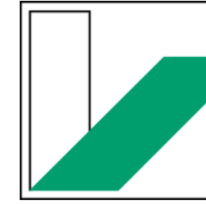


Prof. Dr. Volker Ulrich
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III,
insbesondere Finanzwissenschaft
Universität Bayreuth
95440 Bayreuth
Präsident der Gesellschaft für Recht und Politik im
Gesundheitswesen e. V. GRPG, München



UNIVERSITÄT
BAYREUTH

Verteilung von Impfdosen gegen das Coronavirus

GPA-Workshop „Corona – Impfstrategie Bayern“

15. Dezember 2020

Verteilung von Impfdosen gegen das Coronavirus

Gliederung

1. Einleitung
2. Verteilung von Impfstoffen
3. Priorisierungskonzepte für die geplanten Corona-Impfungen
4. Coronavirus-Impfverordnung und STIKO
5. Institutionalisierte Priorisierung (Cassel/Ulrich 2020)

1. Einleitung

- **Zulassung/Zulassungsanträge der Impfstoffkandidaten** von BioNTech/Pfizer, Moderna und AstraZeneca/Universität Oxford bedeuten, dass schon bald die ersten Dosen eines wirksamen und sicheren Vakzins verimpft werden können.
- Dadurch erhöht sich der **Handlungsdruck auf Bund, Länder und Kommunen**, unverzüglich ein Corona-spezifisches öffentliches Impfmanagement einzurichten und die dazu erforderlichen rechtlichen, sachlichen und personellen Voraussetzungen zu schaffen.
- Am **4.12.2020 (15.12.2020)** hat das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** den (überarbeiteten) Referentenentwurf zu einer Rechtsverordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (CoronaImpfV) vorgelegt. Kernelemente sind der in § 1 geregelte Anspruch der gesamten Wohnbevölkerung in Deutschland auf eine kostenlose Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 sowie die in §§ 2-4 beabsichtigte Priorisierung bestimmter Personengruppen bei der Einlösung dieses Anspruchs angesichts nur begrenzter Verfügbarkeit von Impfstoffen.
- **7.12.2020**: Beschlussentwurf der **STIKO** für die Empfehlung der COVID-19-Impfung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung.
- Inwieweit sind die **getroffenen Regelungen sachgerecht und praktikabel**? Gibt es **Änderungsbedarf**?

2. Verteilung von Impfstoffen

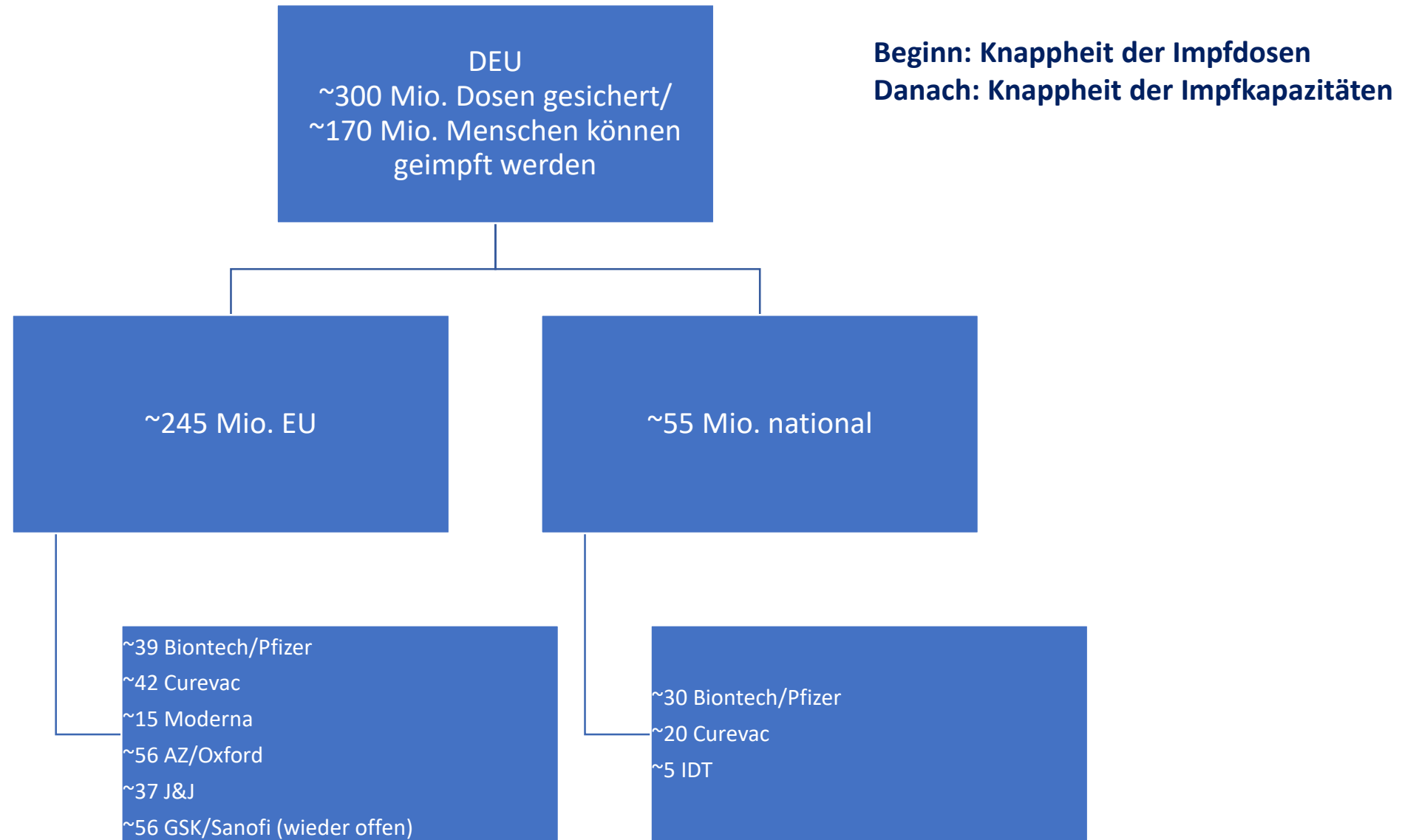
Internationale Verteilungsfrage

- **Emanuel et al. (2020)**, An ethical framework for global vaccine allocation, in: **Science**, Vol. 369 (6509), S. 1309-1312.
- **Dreiphasenmodell** von 19 internationalen Public-Health-Expertinnen und -Experten für eine gerechte globale Verteilung der Impfstoffe:
 - **Leben und Gesundheit, Verringerung der Übertragungsrate** und **Wirtschaft und Soziales**
- **Modell konkurriert** gewissermaßen mit der Praxis, in der einkommensstarke Länder (USA, Kanada, EU) bereits separat Verträge mit Herstellern geschlossen und sich Lieferungen gesichert haben.
- **Covax (Impfstoffplattform)** hat etwa 700 Mio. der 2 Mrd. Dosen gekauft, die bis Ende 2021 ausgeliefert werden sollen.

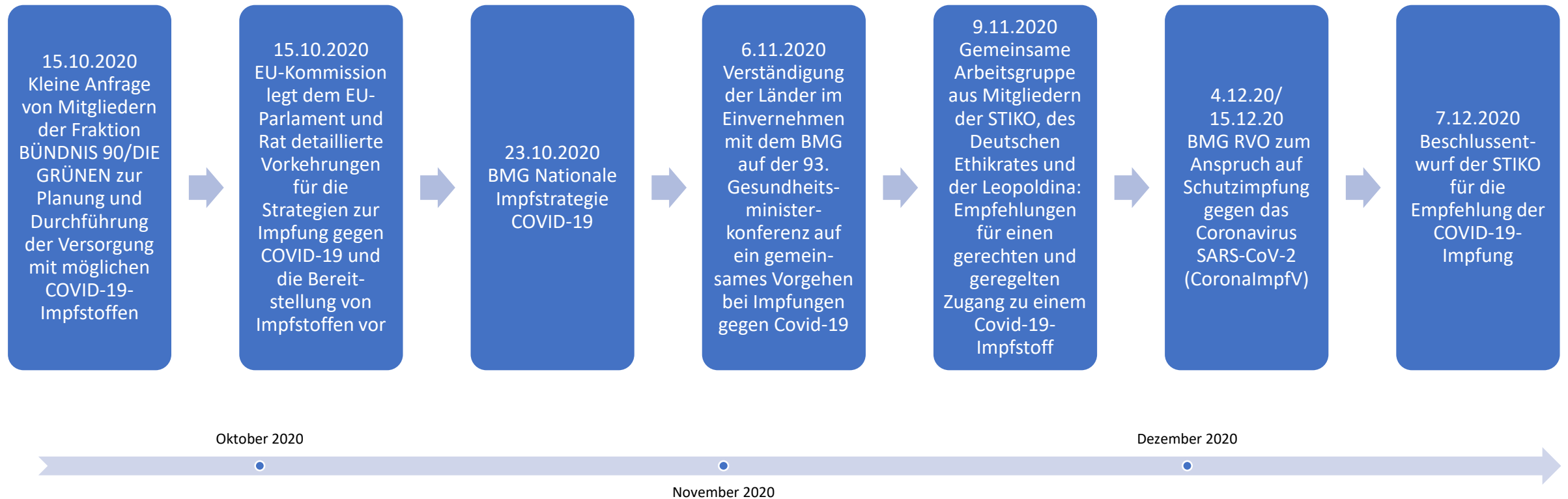
Nationale Verteilungsfrage

- **Individualisierter Ansatz (STIKO)**: Zuteilung insb. nach dem Alter; greift aber zu kurz; bei der Impf-Reihenfolge geht es nicht nur darum, wer im Fall einer Ansteckung besonders gefährdet ist, sondern auch wer an vorderster Front steht und dort viele andere anstecken kann.
- **Institutioneller Ansatz**: Epidemische Aspekte, Durchbrechung der Infektionskette im Fokus.

Verteilung der Impfdosen in Deutschland (zu Beginn rd. 3 Mio. Impfdosen verfügbar, 30.000 Impfungen/Tag in Bayern, 100.000 Impfungen/Tag in Deutschland)



Zeitachse der zentralen Maßnahmen mit Blick auf COVID-19-Impfung



3. Priorisierungskonzepte für die geplanten Corona-Impfungen

- **Priorisierung:** Zahl der Impfwilligen (Nachfrager) soll nach epidemiologischen, medizinischen und ethischen Kriterien auf das jeweils vorhandene Impfstoffangebot und die verfügbaren Impfkapazitäten begrenzt bzw. rationiert werden.
- **Personalisierte Priorisierung versus institutionalisierte Priorisierung**
 - **Personalisierte Priorisierung**
 - Bei dieser Vorgehensweise sind Auswahlkriterien und Impfziele an den persönlichen Eigenschaften, Rechten, Befindlichkeiten und Folgen bei der Impfung oder Nicht-Impfung ausgerichtet. Das hat zur Folge, dass die mit der Durchimpfung der Bevölkerung verbundenen epidemiologischen Ziele – wie etwa die Durchbrechung von Infektionsketten – und die zu ihrer Erreichung notwendigen Maßnahmen weitgehend aus dem Blick geraten. Praktikable und zugleich akzeptable Priorisierung sollte nicht nur bei Einzelpersonen und ihrem individuellen Impfbedarf ansetzen.
 - **Institutionalisierte Priorisierung**
 - Setzt an Personengruppen in ihrem institutionellen Umfeld an (also etwa in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Arztpraxen oder Schulen). Es geht um die epidemische Relevanz und Durchbrechung von Infektionsketten.

Personalisierte Priorisierung mit 4 Tendenzen

1. **Zunahme der Impfberechtigten:** Für die gewünschte „evidenzbasierte Impfempfehlung“ verlangt die personalisierte Priorisierung der STIKO eine Fülle von aktuellen wissenschaftlichen Daten über die verfügbaren Impfstoffe und ihre spezifischen personenbezogenen Eigenschaften, was mit zunehmender Zahl der Vakzine und Erkenntnisse dazu auch immer mehr prioritär zu Schützende bedeuten würde. Hinzu kommt, dass zunehmend gefordert wird, stärker noch als bei der STIKO weitere Auswahlkriterien heranzuziehen, nach denen bestimmte Gruppen in besonderen Lebenslagen zu priorisieren wären.
2. **Verzögerung der Priorisierung:** Die Notwendigkeit, bei personalisierter Priorisierung Datenlücken schließen und die Datenlage ständig aktualisieren zu müssen, führt unweigerlich zur Verzögerung der zur Vorbereitung der Impfkampagne dringend notwendigen generellen Festlegung der zu priorisierenden Personengruppen und Reihenfolge ihrer Impfung.
3. **Fragliche Praktikabilität:** Die personalisierte Priorisierung erfordert im Prinzip, dass die vorrangige Impfberechtigung der Millionen von Impfwilligen geprüft und in jedem Einzelfall gemäß der Priorisierungskriterien anerkannt und dokumentiert wird. Auf Beschluss der Länder müssen nämlich die zu Impfenden gegenüber den Impfzentren bzw. mobilen Impfteams den Nachweis erbringen, dass sie zu einer prioritär zu impfenden Personengruppe gehören (GMK 2020, Punkt 5.). Andererseits soll die „letzte Priorisierung“ von denjenigen vor Ort erfolgen. Wie soll das gehen?
4. **Zeitlich Fragwürdigkeit:**
 - MP Stephan Weil (NS): 20 Mio. Geimpfte bis Sommer 2021.
 - Januar 2021: 100. 000 Impfungen pro Tag $\longrightarrow$ 2 Mio. Impfungen in 20 Tagen $\longrightarrow$ 2. Impfung: insg. 2 Mio. Impfungen in 40 Tagen (Immunität dauert auch noch 3 Wochen) $\longrightarrow$ 5 Mio. Menschen 80+: 100 Tage.

des Bundesministeriums für Gesundheit**Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2**(Coronavirus-Impfverordnung – ~~CoronaImpfV~~)**A. Problem und Ziel**

Die Zulassung mehrerer Impfstoffe gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 wird sich entscheidend auf die weitere Entwicklung des Pandemie-Geschehens auswirken. Insbesondere in der ersten Zeit nach der Zulassung eines Impfstoffes wird dieser nicht flächendeckend allen impfbereiten Menschen zur Verfügung stehen. Diese anfängliche begrenzte Verfügbarkeit eines Impfstoffes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erfordert Auswahlentscheidungen darüber, wer zuerst geimpft werden soll.

Gemäß § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2, Satz 3, 6 bis 8 sowie 10 bis 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), der durch Artikel 4 Nummer 1 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist, in der Fassung des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) kann das Bundesministerium für Gesundheit, im Fall der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut und des Verbands der Privaten Krankenversicherung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen, dass sowohl Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch Personen, die nicht in der GKV versichert sind, Anspruch auf bestimmte Schutzimpfungen, insbesondere gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, haben. Eine Schutzimpfung in diesem Sinne ist die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen.

B. Lösung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ständige Impfkommision beim Robert Koch-Institut (STIKO) gebeten, gemeinsam mit Expertinnen und Experten der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und des Deutschen Ethikrates Kriterien für eine Priorisierung von COVID-19-Impfstoffen vorzuschlagen. Die STIKO hat des Weiteren zum Entwurf dieser Rechtsverordnung Stellung genommen. Diese Stellungnahme wurde umfassend berücksichtigt. Insbesondere wurde die STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung hinsichtlich der Priorisierungsentscheidungen zu Grunde gelegt.

Die Verordnung gewährt Versicherten der GKV und anderen Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben, oder in einer Einrichtung nach den §§ 2 bis 4 behandelt, gepflegt, betreut werden oder tätig sind, unabhängig von ihrem Krankenversicherungsstatus, einen Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2.

- 15.12.2020: **überarbeitete Version der CoronaimpfVO**, zu der die Länder wegen der besonderen Eilbedürftigkeit bis Mittwoch (16.12.20) Rückmeldung geben können.
- Der RVO liegt erklärtermaßen das **Konzept in STIKO** et al. zugrunde (S.1); Priorisierung ist aber sowohl institutionell als auch personalisiert.
- **§ 2 Schutzimpfungen für Personen mit höchster Priorität** (+80, medizinisches und pflegerisches Personal (KH, ambulante und stationäre Pflege, Einrichtungen mit sehr hohem Expositionsrisiko, Hämato-onkologische Einrichtungen, Transplantationsmedizin).
- **§ 3 Schutzimpfungen für Personen mit hoher Priorität** (+70, Personen, bei denen ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf, enge Kontaktperson, Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit hohem oder erhöhtem Expositionsrisiko tätig sind (Ärzte und sonstiges Personal), Personen, die in Obdachlosenunterkünften und Asylbewerberunterkünften untergebracht oder tätig sind, Personen im ÖGD).
- **§ 4 Schutzimpfung für Personen mit erhöhter Priorität** (+60, Personen, bei denen ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf, Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit niedrigem Expositionsrisiko, Personen, die in besonders relevanter Position in staatlichen Einrichtungen tätig sind, insbesondere in den Regierungen und Verwaltungen, bei den Streitkräften, bei Polizei, Feuerwehr, Katastrophenschutz, in den Parlamenten und in der Justiz, Personen, die in kritischen Infrastruktur tätig sind, Erzieher oder Lehrer, Personen, mit prekären Arbeits- und/oder Lebensbedingungen, Personen, die im Einzelhandel tätig sind).

4. Coronavirus-Impfverordnung und STIKO

Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV (15.12.2020)

- **Positiv**

- **Klare Regelungen zum Impfmanagement** (§§ 6-12): Leistungserbringung & Berechtigungsnachweis; Impfsurveillance; Terminvergabe; Vergütung; Finanzierung; Lastenverteilung & Zahlungsmodalitäten von GKV (Gesundheitsfonds) und PKV.
- **Klare und flexible Regelung der Zuständigkeit für die Impfkampagne beim ÖGD:** „Die Leistungen im Rahmen dieser Verordnung werden durch die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes insbesondere in Impfzentren oder durch mobile Impfteams erbracht. Die obersten Landesgesundheitsbehörden können auch geeignete Dritte als weitere Leistungserbringer beauftragen“ (Begründung A II.).
- **Geltung ist für die Dauer der Pandemie befristet** (§ 13).
- Keine reine **personalisierte Priorisierung**.

- **Kritisch**
 - **Zentrales Kriterium für die Priorisierung ist das Lebensalter.** Es stelle „... den bei weitem stärksten und zudem am einfachsten feststellbaren generischen Risikofaktor dar“ (STIKO 2020,2, S. 3).
 - Doch ab welchem Alter gilt das statistisch und individuell: etwa ab dem Rentenalter von 65 oder erst mit über 80 Jahren? Tatsächlich sind viele Ältere topfit, nur ein kleiner Teil leidet an schweren Erkrankungen. Für diese Menschen sind nachrangige Impfung vertretbar (keine Triage).
 - **Konzept umsetzbar?**
 - **Vorrangig zu Impfende:** Patienten, Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen sowie besonders gefährdetes Klinik- und Heimpersonal machen mehr als **3,5 Millionen** Personen aus.
 - Dazu kommen dann aber noch ganz generell die über 80-Jährigen, die mit **5,4 Millionen** sogar den größten Teil der prioritär zu Impfenden bilden würden.
 - **Fast 9 Millionen Menschen der höchsten Impfpriorität** zuzuordnen, hilft wenig, weil das viel zu viele sind. Hier braucht es eine detailliertere Schrittfolge. Wenn man alle über 60-Jährigen als prioritär zu impfende Risikogruppe rechnet, hat man **23,5 Millionen Menschen** vor sich.
 - **Herdenimmunität mit Biontech-Impfstoff erreichbar?**
 - Biontech-Impfstoff nur für über 18-jährige zugelassen ist. Bei 83 Mio. Einwohnern und 13,5 Mio. Minderjährigen verbleibt also ein **Impfpotential von 69,5 Mio.** Menschen. Eine Herdenimmunität bei 70% für die Gesamtbevölkerung würde bedeuten, dass **58,1 Mio. Erwachsene** geimpft werden müssten, was einer **Impfquote von knapp 84%** entspräche. Selbst wenn man hier 2 Mio. bereits Infizierte (inkl. eine gewisse Dunkelziffer) abzieht, ist das schwer erreichbar.
 - Sollten Geimpfte das Virus nicht mehr übertragen können und Kinder auf Dauer nicht geimpft werden können, geht m.E. am **Impfpass** kein Weg vorbei, insb. um Anreize zu setzen die Impfquote zu erhöhen.

Impfindikationsgruppen, Priorität für eine Impfung und Größe der Gruppen (7.12.2020)

(Die Summen sind grobe Schätzungen zur Orientierung. Zum einen gibt es Überlappungen innerhalb der Prioritätengruppen, zum anderen sind nicht für alle Gruppen Daten verfügbar)

Priorität	Personengruppen	N (Mio.)
sehr hoch	BewohnerInnen von Senioren- und Altenpflegeheimen	1,0*
	Personen im Alter von ≥80 Jahren	5,4*
	Personal mit besonders hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen (z.B. Notaufnahmen, medizinische Betreuung von COVID-19 PatientInnen)	1,0~
	Personal in medizinischen Einrichtungen mit engem Kontakt zu vulnerablen Gruppen (z.B. in der Hämato-Onkologie oder Transplantationsmedizin)	?
	Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege	1,2*
	Andere Tätige in Senioren- und Altenpflegeheimen mit Kontakt zu den BewohnerInnen	?
	Summe	>8,6
hoch	Personen im Alter von >75-80 Jahren	4,1*
	Personal mit hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen	1,0~
	Personen mit einer Demenz oder geistigen Behinderung in Institutionen	>1,6§
	Tätige in der ambulanten oder stationären Versorgung von Personen mit Demenz oder geistiger Behinderung	?
	Summe	>6,7
moderat	Personen im Alter von ≥70-75 Jahren	3,6*
	Personen mit Vorerkrankungen mit erhöhtem Risiko und deren engste Kontaktpersonen	?
	Personen in Asylbewerberunterkünften	0,26*
	Personen in Obdachlosenunterkünften	0,041#
	Enge Kontaktpersonen von Schwangeren	0,76*
	Personal mit moderatem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen und an besonders relevanten Positionen für die Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur	0,8~
	Personal im ÖGD	0,017&
	Summe	>5,5
erhöht	Personen im Alter von ≥65-70 Jahren	4,8*
	Personen mit Vorerkrankungen mit moderatem Risiko und deren engste Kontaktpersonen	?
	Personal mit niedrigem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen	0,3~
	LehrerInnen	0,8*
	ErzieherInnen	>0,6*
	Personen mit prekären Arbeits- und/oder Lebensbedingungen (z.B.: Saisonarbeiter, Beschäftigte in Verteilzentren oder der Fleisch verarbeitenden Industrie)	>0,4~
	Summe	>6,9
gering erhöht	Personen im Alter von ≥60-65 Jahren	5,5*
	Personal in Schlüsselpositionen der Landes- und Bundesregierungen	?
	Beschäftigte im Einzelhandel	3,1*
	Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur (z.B. Feuerwehr, Bundeswehr, Polizei, ÖPNV, Abfallwirtschaft, etc.)	0,8%*\$
	Summe	9
niedrig	Alle übrigen Personen im Alter von < 60 Jahren	45,0*

Quellen: *Destatis; ~Schätzung, zumeist basierend auf Destatis-Daten (Teilgruppen von bei Destatis angegebenen Gesamtheiten oder nur Teilgruppen bei Destatis auffindbar); § Deutsche Alzheimergesellschaft e.V.;

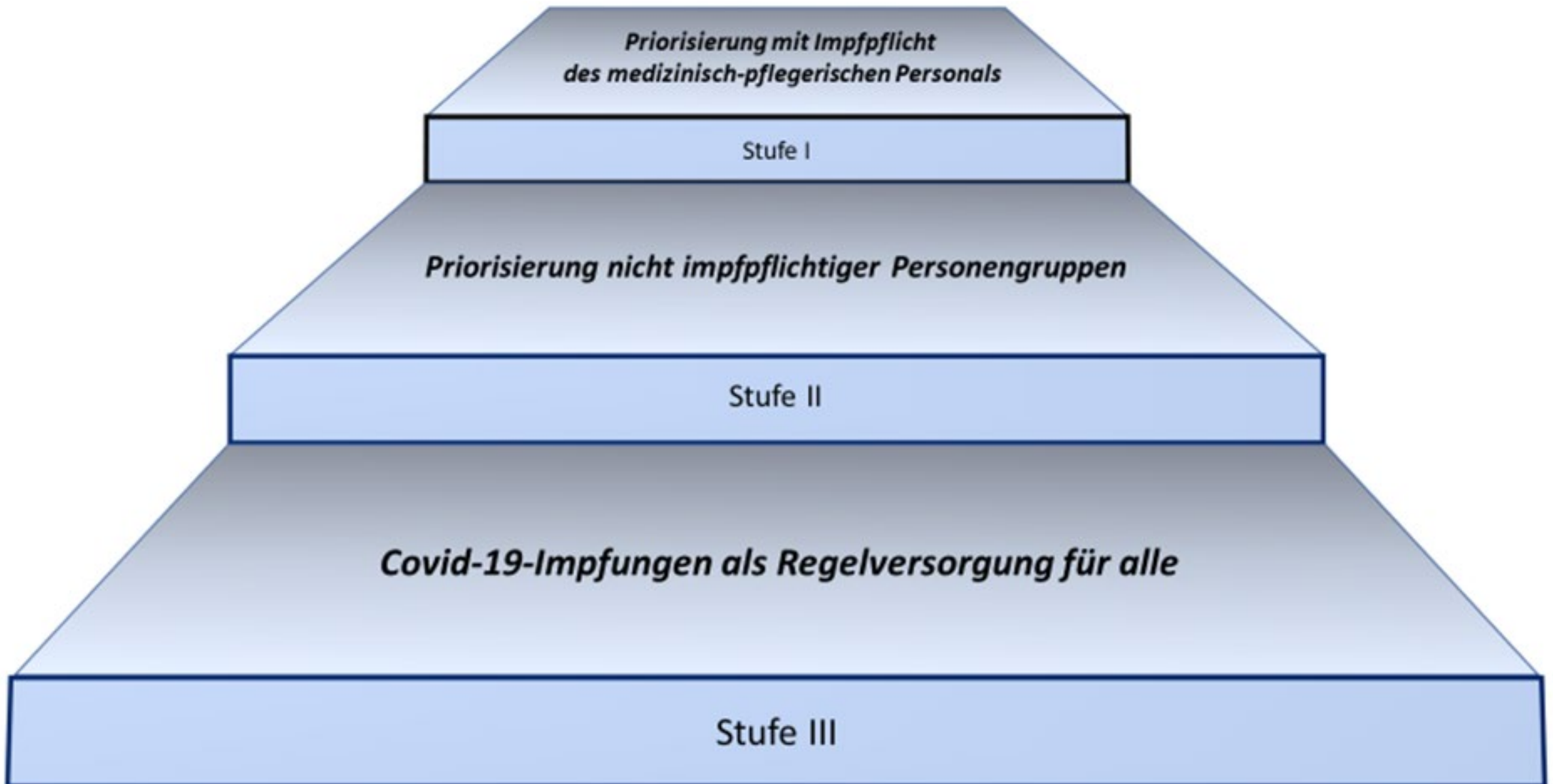
Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.; & Bundesverband der ÄrztInnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.; % Verband Deutscher Verkehrsunternehmen e.V.; \$ Deutscher Feuerwehrverband.

Quelle: STIKO 2020,3, S. 47.

5. Institutionalisierte Priorisierung (Cassel/Ulrich 2020)

- **Zeitlich gestaffelte Priorisierung** von 3 zahlenmäßig zunehmenden Personengruppen in bestimmten Institutionen.
- **Oberste Priorität hat die Gruppe A**, die das stationär und ambulant tätige medizinische und pflegerische Personal umfasst (**Stufe I**).
- Ihr folgt zeitlich die **Gruppe B** mit Personen, die einem hohen Corona-bedingten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, d. h. bei einer Infektion mit schweren, relativ häufig letalen Verläufen rechnen müssen,
- sowie die **Gruppe C**, die aus Personen besteht, die systemisch ein hohes Infektions- und Ausfallrisiko für Dritte oder die öffentliche Versorgung, Sicherheit und Ordnung darstellen (**Stufe II**).
- Schließlich lassen sich **alle nicht priorisierte Personen** in einer **Gruppe D** zusammenfassen, die am Ende der Impfkampagne regulären Zugang zur Covid-19-Impfung erhalten (**Stufe III**).
- **Institutionen**: Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Pflege, Bildungseinrichtungen, Reha-Einrichtungen, Vorsorge, psychiatrische Einrichtungen etc. (Hotspots, Infektionsketten)
- **Voraussetzung**: Impfung geht einher mit Nichtinfektiosität.

Regulierungsstufen einer Covid-19-Impfkaskade



Institutionalisierte Priorisierung: Ablaufschema zur zeitlich gestaffelten Impfung

Für den Ablauf der Covid-19-Impfkampagne wird eine dreistufige Impfkaskade mit verschiedenen Regulierungsszenarien und nacheinander überlappend zu impfenden Personengruppen vorgeschlagen: In Abhängigkeit von den Kriterien Impfstoffverfügbarkeit und Impfbedarf werden die Regulierungen von Stufe zu Stufe gelockert. Dadurch erhöht sich die Zahl der Geimpften immer schneller, bis schließlich – zusammen mit den Immunisierten nach überstandener Krankheit – Herdenimmunität erreicht ist.
Stufe I: Priorisierung mit Impfpflicht des medizinisch-pflegerischen Personals ➤ Gruppe A: selbständige oder abhängige Erwerbspersonen, die zur Aufrechterhaltung der medizinischen und pflegerischen Versorgung unabdingbar bzw. „systemrelevant“ sind. ➤ Institutionen: Dienstleistungserbringer in stationären Einrichtungen (Krankenhäuser bzw. Kliniken, Rehabilitations-, Vorsorge- und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie in nicht-stationären Einrichtungen (Arzt-, Zahnarzt- und physiotherapeutische Praxen und ambulante Pflege). Maßgebend ist die aktuell tatsächlich ausgeübte Funktion. ➤ Impfziel: lückenlose Impfung in kürzester Zeit, um die Gesundheitsversorgung insgesamt uneingeschränkt aufrechterhalten zu können. Gegebenenfalls interne Bildung von zeitlich gestaffelt zu impfenden Untergruppen gemäß der funktionsbedingten Infektionsrisiken. ➤ Impfpflicht: ohne „Impfzwang“ bis zum Ende der Pandemie wie sie auch bei Masern besteht; verweigern Impfpflichtige die Schutzimpfung, dürfen sie temporär nicht mehr in ihrer bisherigen Funktion tätig sein, sondern könnten währenddessen nicht priorisierte Aufgaben im Gesundheitswesen wahrnehmen. ➤ Zahl und Dauer der Impfungen: schätzungsweise 4,3 Mio. Personen mit insgesamt 8,6 Mio. Impfungen bei zwei benötigten Impfdosen im Abstand von etwa einem Monat. Bei arbeitstäglich 60 Tsd. Impfungen würde die Durchimpfung mehr als ein halbes Jahr (6,8 Monate) dauern, bei täglich 100 Tsd. Impfungen wäre es nur ein knappes Vierteljahr (2,8 Monate).
Stufe II: Priorisierung nicht impfpflichtiger Personengruppen Mit fortschreitender Durchimpfung der Gruppe A sinkt zum einen die Infektionsgefahr in den medizinisch-pflegerischen Brennpunkten und reduziert sich zum anderen die Impfstoffnachfrage auf nachrückendes Personal. Auch dürften inzwischen höhere Impfstoffkontingente zur Verfügung stehen. Dies erlaubt es, den Kreis der Impfberechtigten um die Gruppen B und C zu erweitern. ➤ Gruppe B: vulnerable Personen mit besonders hohen Infektions- oder Gesundheitsrisiken. Institutionell gesehen sind dies beispielsweise pflegebedürftige Betagte und Behinderte in Umgebungen mit erhöhter Kontaktdichte wie in Reha- und Pflegeheimen, Dialysezentren etc., Chroniker mit pneumatischen und koronaren Erkrankungen und generell Patienten mit relevanten Vorerkrankungen, die ein signifikant erhöhtes Risiko für schwere oder letal verlaufende Krankheitsverläufe haben. ➤ Gruppe C: Mit ihrer Priorisierung soll das Infektionsrisiko für Dritte verringern werden, um wirtschaftliche und soziale Kollateralschäden zu vermeiden. Institutionell gesehen zählen dazu etwa Kinder erziehende Eltern, Kranke pflegende Familienangehörige, Helfer von Alleinstehenden, Beschäftigte in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen oder im Dienst der öffentlichen Daseinsvorsorge, Sicherheit und Ordnung stehende Beschäftigte und Amtsträger mit erhöhtem Infektionsrisiko. ➤ Keine Impfpflicht: Für die Angehörigen beider Gruppen ist ein so weitgehender Eingriff in die Grundrechte wie die Impfpflicht nicht zu rechtfertigen und wäre auch kaum durchsetzbar. Sollte die Impfbereitschaft das epidemiologisch erforderliche Maß deutlich unterschreiten, könnten allenfalls bestimmte Untergruppen von C impfpflichtig gemacht werden. ➤ Zahl und Dauer der Impfungen: Trotz fehlender Impfpflicht dürften sie ein Vielfaches der für Gruppe A möglichen Schätzungen erreichen. Allein die Zahl der „Pflegepersonen“ nach SGB XI, darunter insbesondere die pflegenden Angehörigen, Freunde und Nachbarn, beträgt etwa 4,7 Mio. Werden dazu noch die Gepflegten selbst gerechnet, dürfte allein diese Subgruppe die Marke von 7 Mio. übersteigen. Unter den oben gemachten Annahmen wären dies 14 Mio. Impfungen, für die zwischen gut viereinhalb (4,6) Monate und einem knappen Jahr (11,1 Monate) benötigt würde.
Stufe III: Covid-19-Impfung als Regelversorgung für alle In Abhängigkeit vom Impfverhalten sowie von der Impfstoffverfügbarkeit und der Impfkapazität lässt die Durchimpfung der Gruppen B und C mit Sicherheit deutlich länger auf sich warten als in Gruppe A. Deshalb ist es geboten, den Kreis der Impfberechtigten zu erweitern, sobald Angebotsüberhänge bei Vakzinen und ihrer Applikation ersichtlich werden. Es geht also bei dieser Stufe der Impfkaskade um ein Übergangsszenario, nach dem das Covid-19-Krisenmanagement schrittweise zur Regelversorgung wird – und das nach Möglichkeit, bevor die Herdenimmunität erreicht ist.

Quelle: Eigene Darstellung nach Cassel et al. 2020, S. 65 ff.; Stand: 25.11.2020.

Impfpflicht für Mediziner und Pflegekräfte

- Dazu gehört eine **Impfpflicht** für alle Angehörigen systemrelevanter Berufe. Das hat den Vorteil, dass von Medizern und Pflegenden, möglicherweise auch von Lehrern, keine Corona-Gefahr mehr ausgeht.
- Es ist dabei ausdrücklich zwischen **Zwang und Pflicht** zu unterscheiden. Wenn man Kliniken oder Altenheime coronafrei bekommen und die dort befindlichen Kranken und Pflegebedürftigen sichern will, darf man dort keine Lücken lassen.
- Ärzte oder Pflegekräfte, die sich gegen eine Impfung aussprechen, dürfen dann **nicht mehr ans Krankenbett oder an den OP-Tisch**, sie müssen sich auf Verwaltungstätigkeiten beschränken.

Impfpass für Reisen als Anreiz

- Weil die Impfungen ohne Herdenimmunität aus epidemiologischer Sicht wenig nützen, sollte es auch Anreize fürs Impfen geben.
- Es könnte dienlich sein, allen Geimpften einen mehrsprachigen **amtlichen Impfpass** auszustellen, der die erfolgte Impfung dokumentiert. Der Anreiz ließe sich noch verstärken, wenn es gelänge, diesen **Impfpass in EU-Mitgliedsländern zu grenzüberschreitender Mobilität** zu nutzen. Damit wird nicht wie bei der Forderung nach einem „Immunitätsausweis“ behauptet, dass die Geimpften gegen SARS-CoV-2 immun sind und von ihnen keine Infektionsgefahr mehr ausgeht. Das lässt sich nach aktuellem Forschungsstand schließlich noch nicht belegen.

Quellen

- **BMG** (2020a): Nationale Impfstrategie COVID-19. Überblick Stand: 23.10.2020; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Impfstoff/Nationale_Impfstrategie.pdf.
- **BMG** (2020b): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV); https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/RefE_AEndVO_TestVO_mit_Begrueendung.pdf.
- **Cassel et al.** – Cassel, D.; Heigl, A.; Jäcker, A.; Ulrich, V. (2020): Impfstoff für alle – doch wie soll das gehen? Probleme der Verfügbarkeit und Verteilung von Covid-19-Impfstoffen. In: RPG – Recht und Politik im Gesundheitswesen, 26(2020,3), S. 75-71; Stand: 25.07.2020. Wieder abgedruckt in: BzG – Beiträge zur Gesellschaftspolitik 9-20 vom 17. September 2020, S. 1-23; www.dfg-online.de.
- **Cassel, D.; Ulrich, V.** (2020): Priorisierung von Corona-Impfungen. Empfehlungen zu einem pandemiegerechten Covid-19-Impfstoffzugang. Noch unveröffentlichtes Manuskript, Duisburg und Bayreuth 2020, Stand: 25.11.2020; auf Anfrage erhältlich von: Volker.Ulrich@uni-bayreuth.de.
- **EU-Kommission** (2020): EU-Strategie für COVID-19-Impfstoffe. Mitteilung der Kommission, COM(2020) 245 final vom 17.06.2020; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:52020DC0245>.
- **STIKO et al. – Gemeinsame Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Impfkommision, des Deutschen Ethikrates und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina** (2020): Wie soll der Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff geregelt werden? Positionspapier, Berlin, 09.11.2020; <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/gemeinsames-positionspapier-stiko-der-leopoldina-impfstoffpriorisierung.pdf>.
- **STIKO** (2020): Mitteilung der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut Beschlussentwurf der STIKO für die Empfehlung der COVID-19-Impfung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung, Beschlussentwurf, STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung (Version 0.7 vom 07.12.2020); https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id_89085574/tid_da/beschlussentwurf-der-stiko-fuer-die-empfehlung-der-covid-19-impfung.html.