



Kommissionsdrucksache 21(27)26
vom 25. Februar 2026

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen

Carlos A. Gebauer

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Öffentliche Anhörung

„Förderales Krisenmanagement und Krisenstäbe“

Föderales Krisenmanagement und Krisenstäbe
Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages
Sachverständigenanhörung 26. Januar 2026
Schriftliche Stellungnahme
RA Carlos A. Gebauer, Düsseldorf

I.

„Wir sind gut durch die Corona-Pandemie gekommen“, heißt es noch immer oft. Oder etwas elaborierter: *„Die Institutionen des Staates haben sich in der Pandemie als funktionsfähig erwiesen.“*

Ich sehe das anders. In meiner Beurteilung haben die Einrichtungen unseres Staates in der Corona-Krise der Jahre 2020 bis 2023 leider grundlegende Fehler begangen. Sie hätten spätestens in der zweiten Hälfte des Monats April 2020 einen anderen als den dann tatsächlich gegangenen Weg einschlagen müssen. **Jedenfalls ab Mai 2020 waren die meisten Maßnahmen zur Bekämpfung einer epidemischen Lage in Deutschland bei genauer Betrachtung nicht mehr rechtmäßig.**

Dies wäre auch schon damals ex ante erkennbar gewesen. Die heute vorliegende Erkenntnislage gebietet jedoch definitiv ex post, die damaligen Fehler jetzt zu beschreiben, sie einzuräumen, Vorkehrungen gegen Wiederholungen der unterlaufenen Irrtümer zu treffen, Folgen der Maßnahmen nach Kräften zu beseitigen, Opfer zu entschädigen, zu Unrecht Verurteilte (mindestens) zu begnadigen, entstandene Schäden zu ersetzen und jene, die vorwerfbar sorglos gehandelt haben, zur Verantwortung zu ziehen.

Ohne eine lückenlose Aufarbeitung der schwersten Grundrechtseinschränkungen in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland wird das Land die (seine Debatten bis heute vielfach prägende) Spaltung der Gesellschaft nicht überwinden können. Die Strafrechtslehrerin Prof. Dr. Frauke Rostalski sprach in einem Beitrag für die Zeitung „Welt“ am 16. Juni 2025 davon, dass wir *„heute noch in den Gräben der Pandemie“* leben. Das ist für ein demokratisches Gemeinwesen nicht hinnehmbar.

Dabei ist die Spaltung der Ansichten und Meinungen innerhalb einer pluralen Gesellschaft gar nicht einmal für sich das Problem. In einer freiheitlichen Gemeinschaft von Menschen innerhalb einer einheitlichen Rechtsordnung gibt es wesensnotwendig Unterschiede und Differenzen.

Entscheidend ist vielmehr, dass die widerstreitenden Kräfte innerhalb dieser Gesellschaft allesamt die Bereitschaft aufbringen (müssen), über die Gräben, die ihre Weltsichten teilen, hinweg zu sehen und miteinander – wie es sich für ein republikanisch organisiertes Gemeinwesen schlechthin konstituierend gehört – den Gesprächsfaden nicht abreißen zu lassen.

Die politische Debatte in Deutschland hatte zwar schon vor Ausrufung der Pandemie im März 2020 eine Hitzigkeit entwickelt, die zuvor (in der stets behutsam um Konsens bemühten Bonner Republik) für Jahrzehnte unbekannt war. Mit der eilends gesetzlich neu geschaffenen (und daher auch nicht auf Basis einer vorangegangenen rechtspolitischen Debatte breit gesellschaftlich konsentierten) *„epidemischen Lage von nationaler Tragweite“* hat sich dieser diskursive Konflikt deutlich intensiviert und verschärft.

Dass ganze Gesellschaftsordnungen infolge von Seuchen kollabieren können, ist für alle, die sich mit der europäischen Geschichte der letzten Jahrhunderte befasst haben, keine unvertraute Erkenntnis. Mit den Todesängsten, die eine Epidemie zwangsläufig auslöst, sind menschliche Grenzsituationen und emotionale Grenzüberschreitungen eng verbunden. Will man aber nicht riskieren, dass aus den pandemischen Turbulenzen politische Disruptionen entstehen; will man also – anders gesagt – die gedeihlichen Früchte der bundesrepublikanischen Entwicklung seit 1949 erhalten, dann ist unabdingbar, den Dialog über die Grenzen der Streitpunkte und Meinungsverschiedenheiten hinweg aufrecht zu erhalten. **Ein respektvoller (besser noch: wertschätzender) Umgang miteinander, zumindest aber ein konsequent sachlicher Ton in der Klärung gemeinsamer Themen sind hierbei anzustreben.**

II.

Dies vorausgeschickt, beschreibe ich im Folgenden einige zentrale Argumente für die Annahme eines Scheiterns der staatlichen Institutionen bei dem Versuch einer Bewältigung der Corona-Krise. Die nachstehende Kasuistik ist nicht abschließend; doch wenn meine Argumente zutreffen, sollten sie hinreichen, um die Rede von einer „gut“ überwundenen Krise zu beenden und Handreichungen für Lerneffekte aus dieser Evaluierung zu bieten. Um meine Kritik zu erläutern, unterscheide ich zunächst zwei Fragen: „*Was sagt das Gesetz?*“ und „*Was sagen uns die Tatsachen?*“.

1.) Vielerorts werden die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung ab März 2020 als titanischer Kampf gegen eine ungesehene, neuartige und vor allem lebensbedrohliche Ausnahmegefahr beschrieben. Wer diesen Eindruck für zutreffend hält, der wird – in der Tat – glauben (müssen), die Institutionen unseres Staates hätten sich (und uns alle) der unmittelbaren Gefahr mit beeindruckender Konsequenz entgegengeworfen. In diesem Falle wären manche Maßnahmen tatsächlich verfassungsgemäß gewesen. Will sagen: Akzeptiert man die Prämisse, dass es eine rechtlich subsumtionsfähige Gefahr (im Sinne des traditionellen staatlichen Gefahrenabwehrrechtes) jahrelang und ununterbrochen tatsächlich gegeben habe, argumentiert man anschließend nur noch auf Basis der daraus folgenden und deswegen gerade gebotenen Rechtsfolgen.

Unter der Annahme einer durchgängig drohenden (oder gar bestehenden) Gefahr ist verfassungskonform sicher möglich, Grundrechte einzuschränken. Die Vertreter dieser Theorie konzentrieren ihre rückblickende Evaluation dann allerdings üblicherweise auf sehr kleinteilige Abwägungsfragen und präsentieren Kasuistiken, innerhalb derer sie sich mit Detailfragen der Notwendigkeit von Maßnahmen und deren Intensität befassen: War das Gebot an den engsten Familienkreis, auf einer konfessionell geprägten Beerdigung im Freien trotz nachgewiesenen Geimpften-Status eine FFP2-Maske tragen zu müssen, geeignet, erforderlich und angemessen, um einer Überlastung des Gesundheitssystems vorzubeugen u.ä.?

Es bedarf keiner weiteren Erläuterung, dass sich auch eine im Ansatz noch ernstgemeinte akademische Erörterung verfassungsrechtlicher Abgrenzungsfragen auf dieser Mikroebene schnell im Nichts verliert. Denn wer die Aspekte, unter denen ein Lebenssachverhalt – vermeintlich legitim – abgewogen werden müsse, nur hinreichend vielgestaltig vermehrt, schafft sich dadurch leicht die Voraussetzung, zu jedem subjektiv gewünschten Ergebnis zu gelangen. In diesem methodischen Kontext dürfte wohl auch die immer wieder gegen Juristen gerichtete Polemik entstanden sein, sie könnten alles begründen – einschließlich des genauen Gegenteils.

2.) Mein Einwand gegen die Weltsicht, unsere Institutionen hätten sich in vorbildlicher Art als funktionsfähig erwiesen, fußt demgegenüber im Wesentlichen auf der zweiten Frage: „*Was haben uns die Tatsachen gesagt?*“. **Zu klären ist also: Lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für eine rechtmäßige Subsumtion hin zu diesen Maßnahmen in der Realität vor?**

Ich denke: **Nein, sie lagen nicht vor.** Und selbst das Hilfskonstrukt der staatlichen Einschätzungsprerogative bei der Bekämpfung einer Anscheinsgefahr macht den Maßnahmenkatalog jedenfalls nicht über den 22. April 2020 hinaus rechtmäßig.

Ich wähle das Datum, weil ich an diesem Tag in der Zeitschrift „*eigentümlich frei*“ schrieb:

„Was dem Bürger Toilettenpapier und Nudeln, sind der Politik derzeit offenbar Kontaktverbot und Warenhausschließung. Denn ebenso maßlos, wie die Deutschen zu Beginn der „Corona-Krise“ ganze Wagenladungen von Hygienepapier aus den Geschäften trugen, scheint sich die deutsche Politik inzwischen ungehemmt durch das gesamte gesellschaftliche Leben zu administrieren. Gastwirte, Hoteliers, Gewerbetreibende, Kurzarbeiter und Vermieter wurden dabei durch eilig neu geschaffene Infektionsschutzgesetze bereits in die Pleite getrieben. Währenddessen blieb aber der planungspolitisch als sicher angenommene Ansturm auf hastig leer geräumte Krankenhausbetten und Beatmungsplätze praktisch vollständig aus.

Statt also das öffentliche Leben in Ansehung der ausbleibenden Großkatastrophe durch Aufhebung der Verbote wieder hervortreten zu lassen, wünschen führende Politiker nun aber erst feinjustiert ausbalancierte „Lockerungen“. Die Krisenmanager wollen augenscheinlich noch nicht nach Hause gehen. Im Alarmmodus kündigten sie erst wochenlang das unmittelbar bevorstehende Chaos an. Als es ausblieb, erschien hilfsweise die Warnung vor einer „zweiten Welle“. Verleitet etwa der einmal gelungene politische Zwangsgriff auf das allgemeine Leben, die politisch gewonnene Wichtigkeit und Steuerungsmacht, immer noch etwas weiter fortzuschreiben?

Was sagt das Verfassungsrecht dazu? Dürfen – um es konkret am fassbaren Beispiel zu erörtern – die Warenhäuser von Kaufhof und Karstadt bis auf weiteres geschlossen bleiben? Die Antwort des Verfassungsrechts ist aktuell klar. Sie lautet: Nein! Die Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland steht diesen Schließungen per jetzt entgegen. Und dies lässt sich ohne unverständliche Juristerei auch plausibel erklären.

Grundsätzlich genießen Bürger für ihr Handeln – insbesondere auch für ihr gesamtes berufliches und wirtschaftliches Tun – den verfassungsrechtlichen Schutz von Grundrechten. Juristen weisen einzelnen Grundrechten spezifische Schutzbereiche zu: Berufsfreiheit, Eigentumsfreiheit, allgemeine Handlungsfreiheit. In diesen Bereichen dürfen der Gesetzgeber und die staatliche Verwaltung bürgerliches Handeln prinzipiell nicht einschränken oder behindern. Allenfalls ausnahmsweise sind dem Staat in klaren Grenzen sogenannte Eingriffe in diese Schutzbereiche erlaubt. Voraussetzung zulässiger Eingriffe ist stets, dass diese verfassungsrechtlich gerechtfertigt sind.

Den typischen Fall einer Möglichkeit zur Grundrechtsbeschränkung stellen Situationen der sogenannten Gefahrenabwehr dar. Besteht eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung, dann können Grundrechte eingeschränkt werden. In Artikel 11 des Grundgesetzes heißt es beispielsweise ausdrücklich, dass die Freizügigkeit der Deutschen im

ganzen Bundesgebiet „zur Bekämpfung von Seuchengefahr“ eingeschränkt werden kann. Dies wirft naturgemäß die zentrale Frage auf, wann eine solche Gefahr tatsächlich gegeben ist. Denn das kann ohne weiteres zweifelhaft oder umstritten sein. Der eine hält für gefährlich, was dem anderen noch harmlos erscheint – und umgekehrt. Die verfassungsrechtliche Frage nach einem legitimen Grundrechtseingriff setzt also vorgreiflich voraus, begriffliche Klarheit darüber zu gewinnen, von welcher Art Gefahr hier überhaupt die Rede ist.

Zur gedanklichen Präzision empfiehlt es sich, hier der Einfachheit halber auf erprobte und lange herausgearbeitete Begriffe des Polizei- und Ordnungsrechts zurückzugreifen statt unklare oder nicht allgemein akzeptierte Begriffe einzuführen. Gerade auf diesem Rechtsgebiet ist nämlich die Frage nach dem Bestehen oder Nichtbestehen einer zu Eingriffen legitimierenden Gefahr traditionell am deutlichsten beantwortet worden.

Polizeirechtlich wird davon ausgegangen, dass eine nicht nur irgendwie diffuse (abstrakte), sondern auch juristisch konkret greifbare „Gefahr“ im eigentlichen Sinne dann besteht, wenn Anhaltspunkte tatsächlicher Art vorliegen, aus denen sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit die nicht unerhebliche Beeinträchtigung eines Rechtsgutes ergeben kann. Notwendig ist eine verständige Gesamtwürdigung aller Umstände des Einzelfalls. Das Bestehen einer Gefahr wird dadurch von der sogenannten „Scheingefahr“ abgegrenzt. Geht ein Polizist nämlich nur infolge eines subjektiven Irrtums davon aus, dass eine Gefahr (scheinbar) vorliege, so ist ihm sein etwaiger Eingriff in fremde Rechte nicht erlaubt.

Auch ein bloßer „Gefahrenverdacht“ legitimiert in aller Regel nicht, Rechtseingriffe vorzunehmen. Erlaubt sind bei einem solchen Verdacht allenfalls weitere Erforschungsmaßnahmen, um zu ermitteln, ob sich der bloße Anschein einer Gefahr überhaupt als eine tatsächliche Gefahr erweist. Zeigt sich bei einer solchen Gefahrüberprüfung, dass die Gefahr, von der ursprünglich ausgegangen wurde, in Wahrheit nicht dringend oder gegenwärtig droht, so ist die Schwelle für einen Grundrechtseingriff nicht erreicht.

Übertragen auf die aktuell breit diskutierte Seuchengefahr der „Corona-Krise“ ist folglich grundlegende Voraussetzung für legitime Grundrechtsbeschränkungen, dass nicht nur die Möglichkeit einer künftigen Gefahr für Leib und Leben droht. Notwendig für gerechtfertigte Grundrechtseingriffe ist vielmehr das definitive Vorliegen von Tatsachen, die nach professioneller Gesamtwürdigung aller Umstände einen ernsthaft erheblichen, bevorstehenden Schadeneintritt in diesem Sinne als wahrscheinlich annehmen lassen.

Es bedarf an dieser Stelle keiner Erklärung, dass oder warum der fachwissenschaftliche und der allgemein-öffentliche Meinungsstand zu dieser Frage seit Wochen sehr diffus sind. Während einerseits eine wirkliche Gefahr im beschriebenen Sinne angenommen wird, stellen andere dies – nicht selten bezogen auf dieselben wissenschaftlichen Grundlagen – dezidiert in Abrede. Derzeit steht alleine sicher fest, dass die freigeräumten und vorgehaltenen Krankenhausbehandlungsplätze in Deutschland nicht im Ansatz für die ursprünglich prognostizierte Anzahl von Behandlungs- und insbesondere Beatmungsfällen benötigt werden. Es besteht also Unsicherheit allenfalls über die künftige dortige Lage, nicht aber über die inzwischen eingetretene. Für die Zwecke der nachstehenden Überlegungen soll gleichwohl davon ausgegangen werden, dass die allgemeine Gefahrenlage

noch nicht beseitigt ist, sondern dass die Möglichkeit einer sich intensivierenden Gefahr weiterhin unverändert akut besteht.

Auf Basis dieser Möglichkeit, das heißt auf Grundlage dieser unsicheren Tatsachengrundlage, muss also verfassungsrechtlich erörtert werden, ob gesetzlich angeordnete Grundrechtseingriffe wie Warenhausschließungen akut (weiter) legitim möglich sind. Denn auch wenn unklar ist, wie sich die Tatsachen darstellen, besteht – wie am Beispiel des Polizei- und Ordnungsrechts beschrieben – ein nachvollziehbares Bedürfnis danach, dass mindestens irgendjemand die Entscheidungsbefugnis hat, die Lage weiter zu erforschen.

In der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist für solche Fälle das Rechtsinstitut der sogenannten „Einschätzungsprärogative“ konturiert worden. Ebenso wie einem erfahrenen und besonnenen Polizisten bei gefährlichen Situationen ein Spielraum für die Einschätzung der nächsten Lageentwicklung zugestanden wird, soll auch einer Regierung verfassungsrechtlich erlaubt sein, die künftigen Entwicklungen zunächst rein spekulativ abzuschätzen. Dem staatlichen Akteur ist dadurch die Möglichkeit gegeben, an die Stelle tatsächlicher Unsicherheiten vorläufig eine eigene Tatsachenannahme zu setzen, auf die er dann rechtswirksam und rechtmäßig sein nächstes Handeln stützen kann.

Auch im Rahmen dieser Einschätzungsprärogative unterliegt staatliches Gesetzgebungs- und Verwaltungshandeln indes konsequent dem allgemeinen rechtsstaatlichen Übermaßverbot. Kurz gesagt gilt die Regel: Ein Staat darf niemals, auch nicht auf Grundlage seiner Einschätzungsprärogative, grenzenlos über das eigentliche Ziel seines legitimen Handelns hinausschießen. Selbst Gefahrerforschungsmaßnahmen und vorläufige Beschränkungen bürgerlicher Freiheiten haben, wenn sie legitim bleiben sollen, unter allen denkbaren Gesichtspunkten das notwendige Maß zu halten.

Daraus folgt zuallererst, dass jedwedes staatliche Handeln sich selbst nur solche Handlungsziele setzen kann, die ihrerseits definitiv legitim sind. Legitim bei der Abwehr einer Seuchen- und Infektionsgefahr kann nur sein, die unkontrollierbare Ausbreitung der in Rede stehenden Krankheit zu verhindern beziehungsweise einzudämmen. Maßnahmen, die diesem Ziel nicht zu dienen bestimmt sind, scheiden also von vornherein schon begrifflich als verfassungsrechtlich erlaubt aus.

Anerkanntermaßen hat staatliches Handeln bei der Verfolgung eines jeden seiner Ziele das sogenannte Angemessenheitsgebot zu berücksichtigen. Dieses zwingt, drei Fragen zu beantworten.

Die erste dieser Fragen lautet: Ist die staatliche Maßnahme geeignet, das angestrebte Ziel zu erreichen? Die hier thematisierte weitere Schließung von Kaufhäusern kann nur dann in diesem Sinne zur angemessenen Zweckerreichung geeignet sein, wenn genau die durch sie verhinderte Öffnung des Warenhauses andernfalls eine weitere Verbreitung der Seuche ermöglichen würde. Ob dies der Fall ist, muss mindestens in Ansehung des hier ebenfalls zu beachtenden Gleichheitsgrundsatzes zweifelhaft sein. Warum nämlich sollte spezifisch die Schließung eines Warenhauses geeignet sein, weitere Infektionen zu verhindern, wenn dieselbe körperliche Nähe zwischen einkaufenden und verkaufenden Menschen erst recht auf kleineren Ladenflächen gegeben ist, auf denen zu handeln erlaubt wird? Desgleichen eignet sich die Schließung eines Warenhauses zur Erreichung der angestrebten seuchenrechtlichen Zielstellung dann und deswegen nicht, wenn und weil

zugleich Möbelhäuser und/oder die Fahrzeuge des öffentlichen Personennahverkehrs für die Öffentlichkeit nutzbar sind. Darüber hinaus dient es nicht der seuchenrechtlich allgemein wünschenswerten räumlichen „Entzerrung“ zwischen Verbrauchern und Verkaufspersonal, wenn die zur Verfügung stehende Gesamtverkaufsfläche innerhalb einer Gemeinde insgesamt durch die fortdauernde Schließung ausgerechnet von großräumigen Warenhäusern vermeidbar verknappt wird.

Die zweite Frage, die im Rahmen dieser Angemessenheitsprüfung verfassungsrechtlich zu stellen ist, ist die nach der Erforderlichkeit der Warenhausschließung: Ist die vollständige Schließung des Warenhauses zur Zweckerreichung unabweisbar notwendig oder gäbe es ein milderes Mittel, mit dem sich dasselbe Ziel erreichen ließe? Jenseits der Möglichkeit, auch und gerade innerhalb von großräumigen Warenhäusern Abstandsgebote zwischen Personen einzuführen, fällt auf: Kein Kunde wird gezwungen, ein Warenhaus zu betreten, wenn er es zur Meidung einer befürchteten Selbstgefährdung nicht will. Etwas anderes kann allenfalls für die Mitarbeiter eines Warenhauses gelten, die durch eine Warenhausöffnung absehbar arbeitsvertraglich verpflichtet wären, tätig zu werden. Der Gesetzgeber hat aber als Regelungsvariante auch hier in der Hand, jedem Arbeitnehmer zu gestatten, der Arbeit fernzubleiben, soweit er eine daraus resultierende gesundheitliche Gefahr befürchtet. Die vorübergehende Suspendierung von der Arbeitspflicht für Warenhausmitarbeiter wäre somit ein augenscheinlich milderes Mittel im Sinne der Erforderlichkeitsprüfung, um die Warenhausschließung insgesamt entbehrlich zu machen.

Drittens ist bei der Angemessenheitsprüfung zu fragen, ob die Schließung des Warenhauses insgesamt noch verhältnismäßig ist. Hier wird verfassungsrechtlich üblicherweise abgewogen, welche nachteiligen Nebenfolgen die angestrebte Zweckerreichung auslöst und ob diese in einem vernünftigen, ausgewogenen Verhältnis zum Handlungsziel stehen.

Weitverbreitet war in der öffentlichen Debatte an genau dieser Stelle zuletzt das Missverständnis, es müsse zwischen den wirtschaftlichen Folgen der angeordneten Sperrmaßnahmen einerseits und dem Leben oder der körperlichen Unversehrtheit konkret einzelner Personen andererseits abgewogen werden. Eine solche seuchenrechtliche Abwägung kann es indes schon deshalb nicht geben, weil die staatlichen Kontaktverbote und Handlungsbeschränkungen rein faktisch niemals darauf zielen konnten oder könnten, das Leben oder die Gesundheit eines konkreten (gar vorerkrankten) Bürgers zu schützen. Jedenfalls hier haben die handelnden politischen Akteure stattdessen richtigerweise die drohende Überlastung des Gesundheitssystems als solche in ihr Argumentationsgerüst eingeflochten. Sache des Staates konnte und kann hier schon rein faktisch nur sein, die verfügbaren Ressourcen des Gesundheitssystems angemessen erreichbar und leistungsbereit zu halten. Genau dieses Ziel ist indes – wie eingangs dargestellt – bislang kontinuierlich erreicht. Die Schließung eines Warenhauses steht folglich auch insoweit in keinem denkbaren Angemessenheitsverhältnis zur Erreichung des diskutierten Regelungsziels.

Selbst wenn man – wie es die Grundlage aller hiesigen Überlegungen ist – vorsichtig davon ausgeht, dass die Seuchengefahr insgesamt derzeit noch nicht gebannt ist, sondern dass sie latent tatsächlich fortbesteht und sich also auch jederzeit wieder intensivieren kann, so bleibt es mangels akut gegenwärtiger Gefahr und eines stattdessen aktuell bloßen Gefahrverdachts derzeit einzig bei der Befugnis des Gesetzgebers, Gefahrenermittlungsmaßnahmen auszubringen, nicht aber Gefahrenbekämpfungsmaßnahmen. Der gegebene Zustand der dynamischen Entwicklung legitimiert derzeit einzig Beobachtung und

Untersuchung, nicht aber Verbote, Einschränkungen oder gar die Schließung von Warenhäusern insgesamt. Das Privileg der Einschätzungsprärogative verpflichtet den Staat, seine ausgebrachten Maßnahmen kontinuierlich auf deren Richtigkeit und Angemessenheit hin zu überprüfen. Stellt er fest, übervorsichtig Unangemessenes angeordnet zu haben, muss er sofort zurücksteuern. Andernfalls handelt er verfassungswidrig.

In der gegebenen Krise hat sich zu erweisen, ob die oft geäußerte Kritik am überzogenen Wohlfahrts- und Präventionsstaat berechtigt ist oder ob es den handelnden Politikern gelingt, durch Selbstbeschränkung die Grenzen der Legitimität bei ihrem legalen Tun angemessen zu wahren. Der moderne Interventionsstaat muss im Interesse einer breiten Akzeptanz seiner Maßnahmen – und also schlicht auch im Interesse seines eigenen Fortbestandes – der Versuchung widerstehen, in die obrigkeitsstaatliche Autorität der historischen „Polizeystaaten“ zurückzufallen.

Das Gebot der Selbstbeschränkung gegen die Verlockungen eines beliebig ausgedehnten Präventionsanspruchs im Rahmen allgegenwärtiger staatlicher Sozial- und Kontrolltechnologie richtet sich nicht zuletzt auch an diejenigen Verfassungsrichter, die über die Grundrechte der Bürger und deren Schutz zu entscheiden haben. Sie sind die Hüter des rechtsstaatlichen Rahmens, innerhalb dessen Politik stattfinden darf.

Vieles, wenn nicht alles, spricht dafür, dass die Warenhäuser von Kaufhof und Karstadt bereits auf Grundlage summarischer Rechtsprüfung der Verfassungsrichter durch einstweilige Anordnungen geöffnet werden müssen. Denn die Aufrechterhaltung des Öffnungsverbots dürfte bereits ein illegitimes gesetzliches Handlungsziel fortschreiben, was selbst eine nur summarische Abwägung der Folgen verbietet.“

Ich sehe nicht, was an dieser Darstellung aus dem April 2020 zu revidieren wäre.

3.) Die Faktenlage während der Pandemie gab keine hinreichende tatsächliche Grundlage für die ihretwegen konkret getroffenen Maßnahmen.

a.) Der ehemalige Vorstandsvorsitzende des BKK-Landesverbandes Niedersachsen, Dr. Robert Paquet, nannte die Krankenhäuser auf dem Internet-Blog „Observer Gesundheit“ drei Monate nach meiner damaligen Einschätzung vom 22. April 2020 (am 16. Juli 2020) „Helden der Unterlastung“. Seine scharfe Wortwahl korrespondiert mit Erkenntnissen aus vielerlei Quellen, die auch damals bereits zugänglich waren. Die Krankenhäuser, namentlich die Intensivstationen, waren während der Corona-Krise niemals überlastet. In manchen Häusern wurden von dem Personal sogar Formationstänze eingeübt und per Video via Youtube publiziert (!). Die Anordnung von Grundrechtseinschränkungen mangels Tatsachengrundlage war daher insoweit schlechterdings rechtswidrig. Der Staatsrechtler Dietrich Murswiek formulierte: „Wie groß der Nutzen für das Gemeinwohl ist, der durch die freiheitseinschränkende Maßnahmen bewirkt wird, ergibt sich nicht aus dem abstrakten Ziel, sondern aus dem konkreten Erfolg, der durch die Maßnahme erzielt wird. ... Dieser Abwägungsfehler wird in der Rechtsprechung ständig wiederholt.“ (NVwZ Extra 5/2021, 1 ff. [7]).

b.) Die „Inzidenzwerte“ nach § 28b Infektionsschutzgesetz waren so niedrig definiert, dass alleine die methodisch unausweichlich erwartbar falsch positiven Testergebnisse bereits eine Scheingefahr suggerieren mussten. Bevor die Legislative ein solches Gesetz formuliert, muss sie sich mit Statistikern über Fragen der Prävalenz, mit Testherstellern über Fragen der Spezifität und

Sensitivität oder einfach nur mit Thomas Bayes beschäftigen. Wäre all das erfolgt, hätte es diese Inzidenzwerte als normative Anknüpfungspunkte für die Anordnung von Maßnahmen nicht gegeben.

Dies gilt erst recht in Ansehung des Umstandes, dass die diesen Inzidenzwerten zugrundegelegten PCR-Tests eine Infektion nach § 2 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz nicht erweisen konnten (und es nach wie vor nicht können). Der – in medizingeschichtlich ungesehener Rekordzeit binnen Tagen entwickelte und verlagsuntypisch umgehend in dem von Christian Drosten mitherausgegebenen Magazin „*Eurosurveillance*“ publizierte – „Corona“-PCR-Test nach dem sog. Corman-Drosten Testprotokoll vom 23. Januar 2020 detektierte allenfalls die durch sein Testdesign vordefinierten Bruchstücke aus dem Erbgut einer SARS-CoV-2-RNA. Der Erkenntniswert eines „positiven“ PCR-Tests beschränkte sich daher auf den Wahrscheinlichkeitsgrad einer möglichen Kontamination, nicht aber auf den Nachweis einer Infektion. Dies hatte die WHO in ihrer Anwenderinformation vom 20. Januar 2021 (Information Notice for IVD Users 2020/05) selbst klargestellt und eine zusätzliche klinische Untersuchung der getesteten Personen für unabweisbar gehalten.

Eine hinreichend präzise Unterscheidung zwischen Kontamination, Infektion und Erkrankung wurde in der Hochphase der Krise nicht vorgenommen. Infizierte Gesunde (mit epidemiologisch irrelevanter eigener Viruslast) wurden ebenso wie PCR-getestet nichtinfizierte Eventual-Kontaminierte als „*asymptomatisch Erkrankte*“ bezeichnet. Unbedachtsam wurde geduldet, dass der englische Begriff der „*infection*“ (der im medizinischen Jargon dort regelhaft auch eine „*contamination*“ mitumfasst) – sachlich falsch – mit einer „*Infektion*“ im Sinne des § 2 Nr. 2 InfSG gleichgesetzt wurde.

Warum auf die seit jeher etablierte klinische Diagnostik für die absichernde Feststellung einer tatsächlichen Infektion im Verdachtsfall verzichtet wurde (*rubor, tumor, dolor, calor, functio laesa*), leuchtet angesichts der massiven Folgen von Fehlannahmen für das Gemeinwesen schlechterdings nicht ein. Gerade weil das „*real-time RT PCR*“-Protokoll von Corman und Drosten einen ct-Wert von 45 auswies, wäre die diagnostische Gegenprobe ganz besonders geboten gewesen, um Fehlalarme auszubalancieren. Selbst die damalige Bundeskanzlerin war ausweislich ihrer Darlegungen in der Fragestunde des Bundestages am 23. Juni 2021 in dem Glauben gelassen worden, mit einem PCR-Test lasse sich bei einem „Wert von 25“ (?) eine Infektion sicher feststellen. Nach gefestigter Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes ist es staatlichen Stellen bekanntlich nicht gestattet, unzutreffende Informationen zu verbreiten.

Hätte man sich in den tätigen Krisenstäben seit März 2020 mit den offiziellen und frei verfügbaren „*Balkendiagrammen*“ der WHO zur je aktuellen Influenza-Verbreitung auf der Nordhalbkugel einschließlich insbesondere Deutschlands befasst, wäre pflichtgemäß die Frage zu stellen gewesen, warum die Influenza-Diagnosen erstmals seit Erhebung dieser Zahlen praktisch zeitgleich mit der proklamierten Corona-Krise auf Null sanken. In Zusammenschau mit den anerkannt üblichen Auftretenszeiten des Corona-Virus auf der Nordhalbkugel stand zudem die Frage im Raum: Was war im Jahr 2020 plötzlich so anders, dass das Corona-Virus über Mitte März 2020 hinaus persistiert haben soll?

c.) Jedermann konnte auch wissen, dass FFP2-Masken nicht vor Viren schützen; denn das stand seit jeher auf ihren Verpackungen. Warum die Vertreter der Berufsgenossenschaften mit ihren detaillierten Erkenntnissen über die Gesundheitsgefahren des überlangen Tragens solcher Masken im Alltag inmitten der Krise bei dem Robert-Koch-Institut kein Gehör fanden, ist unerfindlich. Statt dessen argumentierten Obergerichtspräsidenten mit Zitaten eines „*Faktenfuchses*“ des

Bayerischen Rundfunks. Zuvor hatte das OVG NRW am 30. April 2020 (13 B 539/20.NE, Rn 48) bereits den verfassungssystematisch offenkundig zirkulär argumentierenden Satz formuliert: „Im Übrigen ist anerkannt, dass der Einschätzung des Robert Koch-Instituts nach dem in den einschlägigen Regelungen im Infektionsschutzgesetz (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Nr. 1 IfSG) zum Ausdruck kommenden Willen des Gesetzgebers im Bereich des Infektionsschutzes besonderes Gewicht zukommt.“ Könnte die legislative Gewalt aber – wie hier vom 13. Senat des OVG NRW ausgeführt – den Ansichten einer Exekutivbehörde tatsächlich derart faktisch präjudizierende Wirkung zuschreiben, dass im Zweifel sogar die Überprüfungspflichten der dritten Gewalt als reduziert zu gelten hätten, kontrahierte die verfassungsrechtliche Gewaltendreiteilung in eine monistische Größe. Warum diese *petitio principii* bislang nicht als fehlerhaft ausgeräumt ist, bleibt offen.

Derartige Brüche mit jahrzehntelang elaborierten rechtlichen wie fachlichen Dogmen bleiben bis heute unerklärt. Es steht zu hoffen, dass das weiträumige Abgehen von üblichen Sicherheitsstandards infolge der Krise nicht auch noch kontraproduktive Rückwirkungen auf die gewöhnlichen Regelanforderungen unter Normalbedingungen haben wird.

Stillschweigend wurde das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz, HWG) mit seinen Schutzregelungen für obsolet erklärt und faktisch derogiert: Prominente Nichtmediziner (Schauspieler) machten plötzlich allgegenwärtig unübersehbar Werbung für medizinische Eingriffe; sie warben nicht in Fachmedien, sondern an Plakatwänden in der Öffentlichkeit. Und das Werben war verbunden mit Versprechungen der Wirksamkeit. All das will das Heilmittelwerberecht aus guten Gründen seit jeher unterbinden. In § 3 HWG heißt es:

„Unzulässig ist eine irreführende Werbung. Eine Irreführung liegt insbesondere dann vor, 1. wenn Arzneimitteln, Verfahren, Behandlungen, Gegenständen oder anderen Mitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkungen beigelegt werden, die sie nicht haben, 2. wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass a) ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann, b) bei bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine schädlichen Wirkungen eintreten ...“

Aus dem Verstoß gegen die wohlüberlegt beschriebenen Restriktionen musste absehbar eine Angst im Publikum entstehen. Das war sorglos.

Impfwillige Patienten, die sich in ärztliche Beratung und Behandlung begaben, wurden nicht selten unzureichend aufgeklärt, was es mit dem neuartigen, bedingt zugelassenen Stoff auf sich habe (vgl. Gebauer/Gierhake: *Ärztliche Aufklärung bei Behandlungen mit bedingt zugelassenen mRNA-Impfpräparaten NJW 2023, 2231ff*). Die etablierte höchstrichterliche Rechtsprechung zu Aufklärungsstandards war nicht nur bei Massentherapien in „Impfzelten“ plötzlich faktisch gegenstandslos. Die Hersteller der Arzneien wurden von ihrer gesetzlichen Haftung freigestellt. Damit wurde das gesamte Vorsichtsregime zur Qualitätssicherung des Arzneimittelgesetzes gegenstandslos. Zuletzt machte der Bundesgerichtshof alle impfenden Ärzte sogar rückwirkend zu haftungsrechtlichen Beamten im Sinne des § 839 BGB (BGH III ZR 180/24 Urt. vom 9. Oktober 2025). Die Auswirkungen dieser medizinrechtlich dogmenbrechenden Entscheidung sind für künftige Gesundheitskrisen kaum zu unterschätzen: Werden Patienten künftig noch ihrem Arzt vertrauen (wollen), wenn er ihnen statt als kundiger Helfer als persönlich haftungsfreigestellter Hilfsbeamter der Gesundheitsverwaltung entgegentritt?

d.) Zu Beginn der Impfkampagne wusste der ehemalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ausweislich seiner Aussagen in der hiesigen Enquete-Kommission am 15. Dezember 2025

bereits, dass die neuartigen Arzneien keinen Fremdschutz bieten konnten. Mithin gab es keine Grundlage für die Anordnung von „2G“-Regelungen. Geimpfte waren für ihre Mitmenschen ebenso gefährlich oder ungefährlich wie Ungeimpfte. Janine Small hatte dies in ihrer Befragung durch den niederländischen Abgeordneten Rob Ross im Parlament der EU bereits im Oktober 2022 bestätigt. Ein Jahr später folgte die entsprechende Erklärung von Emer Cooke für die EMA. Wie also konnte es sein, dass die vermeintlich drittschützende Wirkung der „Corona-Impfungen“ von Bund, Land und Stäben nicht bereits als Fehlinformation seit Dezember 2020 klar kommuniziert wurde?

Die gleichsam chaotische Nachrichten- und Informationslage zieht sich wie ein in falscher Richtung verfolgter Ariadnefaden durch die Monate und Jahre der Krise. Bloße Schlüssigkeitsüberlegungen wurden nicht angestellt. Bis heute persistiert das Narrativ, die „Impfungen“ hätten 20 Millionen Leben gerettet. Verrechnet man die von John Ioannidis von der Stanford University School of Medicine weltweit als Durchschnitt veranschlagte Infektionssterblichkeit von 0,15% mit dieser Zahlenangabe, müsste es schon mehr als 13 Milliarden Menschen auf der Erde geben. Warum fällt so etwas nicht auf?

Dass derartige Leichtfertigkeiten im Abweichen von etablierten Standards und erprobten Prinzipien fatale Folgen haben, zeigt sich besonders eindrücklich an der zu Beginn der ausgerufenen Pandemie allorts ausgebrachten Beatmung von Patienten. Der Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie Dr. med. Thomas Vosshaar, seinerzeit Chefarzt der Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde am Bethanien-Krankenhaus in Moers, wies schon früh öffentlich darauf hin, dass die maschinelle Beatmung eines Menschen ein hochkomplizierter Vorgang mit deutlichen Komplikationsrisiken ist. Gleichwohl wurde – nicht nur in Deutschland – in erheblichem Maße zu maschineller Beatmung infizierter Corona-Patienten gegriffen. Das Publikumsmagazin „Stern“ schrieb am 26. März 2020 unter der Überschrift *„Wie Dyson in nur zehn Tagen ein Beatmungsgerät entwickelt hat“*: *„Dyson verdient sein Geld eigentlich mit Staubsaugern und Luftreinigern. In der Corona-Krise eilt das Tüftler-Unternehmen der britischen Regierung zu Hilfe. In nur zehn Tagen haben die Ingenieure ein Beatmungsgerät entwickelt, das auf die Bedürfnisse von Covid-19-Patienten angepasst ist.“*

Die Sorglosigkeit, einen Hersteller von Staubsaugern und Haartrocknern binnen Tagen ein vermeintlich auf die Bedürfnisse der Opfer einer neuartigen Krankheit zugeschnittenes Medizinprodukt entwickeln zu lassen, wird alleine deutlich, wenn man sich nur die aktuelle Abrechnungsvorschrift des einschlägigen Operationen- und Prozedurenschlüssels („OPS“) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vor Augen führt. Dort heißt es nun wörtlich:

8-71

Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung über Maske oder Tubus und Beatmungsentwöhnung

Info:

Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

8-718

Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung

Info:

Diese Kodes sind nur für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

Unter Beatmungsentwöhnung (Weaning) ist der Prozess der strukturierten Modifikation von Beatmungsparametern ggf. in Kombination mit akutmedizinischen und weiteren

spezifischen Behandlungsmaßnahmen mit dem Ziel der Beendigung einer Beatmung zur Wiedererlangung der selbstständigen Atmung ohne maschinelle Beatmung zu verstehen. Ein Kode aus diesem Bereich ist auch anzugeben, wenn die Beatmungsentwöhnung fehlgeschlagen ist und z.B. die (Wieder-)Einstellung auf eine häusliche maschinelle Beatmung erfolgt

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Mindestens ein dokumentierter Spontanatmungsversuch (dieser kann mit oder ohne Atemunterstützungsverfahren (z.B. CPAP oder HFNC) und mit oder ohne Sauerstoffinsufflation erfolgen) oder schriftliche Begründung bei Nichtdurchführung oder Versagen des täglichen Spontanatmungsversuches

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Erhebung folgender Kriterien zur Entwöhnungsbereitschaft: Atemmechanik (z.B. Hustenstoß, Sekretion)

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Erhebung folgender Kriterien zur Entwöhnungsbereitschaft: Hämodynamischer und metabolischer Status (z.B. Blutdruck, Herzfrequenz, Vorliegen einer relevanten metabolischen Azidose)

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Erhebung folgender Kriterien zur Entwöhnungsbereitschaft: Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Festlegung eines Analgesie- und Sedierungsziels

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Verfügbarkeit von Physiotherapie und Anwendung nach den individuellen Möglichkeiten des Patienten

Mindestanforderungen pro Behandlungstag: Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz, FiO₂ oder O₂-Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist entbehrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist), zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen

Dokumentation mindestens alle 8 Stunden, zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen: Gasaustauschparameter (z.B. pO₂, pH, pCO₂, sO₂) mit invasiven oder nicht invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO₂-Messung)

Dokumentation mindestens alle 8 Stunden, zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen: Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Beatmungsdrücke)

Als Behandlungstage gelten alle Tage ab Beginn der Beatmung, an denen mindestens ein Spontanatmungsversuch durchgeführt wurde oder für die eine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt

Tage, an denen kein Spontanatmungsversuch unternommen wurde und keine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt, sind nicht zu zählen

Tage ohne eine (intermittierende) maschinelle Beatmung sind nicht zu zählen

Die Einleitung einer häuslichen maschinellen Beatmung während desselben stationären Aufenthaltes ist gesondert zu kodieren (8-716 ff.)

Der Zugang bei maschineller Beatmung ist gesondert zu kodieren (8-701) (8-704) (8-706)

Die Anlage eines Tracheostomas zur Durchführung der künstlichen Beatmung ist gesondert zu kodieren (5-311 ff.) (5-312 ff.)

Die maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Jugendlichen ist gesondert zu kodieren (8-712 ff.)

Eine zusätzlich durchgeführte neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ist gesondert zu kodieren (8-552 ff.)

8-718.7

Beatmungsentwöhnung nicht auf Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Info:

Ein Kode aus diesem Bereich ist bei allen Formen einer invasiven oder nicht invasiven maschinellen Beatmung anzuwenden, wenn die Dauer der Beatmung entsprechend den Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien zur Berechnung der Beatmungsdauer ab Beginn der Beatmung mehr als 95 Stunden an aufeinanderfolgenden Tagen beträgt

8-718.70

Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage

8-718.71

Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage

8-718.72

Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage

8-718.73

Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-718.74

Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage

8-718.75

Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage

8-718.76

Mindestens 76 Behandlungstage

8-718.8

Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Exkl.:

Alleinige Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials (1-717 ff.)

Info:

Die Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials im Rahmen der Beatmungsentwöhnung auf der intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit ist nicht gesondert zu kodieren

Ein Kode aus diesem Bereich ist bei allen Formen einer invasiven oder nicht invasiven maschinellen Beatmung anzuwenden, wenn die Dauer der Beatmung entsprechend den Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien zur Berechnung der Beatmungsdauer seit Beginn der Beatmung mehr als 168 Stunden an aufeinanderfolgenden Tagen beträgt oder wenn der Patient aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt oder aus anderen Einrichtungen oder aus dem häuslichen Bereich zur prolongierten Beatmungsentwöhnung aufgenommen wird

Strukturmerkmale: Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin

Strukturmerkmale: Intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme)

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: Mechanischer Insufflator/Exsufflator

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit

Strukturmerkmale: Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie

Strukturmerkmale: Werk tägliche Verfügbarkeit von: Logopädie mit Dysphagietherapie
Strukturmerkmale: Werk tägliche Verfügbarkeit von: Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie

Strukturmerkmale: Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs

Mindestmerkmale: Wöchentliche Teambesprechung mit Anwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche

Mindestmerkmale: Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche mit durchschnittlich mindestens 10 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche: Atmungstherapie, Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie/Psychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, Dysphagietherapie. Davon müssen mindestens 6 Therapieeinheiten Atmungstherapie oder Physiotherapie sein

8-718.80

Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage

8-718.81

Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage

8-718.82

Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage

8-718.83

Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-718.84

Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage

8-718.85

Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage

8-718.86

Mindestens 76 Behandlungstage

8-718.9

Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Exkl.:

Alleinige Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials (1-717 ff.)

Info:

Die Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials im Rahmen der Beatmungsentwöhnung auf der nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit ist nicht gesondert zu kodieren

Strukturmerkmale: Vorhandensein einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit (mindestens 6 Betten) mit auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisiertem Team. Die spezialisierte Einheit kann Teil einer Station oder Abteilung sein oder als räumlich abgetrennte eigenständige Beatmungsentwöhnungs-Einheit (nicht intensivmedizinisch) betrieben werden

Strukturmerkmale: Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder einen Facharzt mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme)

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: Mechanischer Insufflator/Exsufflator

Strukturmerkmale: Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements: 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit

Strukturmerkmale: Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie

Strukturmerkmale: Werktägliche Verfügbarkeit von: Logopädie mit Dysphagietherapie

Strukturmerkmale: Werktägliche Verfügbarkeit von: Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie

Strukturmerkmale: Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs

Mindestmerkmale: Wöchentliche Teambesprechung mit Anwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche

Mindestmerkmale: Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche mit durchschnittlich mindestens 10 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche: Atmungstherapie, Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie/Psychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, Dysphagietherapie. Davon müssen mindestens 6 Therapieeinheiten Atmungstherapie oder Physiotherapie sein

8-718.90

Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage

8-718.91

Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage

8-718.92

Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage

8-718.93

Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-718.94

Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage

8-718.95

Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage

8-718.96

Mindestens 76 Behandlungstage

Wer könnte in Ansehung dessen in Abrede stellen, dass der Vorgang kompliziert, vielleicht sogar komplex ist? Wer aber könnte – erst recht – annehmen, es wäre möglich, eine noch unbekannte Krankheit binnen zehn Tagen fachfremd mit zutreffendem Gerät einzuhegen?

III.

Wenn es einem einfachen Medizinrechtler wie mir jedenfalls ab dem 22. April 2020 bis zuletzt kontinuierlich möglich war, das weitgehende Fehlen der tatsächlichen Voraussetzungen für die legitime Annahme einer Gefahrenabwehrungsbefugnis der Behörden aus allgemein zugänglichen Quellen zu erkennen, dann wäre es Pflicht auch der staatlichen Organe gewesen, das zu erfassen und vernehmlich zu kommunizieren. Das aber ist unterblieben. Schon am 4. Juli 2020 hielt ich (auf achgut.de) fest:

„In jüngerer Vergangenheit ist an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Politik bekanntlich der Versuch unternommen worden, unter wirklichen oder vermeintlichen

Handlungszwängen die herkömmlich ethisch abwägenden Problemlösungsmethoden aufzugeben und derartige Probleme nun mit einem Paradigma namens „postnormaler Wissenschaft“ zu lösen. Einer postnormalen Wissenschaft in diesem Sinne bedürfe es demnach, wenn vier Elemente einer Problemsituation gegeben sind: Wenn die Tatsachengrundlagen für eine bestimmte Entscheidung unsicher, die dabei betroffenen Werte streitig, die Einsätze erheblich und der Zwang zu Entscheidungen dennoch dringend seien.

In solchen vierfach problematischen Lagen dürfe man sich demnach ganz legitim von der traditionellen Suche nach faktischer Wahrheit und dem Streben nach rationalen Beweisbarkeiten lösen und stattdessen willkürliche Setzungen für das Handeln nach eigenen Qualitätsvorstellungen vornehmen. Exemplarisch reklamiert aktuell die Klimawissenschaft für sich die Befugnis, mangelndes Faktenwissen durch wertorientierte Handlungsoptionen dieser Art ersetzen zu dürfen. Wenn alles auf dem Spiel stehe, sei der handelnde Mensch mithin nicht mehr verpflichtet, die tatsächlichen Grundlagen seiner Entscheidungen und seines Handelns zu erforschen, sondern die Logik des politischen Willens zur Handlung sei in der Abwägung schwerer zu gewichten als die Logik der vorerst demütig nach Fakten suchenden Wissenschaft. ...

Das Ergebnis einer derart „postnormalen“ Wissenschaft ist nicht nur die faktische Ermächtigung desjenigen zum entscheidungsbefugten Herrscher, der gerade – umständehalber – in der Position ist, durch eine institutionelle Verknüpfung der Postwissenschaftler seines Vertrauens mit den Instrumentarien der Staatsgewalt zu seiner Verfügbarkeit ganz traditionell politische Macht über Andere auszuüben. Das Ergebnis derartiger Postnormalität ist auch, dass die akademischen Werte der forschenden Wissenschaft, namentlich Skepsis und Ergebnisoffenheit alles systematisch-kritischen Suchens, aufgegeben werden.

Bei genauer Betrachtung wird offenbar, dass jene scheinbar revolutionär neue strategische Methode für die Lösung gesellschaftlicher Problemlagen alles andere als postwissenschaftlich ist. Denn sie nimmt die fruchtbare Skepsis der Wissenschaft nicht in sich auf, sondern sie wirft deren stetigen Selbstzweifel ersatzlos über Bord. An die Stelle des geduldigen Suchens nimmt sie damit das ungeduldige Mutmaßen zur Basis ihres Entscheidens und Handelns. Tatsächlich ist sie damit nicht postwissenschaftlich, sondern eher präwissenschaftlich, wenn nicht gar non-wissenschaftlich, da sie Wissen durch Glauben ersetzt. Ihr Ansatz fällt hinter die historisch gewonnene Erkenntnis zurück, dass ein jedes rationale, geordnete und zielgerichtete Handeln des Menschen in der realen Welt eine verlässliche Orientierung des Handelnden in dieser realen Welt voraussetzt. ...

Soweit ersichtlich, hat niemand von denjenigen, die den „Lockdown“ anordneten, je konkret dessen unvermeidliche Folgen selbst systematisch und rational erforscht. Obwohl epidemiologisch seit über zwanzig Jahren weltweit – auch auf der Ebene der World Health Organization – Szenarien besprochen und sogar innerstaatlich eingeübt wurden, blieben alle Ermittlungen zu den gesellschaftlichen Folgen eines Lockdown aus. Eine Abwägung zwischen konkret umschriebenen Handlungsalternativen, zwischen Handeln und Nicht-handeln, zwischen menschlichem Tun und menschlichem Lassen, konnte alleine dadurch nicht stattfinden.

Eine „postnormale Rechtsprechung“ darf es nicht geben. Gesetzgeber konnten folglich ihre legislative Einschätzungsprärogative und Verwaltungen ihre Ermessensspielräume gar nicht rational ausüben.“

Damit steht gesamthaft die Frage für die Krisenbewältigung im Raum: Wo liegen die Gründe für diesen Organisations- und Kommunikationsmangel jenseits einer ersten legitimen 4-Wochen-Unsicherheit? Warum ließen Experten und Fachbehörden sogar das Bundesverfassungsgericht am 19.11.2021 im Glauben, Kontaktbeschränkungen wären erforderlich (1 BvR 781/21, Rn 192)? Bei Gericht würde man wohl die Hypothese formulieren, dass der Informationsfluss zwischen Bund, Land und Stäben nicht sachgerecht implementiert worden ist.

Für die Fehleranalytik betreffend die Pandemiebekämpfung auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene einschließlich aller (teils praeter legem bzw. praeter constitutionem) parallel eingerichteten Gremien imponiert hier ganz besonders die Frage nach einer kompetenzüberlagernden Weisungsbefugnis tatsächlich (oder nur dem Anschein nach) normenhierarchisch vorgesetzter Stellen: Jeder Arzt – auch jene, die für Gesundheitsämter tätig waren – hatte kraft eigener beruflicher Sach- und Fachkenntnis Zugang zu sämtlichen Informationen, die eine Gefahrrannahme auf Basis der Inzidenzwerte als methodisch unzutreffend erwies. Eine Organisationsstruktur, die sich in einem solchen Fall das dezentrale Wissen nachgeordneter Behörden nicht für eine sachgerechte eigene Aufgabenerledigung fruchtbar macht, sondern fachlich unrichtige Weisungen oder Handlungsanleitungen umzusetzen anordnet, ist für künftige Krisenfälle zu vermeiden.

Die Zentralisierung der Sachverhaltserfassung, -definition und -kommunikation betreffend eine Feststellung tatsächlicher Gefahrenlagen begründet und intensiviert das Risiko einer Verbreitung von Fehlbeurteilungen. **Resilient ist insbesondere bei unbekannten Risikoszenarien am ehesten eine Struktur, die unabhängiges Expertenwissen innerhalb der hierarchischen Organisationen wirkmächtig werden lässt, um aus einem offenen, skeptischen Dialog unter Einbeziehung aller Peripherien für das Gesamtsystem auch evaluierende Lerneffekte zu generieren. Abseits dieser – vordringlich für das behördliche Innenrecht relevanten – Erkenntnis muss für das Verhältnis gegenüber dem Bürger gelten: Behördliche Unkenntnis kann nicht taugliche Grundlage für rechtsverbindliche Handlungs-, Duldungs- oder Unterlassungsverfügungen sein. Sie darf auch nicht durch Kommunikationseinhegungen vermeidbar fortgeschrieben werden.**

IV.

Ich verzichte an dieser Stelle bewusst auf Darlegungen zu individuell subjektiven Motivationslagen, um den augenscheinlichen Hochkonflikt unter vielen Beteiligten nicht unnötig zu intensivieren. Ich lege jedoch allen dringend an das Herz, das Thema nach Kräften sachlich zu klären.

Die Aufarbeitung von Fehlern ist schmerzhaft, auch wenn sie nicht selbst, sondern von Menschen begangen wurden, die einem nahestehen. Sich dabei eigene Ängste einzugestehen, umso mehr. Wenn Scham hinzutritt, weicht man gerne aus. Erst recht, wenn man Menschen zustimmen müsste, die man nicht mag.

Corona hat unsere Gesellschaft gespalten. Wir müssen das überwinden. Sachlichkeit hilft dabei.