im Hinblick auf individuelle Schutzgüter etc., auf entsprechende Untersuchungen (WD Bundestag 2016, 2021b u. 2021c; Schaks/Krahner 2015).

Abgeleitet aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz (GG), der dem Bund die Zuständigkeit innerhalb der konkurrierenden Gesetzgebung für Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten zuweist, hat dieser das Infektionsschutzgesetz erlassen. Nach allgemeiner Lesart enthält das IfSG für eine generelle Impfpflicht keine Ermächtigung, doch werden sowohl der Bund (§ 20 Abs. 6 IfSG) als auch die Länder (§ 20 Abs. 7 IfSG) ermächtigt, mittels Erlass einer Rechtsverordnung anzuordnen, «dass bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen teilzunehmen haben, wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verläufen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist». (WD Bundestag 2016: 3)

Weder der Bund noch die Länder haben bislang von dieser Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht.

Soweit eine Impfpflicht für bedrohte Teile der Bevölkerung im Falle des aktuellen Pandemiegeschehens und der Schwere seiner Verlaufsform, einschließlich der drohenden Überlastung des Gesundheitswesens, als ein verfassungsrechtlich gerechtfertigter Eingriff in das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 GG angesehen wird, wird dennoch davon ausgegangen, dass dies nicht auf der Norm des § 20 Abs. 6 und 7 IfSG aufbauen dürfe (Rixen 2021). Denn diese sieht Schutzimpfungen nur für «bedrohte Teile der Bevölkerung» vor, weshalb eine generelle Impfpflicht zur Herstellung von Herdenimmunität, durch ein eigenständiges Bundesgesetz zu regeln wäre (Wolff 2020: 3).

LITERATUR

BÄK – Bundesärztekammer (2013): Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis, www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf.

BÄK – Bundesärztekammer (2020): Lehren aus der Corona-Pandemie: Dauerhafte Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dringend erforderlich. Eine Positionierung der Bundesärztekammer zur Ausgestaltung und Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Positionen/2020-07-20_Positionspapier_OEGD.pdf.

Betsch, Cornelia et al. (2021): Impfpflicht – jetzt doch?, in: PsyArxiv Preprints, <https://doi.org/10.31234/osf.io/pmx3w>.

Deutscher Ethikrat (2019): Impfen als Pflicht? Stellungnahme, www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-impfen-als-pflicht.pdf.

Deutscher Ethikrat (2021): Zur Impfpflicht gegen Covid-19 für Mitarbeitende in besonderer beruflicher Verantwortung. Ad-hoc-Empfehlung, www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-berufsbezogene-impfpflicht.pdf.

Gerlinger, Thomas/Schmidt, Phillip Florian/Lückenbach Caspar (2021): Öffentliche Gesundheitsdienste in der COVID-19-Pandemie. Strategien und Praktiken in ausgewählten europäischen Nachbarländern, in: Bundesgesundheitsblatt 2021, S. 472–480, <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03295-z>

GFF – Gesellschaft für Freiheitsrechte (2021): Ohne Angst zum Arzt. Das Recht auf Gesundheit von Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland. Eine grund- und menschenrechtliche Bewertung der Übermittlungspflicht im Aufenthaltsgesetz, https://gleichbehandeln.de/wp-content/uploads/2021/05/210504_RZ_GFF_Studie_Recht-auf-Gesundheit_screen_DS.pdf.

Grunow, Dieter/Grunow-Lutter, Vera (2000): Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Eine Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik, Weinheim/München.

Heid, Tatjana (2021): Fatale Übersetzungsfehler. In der politischen Kommunikation zur Corona-Pandemie läuft vieles schief, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 23.11.2021, S. 8.

Heumann, Pierre et al. (2021): «Wo das Impfen besser läuft», in: Handelsblatt, 23.2.2021, zit. in: Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Impfstrategien der Bundesländer und anderer europäischer Staaten. Mögliche Gründe für unterschiedlich hohe Impfquoten, S. 12, www.bundestag.de/resource/blob/865982/03c9bbc788e394cff00064e977352bdb/WD-9-076-21-pdf-data.pdf.

Hoff, Benjamin-Immanuel (2011): Eine Stadt für alle? Probleme der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus bzw. ohne ausreichende Krankenversicherung, in: Holm, Andrej/Lederer, Klaus/Naumann, Matthias (Hrsg.): Linke Metropolenpolitik. Erfahrungen und Perspektiven am Beispiel Berlin, Münster, S. 161–182.

Holewik, Frederike/Behrens, Nele (2021): «Bonus für Booster-Impfungen ist falsch», t-online.de, www.t-online.de/finanzen/news/unternehmen-verbraucher/id_91162236/impfpraemie-oekonom-rechnet-mit-linken-vorschlag-ab-ausserst-fragwuerdig.html.

Kretschmann, Winfried/Söder, Markus (2021): Die Impfpflicht schützt die Freiheit, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 23.11.2021, S. 8.

Kuhn, Joseph/Wildner, Manfred (2020): Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst, in: GGW 4/2020, S. 15–22, www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/GGW/2020/wido_ggw_042020_kuhn_wildner.pdf.

Mielck, Andreas (2009): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion, Bern.

Rixen, Stephan (2021): Rechtmäßigkeit und Semantik der Impfpflicht. Zur aktuellen Diskussion über eine Pflicht zur COVID-19-Impfung, <https://verfassungsblog.de/rechtmassigkeit-und-semantik-der-impfpflicht/>.

RKI – Robert-Koch-Institut (2019): Soziale Unterschiede in Deutschland: Mortalität und Lebenserwartung, in: Journal of Health Monitoring 1/2019, www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_01_2019_Soz_Unterschiede_Mortalitaet.pdf?__blob=publicationFile.

Schaks, Nils/Krahner, Sebastian (2015): Die Einführung einer Impfpflicht zur Bekämpfung der Masern. Eine zulässige staatliche Handlungsoption, in: MedR 33, S. 860–866, www.researchgate.net/profile/Nils-Schaks/publication/314545541_Die_Einfuehrung_einer_Impfpflicht_zur_Bekampfung_der_Masern_Eine_zulassige_staatliche_Handlungsoption/links/5c98becca6fdccd460388f0e/Die-Einfuehrung-einer-Impfpflicht-zur-Bekaempfung-der-Masern-Eine-zulaessige-staatliche-Handlungsoption.pdf.

Siegrist, Johannes/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.) (2019): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf. Neue Forschungsergebnisse und ihre Bedeutung für die Prävention, Leopoldina-Forum Nr. 2, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Halle (Saale), www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Leo_Forum_02_Gesundheitliche_Ungleichheit_01.pdf.

STIKO – Ständige Impfkommision (2020): Wie soll der Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff geregelt werden? Positionspapier der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommision, des Deutschen Ethikrates und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, https://corona-transition.org/IMG/pdf/2020_positionspapier_covid-19-impfstoff_final.pdf.

Wachter, Matthias (2021): Impfwang als Institutionenschutz. Warum Solidarität und Freiheit in Bezug auf die Impfpflicht ein falsches Dilemma ist, <https://verfassungsblog.de/impfwang-als-institutionenschutz/>.

WD – Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2016): Verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Impfpflicht, www.bundestag.de/resource/blob/413560/40484c918e669002c4bb60410a317057/WD-3-019-16-pdf-data.pdf.

WD – Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2021a): Zur Impfpflicht bei der Personenbeförderung, www.bundestag.de/resource/blob/829892/648baa6fb08c4630f145c625737807e9/WD-5-016-21-pdf-data.pdf.

WD – Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2021b): Verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Pflicht zur Impfung von Kindern gegen COVID-19, www.bundestag.de/resource/blob/854090/d3e9e990e9f54c1d01aed1880a35d0f8/WD-3-113-21-pdf-data.pdf.

WD – Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2021c): Übersicht zu bisherigen Impfpflichten in Deutschland, www.bundestag.de/resource/blob/852946/9f5bd5f7b4dd2f3b5f9e4584b98390fa/WD-9-003-21-pdf-data.pdf.

WD – Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2021d): Impfstrategien der Bundesländer und anderer europäischer Staaten. Mögliche Gründe für unterschiedlich hohe Impfquoten, www.bundestag.de/resource/blob/865982/03c9bbc788e394cff00064e977352bdb/WD-9-076-21-pdf-data.pdf.

Wolff, Johanna (2020): Demokratie im Ausnahmezustand. Darf es eine Impfpflicht gegen Corona geben?, <http://library.fes.de/pdf-files/dialog/16339.pdf>.

Benjamin-Immanuel Hoff ist Chef der Staatskanzlei des Freistaates Thüringen. Heike Werner ist Thüringer Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Alexander Fischer ist Staatssekretär in der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. Susanne Hennig-Wellsow ist Mitglied des Deutschen Bundestags und Vorsitzende der Partei DIE LINKE. Alle Autor*innen geben im Beitrag ihre persönliche Meinung wieder.

IMPRESSUM

STANDPUNKTE 10/2021 erscheint online
und wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung
V. i. S. d. P.: Alrun Kaune-Nüßlein
Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · www.rosalux.de
ISSN 1867-3171
Redaktionsschluss: November 2021
Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin
Layout/Satz: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit
der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Sie wird kostenlos abgegeben
und darf nicht zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.