



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zu den Anträgen

„Einfach Leben retten – Blutspendeverbot für homosexuelle und transgeschlechtliche Menschen abschaffen“ der FDP-Fraktion vom 15.11.2019 (BT-Dr. 19/15260)

„Diskriminierung von homosexuellen und transgeschlechtlichen Menschen bei der Blutspende beenden“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 11.03.2020 (BT-Dr. 19/17797)

„Diskriminierung bei der Blutspende beenden – Transfusionsgesetz ändern“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 26.05.2020 (BT-Dr. 19/19497)

Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 24. März 2021

Berlin, 17.03.2021

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

1. Grundlegende Bewertung

Den vorliegenden Anträgen der FDP-Fraktion und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN liegt die Annahme zugrunde, die in Deutschland geltenden Regelungen würden ein „Blutspendeverbot für homosexuelle und transgeschlechtliche Menschen“ und eine „Diskriminierung von homosexuellen und transgeschlechtlichen Menschen bei der Blutspende“ darstellen. Diese Annahmen sind nicht richtig: Weder die rechtlichen Regelungen noch die von der Bundesärztekammer gemäß Transfusionsgesetz (TFG) im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut aufgestellte Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) sehen ein „Blutspendeverbot für homosexuelle und transgeschlechtliche Menschen“ vor. Es ist ein unglückliches Missverständnis, wenn auf eine Person bezogene, verhaltensassoziierte, epidemiologisch begründete Infektionsrisiken, die ab der Beendigung des Risikoverhaltens zu einer zeitlich begrenzten Rückstellung von der Blutspende führen, fälschlicherweise mit einem Verbot oder gar mit Diskriminierung verwechselt werden.

Richtig ist: Der Zulassung zur Blutspende liegt eine Risikostratifizierung verschiedener Verhaltensweisen auf der Basis medizinisch-wissenschaftlicher und epidemiologischer Daten zugrunde. Auch angesichts sensitiver und spezifischer neuer Testverfahren ist es derzeit notwendig, Personen mit sexuellem Risikoverhalten, die nach medizinischen und epidemiologischen Erkenntnissen und Daten ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Übertragungsrisiko für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten haben, nicht zur Blutspende zuzulassen, um die Sicherheit der Empfänger in Deutschland zu gewährleisten. Nach Beendigung des Risikoverhaltens ist eine Zulassung zur Blutspende mit einer entsprechenden Latenz („zeitlich begrenzte Rückstellung“) möglich.

Auch wenn das Thema Emotionen berührt und wohl auch immer wieder berühren wird, sollten insbesondere vor dem Hintergrund der schmerzlichen Erfahrungen der 1980er Jahre während des sog. „HIV-Skandals“ die im folgenden Abschnitt „2. Stellungnahme im Einzelnen“ dargestellten sachlichen Argumente nicht aus den Augen verloren werden. Es geht um nicht mehr und nicht weniger als um die Qualität und die Sicherheit von Blutprodukten in Deutschland und den Schutz der Empfänger vor der Übertragung schwerwiegender Infektionskrankheiten.

In diesem Bewusstsein und mit diesem Anspruch stellt die Bundesärztekammer seit mittlerweile mehreren Jahrzehnten im gesetzlichen Auftrag gemäß §§ 12a und 18 TFG den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in der Richtlinie Hämotherapie im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut mit der gebotenen Sorgfalt fest. Die Zulassungskriterien zur Blutspende können und dürfen nicht aus ihrem Regelungskontext gerissen und als Gradmesser für gesellschaftliche Akzeptanz oder Diskriminierung herangezogen werden.

2. Stellungnahme im Einzelnen

2.1 Bundesrechtliche und europarechtliche Vorgaben

Zweck des Transfusionsgesetzes (TFG) ist es, „für eine sichere Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und für eine gesicherte und sichere Versorgung der Bevölkerung mit Blutprodukten zu sorgen“ (§ 1 TFG). Allein die dreifache Verwendung bzw. Abwandlung des Wortes „sicher“ spiegelt die Sensibilität des Gesetzgebers nach den tragischen Vorfällen in den 1980er Jahren wider, bei denen es zur Übertragung des Humanen Immundefizienz-Virus (HI-Virus) durch Blutprodukte kam. So verwundert es nicht, dass auch die jüngste Ergänzung des TFG vom Mai 2020 auf die Sicherheit der Empfänger von Blutprodukten abzielt: „Die Bewertung des Risikos, das zu einem Ausschluss oder einer Rückstellung von bestimmten Personengruppen von der Spende führt, ist im Fall neuer medizinischer, wissenschaftlicher oder epidemiologischer Erkenntnisse zu aktualisieren und daraufhin zu überprüfen, ob der Ausschluss oder die Rückstellung noch erforderlich ist, um ein hohes Gesundheitsschutzniveau von Empfängerinnen und Empfängern von Blutspenden sicherzustellen.“ (§ 12a Abs. 1 S. 2 TFG). Sowohl für den historischen wie auch für den aktuellen Gesetzgeber steht die Sicherheit und damit implizit auch die Qualität der Blutprodukte an erster Stelle.

Seit Inkrafttreten des TFG im Juli 1998 wurden insbesondere mit der Richtlinie 2004/33/EG auf europäischer Ebene zunehmend differenzierte Regelungen für die Spenderauswahl erlassen. So wurden neben Zulassungskriterien für Fremdblutspender von Vollblut und Blutbestandteilen im Anhang III der Richtlinie 2004/33/EG verschiedene Ausschlusskriterien definiert. Diese Regelungen weisen zum Teil erhebliche sprachliche Inkongruenzen auf, so dass sie nicht einfach auf nationaler Ebene übernommen werden können. Gemäß dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) in der Rechtssache C528/13 Léger müssen die Vorschriften nach der allgemeinen Systematik und dem Zweck der Regelung ausgelegt werden. Dabei muss auf der Basis epidemiologischer Daten und unter Berücksichtigung des Standes der Wissenschaft zu Testsystemen jeweils national entschieden werden, ob ein Ausschluss von der Blutspende erforderlich ist oder weniger belastende Maßnahmen vertretbar sind. Der EuGH kommt zu dem Schluss, dass ein Ausschluss für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), im Hinblick auf die in dem entsprechenden Mitgliedstaat herrschende Situation gerechtfertigt sein kann.

Gerade mit Blick auf das Urteil des EuGH in der Rechtssache C528/13 Léger kommt der Erfassung der nationalen epidemiologischen Daten bezüglich der Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten u. a. gemäß § 22 TFG i. V. m. § 27 Abs. 2 TFG durch das Robert Koch-Institut und der Bewertung dieser Daten auf nationaler Ebene eine zentrale Bedeutung zu. Während die klinische Medizin den einzelnen Menschen in einem konkreten Krankheitsfall in den Blick nimmt, befasst sich die Epidemiologie mit der Verbreitung sowie den Ursachen und Folgen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Bevölkerungen oder Bevölkerungsgruppen. Kern der epidemiologischen Vorgehensweise ist die quantitative Bestimmung der Ereignishäufigkeit und der Krankheitslast in einer Bevölkerung bzw. einer Gruppe. Die Häufigkeit des Auftretens lässt sich mittels der Inzidenz bestimmen, die Prävalenz misst die Verbreitung von Krankheiten in einer örtlich und zeitlich definierten Population. Der Gruppen-bezogene Ansatz bei der Auswertung epidemiologischer Daten ermöglicht u. a. die Untersuchung von Faktoren, die zu Gesundheit oder Krankheit von Populationen und Individuen beitragen, sowie die Bestimmung von Risikofaktoren (sog. Risikostratifizierung).

In Deutschland stellt die Bundesärztekammer seit mittlerweile mehreren Jahrzehnten im gesetzlichen Auftrag den „Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik“ für die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und die Anwendung von

Blutprodukten im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut in der Richtlinie Hämotherapie mit der gebotenen Sorgfalt fest. Gemäß §§ 12a und 18 TFG ist der „Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik“ als Bezugspunkt der Feststellungen in der Richtlinie Hämotherapie normiert. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass andere, beispielsweise gesellschaftspolitische Aspekte, nicht Regelungsgegenstand der Richtlinie Hämotherapie sind bzw. sein können. Die auf der Basis einer evidenzbasierten Risikostratifizierung formulierten Zulassungskriterien können und dürfen dementsprechend nicht aus ihrem Regelungskontext gerissen und zu anderen Zwecken als der Zulassung zur Blutspende angewendet werden.

Angesichts der Komplexität der medizinisch-wissenschaftlichen Fragen einerseits und der sowohl europäischen wie nationalen rechtlichen Regelungen andererseits erscheint es aber nicht zuletzt mit Blick auf die gesellschaftspolitischen Implikationen zwingend, dass die Akteure in diesem Themenbereich weiterhin gemeinsam und untereinander abgestimmt vorgehen. Dieses Zusammenwirken von insbesondere Gesetzgeber, Bundesoberbehörden, Richtliniengeber, Arbeitskreis Blut und den Fach- und Verkehrskreisen (vgl. Abschnitt 2.3 dieser Stellungnahme) war und ist wesentlicher Leitgedanke des Transfusionsgesetzes. In der Begründung der Bundesregierung vom 13.01.1998, BT-Drs. 13/9594, Allgemeiner Teil, wird ausgeführt: „Der Deutsche Bundestag erwartet eine auf einem gesamtgesellschaftlichen Konsens gegründete Regelung wichtiger Sachverhalte, die er dem freien Spiel der Kräfte nicht überlassen möchte. [...] Soweit sie nicht ausdrücklich im Gesetz geregelt sind, bleiben die fachlichen Anforderungen insbesondere den Richtlinien der Bundesärztekammer vorbehalten, die im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde nach Anhörung von Sachverständigen bekannt gemacht werden. Aber auch Empfehlungen der Länder und des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit können Maßstab sein. Dieses System folgt dem Grundsatz, durch gesetzliche Regelung nur so viel wie notwendig zu regeln, die fachlichen Einzelheiten aber soweit wie möglich der Regelung durch die Fachwelt zu überlassen. Dieses aufeinander abgestimmte Konzept trägt Aspekten der Sicherheit und der Bekräftigung der fachlichen Grundlagen in einem Gesetz einerseits sowie der ständigen Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse andererseits gleichermaßen Rechnung.“

2.2 Aufgabenwahrnehmung der Bundesärztekammer

Das Engagement für Gleichberechtigung und gegen Diskriminierung ist für die Bundesärztekammer nicht nur innerhalb der eigenen Institution selbstverständlich, sondern vielmehr Kernelement der täglichen Arbeit. Dementsprechend setzt sich die Bundesärztekammer mit Nachdruck national sowie international, beispielsweise im Comité Permanent des Médecins Européens und im Weltärztebund, gegen jede Form von Diskriminierung ein. Die Deklaration von Genf des Weltärztebundes formuliert – der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte vorangestellt – wesentliche Elemente des ärztlichen Selbstverständnisses, so auch: „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“

(https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf). Die Bundesärztekammer wendet diese Grundsätze seit jeher in ihren Richtlinien, Stellungnahmen und sonstigen Veröffentlichungen an (vgl. Abschnitt 2.3 dieser Stellungnahme).

Zum gesellschaftspolitischen Engagement der Bundesärztekammer gehören insbesondere die Aufgaben, die die Bundesärztekammer im gesetzlichen Auftrag übernommen hat. So

werden beispielsweise die von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut als zuständiger Bundesoberbehörde gemäß TFG aufgestellten Richtlinien zur Feststellung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik nicht nur über die Kammerbeiträge der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte finanziert, sondern auch durch mehrheitlich ehrenamtlich tätige Fachexpertinnen und Fachexperten erarbeitet, beraten und konsentiert. Die Bundesärztekammer und damit die gesamte Ärzteschaft unterstützt mit der Richtlinie Hämotherapie eine qualitativ hochwertige, dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechende Versorgung der Spenderinnen und Spender sowie der auf Blutprodukte angewiesenen Patientinnen und Patienten einerseits und die Handlungssicherheit für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte andererseits.

Mit der Erarbeitung und Begleitung der Richtlinie Hämotherapie gemäß §§ 12a und 18 TFG hat die Bundesärztekammer einen Ständigen Arbeitskreis ihres Wissenschaftlichen Beirats beauftragt. Dieses Gremium besteht somit während der jeweiligen Amtsperioden kontinuierlich, so dass jederzeit und ggf. auch kurzfristig die Erörterung aktueller Themen und Aspekte möglich ist, um die Aktualität des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft sicherzustellen. Beteiligt sind neben wissenschaftlich ausgewiesenen Fachvertretern u. a. Vertreter der zuständigen Bundesoberbehörden, Paul-Ehrlich-Institut und Robert Koch-Institut, sowie des Bundesministeriums für Gesundheit (personelle Zusammensetzung Amtsperiode 2017-2020 vgl. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/arbeitskreise-und-arbeitsgruppen/haemotherapie/>). Das Verfahren der Richtlinienerstellung und -überarbeitung ist u. a. im TFG sowie im Statut des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer (<https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/statut/>) geregelt.

Kontinuierlich verfolgt die Bundesärztekammer – dem Richtlinienauftrag gemäß §§ 12a und 18 TFG entsprechend – die Entwicklung der wissenschaftlichen Datenlage, auch zu der angesprochenen Thematik. Gemäß Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 17.01.2014 werden alle vom Wissenschaftlichen Beirat erstellten Veröffentlichungen spätestens alle zwei Jahre bezüglich ihres Aktualitätsgrades geprüft. Die Bundesärztekammer stellt damit eine regelhafte Prüfung u. a. der Richtlinie Hämotherapie spätestens alle zwei Jahre sicher; davon unbenommen kann eine Aktualitätsprüfung auch kurzfristig erfolgen, wenn sich beispielsweise die einer Aussage der Richtlinie zugrunde liegenden rechtlichen Regelungen geändert haben oder die medizinisch-wissenschaftlichen bzw. epidemiologischen Daten eine Neubewertung erforderlich machen.

2.3 Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten

Die Sicherheit der Blutspenderinnen und Blutspender ebenso wie der Blutspenden basiert in Deutschland u. a. auf einer sorgfältigen medizinischen Beurteilung der Blutspendenden. Prävalente Infektionen mit dem HI-Virus und anderen mit Blut übertragbaren Krankheitserregern können heute mit hoher Sicherheit nachgewiesen werden. Nach einer Neuinfektion existiert jedoch ein Zeitfenster, in dem die Viruskonzentration unter der Nachweisgrenze liegt, aber ausreichend hoch ist, um den Empfänger einer Blutspende zu infizieren. Die sogenannte Fensterphase nach einer Neuinfektion ist mit dem Risiko der Übertragung eines Virus auf den Empfänger einer Blutspende assoziiert. Die Sicherheit der Blutübertragung ruht daher immer auf zwei Säulen: der sorgfältigen Anamnese und Rückstellung von Spenderinnen und Spendern mit einem hohen Risiko für Neuinfektionen mit relevanten Krankheitserregern sowie sensitiven Testverfahren zum Nachweis dieser

Erreger (z. B. PCR-Tests). In diesem Sinn adressiert die Richtlinie Hämotherapie seit vielen Jahren eine verhaltensassoziierte Beurteilung der Spendetauglichkeit, beispielsweise bezüglich des Reiseverhaltens oder eines gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhten Übertragungsrisikos für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten infolge des Sexualverhaltens. Grundlage dieser verhaltensassoziierten Beurteilung der Spendetauglichkeit ist eine auf medizinisch-wissenschaftlichen und (infektions-)epidemiologischen Daten beruhende Risikobewertung. Die entsprechenden Festlegungen in der Richtlinie Hämotherapie werden – wie vom EuGH gefordert – unter Berücksichtigung der europäischen Richtlinien auf der Grundlage der Beurteilung der zur Verfügung stehenden nationalen und internationalen wissenschaftlichen und epidemiologischen Erkenntnisse und Daten im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut getroffen. Auch in Zeiten des demographischen Wandels oder einer – insbesondere angesichts besonderer Infektionslagen – ggf. geringeren Bereitschaft der Bevölkerung zur Blutspende sind medizinisch-wissenschaftlich und epidemiologisch nicht zu begründende Änderungen der Spenderzulassung aus fachlicher Sicht weder sinnvoll noch im Einklang mit dem Richtlinienauftrag gemäß §§ 12a und 18 TFG und im Interesse der Sicherheit und Qualität der Blutprodukte abzulehnen. Nur der Gesetzgeber wäre legitimiert, anderweitige Festlegungen als rechtliche Regelung zu erlassen und entsprechende Folgen zu verantworten.

Zu betonen ist, dass ausschließlich ein individuelles Risikoverhalten ausschlaggebend für eine zeitlich begrenzte Rückstellung von der Blutspende ist und nicht, wie in einigen gesellschaftspolitischen Diskussionen thematisiert, die sexuelle Orientierung oder Identität einer Person. Die Zugehörigkeit zu einer Personengruppe, eine bestimmte sexuelle Identität oder Orientierung werden in der Richtlinie Hämotherapie nicht adressiert. Beispielsweise wird in der Richtlinie gerade mit Blick auf eine Vermeidung jeglichen Anscheins von Diskriminierung formuliert: „Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben (MSM)“. Damit wird ein Verhalten beschrieben und bewusst offengelassen, welche sexuelle Orientierung (z. B. bisexuell, homosexuell) im individuellen Einzelfall besteht. Es ist somit ein unglückliches Missverständnis, wenn auf eine Person bezogene, verhaltensassoziierte, epidemiologisch begründete Infektionsrisiken (hier: „Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben“) fälschlicherweise mit einem gruppenbezogenen Ausschluss infolge der sexuellen Orientierung (z. B. Bisexualität, Homosexualität) verwechselt werden.

Die Bundesärztekammer setzt sich seit Jahren für einen transparenten, Diskriminierungsfreien und sachlich fundierten Umgang u. a. bezüglich der Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten ein. Zur Versachlichung der in der Vergangenheit oft sehr emotional geführten Diskussion hat beispielsweise bereits im Jahre 2012 eine gemeinsame Arbeitsgruppe aus Vertretern des Ständigen Arbeitskreises „Richtlinien Hämotherapie“ nach §§ 12a und 18 TFG unseres Wissenschaftlichen Beirats und des „Arbeitskreises Blut“ nach § 24 TFG das Thema aus wissenschaftlicher Sicht unter Einbeziehung der Daten und Entwicklungen auf europäischer Ebene bewertet (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Blutspende_24_052013.pdf). Im Jahr 2016 haben Vertreter des „Arbeitskreises Blut“, des Ständigen Arbeitskreises „Richtlinien Hämotherapie“, des Robert Koch-Instituts, des Paul-Ehrlich-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gemeinsam die aktuellen medizinischen und epidemiologischen Daten erneut evaluiert (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Blutspende_22072016.pdf). Diese gemeinsamen Bewertungen des BMG, der zuständigen Bundesoberbehörden, des „Arbeitskreises Blut“ und des Richtliniengebers unterstreichen den fachlichen und politischen Konsens bei dieser Thematik. Sie belegen die kontinuierliche Befassung mit der Thematik und dienen dem gemeinsamen Ziel von BMG, Bundesärztekammer, Paul-Ehrlich-Institut und Robert Koch-Institut, auf der Basis des

aktuellen Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft die erreichte Reduktion des Infektionsrisikos für die Empfänger zu erhalten, nach Möglichkeit weiter zu verbessern und Spendewillige weiterhin nur in begründeten Fällen von der Spende auszuschließen.

Derzeit wird die turnusgemäße Aktualitätsprüfung der vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer erarbeiteten Veröffentlichungen vorbereitet, so auch der Richtlinie Hämotherapie. Vor diesem Hintergrund trägt die gemeinsame Arbeitsgruppe aus Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, des Paul-Ehrlich-Institutes, des Robert Koch-Institutes, des Arbeitskreises Blut gemäß § 24 TFG und des Ständigen Arbeitskreises Richtlinien Hämotherapie der Bundesärztekammer erneut den aktuellen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft bezüglich der Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten zusammen. Damit sichten die Institutionen, denen in Deutschland durch gesetzliche Regelungen für die Blutspende und die Anwendung von Blutprodukten Aufgaben übertragen worden sind, gemeinsam die aktuelle Datenlage und bewerten diese in dem Bewusstsein und mit dem Anspruch, den das TFG in § 12a Abs. 1 S. 2 formuliert („um ein hohes Gesundheitsschutzniveau von Empfängerinnen und Empfängern von Blutspenden sicherzustellen“) und den Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in einem Brief aus dem Jahr 2020 an die FDP-Bundestagsabgeordneten Katrin Helling-Plahr und Dr. Jens Brandenburg erneut bekräftigt hat: der Schutz von Empfängern vor vermeidbaren Risiken steht „an erster Stelle“. Nach Abschluss der Beratungen dieser gemeinsamen Arbeitsgruppe werden deren Implikationen für die Richtlinie Hämotherapie gemäß den im TFG sowie im Statut des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer geregelten Verfahren beraten. Wenn neue Erkenntnisse vorliegen, wird die Bundesärztekammer dem gesetzlichen Auftrag gemäß §§ 12a und 18 TFG entsprechend im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut auf wissenschaftlichen Fakten basierend eine aktuelle Risikobewertung vornehmen.