



Wortprotokoll der 18. Sitzung

Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona- Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“

Berlin, den 19. März 2026, 14:00 Uhr

Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörungssaal (3.101)

Vorsitz: Franziska Hoppermann, MdB

Tagesordnung – Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 4

**„Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems,
Impfstrategie und Forschung“**



Anwesende Mitglieder der Kommission

Fraktion	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Hoppermann, Franziska Hose, Michael Müller, Axel Rohwer, Lars Wittmann, Mechthilde	Grasse, Adrian Müller, Carsten
AfD	Baum, Dr. Christina Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Dietz, Thomas Lamely, Pierre
SPD	Peick, Jens Rinkert, Daniel Seitzl, Dr. Lina	Reichardt, Truels Rump, Daniela
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Gumnior, Dr. Lena Piechotta, Dr. Paula	
Die Linke	Gürpinar, Ates	

Anwesende sachverständige Mitglieder der Kommission

Fontana, Prof. Dr. Sina
Homburg, Prof. Dr. Stefan
Kießling, Prof. Dr. Andrea
Kluge, Prof. Dr. Stefan (digital)
Kubbe, Carolin
Lausen, Tom
Pfeil, Dr. Beate Sibylle
Rosenbrock, Prof. Dr. Rolf
Rothe, Isabel
Salzberger, Prof. Dr. Bernd
Schmidt, Prof. Dr. Christoph M.
Weidner, Prof. Dr. Christian



Liste der Sachverständigen:

Prof. Dr. Christian Karagiannidis

Leitender Oberarzt und Professor am Lehrstuhl für Pneumologie an der Universität
Witten/Herdecke

Dr. Helmut Sterz

Toxikologe

Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB

Bundesminister für Gesundheit a. D.

Prof. Dr. Maria Vehreschild

Professorin für Infektiologie am Universitätsklinikum Frankfurt

Marcus Wächter-Raquet

Fachreferent der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen Bremen e. V.

Prof. Dr. Lothar H. Wieler

Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident
des Robert Koch-Instituts a. D.

Prof. Dr. Reinhard Berner

Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav
Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Vorsitzender der Ständigen
Impfkommision



Beginn der Sitzung: 14:03 Uhr

Einziger Tagesordnungspunkt

„Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, Impfstrategie und Forschung“

Die **Vorsitzende**, Abg. **Franziska Hoppermann** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Gäste auf der Tribüne, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung und der Landesregierung, ich begrüße Sie herzlich zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission zum Thema „Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, Impfstrategie und Forschung“. Wir haben Gäste aus vielen verschiedenen Bereichen zu Gast heute, um einen möglichst breiten Austausch zu ermöglichen. Ich darf begrüßen: Professor Dr. Christian Karagiannidis, Leitender Oberarzt und Professor am Lehrstuhl für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke – er ist digital zugeschaltet –, Dr. Helmut Sterz, Toxikologe – ebenfalls digital zugeschaltet –, Professor Dr. Karl Lauterbach, MdB, Bundesminister für Gesundheit a. D., Professor Dr. Maria Vehreschild, Professorin für Infektiologie am Universitätsklinikum Frankfurt, Marcus Wächter-Raquet, Fachreferent der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Professor Dr. Lothar Wieler, Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D. und Professor Dr. Reinhard Berner, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Vorsitzender der Ständigen Impfkommission. Vielen Dank an Sie alle, dass Sie sich die Zeit nehmen und heute bei uns zu Gast sind und Ihre Fachkenntnisse und Erfahrungen mit uns teilen.

Ich würde gerne einmal noch das heutige Verfahren erklären. Zunächst haben unsere Gäste die Gelegenheit für ihre fünfminütigen Eingangsstatements. Danach sind insgesamt zehn Fragerunden vorgesehen. Für jede Frage und Antwort im Block stehen insgesamt fünf Minuten zur Verfügung. Davon sollten, so die Richtschnur, höchstens zwei Minuten für die Frage genutzt werden, um auch ausreichend Zeit für eine Antwort zu ermöglichen. Danach wechselt das Fragerecht zum nächsten Fragenden in der

Reihenfolge. Für die Runden eins und zwei fragen alle Fraktionen in der Reihenfolge: Union, AfD, SPD, Grüne, Linke. In den Runden drei und vier: Union, AfD, SPD, Grüne. In den Runden fünf und sechs: Union, AfD, SPD und in den Runden sieben bis zehn die Unionsfraktion. Die Fragerunden sind so aufgeteilt – falls Sie sich das fragen –, dass rechnerisch jedes Kommissionsmitglied fünf Minuten Fragezeit hat. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Gäste bitten, sich möglichst kurz zu fassen, damit auch noch Nachfragen innerhalb der fünf Minuten möglich sind und werde Sie höflich bitten, zum Schluss zu kommen, wenn das Ende der Redezeit naht. Wir haben aber auch eine Redezeituhr, die auf der Medienampel angezeigt wird. Sobald die fünf Minuten um sind, ertönt ein Gong.

Liebe Anhörungspersonen, sollten Sie möglicherweise in Ihren Ausführungen durch Kommissionsmitglieder unterbrochen werden, so bin ich gebeten worden, Sie darauf hinzuweisen, dass das nicht unhöflich zu interpretieren ist, sondern das dann der begrenzten Zeitmöglichkeit geschuldet ist. Deswegen sollen aber auch die Unterbrechungen maßvoll genutzt und so artikuliert werden, dass wir in ein gutes und respektvolles Gespräch mit unseren Gästen kommen. Namentliche Abstimmungen oder Wahlen mit Stimmkarten sind heute nicht vorgesehen im Plenum nebenan im Bundestag, sodass wir auch dadurch keine Unterbrechung zu befürchten haben. Ein Hinweis noch: Die Sitzung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und danach auch in der Mediathek des Bundestages zur Verfügung gestellt; außerdem wird ein Wortprotokoll erstellt. Und noch ein letzter Hinweis an die Gäste auf der Besuchertribüne: Beifallsbekundungen, Zwischenrufe und Film- und Tonaufnahmen sind nicht gestattet und ich bitte Sie, darauf zu achten. Es wurde überfraktionell vereinbart, die Eingangsstatements in der folgenden Reihenfolge zu hören – ich würde diese kurz vorlesen –: Es beginnt Professor Dr. Karagiannidis, dann Dr. Sterz, dann Professor Dr. Lauterbach, dann Professor Dr. Vehreschild, dann Wächter-Raquet, dann Professor Dr. Wieler und dann Professor Dr. Berner. Ich darf nun Herrn Professor Karagiannidis um sein Eingangsstatement bitten.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Leitender Oberarzt und Professor am Lehrstuhl für



Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke): Vielen Dank erst mal für die Einladung und die Möglichkeit, hier noch mal zu reflektieren, insbesondere, was gut gelaufen ist und was vielleicht verstetigungswürdig ist und was man vielleicht sogar noch besser machen könnte für die Zukunft. Ich würde mich konzentrieren auf die Kapazitätserfassung und die Einschätzung der Lage, weil wir uns damit im Rahmen des DIVI-Intensivregisters [Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin] und vieler anderer Tätigkeiten in der Pandemie wirklich breit beschäftigt hatten.

Vielleicht zuerst mal: Was ist gut? Wir hatten in der Pandemie im Laufe der Zeit die Möglichkeit, dass wir über das Abwassermonitoring – das ist letzten Endes eine PCR von Krankheitserregern, die wir an vielen Stellen in Deutschland erhoben haben und die auch öffentlich zugänglich ist – ein Bild bekommen, wie sich gewisse infektiöse Erkrankungen in Deutschland verbreiten. Das darf man nicht auf die Goldwaage legen. Diese Höhe dieser Kurven korreliert jetzt nicht zwingend immer mit dem Infektionsgeschehen, wie es dann auch im Krankenhaus ist. Das ist ein Verfahren, das wir auch heute noch benutzen, weil es uns einen sehr guten Überblick darüber verschafft, welche Viren im Moment zirkulieren. In unserem klinischen Alltag – wir haben in der Nähe von Köln auch eine Messstation – ist das wirklich hilfreich zu sehen: Haben wir viele Influenza-Viren, die zirkulieren? Haben wir viel RSV [Humanes Respiratorisches Synzytial-Virus], haben wir viel Corona? Das ist etwas, was ich empfehlen würde, unbedingt zu erhalten.

Wenn man jetzt wissen will, wie schwer eine infektiöse Erkrankung verläuft – und ich nehme jetzt mal das Beispiel Influenza, weil wir jetzt gerade die Saison wieder hinter uns haben –, dann stellen sich natürlich immer die beiden Fragen: Wie viele Menschen werden stationär aufgenommen? – weil das gilt grundsätzlich erst mal als eine schwere Erkrankung – und dann stellt sich sekundär die Frage: Wie viele davon müssen auf eine Intensivstation aufgenommen werden, also wie viele haben wirklich eine sehr schwere Erkrankung?

Das ist etwas, was unglaublich wichtig ist für die Krankenhäuser, und Sie wissen, dass wir in Deutschland extrem viele Krankenhäuser haben,

dass wir eine hohe Bettenkapazität haben, dass wir auch sehr viele Intensivbetten haben. Was wir gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut [RKI], dem Bundesministerium für Gesundheit und mit der DIVI als Fachgesellschaft relativ zu Beginn der Pandemie mit einer hohen Geschwindigkeit aufgebaut haben, ist ein Intensivregister, wo alle Kliniken verpflichtet waren zu melden, wie viele Intensivbetten sie zur Verfügung haben, wie viele davon frei sind, wie viele davon belegt sind und sogar noch eine Reservekapazität. Das Gute war: Das ging unglaublich schnell. Das war eine wirklich großartige Leistung vom RKI und dem Gesundheitsministerium zusammen mit der Fachgesellschaft. Das Ganze hat hervorragend funktioniert in dem Moment, wo es sanktioniert war, also klar war: Es droht uns etwas, wenn wir nicht richtig melden. Und dadurch haben wir einen hervorragenden Überblick bekommen. Das würde ich grundsätzlich – und so ist es im Moment auch – erhalten, weil es uns einen guten Überblick über die Lage gibt. Der Schritt in die Zukunft muss sein, dass wir die Daten, die wir händisch eingegeben haben – wir haben es in der Pandemie einmal täglich gemacht –, dass wir die in Zukunft in Real-Time-Geschwindigkeit erfassen, durch eine automatisierte Datenausleitung aus den entsprechenden Systemen. Wir bei uns in Köln haben das zum Beispiel jetzt etabliert mit einer kleinen Berliner Start-up-Firma. Wir sehen jetzt wirklich sekundlich, wie viele Betten bei uns frei und belegt sind und sehen auch sekundlich, wie viele Patienten beatmet sind. Ich würde das unbedingt empfehlen, auf ganz Deutschland in einem großen Stil auszurollen, weil wir dann einen wirklich guten Überblick bekommen.

Die dritte Komponente, wie viele Patienten ins Krankenhaus kommen und insbesondere auch, wie viele Patienten im ambulanten Bereich positiv sind auf eine entsprechende Viruserkrankung – ich nehme jetzt mal wieder das Beispiel Influenza – ist, glaube ich, noch etwas, was in meinen Augen ausbaufähig ist. Das RKI hatte immer eine große Gruppe von Praxen, sogenannte Sentinelpraxen, die Abstriche gemacht haben und geguckt haben, wie viele Influenza-Viren zirkulieren oder welche Viren auch sonst gerade saisonal vorkommen. Ich glaube, dieses Praxisnetzwerk, das ist etwas schmal gewesen. Das kann man sicherlich noch ausbauen, damit es insbesondere regional eine bessere Abbildung gibt. Und dann hatten wir im Laufe der



Pandemie über das sogenannte DEMIS-System [Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz] einen Überblick darüber bekommen, wie viele Patienten stationär aufgenommen werden. Auch das finde ich grundsätzlich extrem wichtig, weil es hilft uns in der Einschätzung des Schweregrads. Aber an der Stelle auch: Durch die hohe Bürokratie, die wir momentan in den Krankenhäusern und Praxen haben, wäre es extrem hilfreich, wenn wir darauf hinarbeiten würden, dass wir solche Daten in Zukunft automatisiert aus dem System ausleiten. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank für diese Punktlandung, Herr Professor Karagiannidis. - Ich darf jetzt Herrn Dr. Sterz um sein Eingangsstatement bitten.

Wir können Sie noch nicht hören und deswegen können wir Sie auch nicht sehen, Herr Dr. Sterz. Sie sprechen, aber wir können Sie nicht hören. Das Mikrofon ist stumm.

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Bitte um Entschuldigung.

Verehrte Frau Hoppermann, meine Damen und Herren, herzlichen Dank, dass Sie mich zum Erfolg der Kommission beitragen lassen. Meine schriftliche Stellungnahme liegt Ihnen vor. Ich habe in Virologie promoviert, meine Berufserfahrung als Toxikologe sammelte ich im Laufe von 35 Jahren in vier verschiedenen europäischen Pharmafirmen. Mitte der 70er Jahre habe ich bei Boehringer Mannheim die Reproduktionstoxikologie von der Pike auf erlernt. In den letzten Jahren meiner Karriere ging es um Pharmamanagement und die Vernetzung der Toxikologie mit allen Disziplinen, die an der Medikamentenentwicklung beteiligt sind. Ich habe an Sitzungen der European Medicines Agency, der Food and Drug Administration teilgenommen und kenne die international verpflichtenden Richtlinien und habe an Richtlinien der International Conference on Harmonization mitgewirkt.

Diese Berufserfahrung erlaubte es mir, 2021 ein Urteil zu fällen über die toxikologischen Untersuchungen, die mit der Vakzine Comirnaty von Pfizer und BioNTech durchgeführt worden waren. Die wenigen von BioNTech durchgeführten Toxizitätsstudien an Ratten wurden als Beweis für ausreichende Prüfung der Sicherheit der Vakzine

angegeben. Diese Studien wären allenfalls für eine Pandemie durch ein Killervirus wie Ebola akzeptabel gewesen. In keinem Fall reichten diese Untersuchungen für eine Vakzine gegen ein Coronavirus, das im Wesentlichen eine Grippe verursacht. Die Sicherheit dieser mRNA-Vakzine wurde vorgetäuscht. Ein viel umfangreicheres präklinisches Sicherheitspaket hätte geschnürt werden müssen, zumal die Technologie mit modifizierter Messenger-RNS einer Behandlung mit genetischem Material entspricht. Meine Analyse untersucht die in der westlichen Welt am breitesten eingesetzte Vakzine Comirnaty von Pfizer und BioNTech und ich sah, dass die beiden an Ratten durchgeführten Toxizitätsstudien keinen Wert für die Risikoabschätzung bei Menschen hatten. Es fehlten zehn andere essenzielle Toxizitätsstudien, mit denen man die Sicherheit hätte nachweisen können. Keine dieser Studien wurde vor oder nach der bedingten Zulassung nachgereicht. Außerdem fehlten Toxizitätsstudien mit den toxischen Lipid-Nanopartikeln; winzigen Fettkügelchen, die als Transportvehikel für die Messenger-RNS benutzt wurden. Sie sorgen dafür, dass die Messenger-RNS im menschlichen Körper überallhin transportiert wird. Das Motiv für das Auslassen von Sicherheitsprüfungen am Tier findet sich in den RKI-Protokollen vom 27. April 2020. Es war von Anfang an vorgesehen, keine relevanten Sicherheitsprüfungen an Tieren durchzuführen, sondern die Vakzine direkt am Menschen zu prüfen, was nach dem Nürnberger Kodex streng verboten ist. Eine detaillierte Untersuchung der normalerweise für ein Grippemittel notwendigen Toxizitätsstudien finden Sie in meinem Spiegel-Bestseller.

Last but not least haben sich auch unsere Gesundheitsbehörden, Regierungsverantwortlichen und deren Experten in dieser Impftragödie schuldig gemacht. Millionen Opfer sind weltweit zu beklagen. Diese Personen werden alleine gelassen in ihrem berechtigten Kampf um Anerkennung als Opfer der Impfung und um eine angemessene Entschädigung für verlorene Gesundheit und Lebensqualität. Für diese Menschen habe ich in meinem Buch Beweise dafür zusammengetragen, dass Messenger-RNS-Substanzen trotz schwerer Sicherheitsmängel zugelassen wurden. Alle verantwortlichen Personen müssen ihre Verantwortung nun auch übernehmen. Die Messenger-RNS-Technologie ist mit enormen



Gesundheitsrisiken verbunden, was vielen Experten schon 2020 klar war. Sie wurden aber nicht gehört. Diese Technologie muss sofort verboten werden. Eine Zunahme von sogenannten Turbokrebsfällen als Folge der Impfung wird in allen Altersgruppen registriert und die Geburtenrate hat in allen Ländern der EU im Mittel um 17 Prozent abgenommen.

Der wichtigste erste Schritt in Richtung der Aufarbeitung der COVID-Krise und des Aus-Fehlern-Lernen-Wollens wäre ein Moratorium betreffend dieser neuartigen Messenger-RNS-Technologie. Ich danke Ihnen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dr. Sterz. - Das Wort bekommt jetzt Professor Dr. Lauterbach.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Ja, vielen Dank. Ich darf mich auch für diese Gelegenheit ganz herzlich bedanken. Ich werde so wie folgt vorgehen: Kurz die Größe dieser Pandemie beschreiben – Wie viele Menschen hat das betroffen? Wie schlimm war das eigentlich? –, dann den Wert der Impfungen kurz beleuchten – da unterscheidet sich meine Position zu der gerade vorgetragenen –, dann werde ich zum Schluss ein paar Worte sagen dazu, wie denn eigentlich Deutschland durch die Pandemie gekommen ist, sodass wir einen Einstieg haben.

Die WHO [Weltgesundheitsorganisation] schätzt, dass insgesamt 15 Millionen Menschen gestorben sind auf der Grundlage von Modellierungen, auf der Grundlage der so modellierten Übersterblichkeit. 5,4 Millionen Todesfälle wurden direkt gemeldet. Es ist in der wissenschaftlichen Literatur Konsens, dass tatsächlich die Zahl der Toten nur deshalb nicht wesentlich höher ist, weil wir den Segen der Impfungen gehabt haben. Die frühen Modellierungen, zum Beispiel vom Imperial College in London, in „The Lancet“ publiziert im Jahr 2022, haben ausgewertet, dass alleine in den Jahren 2020 und 2021 etwa 19 Millionen Todesfälle verhindert werden konnten durch die Impfungen. Die WHO hat für die gleichen Jahre im Jahr 2025 veröffentlicht, dass alleine in Europa 1,4 Millionen Todesfälle vermieden worden sind, davon alleine 130 000 in Deutschland. Man geht von einer Sterblichkeitssenkung von etwa 70 Prozent aus. Auch das CDC [Center for Disease Control and Prevention] kam zu ähnlichen Bewertungen. Es gibt auch etwas konservativere Berechnungen, zum

Beispiel von [John P.A.] Ioannidis von der Stanford-Universität, aber auch er selbst geht von 2,5 Millionen vermiedenen Todesfällen durch die Impfungen aus.

Die Sicherheit der Impfungen ist sehr gut untersucht worden, zum Beispiel in einer großen Studie in Frankreich. Dort sind 28 Millionen Erwachsene untersucht worden, Geimpfte versus Nicht-Geimpfte. Man ist der Frage nachgegangen: Hat es also mehr Tote gegeben als bei anderen Erkrankungen? Bei den Geimpften war das nicht der Fall – in der Tat war die Sterblichkeit bei den Geimpften um 25 Prozent reduziert. Aber auf jeden Fall ließ die Studie konservativ den Schluss zu, dass die Impfung nicht zu Übersterblichkeit geführt hat; auch kein Turbokrebs wurde beobachtet oder ähnliche Erkrankungen, wie eben angedeutet worden sind. Im Gegenzug hat die Impfung die Todesrate um 75 Prozent reduziert für diejenigen, die an COVID erkrankt sind und vorher geimpft waren. Das Robert Koch-Institut hat allein durch die Impfungen im Jahr 2021 in der Zeitphase Januar bis Juli 40 000 vermiedene Todesfälle nachgewiesen. Professor Wieler ist hier und kann dazu später vielleicht noch ausführen. Wir dürfen auch nicht vergessen, dass die Long-COVID-Gefahr groß war, am Anfang etwa sechs Prozent der Betroffenen. Auch dieses Long-COVID-Risiko wurde durch die Impfung deutlich gesenkt.

Natürlich hat die Impfung Risiken mit sich gebracht. Die zwei wichtigsten sind die Myokarditis beziehungsweise Perikarditis, und die zweitwichtigste dürfte die thrombozytopenische Thrombose sein. Beides sind seltene Komplikationen, die aber sehr schwerwiegend sind. Bei der Größenordnung von weniger als 1:10 000: Die EMA [Europäische Arzneimittel-Agentur] hat also zum Beispiel für die Myokarditis 1:140 000 geschätzt und das Paul-Ehrlich-Institut kommt zu einer ähnlichen Größenordnung bei der Thrombose. Bei der thrombozytopenischen Thrombose dürfte die Größenordnung 1:70 000 sein. Es gab beim AstraZeneca-Impfstoff noch die Sinusvenenthrombose, auf die gehe ich aber hier nicht ein, weil das Risiko dann auch sehr schnell durch entsprechende Warnhinweise gesenkt worden ist.

Wir haben immer kämpfen müssen, dass wir nicht eine Überlastung der Intensivbetten erleben mussten. Als ich ins Amt kam beispielsweise –



Ende 2021/Anfang 2022 –, waren nur vier Prozent der Betten frei für COVID-Fälle. Das sind vielleicht 950 000 Betten und das waren damals Zeiten, wo wir jeden Tag 250 neue Fälle auf den Intensivstationen hatten. Wir hatten also eine Reserve von nur vier Tagen. Das heißt, wir mussten hier handeln und wir haben damals zum Beispiel festgestellt, dass man die Todeszahl deutlich hätte reduzieren können, wenn wir Ende 2021/Anfang 2022 eine höhere Impfquote gehabt hätten. Darüber können wir sicherlich gleich noch sprechen.

Zum Schluss: Wie ist Deutschland durchgekommen? Wir hatten insgesamt ungefähr 185 000 Todesfälle. Gerade im ersten Jahr ist es uns gelungen, besonders gut durchzukommen – da hatten wir eine Übersterblichkeit von nur drei bis fünf Prozent. Die lag in den USA oder auch in Spanien eher in der Größenordnung von 15 Prozent. 2021 sind wir auch einigermaßen gut durchgekommen, da haben wir zumindest im Vergleich zu den osteuropäischen Ländern nicht diese hohe Sterblichkeit gehabt in der 2021er Welle. Somit ist nicht alles perfekt gelaufen. Aber Deutschland ist verhältnismäßig gut durch die Pandemie gekommen, und das verdanken wir auch den Impfungen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Professor Lauterbach. Ich habe jetzt eine Bitte an die Besuchertribüne. Wir haben vorhin schon mal gesagt, dass Film- und Tonaufnahmen von oben nicht gestattet sind. Ich möchte Sie bitten, die Videos und die Fotos, die Sie eben gemacht haben, zu löschen. Und wenn wir das noch mal sehen, muss ich Sie von der Besuchertribüne verweisen.

Dann gebe ich jetzt das Wort an Frau Professor Dr. Vehreschild.

Prof. Dr. Maria Vehreschild (Professorin für Infektiologie am Universitätsklinikum Frankfurt): Sehr geehrte Frau Hoppermann, sehr geehrte Damen und Herren. Die wissenschaftliche Aufarbeitung der Pandemie bietet die einmalige Chance, die klinische Forschung für künftige Krisen resilienter zu machen.

In der Frühphase 2020 zeigte sich ein paradoxes Bild. Deutsche Forschergruppen waren weltweit führend in der Diagnostik und Impfstoffforschung und riefen international sichtbare Kohorten wie zum Beispiel LEOSS [Lean European Open Survey on SARS-CoV-2] ins Leben. Dennoch agierte die

klinische Forschung weitgehend fragmentiert. Ohne übergreifende nationale Abstimmung und flexible Förderung hochwertiger Interventionsstudien war Deutschland international nicht ausreichend kompetitiv. Ein Gegenbeispiel ist die britische adaptive Plattformstudie RECOVERY. Von der ersten Besprechung bis zum ersten Patienten vergingen nur wenige Tage. Möglich war dies durch radikal vereinfachte Abläufe und die zentralisierte Struktur des NHS [National Health Service]. Ein einziges Ethikvotum galt für alle 180 Standorte. So konnten über 11 000 Patient/-innen rekrutiert werden, bei Kosten von nur 250 Pfund pro Patient/-in.

Im Vergleich dazu führte in Deutschland die notwendige Abstimmung mit dutzenden lokalen Ethikkommissionen zu massiven Zeit- und Ressourcenverlusten. Für die Nationalkohorte NAPKON [Nationales Pandemie Kohorten Netz] waren insgesamt 121 Einreichungen bei Ethikkommissionen für die Genehmigung an den 70 Zentren erforderlich. Selbst die Teilnahme an international koordinierten Plattformstudien wie der WHO Unity Study wurde durch diese Hemmnisse weitgehend unmöglich gemacht. Als Antwort verkündete das BMBF [Bundesministerium für Bildung und Forschung] im März 2020 das Netzwerk Universitätsmedizin, kurz NUM. Unter dem Grundsatz „Kooperation statt Wettbewerb“ schlossen sich erstmals alle Standorte der Universitätsmedizin zusammen. Mittlerweile hat das NUM elf dauerhafte Forschungsinfrastrukturen aufgebaut, die die harmonisierte Implementierung und Umsetzung klinischer Forschung maßgeblich beschleunigen können. Hier wurde gelernt, dass Krisenbewältigung in der modernen Medizin nur durch das Aufbrechen von Wissenssilos und die Standardisierung von Prozessen gelingen kann.

Auch über das NUM hinaus hat sich viel bewegt. Die Initiative Studienstandort Deutschland macht Defizite sichtbar. Das Medizinforschungsgesetz verkürzt Fristen für mononationale Studien auf 28 Tage. Seit 2025 geben Standardvertragsklauseln verbindliche Rahmenbedingungen vor. Für den akademischen Bereich hat das Prinzip „Eine Studie – ein Votum“ seit Juni 2024 die parallelen Mehrfachberatungen auch bei niedrig regulierten Studien abgelöst. Trotz dieser Fortschritte bestehen weiterhin kritische Hemmnisse.



Erstens: fragmentierte öffentliche Finanzierung. Es fehlt ein dauerhaftes Förderprogramm für die Breite klinischer Studien. Während zum Beispiel das britische NIHR [National Institute for Health and Care Research] über ein konsolidiertes Budget von 1,6 Milliarden Pfund in 2024/2025 verfügte, ist die Förderung in Deutschland auf Kurzzeitprojekte verteilt. Dies trifft besonders wissenschaftliche Studien, sogenannte IITs [Investigator Initiated Trials], die für das Gesundheitssystem wichtig sind.

Zweitens: mangelnde Flexibilität. Innovative, adaptive Studienmodelle lassen sich kaum mit dem deutschen Haushaltsrecht vereinbaren, das vorab starre Ausgabenpläne verlangt. Zudem fehlen Mittel, um sich schnell an internationalen Plattformstudien beteiligen zu können.

Drittens: exzessive Vertragsverhandlungen. In Deutschland dauerten Verhandlungen zuletzt viermal so lange wie in Frankreich. Die neuen Standardvertragsklauseln regeln zwar rechtliche Bestandteile, sparen aber die Budgetverhandlungen explizit aus, die einen Großteil der Verzögerungen verursachen.

Viertens: defizitäre Digitalisierung. Dem Krankenhauszukunftsgesetz fehlt ein Fördertatbestand für Studienfunktionalitäten. Die ePA [elektronische Patientenakte] ist als reine Versorgungsakte konzipiert und in der Folge erfolgt Patientenscreening und Dokumentation weiterhin überwiegend manuell.

Fünftens: niedrige Studienpartizipation und Personalmangel. Es fehlt an Transparenz für Patient/-innen und an stabilen Karrierepfaden für Studienpersonal. Durch die rein projektbasierte Finanzierung geht Einarbeitungspersonal nach Studienende oft verloren.

Sechstens: restriktive Datenschutzauslegung. Trotz Gesetzen wie dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz und dem Medienforschungsgesetz zeigt sich ein Vollzugsdefizit. Dezentrale Datenschutzbeauftragte an den Kliniken legen Vorgaben oft heterogen und über das europäisch vorgesehene Maß hinaus aus. Diese institutionelle Risikoaversion ist ein massiver Standortnachteil.

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass in den vergangenen Jahren bereits wichtige Lehren

gezogen wurden; etwa durch die Überwindung der einstigen Fragmentierung, die Eine-Studie-ein-Votum-Strategie oder die neuen regulatorischen Fundamente. Um den Studienstandort Deutschland dauerhaft resilient und international wettbewerbsfähig aufzustellen, bedarf es nun einer kohärenten, ressortübergreifenden nationalen Strategie. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Professor Dr. Vehreschild. - Jetzt bekommt Herr Wächter-Raquet das Wort.

Marcus Wächter-Raquet (Fachreferent der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.): Sehr geehrte Frau Hoppermann, sehr geehrte Mitglieder der Enquete-Kommission, vielen Dank für die Einladung in dieses Gremium. Ich werde über die Kommunikationsstrategie des Landes Bremens rund um Corona in Verbindung mit dem Einsatz von qualifizierten Gesundheitsfachkräften berichten. Das ist ein Projekt, das ich zusammen mit einer Kollegin seit 2021 koordiniere.

In der Stadt Bremen wurde im Spätsommer 2020 damit begonnen, kleinräumige Auswertungen zum Infektionsgeschehen durchzuführen. Es zeigte sich, dass in sozial benachteiligten Wohngebieten die Inzidenzwerte ungefähr doppelt so hoch waren wie in sozial besser gestellten Wohngebieten. Daraufhin wurde durch den Bremer Senat Ende 2020 ein Maßnahmenpaket zur Unterstützung der Bewohner/-innen in den betroffenen Quartieren beschlossen. Dazu zählte unter anderem der Einsatz von qualifizierten Gesundheitsfachkräften mit dem Ziel, das Wissen über Corona bei denjenigen Bevölkerungsgruppen zu stärken, die bislang nicht oder nur unzureichend erreicht wurden.

Flankierend wurde ein Projekt zur Entwicklung von niedrigschwelligen Informationsmaterialien in Auftrag gegeben. Mit der Umsetzung beider Projekte wurde die Landesvereinigung für Gesundheit – mein Arbeitgeber – beauftragt. Das Team der Gesundheitsfachkräfte nahm 2021 im März die Arbeit auf. Ab Mai 2021 wurde in Bremen damit begonnen, mobile Impfteams einzusetzen, die gezielt Impfkationen in Quartieren mit hohen Inzidenzwerten organisierten. Die Gesundheitsfachkräfte bereiteten beginnend mit der ersten dezentralen Impfkation am 10. Mai 2021



diese Impfeinsätze in Zusammenarbeit mit vielen Akteur/-innen aus den Stadtteilen vor. Parallel dazu wurden in Erstorientierungs- und Alphabetisierungskursen, Elterncafés der Bremer Tafel, in Moscheegemeinden und anderen religiösen Einrichtungen zu Corona sowie zur Corona-Schutzimpfung aufgeklärt. Besonders rund um die Einsätze der mobilen Impfteams wurden möglichst viele dieser Angebote in den jeweiligen Quartieren organisiert. Mit Beginn der Impfmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche besuchten die Gesundheitsfachkräfte auch weiterführende Schulen, um vor Ort die Fragen der Schülerinnen und Schüler zu beantworten.

Bei all diesen Einsätzen sind wir auf viele Menschen getroffen, die unsicher waren, die nicht wussten, was COVID-19 für eine Krankheit ist, wie sie sich überträgt und wie sie sich schützen können. Auch bezüglich der Impfung herrschte große Ratlosigkeit. Viel zu viele oftmals sich widersprechende Informationen waren im Umlauf. Mir berichtete beispielsweise eine vor Jahrzehnten aus Ghana zugezogene ältere Frau, dass in der ghanaischen Community das Gerücht umgeht – ich zitiere –, „dass die Weißen die Schwarzen mit der Spritze umbringen wollen“. Das heißt, wir sind auf Bedarfe getroffen, denen mit sachlichen Informationen nicht begegnet werden konnte. Unser Ansatz war daher erst einmal, den Menschen zuzuhören, ihre Sorgen und Ängste ernst zu nehmen, um dann, wenn sie aufnahmebereit waren, etwas zu Corona und zur Impfung zu erzählen. Oftmals kamen diese Patienten auch wieder, und es war nie unser Anliegen, jemanden zu überzeugen, sich impfen zu lassen. Die Entscheidung liegt bei den Menschen. Das hat dazu geführt, dass wir sehr viel Vertrauen bekommen haben, weil man mit uns einfach diese normalen Fragen beantworten konnte.

Ich denke, drei Stichworte „Kommunikation, Bindung und Vertrauen“ beschreiben ganz gut, was wir gemacht haben. Wir haben über Gespräche die Kommunikation aufgenommen, wir waren permanent vor Ort mit den Gesundheitsfachkräften. Das ist für mich das verbindende Element zum Thema Bindung und konnten so das nötige Vertrauen aufbauen.

Was waren die Erfolgsfaktoren der Bremer Impfstrategie? Die kleinräumigen Datenerhebungen, um das Infektionsgeschehen zu

lokalisieren, die Berücksichtigung der sozialen Lage zum Thema Impfen und auch zum Beispiel beim kostenlosen Verteilen von FFP2-Masken, der Einsatz von qualifizierten Gesundheitsfachkräften, die im Quartier bekannt sind und das Vertrauen der Bewohnerinnen und Bewohner haben, die Vernetzung mit den Akteuren im Stadtteil und den anderen Community-Partnern, dezentrale Impfkationen und Aufklärung vor Ort während der Impfkation, niedrigschwellige Informationsmaterialien und nicht zuletzt auch die Sorgen der Menschen ernst nehmen und nach aktuellem Wissensstand zu informieren, um eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Wächter-Raquet. - Jetzt darf ich das Wort an Professor Dr. Wieler geben.

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren. Das deutsche Gesundheitssystem besteht aus der Krankenversorgung und dem öffentlichen Gesundheitswesen, beides eingebettet in eine starke biomedizinische Forschungslandschaft. Die COVID-19-Pandemie hat dieses System in einer historischen Belastungsprobe gestellt. In kurzer Zeit mussten Strukturen und rechtliche Grundlagen angepasst und Kapazitäten erweitert und Entscheidungen unter hoher Unsicherheit getroffen werden.

Eine zentrale Herausforderung während der Pandemie war die teilweise begrenzte Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit von Daten zur Krankheitslast sowie zum sozioökonomischen Status der Bevölkerung. Informationen zu gemeldeten Infektionen standen frühzeitig zur Verfügung, doch differenzierte Daten zur tatsächlichen Krankheitslast, zur konkreten Belastung des Gesundheitssystems, zu diagnostischen Tests oder zur Wirksamkeit der Impfkampagne waren häufig nur fragmentiert und zeitverzögert verfügbar. So mussten kontinuierlich Kernindikatoren der Pandemie aufwendig geschätzt werden. Warum ist das so? Deutschland hat das zweitbeste Krankenversorgungssystem der Welt. Es ist sehr leistungsstark, aber wichtige Gesundheitsdaten stammen aus unterschiedlichen Quellen; etwa aus Krankenkassen, Arztpraxen,



Krankenhäusern, Betriebsstätten oder Laboren. Diese Gesundheitsdaten sind historisch unzureichend vernetzt. Für Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit bedeutet dies, dass wichtige Fragen nicht immer mit der nötigen Sicherheit in der nötigen Kürze beantwortet werden können. Weltweit verhinderte zum Beispiel die Impfung viele Millionen Todesfälle, aber Fragen nach der Wirksamkeit der Impfstoffe im bundesdeutschen Alltag, nach der Dauer des Schutzes oder nach der Wirkung gegen neue Virusvarianten wurden zwar wissenschaftlich untersucht, erforderten jedoch zusätzliche Analysen und Studien sowie stets die aufwändige Zusammenführung verschiedener, oft nicht kompatibler Datenquellen. Dies verzögerte wichtige Erkenntnisse aus dem Inland und sorgte für Unsicherheit.

Von zentraler Bedeutung im Fall einer Krise ist das öffentliche Gesundheitswesen – das haben wir alle gemerkt. Es hat trotz Ressourcenknappheit und in Teilen mangelnder Digitalisierung wertvolle Informationen zur Verfügung gestellt. Die über 380 Gesundheitsämter und das Robert Koch-Institut haben kontinuierlich die verfügbaren Daten gesammelt, neue Datenquellen erschlossen, analysiert und der Öffentlichkeit transparent zur Verfügung gestellt. Mit täglichen Lageberichten, epidemiologischen Analysen und wissenschaftlicher Beratung ist das RKI seinem gesetzlichen Mandat nachgekommen. Die hohe fachliche Qualität der Mitarbeitenden war und ist Grundlage für eine fundierte Lagebewertung.

Neben der Leistungsfähigkeit von Institutionen sind aber bei einer solchen Krise das Vertrauen und die Unterstützung der Bevölkerung von fundamentaler Bedeutung. Zu Beginn der Pandemie war diese Unterstützung in Deutschland außerordentlich groß. Dies war Grundlage für den bemerkenswerten initialen Erfolg der Pandemiebekämpfung 2020, der im Ausland mit sehr hoher Anerkennung wahrgenommen wurde. Die Unterstützung durch Teile der Bevölkerung ließ im Laufe der Pandemie nach. Ich möchte an dieser Stelle der großen Mehrheit in unserem Land danken, deren kontinuierliche Unterstützung die Eindämmung der COVID-19-Pandemie erst ermöglicht hat.

Fazit: Die Pandemie hat wichtige Lernprozesse angestoßen. Wir haben einige bereits gehört. So leidet die Qualität der Patientenversorgung unter

zu geringer Datennutzung aufgrund fehlender automatisierter Datenvernetzung. Das öffentliche Gesundheitswesen ist in Teilen ressourcenschwach. Es fehlt qualifiziertes Personal, es fehlt digitale Infrastruktur. Eine Zukunftsaufgabe ist daher die Verbesserung der Gesundheitsdateninfrastruktur. Eine zeitnahe und hochwertige Analyse und Veröffentlichung von Gesundheitsdaten ist nur durch Datenverknüpfung, Automatisierung und ohne einen exzessiven Datenschutz möglich. Das ist Grundlage für ein besseres Krisenmanagement, meine Damen und Herren, es ist aber auch Grundlage für gesellschaftliches Vertrauen.

Daraus ergeben sich folgende Handlungsfelder:

Erstens: Das öffentliche Gesundheitswesen. Gesundheitsämter, das Robert Koch-Institut sowie der Katastrophenschutz sollten im Hinblick auf Krisenprävention und Management gestärkt werden. Die Erfassungssysteme zur Krankheitsschwere und Belastung der Krankenhäuser zur genomischen Surveillance am Robert Koch-Institut müssen verstetigt und automatisiert werden. Das deutsche Melde- und Informationssystem, DEMIS, muss konsequent implementiert werden. Der Pakt für den ÖGD [Öffentlicher Gesundheitsdienst] sollte unbedingt verlängert werden.

Zweitens: Fachkompetenz. In Krisen mit Zeiten von Unsicherheit fehlt initial oft die klare wissenschaftliche Evidenz. Deutschland muss deshalb hinreichend ausgestattete, kompetente Fachinstitutionen mit entsprechenden Mandaten finanzieren und deren Wissen im Fall einer Krise konsequent nutzen. Die Forderung nach höchster wissenschaftlicher Evidenz darf nicht zu einer grundsätzlichen Negierung von Fakten, Fachwissen und Erfahrungen führen.

Drittens: Informationslage. Diese kompetenten Institutionen müssen Zugang zu sachdienlichen Daten aus dem Gesundheitssystem sowie zum sozioökonomischen Hintergrund der betroffenen Bevölkerungsgruppen haben. Hier sind finanzielle, technische und gesetzliche Voraussetzungen zu schaffen, damit eben auch automatisierte Datenverfügbarkeit garantiert wird. Danke Ihnen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Professor Wieler. - Als Letzter in der Runde Herr Professor Dr. Berner.



Prof. Dr. Reinhard Berner (Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Vorsitzender der Ständigen Impfkommission): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren. Auch ich danke dafür, dass ich heute hier sprechen darf. Ich bin Kinderarzt und bin seit 2024 Vorsitzender der STIKO [Ständige Impfkommission] und war während der Pandemie Mitglied des Expertenrates der Bundesregierung. Aus diesen drei Funktionen und Rollen heraus will ich meine Stellungnahme abgeben.

Die erste zur Rolle der STIKO in Deutschland und in der Pandemie: Die STIKO ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit berufenes Expertengremium, das aus etwa 18 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern besteht, die diese Aufgabe ehrenamtlich, ohne Bezahlung und unabhängig von jeglicher Interessensvertretung sowohl von der Industrie, aber auch unabhängig vom RKI und unabhängig vom Bundesministerium für Gesundheit ausübt. Die STIKO hat auch während der COVID-19-Pandemie eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung der Impfstrategie in Deutschland gespielt. In der ersten Phase der Pandemie hatte sie wesentlichen Anteil daran, gemeinsam mit der Leopoldina und dem Deutschen Ethikrat, Priorisierungsempfehlungen bei zu diesem Zeitpunkt limitierter Impfstoffverfügbarkeit herzustellen und damit den Zugang zum Impfstoff für definierte Bevölkerungsgruppen mit einem Risiko für eine besonders schwere COVID-19-Erkrankung zu realisieren. Sie hat damit einen wesentlichen Beitrag zur Senkung der Sterblichkeit und zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit des Gesundheitssystems geleistet. Die zweite Phase der Pandemie war durch Empfehlungen für Schwangere und Stillende, Kinder und Jugendliche sowie zu Auffrischimpfungen geprägt. Die dritte Phase stand dann unter dem Eindruck der nachlassenden Wirksamkeit und dem Übergang in die postpandemische Phase. Im Pandemieverlauf hat die STIKO insgesamt 25 Empfehlungen veröffentlicht. Diese Aktualisierungen waren insgesamt zusammen mit wissenschaftlichen Begründungen aus unterschiedlichen Gründen erforderlich. Es gab immer wieder neue Impfstoffe, es gab Indikationserweiterungen, es gab auch

Nebenwirkungen, die bewertet werden mussten, sodass diese Empfehlungen in der Pandemie Ausdruck einer intensiven Arbeit in der STIKO und um die STIKO herum waren. Der STIKO ist es damit gelungen, sorgfältig begründete, evidenzbasierte Empfehlungen mit hohem wissenschaftlichem Standard abzuliefern, die der Pandemieentwicklung Rechnung getragen haben. Die Qualität dieser Empfehlungen entsprach mindestens derjenigen anderer europäischer Impfkommissionen.

Zur Rolle der Kinder: Bereits nach dem Beginn der Pandemie in Norditalien in Bergamo im März 2020 war relativ klar, dass Kinder und Jugendliche von den COVID-19-Erkrankungen wenig betroffen sein würden. Es gab wenig Hospitalisierung, Kinder waren wenig erkrankt. Es ist gelungen, in Deutschland relativ schnell über alle 330 deutschen Kinderkliniken ein System aufzubauen, wo wir die hospitalisierten Kinder erfassen konnten und deren Risikofaktoren bewerten konnten. Auch in Deutschland hat sich gezeigt, dass – mit Ausnahme von Kindern mit Risikofaktoren – die Krankheitsschwere gering gewesen ist. Es gab auch viele Studien in Deutschland, die gezeigt haben, dass die Rolle der Kinder in der Pandemie in den Schulen eine deutlich weniger prioritäre war, als man das vielleicht angenommen hat, und sie nicht so sehr zur Ausbreitung des Virus beigetragen haben. Es gab weitere Untersuchungen, unter anderem die Hamburger Copsy-Studie [Corona und Psyche], die gezeigt haben, wie schwer die psychischen und nachhaltigen psychischen Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie gewesen sind.

Was sind die Schlussfolgerungen? Kinder und Jugendliche – das ist meine feste Überzeugung – müssen in zukünftigen Krisen, nicht nur Pandemien, besser und stärker berücksichtigt werden. Die UN-Konvention für Kinderrechte und das Wohl des Kindes, wie es dort heißt, müssen vorrangig berücksichtigt werden, wenn Belange der Kinder betroffen sind. Die Stimme der Kinder- und Jugendärzte, die relativ früh erhoben worden sind, die nicht eigennützig oder im Eigeninteresse gesprochen oder gehandelt haben, sollten früher gehört werden. Die STIKO hat eine hervorragende Arbeit geleistet, aber die Geschäftsstelle der STIKO war weder für den Pandemiefall, noch ist sie es



heute, ausreichend personell ausgestattet. Insbesondere, um die Arbeitsfähigkeit unter Krisenbedingungen aufrechtzuerhalten, ist es dringend notwendig, dort entsprechende Ressourcen zu allokkieren. Die Entwicklung von Impfpfehlungen in einer Pandemie, aber nicht nur in einer Pandemie, ist extrem aufwendig. Man braucht Modellierungen, man braucht Expertise, man muss unendlich viele Studien aufarbeiten und bewerten. Dafür braucht es Ressourcen. Das Impfstoffmonitoring während der Pandemie in Deutschland hat eine unendlich große Menge an Ressourcen gebunden, um Impact- und Effektivitätsstudien durchzuführen. In vielen anderen europäischen Ländern ist das Teil der Routineevaluation von Daten gewesen. Wir brauchen in Deutschland mehr Ressourcen, um die vorhandenen Daten auszuwerten, das in Echtzeit bewerten zu können, eine Surveillance anzubieten und damit auch entsprechende Empfehlungen auf einer wissenschaftlich begründeten Grundlage abgeben zu können. Dazu gehören auch die sogenannten nationalen Referenzzentren. Die nationalen Referenzzentren sind eine wichtige Institution, um Virusentwicklungen unter anderem zu bewerten.

Und als Letztes vielleicht – wenn ich das noch sagen darf –: Aus meiner Sicht ist die Einrichtung des Expertenrates im Kanzleramt damals, eines interdisziplinär aufgestellten Expertengremiums, extrem wichtig gewesen und ein entscheidender Schritt nach vorne, um unterschiedliche Sichtweisen zu diskutieren, Meinungsverschiedenheiten auszutragen, aber am Ende mit einvernehmlich konsentierten Handlungsempfehlungen der Politik Entscheidungshilfen zu geben und die Öffentlichkeit zu informieren. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Berner. - Ich danke Ihnen allen für Ihre Eingangsstatements. Wir kommen nun in den Gesprächsteil. Die ersten Fragen stellt die Unionsfraktion. Ich darf Frau Wittmann das Wort geben.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an Herrn Professor Dr. Karagiannidis. Ich hoffe, ich spreche es richtig aus. Sie hatten zuvor sehr gut ausgeführt, die Anzahl der Intensivbetten, den sehr schnellen – Sie hatten das als große Leistung des

RKI bezeichnet – Aufbau eines Intensivregisters, der Ihnen auch jetzt jede Möglichkeit bittet. Ich glaube, das ist ein ganz besonderer Schritt nach vorne aus dieser Pandemie, der offenkundig sehr schnell umgesetzt werden konnte. Ich würde aber jetzt ganz gerne noch einmal auf die Frage eingehen, wie Sie die gesamten Dinge einordnen. Ich darf fragen, wie Sie die Situation in Ihrem Krankenhaus seinerzeit direkt vor Ort empfunden haben und auch im Austausch mit den anderen Häusern. Konnten Sie gerade auch das Thema des Austausches der freien Intensivbetten, bis das Intensivregister ja schnell da war, einigermaßen gut nachvollziehen und auch belegen? Und welche Situationen und Belastungen sind Ihnen aus dieser Zeit besonders nachdrücklich in Erinnerung geblieben?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Leitender Oberarzt und Professor am Lehrstuhl für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke): Ja, vielen Dank. Vielleicht erst mal zu meiner ganz persönlichen Sicht, wie es damals war, weil wir haben beides gemacht. Wir hatten natürlich diese regionale Sicht, aber natürlich auch die Daten auf Bundesebene ausgewertet. Das war schon eine historisch hohe Belastung. Es war bis zur Pandemie immer so, dass die Krankenhäuser eigentlich in Deutschland Einzelkämpfer sind und wenig miteinander kooperiert hatten. Also wenn es spezielle junge Patienten sind mit speziellen Krankheitsbildern, dann wurden auch vor der Pandemie die Patienten schon verlegt, aber im Großen und Ganzen gab es wirklich wenig Kooperation. Das hat sich schlagartig geändert. Und das war nicht nur bei uns in Köln so, sondern das war auf ganz vielen Ebenen so. Wir haben bei uns in Köln eine hervorragend aufgestellte Berufsfeuerwehr, die viel koordiniert hatte, wir haben ein hervorragend aufgestelltes Gesundheitsamt gehabt, was viel koordiniert hat. Aber insbesondere haben wir uns unterhalb der Kliniken, und das sind relativ viele in Köln, immer sehr eng abgestimmt. Das heißt, die Patienten, die wirklich ein schweres Lungenversagen hatten, sind relativ schnell an die Zentren verlegt worden. Das habe ich vor der Pandemie in dieser Form nie erlebt, und ich mache das jetzt mittlerweile seit 25 Jahren und muss auch sagen, nach der Pandemie bewegen wir uns auch wieder auf den Zustand zu, wie er vor der Pandemie war. Das heißt, das war schon eine außergewöhnlich gute Situation, was



die Verlegung der Patienten und zum, ich sage mal, bestmöglichen Angebot betroffen hat.

Wir haben keine einheitliche digitale Struktur dafür gehabt. Wir haben uns sehr viel übers Telefon abgesprochen. Wir kennen uns halt regional alle sehr gut und deswegen war das möglich. Aber ich glaube, das ist sicherlich ein wichtiger Punkt für die Zukunft, dass wir solche Strukturen deutlich besser operationalisieren und unabhängig von einzelnen Personen machen, sodass es zumindest Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Kliniken gibt. Erst mal, was die Organisation betrifft, und – vielleicht kommen wir später noch mal dazu – wir müssen auch über Patientendaten sprechen, wo wir weiterhin größte Schwierigkeiten haben, bei den Patienten an die Daten zu kommen. Es ist auch heute noch so, dass wir da sitzen und Befunden hinterher telefonieren, die wir dann per Faxgerät auf die Intensivstation bekommen. Das ist sicherlich ein Punkt, den wir proaktiv angehen müssen.

Wenn man die bundesweite Situation betrachtet, wie sie damals war, bestätigt das ziemlich das, was wir auch so bei uns im Klinikalltag erlebt hatten. Wir hatten vor der Pandemie mal eine Auswertung gemacht: Die stärkste Influenza-Welle hat insgesamt so etwa 3 000 Patienten gleichzeitig auf der Intensivstation gesehen. Das war 2017/2018, die große Welle, die wir hatten. In der Corona-Pandemie war es mehrfach so, dass wir bis zu 6 000 Patienten gleichzeitig hatten mit einem hohen Schweregrad. Viele von den Patienten waren beatmet, mehr als die Hälfte der beatmeten Patienten ist in Deutschland verstorben – wir haben das mehrfach publiziert auf verschiedenen Ebenen aus ganz unterschiedlichen Datenquellen heraus. Und das hat man damals extrem gemerkt beim Personal. Das war nicht in der ersten Welle, da war eine hohe Bereitschaft da, aber ab der zweiten Welle war es so, dass alle wirklich extrem belastet waren. Und das war nicht nur der Ausdruck dieser extrem hohen Patientenzahl, sondern es war auch die Schwere der Erkrankung und das, was man mit den Patienten machen musste. Wir waren alle isoliert. Ganz viele von den Beatmeten mussten auf den Bauch gedreht werden. Das heißt, viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben eine Arbeitsbelastung erlebt, die sie so vorher nicht kannten und die im Moment auch wieder so ist, wie sie vielleicht vorher war. Und

das reflektiert auch sehr gut mein eigenes Erleben, dass wir damals, ich sage mal, ungefähr zwei Jahre hinweg hatten.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Wenn ich die paar Sekunden noch fragen darf. Welche Auswirkungen sehen Sie denn bis heute bei Ihren Mitarbeitern?

Die **Vorsitzende**: Die Beantwortung müssen Sie sich ehrlich gesagt für die zweite Runde aufheben. Aber wir haben ja noch ein paar. Damit kommen wir zur AfD-Fraktion und es fragt Professor Homburg.

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Sterz, wenn er wieder eingeblendet werden könnte. Herr Dr. Sterz, Sie haben als Chef-Toxikologe für Pfizer Europa gearbeitet. Ist das korrekt?

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Ja, das ist korrekt. Ich war dort verantwortlich für alle Tier-Experimente, die der Arzneimittelsicherheit dienen.

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Danke. Meine Fragen beziehen sich auf Comirnaty von Pfizer-BioNTech. Sie haben sich intensiv mit der Zulassung dieses Impfstoffes befasst, mit den Unterlagen. Ist das korrekt?

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Das ist korrekt.

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Wurde die Karzinogenität dieses Impfstoffes vor der Zulassung überprüft?

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Nein, das karzinogene Risiko wurde aus Zeitgründen nicht untersucht. Ich finde es übrigens sehr bedenklich und auch bedauerlich, dass keine alternativen Untersuchungen durchgeführt wurden.

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Wir beobachten in Deutschland, aber auch in vielen anderen Ländern, dass die Geburtenrate nach der Impfkampagne einbrachen.

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Sie spielen auf Untersuchungen betreffend die Vermehrung an. Eine Studie an Ratten wurde mit Comirnaty mangelhaft durchgeführt. Damit waren keine verlässlichen Abschätzungen zur Wirkung des Impfstoffes auf die Trächtigkeit oder die



Entwicklung der Nachkommen möglich. Man hatte aus der Contergan-Katastrophe nichts gelernt. Die Zulassung erfolgte laut RKI-Protokoll im Schnelldurchgang. Das bedeutete, dass essenzielle Toxizitätsstudien der Schnelligkeit geopfert wurden, ohne akzeptable Begründungen. Ich kenne bei vergleichbarer Indikation keinen Fall, in dem all diese Studien weggelassen wurden. So führte die Zulassung zu verbotenen Menschenversuchen.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Das RKI hat damals intern notiert, dass die Nebenwirkungen und Impfschäden erst nach der Markteinführung geprüft werden sollten. Was ist dabei herausgekommen?

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Der Pfizer Post-Marketing-Bericht sprach von über 1 200 Todesverdachtsfällen innerhalb von nur zwei Monaten nach der Zulassung. Spätestens da hätte man Comirnaty wieder vom Markt nehmen müssen. Das Paul-Ehrlich-Institut erhielt – wenn ich richtig informiert bin – bisher 2 133 Meldungen über Todesfälle nach Comirnaty. Bei diesen Spontanmeldungen gibt es eine hohe Dunkelziffer durch Under-Reporting, die wirkliche Anzahl liegt also viel höher. In den USA geht man davon aus, von einem Under-Reporting-Faktor von 30, mit dem die registrierten Fälle zu multiplizieren wären. Für Deutschland entspräche das 60 000 Todesfällen durch die Impfung.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: 60 000. Die Bundesregierung hält die wichtigen SafeVac- und KV-Daten zu Impfschäden zurück. Die Mehrheit dieser Kommission hat es sogar abgelehnt, diese Daten anzufordern. Hätte man Impfschäden und Todesfälle bei einer regelkonformen Zulassung vermeiden können?

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Ja, denn regelkonform hätte Comirnaty gar nicht zugelassen werden dürfen.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Derzeit kämpfen viele Impfgeschädigte in Deutschland um Schmerzensgeld. Sie verlieren oft, weil die Gerichte sagen, Comirnaty habe ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis. Ist diese Annahme berechtigt?

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Aus meiner Sicht keinesfalls. Comirnaty wurde in der klinischen Entwicklung gar nicht auf die Vermeidung

schwerer Erkrankungen oder Todesfälle untersucht. Pfizer-Unterlagen lassen somit ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis gar nicht erkennen. Der Mathematiker Robert Rockenfeller von der Universität Koblenz schätzt, dass auf jeden schweren COVID-Verlauf, den Comirnaty angeblich verhindert, 25 schwere Nebenwirkungen kommen.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Sank die altersbereinigte Sterblichkeit in Deutschland nach Beginn dieser Impfkampagne?

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Nein, die Sterblichkeit stieg von 2021 und 2022 im Vergleich zu 2020 deutlich. Bei einem positiven Nutzen-Risiko-Verhältnis hätte die Sterblichkeit sinken müssen, als der Impfstoff Anfang 2021 verfügbar wurde.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Leuchtet ein. Hat die Bevölkerung während der Impfkampagne den Wirkstoff bekommen, den Pfizer in dem verkürzten Notzulassungsverfahren geprüft hat?

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Nein. Für die klinische Prüfung vor der Zulassung wurde ein hochreiner Stoff verwendet. Er war für die Massenproduktion zu teuer. Die Bevölkerung erhielt einen Impfstoff, der mithilfe des Bakteriums *Escherichia coli* hergestellt wurde. Das Ergebnis sind signifikante Verunreinigungen mit bakterieller DNS, und die Folge könnte ein erheblich erhöhtes Krebsrisiko sein.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Vielen Dank.

Die **Vorsitzende:** Als Nächste bekommt Frau Seitzl für die SPD-Fraktion das Wort.

Abg. **Dr. Lina Seitzl (SPD):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage richtet sich an Professor Dr. Karl Lauterbach, Bundesminister a. D.: Das Bundesministerium für Gesundheit hat eine Impfkampagne basierend auf den Empfehlungen der Zulassung der Impfstoffe und der Empfehlungen der STIKO diesbezüglich lanciert. Vielleicht könnten Sie noch einmal darlegen, warum Sie diese Impfkampagne lanciert haben und wie auch Sie auf Vorwürfe reagieren, dass diese Impfungen gesundheitsschädlich gewesen wären und nicht richtig zugelassen worden seien. Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage möchte ich gerne noch einmal an Professor Dr. Berner von der STIKO richten, auch



hier, weil die STIKO Impfpfehlungen ausspricht. Da würde mich noch einmal interessieren: Wie ist denn der Prozess, gerade auch mit Blick auf diese Corona-Impfstoffe? Wie sind Sie zu dieser Empfehlung dann nachgekommen?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Vielen Dank, vielleicht fange ich an, indem ich kurz die bestürzenden Äußerungen meines Vorredners kommentiere. Es kann mitnichten gesagt werden, dass die Impfstoffe unzureichend getestet worden sind vor der Zulassung und insbesondere nicht, dass nach der Zulassung tatsächlich die Sicherheit nicht überprüft wurde. Es gibt überhaupt keinen Impfstoff, den wir jemals auf den Markt gebracht haben, der so intensiv untersucht worden ist wie die SARS-CoV-Impfstoffe. Das gilt insbesondere auch für den Impfstoff von BioNTech, Comirnaty. Wir müssen davon ausgehen, dass insgesamt über eine Milliarde Impfungen stattgefunden haben. Allein das Paul-Ehrlich-Institut hat 350 000 Meldungen auf Verdachtsfälle geprüft und ich habe eben schon vorgetragen, dass die schweren Nebenwirkungen – die es auch gibt, die es auch gab, nämlich also die Myokarditis, die Perikarditis, die TTS [Thrombozytopenische Thrombose] –, dass diese dann in den Häufigkeiten, wie von mir vorgetragen, untersucht worden sind. Aber es gibt darüber hinaus keine Hinweise dafür, was hier eben vorgetragen worden ist, dass es zum Beispiel eine negative Beeinflussung der Fruchtbarkeit gegeben hätte. Dafür gibt es keinerlei Hinweise. Es gibt keinerlei Hinweise darauf, dass es Krebsfälle zusätzlich gegeben hätte. Im Gegenteil hat man gesehen, dass diejenigen, die in einer Krebstherapie durch Immuntherapie gewesen sind – PD-L1-Inhibitoren [Programmed death ligand 1] –, dass deren Sterblichkeit gesenkt wurde, dass das mediane Überleben um 75 Prozent erhöht wurde, in einer Studie aus Houston ausgewertet. Das wird derzeit auch sehr intensiv untersucht, woran das liegt. Es hat auch keine erhöhte Anzahl von Multiple Sklerose gegeben, also von Erkrankungen aus dem Autoimmunkrankheitsfeld.

Das alles war weitestgehend auch schon bekannt zu dem Zeitpunkt, als wir die von Ihnen angesprochene Impfkampagne gemacht haben, die wir auch sehr intensiv mit dem Robert Koch-Institut damals abgestimmt haben. Dafür bin ich

sehr dankbar. Die Impfkampagne ging darauf zurück, dass wir ab Herbst 2021 in der Tat einen Rückgang des Interesses an den Erstimpfungen hatten. Das war problematisch. Ich hatte eben schon darauf hingewiesen, dass wir im Winter 2021/2022 deutlich weniger Todesfälle gehabt hätten, wenn die Impfquote da höher gewesen wäre. Wir haben auch gesehen, dass in den Bundesländern, wo die Impfquote niedriger war, tatsächlich mehr Menschen gestorben sind. Das war traurigerweise gerade auch in den Bundesländern der Fall, wo früher Impfungen sehr akzeptiert gewesen sind, nämlich in Ostdeutschland. Überraschenderweise hat sich da gezeigt, dass die Impfungen wenig akzeptiert wurden. Es wurden damals systematisch auch Fehlinformationen, Misinformationen, Fake News zu den Impfungen gestreut. Ein Beispiel haben wir vor wenigen Minuten noch einmal beobachten können. Diese Zweifel, die man an der Impfung hegt, die aber über die weltweite Studienlage hinweg geht, die also ausnahmsweise gut ist für diese Impfstoffe, diese Zweifel sind auch tödlich. Das müssen wir uns also vor Augen führen. Wenn wir eine neue Pandemie bekommen, dann würden diese Zweifel tatsächlich die Bereitschaft der Bevölkerung, an Impfprogrammen noch einmal teilzunehmen, deutlich reduzieren. Das ist eine wichtige Nebenwirkung, die hier mitbedacht werden muss. Daher kommt es sehr darauf an, dass wir da bei den Daten auch klar sind. Und das, was hier eben vorgetragen wurde, entbehrt jeder Grundlage. Und die Impfkampagne, die wir damals gefahren haben: Sie waren nicht so erfolgreich, wie wir uns das gewünscht hätten – sie hat aber auf jeden Fall das Ziel gehabt, auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin Menschenleben zu retten.

Die **Vorsitzende**: Weil jetzt nur noch zehn Sekunden verbleiben, würde ich die beim nächsten Mal draufschlagen und Sie dürfen beim nächsten Mal in der nächsten Runde antworten. Sonst, glaube ich, kommen wir völlig aus dem Zeitplan. Vielen Dank für das Verständnis. Ich würde Frau Dr. Piechotta für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN als nächstes das Wort geben.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Professor Karagiannidis, das deutsche Gesundheitswesen, die deutsche Gesundheitspolitik hat manchmal den Ruf, sich sehr stark auf Gerätemedizin zu fokussieren und



wenig auf die Menschen. Das kam für viele auch in der Pandemie, gerade in der Akutphase raus. Wir haben sehr viel im Bundestag gehört über Intensivbettenbeschaffung, da wurden auch Tausende beschafft, über Beatmungsgerätebeschaffung, da wurden auch Tausende beschafft. Aber die Pflegekräfte haben sich im ganzen Land, obwohl sie eigentlich der limitierende Faktor waren, oft alleingelassen gefühlt. Die wurden beklatscht, aber lange fehlte substanzielle Unterstützung für diesen eigentlich limitierenden Faktor in der Versorgung. Was können wir Ihrer Meinung nach dafür tun, dass wir in der nächsten Gesundheitskrise von Anfang an in der Bundespolitik einen stärkeren Fokus auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen legen?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Leitender Oberarzt und Professor am Lehrstuhl für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke): Vielen Dank, extrem schwierige Frage. Ich will das auch nochmal aufgreifen, was vorhin gefragt wurde: Wie haben sich die Mitarbeiter gefühlt? Wie hat sich die Mitarbeiterzahl entwickelt? Wir haben im Intensivregister auch immer abgefragt: Gibt es Einschränkungen durch Personal? Und man hat sehr schön gesehen: Immer zu den Phasen, wo wir viele Patientinnen und Patienten hatten, hatten wir auch eine deutliche Einschränkung durchs Personal. Wir hatten letzten Endes im Laufe der Pandemie etwa 25 Prozent der Intensivbettenkapazität verloren. Zeitgleich hatten wir allerdings auch die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen, die deutlich wirksam geworden ist; das heißt, ein gewisser Mischeffekt ist da gewesen. Aber ich glaube, viele, die auf Intensivstationen arbeiten und auch sonst im Krankenhaus, können bestätigen, dass einige Mitarbeiter einfach das Handtuch geworfen haben, weil die Belastung damals so stark war, dass sie das einfach nicht mehr ausgehalten haben. Und ein Teil oder ein erheblicher Teil derer ist auch nicht mehr zurückgekehrt, das kann man sagen. Im Moment sehen wir eine Stabilisierung, vielleicht sogar ein bisschen Zuwachs wieder. Aber dieser Punkt – Wie können wir die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser unterstützen? –, den finde ich extrem relevant. Und den finde ich deswegen auch so relevant, weil er nicht nur die Pandemie betrifft; sondern der betrifft natürlich im Rahmen des demografischen Wandels das gesamte Gesundheitswesen. Und wir müssen schauen, dass

wir alle irgendwie einen Beruf halten und dass alle so mit der Belastung zurechtkommen, dass wir in Zukunft die große Zahl der Patientinnen und Patienten beherrschen können. Ich glaube, was ein Schlüsselfaktor ist, den Politik und insbesondere der Bundestag beziehungsweise das Gesundheitsministerium auch incentivieren könnte, ist eine gewisse psychologische Unterstützung. Es hat schon geholfen, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in regelmäßigen Runden nicht nur Debriefing, sondern auch wirklich explizit psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen konnten, um die Geschehnisse einfach zu verarbeiten. Ich sage das nochmal: Da sind über 50 Prozent der Beatmeten verstorben – das macht was mit Ihnen, wenn Sie das zwei Jahre lang machen. Und im Moment haben wir keine Refinanzierung für solche Angebote, die kostenintensiv sind, die zeitintensiv sind. Die Leute fallen auch während des Dienstes aus. Und ich glaube, es wäre gut, wenn man das in die Vergütungsstrukturen mit einbauen könnte, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – übrigens nicht nur in der Pflege, sondern auch im ärztlichen Bereich – betreut werden können.

Abg. Dr. Paula Piechotta (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Professor Lauterbach, wir hatten nicht nur Corona-Patienten auch in diesen Jahren, sondern wir hatten auch wieder weitere normale Patienten; viele Krebspatienten, Menschen mit Suchterkrankungen. Da wurden OPs lange verschoben, viele Suchttherapien wurden ausgesetzt. Und man muss sich die Frage stellen, wie kriegt man eine gute Balance hin zwischen den Interessen dieser verschiedenen Patientengruppen. Ein Fehlanreiz war, dass wir Bettenfreihaltepauschalen hatten, die dazu geführt haben, dass teilweise kleinere Kliniken sogar Patienten abgelehnt haben. Meine Frage an Sie wäre, wie wir in der nächsten ähnlichen Situation sicherstellen können, dass auch andere Patientengruppen im Rahmen der Möglichkeiten besser versorgt werden und eben nicht solche Fehlanreize zum Beispiel politisch entstehen.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Ja, vielen Dank. Das ist in der Tat richtig. Also die Pauschale, die gezahlt wurde für das Vorhalten eines Bettes, hat zwei Nachteile gehabt. Zum einen sind planbare Eingriffe zum Teil nicht gemacht worden. Zum Zweiten ist aber auch



tatsächlich die intensivmedizinische Versorgung in Krankenhäusern erfolgt, auch für COVID-Patienten, die dafür vielleicht nicht optimal geeignet gewesen sind. Wir haben in Deutschland zum Beispiel, ich glaube, 250 Intensivstationen gehabt, die im Prinzip auch ECMO-Therapien [Extrakorporale Membranoxygenierung] angeboten haben. Das ist nicht die Spezialisierung, die man braucht. Daher war die Sterblichkeit für die ECMO-Patienten in Deutschland sehr hoch, 75 Prozent der ECMO-Patienten sind trotz dieser extrem aufwändigen Versorgung gestorben. In Paris beispielsweise, wo also die Versorgung sehr viel stärker zentralisiert war, sind nur 35 Prozent gestorben. In der Tat, in unseren Spitzenzentren - Herr Karagiannidis ist ja heute zugeschaltet, das ist so ein Zentrum, ich kenne die Klinik sehr gut, und diese Arbeit – in unseren Spitzenzentren wurde das auch erreicht. Somit, wir haben zu wenig zentralisiert und die falschen Anreize gesetzt.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Damit kommen wir zur Fraktion Die Linke. Es fragt Herr Professor Rosenbrock.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Frau Vorsitzende, meine Fragen gehen an Herrn Wächter-Raquet von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin in Niedersachsen. Herr Wächter-Raquet, zunächst herzlichen Dank für Ihre außerordentlich aufschlussreiche und anschauliche Ausarbeitung, die Sie uns zur Verfügung gestellt haben.

Auf der Basis möchte ich noch einmal fragen. Das Land Bremen hat im Bundesvergleich die höchsten Quoten an Erstimmunisierung erreicht. Können Sie noch einmal zusammenfassen, welche Strukturen, also datenmäßig und institutionell, und welche Prozesse, also Anreize und Kommunikation, nach Ihrer Ansicht diesen Erfolg ermöglicht haben? Sie haben die Erfolgsfaktoren Kommunikation, Bildung und Vertrauen erwähnt, aber die müssen auch irgendwie erreicht werden. Wie haben Sie das geschafft?

In dem Zusammenhang zur Kommunikation noch einmal speziell gefragt: Unterschied sich die Kommunikationsstrategie sowohl, was die Inhalte, die Botschaften als auch was die Wege der Kommunikation angeht, von der bundesweiten Kommunikationsstrategie durch die BZgA

[Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung] und das BMG [Bundesministerium für Gesundheit]?

Marcus Wächter-Raquet (Fachreferent der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.): Vielen Dank, Herr Rosenbrock, für die Frage. Ich muss in zwei Teilen darauf antworten.

Das eine bezieht sich auf die Strukturen und auf die Prozesse. Einige der Punkte habe ich schon benannt. Ohne die kleinräumige Datenerhebung hätten wir gar nicht lokalisieren können, wo das Infektionsgeschehen in Bremen besonders hoch war in Bremen. Dadurch resultierte eine Priorisierung der Bewohnerinnen und Bewohner der benachteiligten Quartiere. Wir konnten – oder vielmehr die senatorische Behörde – eine Impfpriorisierung für die Bewohner dieser Quartiere darstellen. Daraufhin sind dezentrale Impfkationen ins Leben gerufen worden – das hatte ich vorhin schon in meinem Eingangsstatement einmal erwähnt –, was sehr erfolgreich war, um das dahin zu bringen, wo es auch war. Und dass wir natürlich auch vor Ort, wo eben die hohen Inzidenzen waren, genau dort die Aufklärung hingebraucht haben.

Die Aufklärung wäre dann der zweite Punkt, wo es um unsere Kommunikationsstrukturen geht. Das haben wir einmal durch die erwähnten Gesundheitsfachkräfte hingekriegt. Die Gesundheitsfachkräfte waren vor Ort. Das war eine Aufklärung mit Gesprächen, die man von Person zu Person geführt hat. Es waren Leute, die eine hohe Vertrauenswürdigkeit innerhalb der Communities in den Quartieren genossen haben. Wir konnten auf eine ganz andere Art und Weise auf Communities zugehen. Es sind über die Gesundheitsfachkräfte Türen aufgegangen, die normalerweise verschlossen bleiben. Wir haben Moscheegemeinden genutzt, wir haben afrikanische Communities genutzt, wir haben vor allem Integrations- und Alphabetisierungskurse nutzen können. Die Volkshochschulen haben uns damals die Türen geöffnet. All das waren Wege zu den Menschen hin, die wir nutzen konnten. Wir haben natürlich die Informationen genutzt, die uns seitens des RKI und des BMG zur Verfügung gestellt wurden. Wir haben sie aber auf eine Art und Weise heruntergebrochen, damit sie für Leute verständlich waren, die vielleicht nicht



ausreichend gut Deutsch können oder mit Fachbegriffen nicht gut umgehen konnten. Wir haben daraufhin zusätzlich eigene Informationsmaterialien aufgelegt. Wir haben Filme gemacht, zum Beispiel mit einem Kinderarzt, der Fragen von Jugendlichen beantwortet hat. Er wurde dann so zusammengeschnitten, dass auf jede Frage eines Jugendlichen die Antwort kam. Wir haben das dann auf die Lernplattform der Bremer Schulen eingestellt, sodass die Schülerinnen und Schüler und die Eltern Zugriff auf dieses Video hatten. Es ist nicht so, dass man einfach nur eine Information erstellen kann, sondern man muss sich auch parallel überlegen, wie sie dahin kommt, wo sie gebraucht wird. Diese Wege haben wir einfach gefunden. Wir haben natürlich auch mit Social-Media-Kanälen gearbeitet, mit Instagram und mit TikTok. Das ist eine sehr mühselige Geschichte, weil wir jetzt keine Influencer gewesen sind. Aber auch da haben wir Erfolge erzielt.

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Vielen Dank. Haben Sie irgendeine Erklärung - - Ich meine, wir wissen aus der Erfahrung, dass alle Infektionskrankheiten in der Geschichte die soziale Stufenlage nach unten gehen. Das ist an sich trivial, und das Land Bremen hat daraus Konsequenzen gezogen. Es ist jetzt vielleicht schwierig, das zu beantworten. Haben Sie irgendeine Art von Vermutung dazu, warum das in anderen Bundesländern nicht passiert ist?

Marcus Wächter-Raquet (Fachreferent der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.): Ich finde, wir haben sehr pragmatische Menschen vor Ort gehabt – und haben die auch immer noch –, die Entscheidungen getroffen haben, die dazu geführt haben, dass es die Impfkationen in den Stadtteilen gab, dass es überhaupt dieses Projekt der Gesundheitsfachkräfte gibt und immer noch gibt.

Die **Vorsitzende:** Vielen Dank. Damit haben wir die erste Runde abgeschlossen. Wir kommen zur zweiten Runde. Frau Wittmann kann Ihre Frage an Herrn Professor Karagiannidis vielleicht noch einmal kurz wiederholen, und dann machen wir da weiter, wo wir vorhin aufgehört haben.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Vielen Dank. Vielleicht darf ich vorher anmerken, dass ich mich sehr freuen würde, wenn auch Herr Dr. Sterz gelegentlich zu uns aufblickt und uns anguckt, wenn er seine Antworten gibt. Ich glaube, er kann

das ganz gut. Er muss nicht alles ablesen, was man ihm da so aufgeschrieben hat. Er ist selber eine Kapazität.

Ja, lieber Herr Professor Dr. Karagiannidis, ich hatte Sie vorher gefragt, und es wäre mir wirklich ein Anliegen, das auch noch mal zu hören, welche Auswirkungen diese langandauernde Belastung, die Sie ja aus der ersten Welle, sage ich mal, noch als ein leider dem Personal schon bekanntes, immer mal wieder auftretendes Phänomen, aber dann an ein mehrfach wiederholtes und damit zu einer Dauerbelastung werdenden beschrieben haben, Sie bis heute bei Ihren Kolleginnen und Kollegen sehen.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Leitender Oberarzt und Professor am Lehrstuhl für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke):

Ja, ich will mal vielleicht das noch ein bisschen mehr betonen, diesen Punkt Dauerbelastung. Also das Gesundheitssystem kommt in der Regel sehr gut mit kurzzeitigen Spitzenbelastungen zurecht, insbesondere dadurch, dass wir so eine extrem hohe Bettenkapazität in Deutschland haben und Großschadensereignisse selten sind. Bei uns in Köln, da sind immer ganz schnell ganz viele Menschen zusammen. In der Pandemie war wirklich das Problem, dass wir nicht diese einmalige Spitzenbelastung hatten, sondern dass sich das über einen unglaublich langen Zeitraum hinweggezogen hat. Wir haben gemerkt, dass ein Teil insbesondere der Pflegekräfte – aber es waren auch Ärzte und Ärztinnen dabei – mit der Belastung einfach irgendwann nicht mehr zurechtgekommen sind. Die erste Welle war noch gut, die zweite Welle ging vielleicht auch noch, aber dann war es irgendwann vorbei. Und viele haben sich versetzen lassen innerhalb des Krankenhauses; das kann ich mal so berichten, aus meinem Alltag. Es gab auch einen Teil, die die stationäre Versorgung verlassen haben. Wir haben immer noch gute Kontakte zu vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die haben den Weg auch nicht wieder zurückgefunden. Die sagen mir heute noch, dass die Belastung, vor allem diese emotionale Belastung - - Ich glaube, das muss man auch mal herausstellen: Die körperliche Belastung war zwar hoch, aber das, was so besonders schwierig war, war diese emotionale Belastung, mit den vielen Todesfällen und mit diesem extrem langwierigen, extrem zähen Krankheitsbild, das hat



einfach dazu geführt, dass sie insbesondere die Intensivmedizin verlassen haben. Eine Fluktuation gibt es immer in der Intensivmedizin, durchschnittlich arbeiten viele Pflegekräfte insgesamt überhaupt nur sieben Jahre am Patienten. Das sind leider die internationalen Daten, die wir haben. Aber das war extrem akzeleriert während der Pandemie. Und wie gesagt, zurückgekehrt ist zumindest in unseren Bereichen, wir haben es aus vielen anderen Kliniken auch gehört, niemand.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Ja, vielen Dank und vielleicht darf ich das im Namen zumindest der meisten des Ausschusses oder der Enquete-Kommission sagen: Soweit Ihre Mitarbeiter für Sie dann noch erreichbar sind, bitte drücken Sie ihnen unsere große Hochachtung aus. Und das gilt für alle, die in dieser Pandemie diese großartige Leistung mit der Nachbelastung geregelt haben.

Sie haben jetzt gerade vorhin schon gesagt, wir haben eine hohe Kapazität, die auch für Großschadensereignisse und Ähnliches vorhanden ist. Jetzt würde ich gerne nochmal diesbezüglich nachfragen, welche Schlussfolgerungen Ihrer Meinung nach daraus zu ziehen sind, aus dieser Diskrepanz zwischen der eigentlich vorhandenen Infrastruktur und der dann doch tatsächlich betreibbaren Versorgungskapazität, nämlich auch für künftige Krisenvorsorge. Und nochmal, es geht mir genau darum: nicht ein relativ kurzes Großschadensereignis, sondern ein Dauerereignis.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Leitender Oberarzt und Professor am Lehrstuhl für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke): Ja, also wir haben mehrfach analysiert, zuletzt auch nochmal mit der AOK [Allgemeine Ortskrankenkasse] zusammen – das ist ja ein Drittel aller versicherten GKV-Versicherten in Deutschland –, da haben wir nochmal geguckt: Wer hat eigentlich in der Pandemie die Schwerkranken versorgt? Was sich in allen Analysen immer wieder gezeigt hat, ist: Es sind im Großen und Ganzen 250, vielleicht 500 Kliniken in Deutschland, die das Gros der Last getragen haben. Wir haben insgesamt 1 700 Krankenhausstandortungen, ungefähr 1 300, vielleicht 1 250 noch haben Intensivstationen und wir haben 425 Krankenhäuser mit der Notfallstufe zwei und drei. Das sind die Kliniken, die behandeln im Moment so knapp 60 Prozent aller

Patienten in Deutschland, die die Hauptlast in Deutschland tragen. Und auch wenn die aktuelle Diskussion um die Krankenhausreform immer schwierig ist, wenn die Diskussion schwierig ist um Krankenhausschließungen oder Zentralisierung: Das, was am Ende in jeder Krisensituation – und das heißt nicht nur in der Pandemie, sondern wirklich in jeder Krisensituation – am meisten helfen würde, ist, wenn wir es schaffen würden, deutlich mehr dieser Kliniken der Notfallstufe zwei durch Zusammenlegung von kleineren Kliniken der Notfallstufe 1 zu bekommen, weil das am Ende die Kapazität und die kritische Größe schafft, die sie brauchen, damit sie sowas aufrechterhalten können. Kleine Krankenhäuser sind dann oft am Limit, weil es einfach nicht ausreichend Personal gibt. Deswegen ist, glaube ich, so schmerzhaft dieser Schritt ist, der entscheidende für die Zukunft, dass wir unsere Krankenhausstruktur so zentralisieren, dass wir weniger kleine Krankenhäuser haben und vor allen Dingen deutlich mehr mittelgroße Krankenhäuser. Universitätskliniken, Maximalversorger haben wir in meinen Augen genug, aber diese mittelgroßen Krankenhäuser – diese Basis muss gestärkt werden.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Das Wort bekommt die AfD-Fraktion und es fragt Herr Lausen.

SV **Tom Lausen**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ja, durch die verschiedenen Äußerungen von unseren verschiedenen Sachverständigen muss ich doch noch mal etwas dazu sagen, bevor ich zu meiner Frage komme. Ich habe da ein bisschen ein Problem. Wir sitzen zusammen in der Enquete-Kommission und so viel Unwissen und das daran Festhalten sind wirklich für mich sehr unschön, um für eine Zukunft eine Enquete abzuhalten. Viele von Ihnen brauchen wirklich dringend vollständige Informationen, damit wir den Auftrag des Einsetzungsbeschlusses überhaupt erfüllen können. Dafür sitzen wir im Prinzip alle hier.

Zu Herrn Karagiannidis und Herrn Lauterbach: Der Beruf der Intensivpfleger und aller Pfleger verdient absolut höchsten Respekt. Da geht nichts darüber, das ist überhaupt keine Frage. Das ist ein wahnsinnig schwieriger Beruf. Aber die Bundesregierung sagt selbst: Keine Überlastung der Kliniken, nur eine kurze Spitzenbelastung. Die Krankenhausdaten über alle Zeiträume zeigen auch keine Überbelastung. Kleinstteilige Aussagen



machen es auch nicht zu einer Überlastung des Gesundheitssystems. Die genannte Last auf bestimmten Krankenhäusern kam auch durch gesetzliche Subventionen zustande. Das heißt also, man hat Patienten verschoben, um mehr Geld zu bekommen. Dazu gibt es zahlreiche Beispiele. Überlastung der Kliniken kann auch nicht gefühlt sein, sondern muss messbar sein. Wir müssen das messen können. Nach den Daten der Krankenhäuser gab es stattdessen eine historische Unterbelegung der Kliniken. Ein riesiges Notkrankenhaus blieb sogar leer und wurde wieder abgebaut. Was für eine Überlastung soll das gewesen sein?

Zu Herrn Lauterbach und Herrn Berner: Sie kennen Ihre eigenen Behörden nicht. Die haben bei den Nebenwirkungen der Impfung unter höchster Last gestanden und waren mehrfach nah an der Überlastungsgrenze wegen der Nebenwirkungen. Das hat die Bundesregierung aus ihrem Gesundheitsministerium selbst als Information herausgegeben. Die waren wegen der Nebenwirkungen und Todesfälle durch die Impfung wirklich nah an der Lastgrenze. Außerdem schrieb Ihnen, Herr Lauterbach, und auch Herrn Spahn das PEI [Paul-Ehrlich-Institut] mehrfach, dass sie die Sicherheit der COVID-19-Impfstoffe mit deutschen Daten nicht suffizient beurteilen könne. Darauf reagierten Sie nicht einmal. Dem RKI lag bereits im Februar 2020 – jetzt komme ich zu meiner Frage an Herrn Wieler – eine interne Modellierung von Dr. Matthias an der Heiden und Dr. Udo Buchholz vor, die im Worst-Case-Szenario hunderttausende Tote – also damals, bevor der erste Lockdown kam – in den ersten Wochen zeigte. Diese Modellierung wurde von Ihnen im RKI laut RKI-Files am 5. März 2020, Herr Wieler, als gutes fachliches wissenschaftliches Produkt markiert. War der Zweck dieser Modellierung die Leistungsfähigkeit und Belastungsgrenzen des deutschen Gesundheitssystems in Bezug auf die Corona-Entwicklung abzuschätzen, Herr Wieler?

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Herzlichen Dank für die Frage, Herr Lausen. Es gehört dazu, wenn man eine Institution ist wie das Robert Koch-Institut, das den Auftrag hat im Falle einer Infektionslage in erster Linie zunächst einmal den Dienstherren des Gesundheitsministeriums zu

informieren und in zweiter Linie dann auch die anderen Kolleginnen und Kollegen im ärztlichen Bereich zu informieren. Das RKI berät Fachleute. Es ist eine Institution, die für medizinisches Fachpersonal die Aufgabe hat, diese zu beraten. Diese Studie diente dazu, nach den Informationen, die man damals zur Verfügung hatte, einzuschätzen, welchen Schaden, welche Auswirkungen das SARS-CoV-2-Virus auf die deutsche Bevölkerung haben könnte.

SV Tom Lausen: Okay. War Ihnen damals bewusst, welche Auswirkungen diese Darstellung, also diese Modellierung mit hunderttausenden Toten und völliger Überbelegung der Krankenhäuser mit Kranken und Toten in kurzer Zeit auf die Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und die darauf gestützten politischen Entscheidungen haben würde? War Ihnen das bewusst, was das bedeutet?

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Noch einmal, Herr Lausen. Die Aufgabe des Robert Koch-Instituts ist es, genau aufzuzeigen, was geschehen kann, wenn sich dieses Virus ohne Eindämmung innerhalb der deutschen Bevölkerung sich ausbreitet. Das Robert Koch-Institut hat in erster Linie die Aufgabe, für Deutschland zu modellieren und für Deutschland zu beraten. Das heißt, der Sinn dieser Studie war der, anhand der Daten, die damals zur Verfügung standen - - Es waren damals vor allen Dingen Daten aus China, die initial sehr viele Daten publiziert hatten, epidemiologische Daten zur Krankheitslast, zu den betroffenen Bevölkerungsgruppen. Es kamen natürlich auch weitere Daten aus dem Ausland dazu, denn das Robert Koch-Institut hat viele Datenzugänge zu Schwesterinstitutionen aus anderen Ländern. Das heißt, der Sinn dieser Publikation – die übrigens publiziert wurde und öffentlich zugänglich ist – war einzuschätzen, wie groß die Betroffenheit eines Landes sein kann, wenn dieses Virus ohne Eindämmung in die Bevölkerung übergeht.

SV Tom Lausen: Danke schön.

Die **Vorsitzende:** Vielen herzlichen Dank. - Wir kommen nun zur SPD-Fraktion. Die Redezeit beträgt fünf Minuten plus zehn Sekunden. Frau Seitzl, Sie bekommen das Wort.



Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Ich hatte noch eine Frage an Herrn Professor Berner offen. Noch einmal zur Grundlage. Wie trifft die STIKO ihre Entscheidung? Wie funktioniert das alles? Welche Daten beziehen Sie damit ein? Wie ist das im Rahmen der Impfstoffe gegen das Coronavirus abgelaufen?

Prof. Dr. Reinhard Berner (Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Vorsitzender der Ständigen Impfkommission): Die STIKO arbeitet – das hat sie auch schon zu Pandemiezeiten getan, als ich selbst noch nicht Mitglied der STIKO gewesen bin – mit einem standardisierten Vorgehen. Das heißt, sie prüft, welche Impfziele zu formulieren sind – Was möchte man mit einer Impfung erreichen? Dann prüft die STIKO nach einem sehr standardisierten Vorgehen. Welche Daten stehen zur Verfügung? Dann gibt es Modellierungen. Was haben diese Impfungen bei einer angenommenen Krankheitslast für Auswirkungen? Wie kann man die Bevölkerungsgruppen, die besonders betroffen sind, erreichen? – und modelliert daraus wiederum Szenarien, welche Impfstoffe in welcher Form eingesetzt werden können, um dann wiederum zu überlegen: Wie sind die Umsetzungsmöglichkeiten einer solchen Impfung in der Bevölkerung? Wie ist die Impfsakzeptanz? Wie kann ich die – oft ist es ja wirklich eine sehr große Zahl, und gerade in der Pandemie war es eine große Zahl – Studien, die in sehr kurzer Zeit nacheinander publiziert worden sind, wie kann ich diese Studien auswerten und so zusammenfassen und bewerten, dass ich dann wiederum für die deutsche Bevölkerung entsprechende Empfehlungen aussprechen kann? Und das ist ein sehr standardisiertes Verfahren, das abläuft.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Denken Sie, dass jeder, der sich hat impfen lassen während der Corona-Pandemie, tatsächlich Leben gerettet hat?

Prof. Dr. Reinhard Berner (Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Vorsitzender der Ständigen Impfkommission): Ich glaube, sehr viele, die sich haben impfen lassen, haben ihr eigenes Leben gerettet. Sehr viele, die sich haben impfen lassen, haben auch das Leben

ihrer möglicherweise Eltern oder Großeltern oder Verwandten oder Kranken, mit denen sie zusammenarbeiten, gerettet. Viele, die im Gesundheitswesen gearbeitet haben oder in den Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege gearbeitet haben, haben durch die Impfung auch das Leben der ihnen anvertrauten Personen gerettet. Ich glaube, es hat sehr viele gegeben, die durch eine Impfung – das muss man, glaube ich, auch noch einmal verstehen, die ja damals tatsächlich so war, dass man wenig davon wusste, dass sie natürlich in schneller Zeit entwickelt worden war –, dass die Menschen sich haben impfen lassen, weil sie wussten, sie können sich selbst, aber eben auch andere dadurch schützen.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank für diese klare Antwort. Dann würde ich gerne hinzufügen oder dazu sagen: Ich möchte mich dem Dank an das Personal in den Gesundheitsberufen, in den Krankenhäusern und so weiter anschließen. Gleichzeitig, glaube ich, müssen wir aber auch dankbar sein für jeden, der sich entschieden hat, trotz der – das haben Sie gesagt – schwierigen Situation, schwierigen Informationslage, sich impfen zu lassen.

Ich möchte gerne bei dem Thema bleiben. Meine Frage richtet sich an Professor Lothar Wieler, nämlich, wie Sie im Nachgang die Impfstrategie der Bundesregierung beurteilen und welche Empfehlungen Sie vielleicht auch mit Blick auf folgende Pandemiesituationen hätten, in denen so etwas noch einmal schnell ausgeübt werden muss.

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Ja, herzlichen Dank. Deutschland war eines der wenigen Länder, das im Vorhinein durch eine Stellungnahme von der Leopoldina – also der Nationalen Akademie der Wissenschaften – als auch des Ethikrates als auch der STIKO, die ja alle unabhängige Gremien sind – das ist wichtig zu sagen –, diese unabhängigen wissenschaftlichen Gremien haben also in einer Stellungnahme sehr frühzeitig darauf hingewiesen, auf was man möglichst achten sollte, wenn es mal einen Impfstoff geben wird. Das allein hat schon einen hohen Wert, denn so konnten viele Menschen, die auf diesen Impfstoff warteten, beziehungsweise diejenigen, die dann dafür verantwortlich waren, dass der Impfstoff an Menschen weitergegeben



wird, sich gedanklich schon mal auf die Prioritäten vorbereiten. Bei den Prioritäten stand im Vordergrund - - Das wusste man zu der Zeit, das Risikoprofil ist das eine der Patientinnen und Patienten. Man möchte ja möglichst viele Menschen schützen. Das heißt, es war klar, dass zu es zu Beginn zu wenig Impfstoff geben wird. Das ist logistisch klar. Das geht gar nicht anders. Das Zweite ist, dass man auch im Blick haben musste, diese Impfung hat auch einen partiellen Schutz vor einer Weitergabe des Virus gegeben, sodass man eben auch solche Menschen impfen sollte, die zum Beispiel vulnerable Gruppen pflegen. Das heißt also, diese Vorbereitung war da. Das ist sehr wichtig, weil es den Rahmen gegeben hat. Das war in vielen Ländern überhaupt nicht der Fall. Das war schon mal sehr positiv.

Die **Vorsitzende**: Gut. Damit kommen wir zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und es fragt Professor Salzberger.

SV Prof. Dr. Bernd Salzberger: Vielen Dank. Meine Frage geht an Frau Professor Vehreschild. Maria, du hast eindrücklich gezeigt, dass es Probleme in der klinischen Forschung gab. Nun ist Deutschland generell bei der Beteiligung von randomisierten Therapiestudien schlechter aufgestellt als andere Länder; Niederlande, England, Spanien und so weiter. In der Pandemie war das, fand ich, besonders drastisch. Es war klar, wir sind eingeladen worden von verschiedenen Netzwerken, die adaptive Studien gemacht haben, mitzumachen, und wir konnten nicht mitmachen. Was hat das für unser Standing in der Wissenschaft, in der Welt ausgelöst? Denkst du, dass wir diese Probleme jetzt überwunden haben?

Prof. Dr. Maria Vehreschild (Professorin für Infektiologie am Universitätsklinikum Frankfurt): Vielen Dank für diese Frage. Das hat natürlich keinen sehr positiven Eindruck gemacht international und hat uns als Studienstandort sicherlich nicht erstrahlen lassen. Das wirkt natürlich auch jetzt nach der Pandemie noch nach. Das gilt sowohl für den akademischen Bereich als auch für die Forschung gemeinsam mit der pharmazeutischen Industrie, die Deutschland eigentlich bis dahin schon immer als einen sehr starken Standort wahrgenommen hatte. Aber in der Zeit hat unser Image sicherlich gelitten.

Das Stichwort – das ist, glaube ich, auch in meinem

Eingangsstatement deutlich geworden – ist: Bürokratieabbau. Wir haben dieses Problem, weil wir einfach an verschiedenen Stellen außergewöhnlich hohe Hürden haben in diesem Land. Zum einen, was die Ethikkommission angeht – da habe ich aber gerade berichtet, da gibt es einige Besserungen. Zum Zeitpunkt der Pandemie musste man aber für die nichthochregulierten Studien für jeden einzelnen Standort ein einzelnes Ethikvotum einholen. Das dauert natürlich sehr lange und erzeugt auch unnötige Kosten.

Dann haben wir das Problem der Verträge. Wenn ich besonders eine hochregulierte Studie durchführen möchte, dann muss ich mit jedem, der an dieser Studie beteiligt ist, also mit jeder Institution, einen eigenen Vertrag abschließen. Wenn ich jetzt eine Studie machen will, die wirklich das ganze Land mit an Bord nimmt, wo wir also möglicherweise 30 bis 40 Zentren haben, dann muss ich 30 bis 40 Verträge und mehr abschließen. Da kann man sich vorstellen, dass das natürlich nicht innerhalb eines kurzen Zeitraums möglich ist, der dann aber in einer Pandemie eben nur zur Verfügung steht.

Der dritte Punkt sind die Datenschutzvorgaben. Auch hier hatte ich schon ausgeführt: Es gibt die Datenschutzgrundverordnung und man kann die aber genauso auslegen, wie sie eben niedergeschrieben ist, man kann aber auch noch strenger vorgehen. Und unsere Erfahrung ist eben, dass eher eine strengere Auslegung an den Kliniken praktiziert wird. Das verzögert dann auch den Start von Studien noch weiter.

An diesen drei Punkten wird jetzt sehr intensiv gearbeitet, sowohl im Netzwerk Universitätsmedizin als auch in vielen anderen Initiativen. Ich hatte hier auch über verschiedene Erfolge berichtet, zum Beispiel „Eine Studie - ein Votum“ oder die Standardvertragsklauseln, aber das reicht eben noch nicht aus. Ich würde sagen, wir sind jetzt ein kleines Stück vorangekommen, aber es muss trotzdem noch viel passieren. Ein übergreifendes Problem, was sicherlich diese drei großen bürokratischen Hürden, die ich gerade genannt habe, noch befeuert, ist die noch defizitäre Digitalisierung. Das ist dann wie ein lähmender Antikatalysator, kann man vielleicht sagen. Da muss sicherlich auch außerhalb des Bereiches Wissenschaft noch viel passieren, um uns auf den aktuellen Stand zu bringen. Vielen Dank.



SV Prof. Dr. Bernd Salzberger: Ist das durch NUM weitgehend gelöst?

Prof. Dr. Maria Vehreschild (Professorin für Infektiologie am Universitätsklinikum Frankfurt): Wie gesagt, wir haben jetzt angefangen, denke ich. Ich glaube, das NUM ist eine gute Initiative, um dieses Problem zu bearbeiten. Ich finde den Slogan „Kooperation statt Wettbewerb“, der trifft es wirklich genau. Aber wir sind noch längst nicht am Ziel.

Die **Vorsitzende:** Vielen Dank. - Damit kommen wir zur Fraktion Die Linke. Es fragt Professor Rosenbrock erneut.

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe noch eine Frage an Herrn Wächter-Raquet, und dann eine Frage an die Herren Lauterbach und Wieler.

Herr Wächter-Raquet, Sie haben uns gezeigt, dass man solche Impferfolge und auch Präventionserfolge nur erreichen kann, wenn man in die Lebenswelten reingeht und wenn man Personal beraten kann und auf Augenhöhe berät. Bei der Gelegenheit sind Sie sicherlich auch mit Impfgegnern und Impfskeptikern in Berührung gekommen. Was haben Sie als die realen oder vorgeschobenen Gründe für die Skepsis erlebt und wie sind Sie damit umgegangen? Das ist meine Frage.

Eine Frage an die Herren Lauterbach und Wieler. Da es sehr schnell bekannt war, dass das Risiko der Infektion, das Risiko für schwere Verläufe und auch für Mortalität in den Menschen mit geringem sozioökonomischem Status eineinhalb bis dreifach erhöht war: Warum waren diese Gruppen nicht bei der Impfpriorisierung berücksichtigt worden? Warum beschränkten Sie sich auf die Gruppen der Vorerkrankten und der Älteren und haben die Gruppen der Armen – ich sage es einmal pauschal – nicht beachtet?

Marcus Wächter-Raquet (Fachreferent der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.): Ich würde mich kurzhalten. Ich hatte es schon gesagt, das ist ein Zitat einer Person. Ich gehe davon aus, dass die Menschen ein grundlegendes Misstrauen hatten und Fake News, wie wir es nennen, auf sehr fruchtbaren Boden gefallen sind und dass quasi die Spritze, die Schwarze angeblich töten sollte, nur

deswegen auch angenommen wurde von der Community, weil es Vorerfahrungen gibt, zum Beispiel mit dem Thema Rassismus. Wir wissen, was in den Generationen davor passiert ist. Das hat auch dazu geführt, dass die Skepsis gegenüber der Impfung so hoch war. Empathie zu zeigen für dieses Thema und für das Empfinden der Leute und da auch dranzubleiben – ich glaube, das war total wichtig.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Vielen Dank. Ich will zunächst einmal richtigstellen, was Herr Lausen eben hier in den Raum geworfen hat. Es gibt keine dramatische Sterblichkeit durch die Impfung. Das können Sie so nicht sagen. Sie können hier nicht die Leute maßregeln, man wäre nicht vorbereitet. Das gilt in erster Linie mal für Sie. Die Sterblichkeit lag deutlich unter 1:100 000. Ich habe eben schon das Risiko der Myokarditis und der Perikarditis vorgetragen und die thrombozytopenische Thrombose. Auch bei der Myokarditis haben – Gott sei Dank – die meisten Menschen überlebt. Das ist nicht so, dass die alle gestorben wären. Daher können hier solche Dinge nicht einfach stehen gelassen werden.

Es stimmt, Armut war ein Risiko, aber im Vergleich zur Armut war tatsächlich eine Vorerkrankung oder das Alter ein noch viel höheres Risiko. Das ist einfach so. Wenn ich jetzt gesunde Alte heranziehe, dann haben wir trotzdem ein höheres Risiko als junge Arme. Daher kann man die Armut mitberücksichtigen. Ich habe selbst am Wiener Platz, in der ärmsten Gegenwart des Wahlkreises geimpft, um dort Ärmere zur Impfung zu bewegen und denen zu helfen. Das ist richtig. Das ist auch in Bremen hervorragend gemacht worden, das möchte ich hier würdigen. Auch die damalige Gesundheitsministerin Bernhard hat das sehr engagiert gemacht. Somit ist das alles unbenommen. Aber wir hatten erstens die Daten zur Armut nicht. Wir können uns nicht auf solche Daten zurückbeziehen. Zum Zweiten: Viele Arme haben auch tatsächlich, das muss man leider zugeben, diese schweren Erkrankungen. Sie sind häufiger Diabetiker, sie sind häufiger mit einer Herzinsuffizienz unterwegs, sie haben häufiger eine COPD [Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Chronisch obstruktive Lungenerkrankung], sie haben häufiger ein schweres Asthma. Somit haben wir einen Teil der Armen erfasst durch diese



Begleiterkrankungen, aber die Daten über Armut selbst hatten wir nicht. Wie gesagt, Alter und Vorerkrankungen sind ein noch größerer Risikofaktor als alleinige Armut.

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Ja, Herr Rosenbrock, das ist eine sehr gute Frage. Zunächst noch einmal zur Genese. Das war ein Teil der Antwort, die ich der Kollegin dort drüben geben werde. Zunächst einmal macht die Priorisierung natürlich letztlich die STIKO, die ständige Impfkommission, aber eine der Lehren aus dieser Pandemie, die vom Impfmanagement aus meiner Sicht ausgezeichnet gelaufen ist bezüglich der Logistik, ist eben, dass genau diese Risikogruppen bei der Bewertung nicht im Vordergrund standen oder nicht hinreichend berücksichtigt wurden. Ja, ein Teil von diesen Menschen, der sogenannten vulnerablen Gruppen oder die, die diesen geringen sozioökonomischen Gradienten haben, den das Robert Koch-Institut vor einigen Jahren etabliert hat, sind natürlich hochgradig assoziiert mit den Krankheiten. Insofern haben wir da eine Überschneidung, aber in Zukunft müsste man diesem wirklich mehr Gewicht schenken. Das ist auch ein Grund, warum ich den sozioökonomischen Status in meinem Eingangsstatement genannt habe.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit haben wir die zweite Runde abgeschlossen und beginnen die dritte Runde wieder mit der Unionsfraktion. Und Professor Schmidt bekommt das Wort.

SV Prof. Dr. Christoph M. Schmidt: Ja, ganz herzlichen Dank. Meine Fragen schließen sich sehr gut an die Frage der sozialen Disparitäten, die gerade aufgeworfen wurde, an.

Ich glaube, wenn es zwei Konsenselemente gibt in der wissenschaftlichen Diskussion, die sich in den vergangenen Jahren herausgestellt haben, dann ist der Zugang zu Daten ein entscheidender Punkt. Das wurde heute auch sehr deutlich gemacht, zum Beispiel von Herrn Karagiannidis, aber auch gerade eben mit dem Thema der Digitalisierung. Ein anderes Element ist die Multidisziplinarität in den Entscheidungsgremien. Ich kenne keinen Wissenschaftler, der sich da nie anschließen würde, dass es fruchtbar gewesen wäre, dort eine

größere fachliche Breite und mehrere Perspektiven einzubringen. Nun sind Ad-hoc-Gremien wahrscheinlich in einer akuten Krise unvermeidbar; dass man sich auf sie beruft, sie einberuft und sich ihrer bedient. Herr Professor Berner hat mich ein bisschen getriggert mit seinem großen Lob auf die Multidisziplinarität oder Interdisziplinarität im Expertenrat im Kanzleramt. Ich sage es einmal zugespitzt: Einen Landrat und einen Bildungsexperten zu lauter Medizinerinnen dazuzutun ist nicht das Verständnis von Interdisziplinarität, das ich jetzt an den Tag legen würde. Ich würde Sie gerne fragen, ob das denn tatsächlich ausreicht und ob es wirklich dieses große Lob verdient hat. Insbesondere wenn man an Regulierungen wie das Infektionsschutzgesetz denkt, kann man es auch auf den Punkt bringen: Das sind Regulierungen, die über das Verändern, das Beeinflussen menschlichen Verhaltens in Funktionssystemen, in gesellschaftlichen Funktionssystemen versuchen, mit einer Krise umzugehen, die von Viren erzeugt worden ist. Aber das regelt nicht das Verhalten von Viren, also brauche ich doch offensichtlich andere Perspektiven, andere fachliche Perspektiven. Da würde ich Sie gerne um Einschätzung bitten. Ich würde das gerne ausweiten auf Herrn Lauterbach und Herrn Wieler und die Frage einfach so stellen: Welche Disziplinen würden Sie aus der heutigen Sicht vielleicht in den Entscheidungsgremien besser eingebunden wissen, in denen Sie auch gewirkt haben? Was würden Sie sagen, was fehlt besonders? Denn man kann nicht 50 Leute in ein Gremium nehmen.

Prof. Dr. Reinhard Berner (Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Vorsitzender der Ständigen Impfkommission): Also ich glaube, dass das Lob, oder ich möchte es jetzt auch nicht Lob nennen, aber ich glaube, es ist ein Schritt nach vorne gewesen, eine interdisziplinäre Kommission einzuberufen. Ob die in ihrer Besetzung ideal gewesen ist oder ob man andere Experten noch dazu gebraucht hätte, ist eine andere Frage. Die möchte ich auch nicht bewerten und kann ich auch nicht bewerten. Man braucht in einer Krise sicher mehr als virologische, infektiologische, medizinische Expertise, aber der Punkt, der mir dabei wichtig ist, ist, dass es in dieser Runde gelungen ist, unterschiedliche



Aspekte aus der Bevölkerung, aber auch aus der Wissenschaft, aus der Medizin und aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst einzubringen, zu diskutieren und zu einer in aller Regel – wir haben ja viele Stellungnahmen veröffentlicht – gemeinsamen Einschätzung zu kommen. Ob die Besetzung, wie gesagt, so ideal gewesen ist, ist eine andere Frage. Das wollte ich auch mit meinem Statement nicht gesagt haben, dass das mit der Besetzung genau so richtig gewesen ist. Aber die Tatsache, sie interdisziplinär zu besetzen, ist richtig gewesen.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Ja, ich schließe mich an. Also in der Tat war der Corona-Expertenrat nicht unsere einzige Wissensquelle, sondern wir haben darüber hinaus natürlich auch andere Wissenschaftler regelmäßig hinzugezogen.

Wovon ich zum Beispiel glaubte, stark zu profitieren, war die Stimme der Verhaltenspsychologie. Frau Cornelia Betsch hat im Expertenrat, aber auch in anderen Gremien mich immer wieder beraten und da habe ich eine Menge gelernt; weil – Sie haben es ja eben angesprochen – das Verhalten der Menschen muss beeinflusst werden durch Informationen, die auf eine bestimmte Art und Weise dann auch vorgetragen werden müssen. Da kann ich mich an Möglichkeiten erinnern, wo ich etwas anders gemacht hätte, ich es dann aber so gemacht habe, wie Frau Betsch es empfohlen hat, und es ist besser gewesen.

Lange Rede, kurzer Sinn: Also gerade diese ökonomische Expertise, die Sie indirekt ansprechen, aber auch die psychologische, verhaltenspsychologische Expertise, muss man, glaube ich, stärker gewichten und das werden wir sicherlich heute noch stärker strukturiert einwenden.

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Herr Schmidt, jetzt könnte ich ganz frech zurückantworten, wie interdisziplinär denn das Expertengremium war, in dem Sie gesessen sind, als Sie die gesetzlichen Grundlagen bewertet haben. Aber das bin ich natürlich nicht.

Ich möchte zwei Dinge dazu sagen. Erstens: Was wirklich wichtig ist zu verstehen, und das möchte

ich wirklich ganz klar machen: Das Robert Koch-Institut hatte das gesetzliche Mandat der Beratung, und im Robert Koch-Institut arbeiten Menschen aus – ich habe die Zahl vergessen – 50, 90 verschiedenen Disziplinen. Das heißt also, nach außen heißt es immer, es wären nur Epidemiologen und Virologen – das ist falsch.

Die **Vorsitzende**: Jetzt kommen wir erneut zur AfD-Fraktion, und es fragt Frau Dr. Pfeil.

SV Dr. Beate Sibylle Pfeil: Danke, Frau Vorsitzende. Meine Fragen gehen an den Herrn Professor Lauterbach und den Herrn Professor Wieler.

Herr Professor Lauterbach, der von Ihnen scharf kritisierte Dr. Sterz hat die Auslassung verschiedener Prüfungen im Rahmen der Zulassungsprüfung der COVID-Impfstoffe kritisiert. Wenn ich aus der rechtlichen Sicht darauf blicke, sehe ich definitiv, dass diese COVID-Impfstoffe von der Evidenz her, von der wissenschaftlichen Seite her, Gentherapeutika waren. Man hat sie EU-rechtlich von den schärferen Zulassungsvoraussetzungen für Gentherapeutika ausgenommen. Dies erklärt auch, warum die erbgutschädigende und krebserregende Wirkung dieser Stoffe definitiv nicht geprüft wurde. Das wurde auch durch die EMA bestätigt. Dazu passt für mich auch die Tatsache, dass die Impfstoffhersteller von vornherein und bis heute keinerlei Garantie für die Wirksamkeit und Sicherheit dieser Impfstoffe abgegeben haben, sich im Gegenteil von fast jeder Haftung haben ausnehmen lassen. Sie kennen diese Verträge sicher in- und auswendig. Für mich passt dazu auch, dass man vorübergehend in der Hochphase mit einer Verordnung des BMG erreicht hat, dass diese Impfstoffe nicht mehr mit Produktinformation und Beipackzetteln versehen werden müssten, was für mich als Juristin das ganz große Problem aufwirft: Wie konnten dann die Ärzte noch ordnungsgemäß aufklären? Für mich wirft das angesichts der Aussage des hier im Dezember anwesenden Ex-Kollegen [Jens] Spahn, der hier auch gesagt hat, diese Impfstoffe waren von vornherein nicht auf Wirksamkeit ausgerichtet im Sinne eines Fremdschutzes - - Das Ganze wurde im Übrigen auch bestätigt durch die WHO. Wie konnte vor diesem Hintergrund – aus meiner Sicht zumindest – im Blindflug 2G, 3G und vor allem diese einrichtungsbezogene Impfpflicht verfügt



werden?

Ergänzend eine kurze Frage an den Herrn Professor Wieler. Aus den Krisenstabsprotokollen des RKI sehe ich zum Beispiel, dass die Fachkollegen sehr wohl wussten, dass es bei schweren COVID-Verläufen, die es zweifellos gab, Menschen mit Lungenentzündung auf der Intensivstation an Tag sieben bis zehn Gefahr laufen, hyperallergene Reaktionen zu entwickeln. Warum wurde diese potenziell lebensrettende Information nicht öffentlich gemacht? Danke schön.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Ich versuche, die Fehler in der Art und Weise, wie Sie die Frage formulieren, zu korrigieren.

Es wurden wichtige Prüfschritte bei der beschleunigten Prüfung nicht übergangen, sondern ineinander verschachtelt. Das sogenannte Teleskop-Design wurde angewendet; das heißt, man hat versucht, Zeit zu gewinnen, indem man Prüfschritte parallelisiert hat, die sonst hintereinander stattfänden, um Zeit zu gewinnen. Das ist aber nicht auf Kosten der Sicherheit gegangen, wie sich dann später bei der Auswertung der Nebenwirkungen gezeigt hat.

Zum Zweiten sprechen wir von Gentherapeutika. Durch die RNA-Impfstoffe, die gegeben worden sind, ist der DNA-bedingte Stoffwechsel des Menschen nicht beeinflusst worden. Der Mensch kann diese Umleitung nicht darstellen, weil ihm das Enzym, die Reverse Transkriptase, fehlt. Daher kann ein RNA-Impfstoff nicht dazu führen – einfach ausgedrückt –, dass die DNA plötzlich verrückt spinnt und sich Tumore entwickeln und so weiter. Das ist eben nicht der Fall. Es hat sich daher auch nicht gezeigt, wie ich eben ausweislich der großen Studie von 28 Millionen Menschen in Frankreich, versucht habe darzustellen – Das Erbgut ist daher nicht geschädigt worden. Es ist eben auch genau nicht zu einer Häufung von Krebserkrankungen gekommen, sondern im Gegenteil: Die Sterblichkeit bei denjenigen, die in Krebsbehandlung waren, mit Immunmodulatoren ist sogar gesenkt worden. Natürlich hat es am Anfang einen Fremdschutz gegeben. Der ist auch in den Studien nachgewiesen worden. Beim Wildtyp war zuerst in den COVID-Studien ein Fremdschutz, der hat dann später nicht gehalten. Der war bei der Delta-Variante schon etwas abgeschwächt. Bei

Omikron war er weitestgehend weg. Aber am Anfang hat es auch einen Fremdschutz gegeben. Das ist unbestritten.

Der letzte Punkt, den Sie auch falsch gesagt haben, ist, dass es weiter die Produktinformationen gab. Der Unterschied ist nur, ob sie jedes Mal in einem Beipackzettel mitliegen müssen oder ob sie digital abgerufen werden können. Diese Information ist natürlich zu jedem Zeitpunkt bekannt gewesen. Die haben wir Impfähilfen auch regelmäßig upgedatet gesehen. Wenn etwas dazu kam, gab es zum Beispiel einen roten Handbrief, wie es Mitte 2021 beim AstraZeneca-Impfstoff der Fall war, sodass die impfenden Ärzte direkt auf ein Risiko hingewiesen worden sind.

Die **Vorsitzende**: Herr Professor Wieler kann in der Zeit leider nicht mehr antworten in der Zeit. Die Antwort heben wir uns für die vierte Runde auf.

Ich habe vorhin schon einmal gesagt, dass Bild- und Tonaufnahmen von der Tribüne aus verboten sind. Ich möchte Sie bitten, Ihre Fotos, die Sie gerade gemacht haben, zu löschen.

[Zuschauerin: Ich habe keine Fotos zu löschen.

Ich habe das als Lupe genommen.]

Ach so okay. Nur weil wir hier auf der Tribüne ziemlich viel Unruhe haben, bitte ich Sie damit tatsächlich sensibel, umzugehen.

Für die SPD-Fraktion in der nächsten Fragerunde bekommt Frau Seitzl das Wort.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen herzlichen Dank. Ich würde gerne noch einmal auf Fragen zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems eingehen. Ich würde gerne Herrn Professor Karagiannidis noch einmal fragen, welche strukturellen Defizite im Gesundheitswesen in der Pandemie besonders sichtbar geworden sind und was der Bund jetzt noch einmal gemeinsam mit den Ländern aus Ihrer Sicht priorisieren muss, damit das System in der nächsten Krise schneller und robuster wird.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Leitender Oberarzt und Professor am Lehrstuhl für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke): Ich glaube, ein ganz wichtiger Punkt ist die Datenverfügbarkeit. Ich hatte eben schon gesagt, dass wir mit dem Intensivregister, mit dem DEMIS [Deutsches Elektronisches Melde- und



Informationssystem für den Infektionsschutz], dem System Abwassermonitoring, glaube ich, auch vieles richtig gemacht haben.

Was uns im Moment fehlt, ist die Real-Time-Übersicht, die man vollautomatisiert machen muss. Die Betonung liegt wirklich auf „vollautomatisiert“ aufgrund der hohen bürokratischen Arbeitslast, die wir im Moment haben. Wo wir aber in Deutschland ein riesiges Defizit haben, ist die Verfügbarkeit der Patientendaten. Jetzt haben wir in der letzten Legislatur die Einführung der elektronischen Patientenakte gehabt, nachdem Ulla Schmidt die schon 25 Jahre vorher angekündigt hatte. Was uns aber trotzdem im Klinikalltag fehlt, ist, dass wir ganz oft nicht wissen, was die Patientinnen und Patienten haben. Ich würde Ihnen empfehlen, einmal zu schauen, was Spanien im Moment macht. Die Region in Katalonien – das sind ungefähr acht Millionen Menschen, so um Barcelona herum –, hat gesagt - - Und da war es das Ministerium von der Governance-Struktur her: „Wir wollen gucken, dass wir die Patienten besser therapiert bekommen. Wir wollen, dass jeder im Gesundheitswesen Zugriff auf die Daten hat. Wir wollen insbesondere auch gucken, ob wir in den Daten Risikokonstellationen finden, die eine frühzeitige Diagnostik und Therapie ermöglichen.“ Deswegen bauen die jetzt ein System, und das macht IBM [International Business Machines] mit der deutschen Beta Group und noch anderen Anbietern zusammen, wo die Gesundheitsdaten von allen Einrichtungen von den Patienten reinfließen und ich als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter im Gesundheitswesen Zugriff auf diese Patientendaten habe.

Ganz konkret würde das bedeuten, dass es nicht so ist, wie im Moment, dass wir uns, wenn zum Beispiel ein Patient auf die Intensivstation oder in die Notaufnahme kommt, ans Telefon hängen und nach ein oder zwei Tagen jemanden in der Hausarztpraxis erreichen, weil die auch maximal überlastet sind, die uns dann ein Fax von den Patienten schicken; sondern das würde bedeuten, dass man jederzeit Zugriff darauf hat, zum Beispiel, wie das Echo, also eine Herzuntersuchung, von dem Patienten vor sechs Monaten war oder vielleicht eine Computertomographie und haben die auch zur Verfügung. Das wäre im deutschen Gesundheitswesen ein absoluter Quantensprung. Das ersetzt auch nicht die elektronische

Patientenakte, weil die auf individueller Ebene ist. Ich würde Ihnen wirklich sehr empfehlen, sich einmal dieses spanische System anzuschauen. Während der Pandemie hat das NHS [National Health Service] das so gemacht, dass es ein breitflächiges Screening gab von den Patienten. Die Menschen haben ihren positiven COVID-Befund hochladen können im NHS. Man hat die durchgescannt und dann, wenn eine Hochrisikokonstellation vorgelegen hat, wurden die auch aktiv kontaktiert. Das sind genau diese Mechanismen, wie man die Sterblichkeit der Bevölkerung nach unten bringt und wie man vor allen Dingen durch die Verfügbarkeit von Informationen die Therapie verbessert. Das gilt nicht nur für die Pandemie, sondern das gilt wirklich für jeden einzelnen der 17 Millionen Patienten, die wir jeden Tag im Krankenhaus behandeln.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Daran anknüpfend noch mal die Frage – Sie haben jetzt gerade auch die Verknüpfung ambulante Versorgung mit der Krankenhausversorgung angesprochen –: Gibt es da aus Ihrer Sicht noch weitere Dinge, die wir jetzt angehen müssten, um diese Patientenpfade vielleicht besser zu steuern und dann auch den ambulanten mit dem stationären Bereich vielleicht noch mal besser zu verzahnen?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Leitender Oberarzt und Professor am Lehrstuhl für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke): Ja, wir haben im Moment immer noch die Situation, dass wir sehr stark in Sektoren denken. Wir denken im Gesundheitswesen immer aus der Sicht des Leistungserbringers. Wir denken ganz selten aus der Sicht des Patienten oder der Patientin. Ich glaube, wir würden sehr gut daran tun, dass wir uns in die Sicht des Patienten versetzen und gucken: Wie bekommen wir ihn durch dieses extrem komplizierte System besser durchgesteuert?

Ein ganz wesentlicher Punkt ist sicherlich das aktuelle Gesetzgebungsverfahren, das irgendwann kommen wird, zum Primärversorgungssystem in Deutschland. Ich würde Ihnen empfehlen, sehr stark darauf zu achten, dass man ein System baut, was den Patienten durch dieses Dickicht durchleitet. Dazu gehört natürlich auch eine vernünftige Ersteinschätzung, gerade im



Notfallbereich. Deswegen ist auch die Notfallreform zusammen mit dem Primärversorgungssystem so wichtig. Und ich würde mich wirklich darauf konzentrieren, dass wir frühzeitig die Patienten in ein System heranführen, das zum Beispiel über eine Software einschätzen kann, „Wie krank ist der Patient? Wo muss er hin?“ und das den Patienten dann auch vernünftig durchleitet. Ich glaube, da sind wir im Moment nicht gut. Wir müssen raus aus diesem Sektorendenken.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank für diese Punktlandung. Jetzt sind wir wieder bei der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Frau Dr. Piechotta.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Professor Karagiannidis. Der AfD-Sachverständige hat hier gerade behauptet, dass in der Pandemie die Intensivstationen nicht überlastet waren. Warum ist das falsch?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Leitender Oberarzt und Professor am Lehrstuhl für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke): Ich will es noch mal aus der internen Sicht schildern, weil die Zahlen auf dem Papier nicht immer alles reflektieren.

Es ist so, dass Sie einen riesigen Unterschied haben, ob Sie einen Patienten haben, der einen akuten Herzinfarkt hat, total starke Brustschmerzen, einen Stent bekommt, danach total glücklich ist, auf der Intensivstation liegt und die Auto Bild liest, im Vergleich zu einem Patienten, der beatmet ist und um sein Leben kämpft. Es ist so, dass wir in etwa zu normalen Zeiten 25 Prozent beatmete Patienten auf der Intensivstation hatten. In der Pandemie waren das ungefähr 50 Prozent – das ist der Faktor zwei. Ich hatte eben schon mal gesagt, dass wir in der Spitze mindestens dreimal bis zu 6 000 Patienten gleichzeitig mit COVID hatten. Das ist der Faktor zwei zu der stärksten Influenza-Welle, die wir insgesamt hatten. Die Erkrankung selbst ist extrem schwierig gewesen. Die Liegezeit, die durchschnittliche Beatmungszeit ist ungefähr doppelt so lange wie bei der Influenza, also nochmal der Faktor zwei. Zusammengenommen zeigt das, wie viel stärker die Belastung durch die Erkrankung war, dadurch, dass viele extrem schwer Kranke auf den Intensivstationen waren. Das geht

auch nicht zwingend immer nur aus der reinen Zahl hervor, die man vielleicht so öffentlich ablesen kann.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Die nächste Frage stellt Professor Salzberger.

SV **Prof. Dr. Bernd Salzberger**: Vielen Dank. Ich habe noch mal eine Frage an Herrn Wieler und gegebenenfalls auch an Herrn Lauterbach. Wir haben eine Pandemie gehabt. Wenn wir hier darüber diskutieren, wie Zulassungen gelaufen sind, dann sieht das immer nur so aus, als hätten wir das in Deutschland alleine gemacht. Die Zulassungen sind fast parallel in den USA, in ganz Europa und eben auch dann in Deutschland gelaufen. Wie sind denn die Zulassungsvereinbarungen oder die Studienvereinbarungen über diese Entwicklung von Impfstoffen gelaufen? Das betrifft nicht nur Comirnaty, das betrifft auch die Moderna-Studie und auch die AstraZeneca-Daten. Das ist ja koordiniert worden. Herr Wieler, vielleicht können Sie das kommentieren.

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Ich bin ja nicht der Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts gewesen; das Paul-Ehrlich-Institut ist ja dafür zuständig. Das ist auch so wichtig, dass das unterschiedliche Institutionen sind; dass das Robert Koch-Institut eben die Studien nach der Zulassung macht, also die Real-Life-Daten. Die sind ganz wichtig, weil in den Zulassungsstudien, das sind in der Regel klinisch randomisierte Studien, die den höchsten Evidenzgrad haben. Aber diese Studien haben natürlich ein Problem: Sie schließen bestimmte Gruppen, die geimpft werden, nachher einfach aus. Das ist so. Sie haben die höchsten Effektstärken, weil sie dann eben hoch vergleichbar sind. Aber die Daten, auch die Nebenwirkungsdaten, werden natürlich eher später, wenn diese Impfstoffe oder alle Medikamente im Feld sind, gesehen, gerade wenn sie ganz selten vorkommen. Aber wenn ich das richtig verstanden habe. Wir haben in Europa eine EMA [Europäische Arzneimittel-Agentur] – das ist eine Institution, die diese Zulassung europaweit macht. Wir haben in Deutschland mit dem Paul-Ehrlich-Institut und dem BfArM [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte] zwei sehr



starke Institutionen, die diese EMA stark unterstützen und auch ihre Fachexpertise zur Verfügung gestellt haben. Und was bei der Zulassung dieser Impfstoffe grundsätzlich etwas war, was vorher so in der Intensität noch nicht gemacht wurde, war dieses rollierende Verfahren, dass man eben nicht erst die erste Fragestellung beantwortet hat, die dann bearbeitet hat und dann das Ergebnis abgewartet hat und dann erst mit der nächsten Stufe angefangen hat. Sondern man hat das parallel gemacht, um Zeit zu sparen, was aber nichts an der Zuverlässigkeit und der Präzision der Studie ändert. Man hat den Zeitraum einfach sinnhaft verkürzt.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): In der Tat, so war es. Darüber hinaus sind aber auch internationale Studien ausgewertet worden. Eine erstklassige Datenbasis hat Israel gehabt, weil Israel ein System hat, wo tatsächlich aus den Routine-Daten Nebenwirkungen von Medikamenten und auch von Impfstoffen sehr schnell gesehen werden können. Diese Daten sind international viel beachtet worden. Wir waren auch zum Teil mit der israelischen Krankheitsverwaltung, also Regierung, im Austausch zu diesen Daten, sodass wir zum Beispiel dann sehr früh auch wussten: Sind diese Impfstoffe auch vertretbar für Schwangere, ja oder nein? Das hätten wir aus den eigenen Daten so schnell nicht ablesen können.

SV Prof. Dr. Bernd Salzberger: Kleine Zusatzfrage: Brauchen wir ein Impfstoffregister?

Die **Vorsitzende:** Diese Antwort müssen wir auf die nächste Runde verschieben und haben damit Runde drei abgeschlossen und kommen zur Runde vier. - Es fragt für die Unionsfraktion Professor Kluge, der online zugeschaltet ist.

SV Prof. Dr. Stefan Kluge: Ganz herzlichen Dank an die Sachverständigen und Experten, vielen Dank.

Ich habe eine Frage an Frau Professor Vehreschild. Vielen Dank für Ihre Ausführungen zu den Defiziten der Forschungsleistung in Deutschland. Nun sind die Forscher/-innen und Ärzt/-innen relativ willig, aber die Institutionen machen uns das Leben schwer. Sie haben das sehr treffend charakterisiert. Sie haben das Netzwerk Universitätsmedizin als kleinen Lichtblick genannt. Da ist jetzt sehr viel Geld im System. Das ist auch

zu begrüßen. Auf der anderen Seite sehen wir, dass der Verwaltungs-, der Bürokratieaufwand auch beim Netzwerk Universitätsmedizin sehr, sehr hoch ist. Auch wenn wir bei den Ethikkommissionen, unabhängig von diesem Thema, Fortschritte gemacht haben – Sie haben es gesagt, „Eine Studie - ein Votum“ –, sehen wir doch, dass die Rechtsabteilungen nun teilweise Studien blockieren. Ich habe eine Studie, wo eine Rechtsabteilung in einem Klinikum in Deutschland sieben Monate für die Bearbeitung gebraucht hat, obwohl das an 20 Unikliniken bereits freigegeben war von den dortigen Rechtsabteilungen. Können Sie noch mal beschreiben – Sie haben das schon getan, aber es ist sehr wichtig, es noch mal ganz fokussiert zu sagen –: Wo sind die dringendsten Schritte und wie können wir es wirklich erreichen, dass wir alle nicht nur von Bürokratieabbau reden, gerade jetzt in Bezug auf Forschung, sondern dass das auch wirklich stattfindet?

Prof. Dr. Maria Vehreschild (Professorin für Infektiologie am Universitätsklinikum Frankfurt): Vielen Dank. Das ist eine sehr wichtige Frage. Was Sie da beschreiben, dass also, obwohl es das Netzwerk Universitätsmedizin gibt, auch innerhalb dessen Dinge noch bürokratisch sind, das liegt natürlich daran, dass der Projektträger, also der DLR [Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt], dem Netzwerk auch Vorgaben macht und dem DLR wiederum das BMFTR [Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt]. Das heißt, der wirkliche Bürokratieabbau, kann eigentlich nicht von den Forscherinnen und Forschern kommen, die in diesem Netzwerk arbeiten, sondern der muss von einer übergeordneten Ebene kommen.

Da sind wir dann wieder bei den Punkten, die ich auch in meinem Statement schon einmal angesprochen hatte. Wir haben auch gerade im NUM immer Förderphasen, die haben einen ganz klaren Anfang und ein definiertes Ende. Wer klinische Forschung betreibt, der weiß, dass Forschung eben leider nicht immer mit einem klaren Anfang und Ende zu versehen ist und dass man im Rahmen der Forschung auch Dinge herausfindet oder unerwartete Hürden auftreten, die eben dazu führen, dass eine Flexibilität notwendig wird. Das ist aber im deutschen Haushaltsrecht überhaupt nicht angelegt. Das heißt, wir betreiben zum Beispiel jetzt eine adaptive



Plattformstudie im Netzwerk Universitätsmedizin, aber so eine Plattformstudie lebt davon, dass Ergebnisse, die im Laufe der Studie statistisch analysiert werden oder auch Ergebnisse, die von außen oder außerhalb der Studie bekannt werden, sich auf die Teilnehmerzahl auswirken. Das heißt, ich müsste jetzt in diesem klar definierten Projekt spontan die Laufzeit und die Teilnehmerzahl ändern. Das ist quasi unmöglich in dem für die Personen gesetzten Rahmen, die eben forschen sollen. Hier brauchen wir, glaube ich, eine Veränderung, die nicht auf der Ebene der Forscher ist, sondern viel weiter darüber. Jetzt habe ich vergessen, was Ihre zweite Frage war.

SV Prof. Dr. Stefan Kluge: Sie haben die Frage im Prinzip beantwortet. Ich habe noch eine zweite Frage an Herrn Wächter-Raquet und möchte Sie noch einmal beglückwünschen zu dieser Bremer Initiative damals. Ich leite selber eine sehr große Intensivstation und wir haben auch schwere Belastungssituationen erlebt. Wir dürfen auch nicht vergessen, dass wir immer Betten freihalten müssen. Ich erinnere mich an eine Nacht, wo wir sieben Patienten auf einmal auf eine Intensivstation aufnehmen mussten. Das heißt, wir brauchen auch Freiraum, um solche akuten Krisen dann zu bewerkstelligen. Da haben wir in den folgenden Wellen gesehen, dass in der Tat, wie bei Ihnen schon anklang, schlecht informierte Menschen häufiger kamen, die ungeimpft waren und die Sprachbarrieren hatten und davon nichts wussten. Da hat uns der Föderalismus jetzt nicht geholfen. Bremen war da wirklich führend in der Impfkommunikation. Wie können wir das schaffen bei der nächsten Pandemie, dass wir da besser werden? Was ist Ihr Rat an uns?

Marcus Wächter-Raquet (Fachreferent der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.): Ich würde sagen, Sie müssen sich ganz genau die Barrieren angucken, die bei den Menschen bestehen, bezüglich der Gesundheitsinformationen. Das heißt, wir hatten Zugriff auf mehrsprachige Informationen, die aber trotzdem teilweise viel zu hochschwellig waren. Was man im Prinzip jetzt schon vorhalten müsste, ist so ein Projekt, wie wir das mit den Gesundheitsfachkräften haben. Das heißt, diese Informationskanäle, die wir damals aufgebaut haben, haben wir bis heute offengehalten und das, glaube ich, bräuchte man auch in der

Fläche.

Die **Vorsitzende:** Vielen herzlichen Dank auch für diese Punktlandung. - Und wir kommen zur AfD-Fraktion und Frau Dr. Baum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank. Herr Professor Wieler, ich bitte Sie um eine Antwort. Und zwar wurden Sie am 12. November 2020 in einem Phoenix-Interview von einem Reporter gefragt, wie Sie die Wahrscheinlichkeit eines Impfstoffes innerhalb der nächsten sechs Monate beurteilen. Und Sie antworteten wörtlich, ich zitiere:

„Wir gehen alle davon aus, dass im nächsten Jahr Impfstoffe zugelassen werden. Wir wissen nicht genau, wie sie wirken, wie gut sie wirken, was die bewirken. Aber ich bin sehr optimistisch, dass es Impfstoffe geben wird.“

Wir wissen, es hat keine sechs Monate gedauert, sondern nur sechs Wochen. Und dieses Gentherapeutikum, das fälschlicherweise als Impfstoff bezeichnet wurde, wurde verabreicht, und zwar an Milliarden von Menschen weltweit. Ein Therapeutikum, dessen Wirkung nicht bekannt war. Also ich bezeichne das genau wie der Herr Dr. Sterz als Menschenversuch. Wie beurteilen Sie dieses Vorgehen, die Anwendung eines – praktisch – Medikamentes, dessen Wirkung nicht bekannt war?

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Herzlichen Dank, Frau Baum, für die Frage, wo Sie aber meiner Ansicht nach zwei Dinge miteinander vermischen, die man so nicht vermischen kann. Ich gehe mal davon aus, dass ich das so gesagt habe. Warum habe ich das so gesagt? Weil man die genaue Wirkung, den genauen Impfstoff, die Dosierung, die Abstände, in denen geimpft wird, die Impfstoffwirkung, also die Effektivität, zum Beispiel auf die Verhinderung von Tod oder auf die Verhinderung von Übertragung, natürlich erst dann kennt, wenn die klinischen Studien gelaufen sind. Vorher kann man das nicht wissen. Man hofft natürlich, dass die Zahlen hoch sind. Aber natürlich kann man zu einem Zeitpunkt, wo der Impfstoff noch nicht zugelassen ist, nichts darüber sagen. Das heißt, zu einem bestimmten Zeitpunkt



hat man bestimmte Kenntnisse oder man hat sie eben nicht.

Der zweite Aspekt, den Sie angesprochen haben, ist in zweierlei Hinsicht nicht korrekt. Das Erste: Es ist gar kein Gentherapeutikum, sondern ein Impfstoff, der aus einer Substanz besteht, die mRNA heißt und synthetisch hergestellt wurde. Das ist ein synthetisches, hergestelltes Impfantigen. Nur die Besonderheit an diesem Impfantigen ist – und das ist im Prinzip in der Verwendung als Impfstoff zu der Zeit neu gewesen; natürlich kannte man schon länger die Wirkung von mRNA –, dass diese Information dazu dient, dass die menschliche Zelle – übrigens auch die tierische Zelle – selber das Impfantigen produzieren. Das heißt also, man hat eine sehr intensive Produktion des Impfantigen und dadurch regt man die Immunantwort sehr gut an. Das heißt also, es ist ein effektives Impfantigen, ist aber kein Gentherapeutikum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Danke schön. Im Grunde genommen haben Sie jetzt aber bestätigt, dass man praktisch die Impfung dann während der Gabe ja noch mal getestet hat; wenn Sie sagen: „Wir wussten zu dem Zeitpunkt nicht, wie es wirkt.“

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Das ist nicht korrekt. Bitte verdrehen Sie mir nicht das Wort im Mund. Das Prinzip des Impfstoffes ist die Verwendung einer Information, die der Körper nutzt, um das Impfantigen herzustellen. Aber natürlich ist das in klinischen Studien vorher getestet worden. Und das Prinzip ist natürlich von In-vitro-Versuchen bekannt. Das heißt also, man hat nicht einen Menschenversuch durchgeführt, sondern man hat vorher zeigen können, dass diese Art des Impfstoffes einen effektiven Impfschutz vermittelt.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Danke schön. Ich habe noch eine Frage an Herrn Professor Lauterbach. Während der Debatte zur allgemeinen Impfpflicht habe ich in einer Zwischenintervention auf die damals bereits vorliegenden hohen Zahlen von schweren Nebenwirkungen aufmerksam gemacht. Im Sicherheitsbericht vom PEI vom 31. Dezember 2024 werden 350 868 Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und 63 909 davon als schwerwiegende aufgelistet. Darunter viele Kinder und Jugendliche, die überhaupt nie gefährdet

waren durch Corona und die heute pflegebedürftig sind und deren ursprüngliches Leben in der Form vorbei ist. Wir haben auch von der Untererfassung gehört, die es bei diesen Meldungen gibt. Ich habe mir Faktor 10 notiert, aber eben haben wir von Herrn Dr. Sterz sogar Faktor 30 gehört. Dafür sind Sie hauptverantwortlich. Zum einen, weil Sie behauptet haben, dass die Impfung keine Nebenwirkungen habe, und zum anderen, weil Sie so massiven Druck auf die Bevölkerung ausgeübt haben, dass die meisten gar keinen anderen Ausweg gesehen haben, als dieses Medikament zu nehmen. Die Bürger haben Ihnen vertraut – das haben Sie auch im Interview gesagt – als Arzt, aber vor allem auch als Gesundheitsminister. Nun sind sie krank, ohne Aussicht auf Heilung. Eigentlich wollte ich Sie fragen, wie Sie Ihr Verhalten damals und Ihr Agieren heute mit etwas Abstand sehen.

Die **Vorsitzende**: Das können Sie gleich in der nächsten Runde machen. Wir haben noch zwei Runden, in denen auch die AfD Fragen stellen darf. - Wir kommen jetzt zur SPD-Fraktion und Frau Seitzl.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Frau Dr. Baum, auch wenn Sie Ihre Behauptung immer wieder wiederholen: sie werden damit nicht richtiger. Ich möchte mich ganz herzlich bei der großen Fachexpertise bedanken, die wir hier heute versammelt haben, und auch bei dem verständlichen Darlegen der Fakten, das wir heute gehört haben. Ich würde es normalerweise nicht machen, aber weil die Beschuldigungen schon sehr heftig sind, würde ich gerne Herrn Professor Lauterbach die Möglichkeit geben, darauf zu reagieren, was Frau Dr. Baum gerade formuliert hat.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Ja, ganz genau. Ich habe eben selbst gesagt, dass es 350 000 Verdachtsfälle gegeben hat, die das Paul-Ehrlich-Institut ausgewertet hat. Aber wie gesagt, das sind Verdachtsfälle, und das sind keine bestätigten Nebenwirkungen. Das heißt, wenn ich den Verdachtsfall gemeldet bekomme, dann wird genau geprüft, ob es tatsächlich ein Zusammenhang mit der Impfung ist, der hier da ist. Und wenn es ein solches Signal gibt, wird das dann ausgewertet. So ist man zu den Zahlen gekommen, die ich vorgetragen habe. Daher ist die Impfung in den Nebenwirkungen genau so, wie ich es eben



vorgetragen habe. Die wichtigsten Nebenwirkungen haben Herr Wieler und ich immer wieder auch untereinander ausgetauscht. Die Größenordnung habe ich Ihnen eben vorgetragen.

Sie sagen, Sie hätten von Herrn Sterz etwas gehört. Das mag sein, aber es wird damit nicht richtig. Sie müssen schon die wissenschaftliche Erkenntnis dort abholen, wo sie publiziert wird, in den Top-Journalen und in den dafür zuständigen Gremien. Der Versuch, hier Unsicherheit zu säen und mit Unterstellungen eine Unsicherheit zu schüren, hat einen hohen Preis. Denn wenn wir noch einmal in eine solche Situation kommen, dann werden wir das Vertrauen der Bevölkerung benötigen. Sie tragen wesentlich dazu bei, dass wir das Vertrauen dann nicht haben werden. Das muss auch als Nebenwirkung Ihrer Äußerung gesehen werden.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Herzlichen Dank, Herr Professor Lauterbach, für die Beantwortung dieser Frage. Ich würde gerne noch einmal zum Thema Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens zurückgehen und würde gerne meine Frage an Herrn Wächter-Raquet stellen. Sie haben berichtet, dass Sie diese Impfkampagne durchgeführt haben. Aber in dem Rahmen und auch im Rahmen der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin haben Sie sicherlich auch sehr viel mit der Frage, wie die unterschiedlichen Ebenen eingebunden werden können, zu tun. Deswegen meine Frage, wie Sie die Rolle der kommunalen Einwendung, der regionalen Steuerung und auch die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern für die Krisenbewältigung sehen und bewerten und welche Governance-Strukturen vielleicht dauerhaft auch gestärkt werden sollten.

Marcus Wächter-Raquet (Fachreferent der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.): Ich bin ein Vertreter einer NGO, das muss ich einmal sagen. Wahrscheinlich kann man die Impfkampagne in Bremen ganz gut als Beispiel heranziehen, um das zu beantworten, was Sie benannt haben. Wir wurden als NGO damals beauftragt, nicht die Impfkampagne umzusetzen, sondern wir waren vorwiegend im Bereich der Kommunikation tätig, haben in diesem Zusammenhang aber mit den unterschiedlichsten Ressorts – und das ist wirklich zu betonen –, auch mit dem Ressort Bildung, mit dem Ressort Soziales

und auch mit dem Ressort Gesundheit sehr gut zusammengearbeitet. Das ist etwas, was einem nicht einfach so gelingt. Wir haben auch – in Bremen ist die kommunale Ebene ein bisschen schwieriger zu definieren – mit der kommunalen Ebene, also der Stadt Bremen und der Stadt Bremerhaven sehr gut zusammengearbeitet und dort mit den Gesundheitsämtern. Das heißt, wir waren oft ein Mediator zwischen den verschiedenen Ebenen, die sich da gezeigt haben und konnten eben auch vernetzen.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Dann noch zum Schluss vielleicht eine kurze Frage an Professor Karl Lauterbach zur Frage, künftige Krisenvorsorge zu organisieren. Sie haben jetzt nur kurz Zeit, aber vielleicht könnten Sie dazu noch mal was sagen. Wie müsste die organisiert werden, gerade mit Blick auf Vorratshaltung, Beschaffung und regionale Verteilung von Schutzmaterialien?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): In der Tat, da haben wir in der Pandemie sehr viel dazugelernt. Was man auf jeden Fall braucht, sind Schutzmaterialien – die müssen vorgehalten werden. Es muss entsprechend auch vertraglich gesichert sein, dass Firmen, die Impfstoff produzieren können, diese Impfstoffe schnell für ein Land produzieren. Das kann man durch Bereitschaftsverträge machen. Abwassermonitoring muss am Platz sein und nicht erst aufgebaut werden, wenn man damit beginnt. Die Gesundheitsämter müssen besser ausgestattet werden. Die von Professor Wieler dargestellte Vernetzung der Gesundheitsämter und auch die bessere Ausstattung sind noch nicht erreichte Desiderata, die wir unbedingt umsetzen müssen. Insgesamt, muss man sagen, sind wir in vielen dieser Punkte heute besser vorbereitet als früher. Es ist aber noch ein Weg zu gehen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit kommen wir zu Frau Dr. Piechotta und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Professor Berner, gerade kam schon die Frage nach dem Impfberegister. Insgesamt kann man festhalten, dass wir in der Corona-Krise Vertrauen verloren haben. Die Impfskepsis ist heute in Deutschland größer als vor der Pandemie. Was muss man in zukünftigen ähnlichen Ereignissen, auch auf Bundesebene, besser



machen? Kann da auch ein Impfreister tatsächlich einen Beitrag leisten?

Prof. Dr. Reinhard Berner (Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Vorsitzender der Ständigen Impfkommission): Nach meiner Einschätzung würde ein Impfreister helfen. Aber ich glaube, was viel entscheidender ist, ist die Kommunikation von Impfzielen, Impfstrategien und natürlich auch die Kommunikation zur Sicherheit und Verträglichkeit oder auch, wenn es nicht so ist, der Nichtverträglichkeit von Impfstoffen. Da haben wir in Bremen ein hervorragendes Beispiel gehört. Wir müssen auch versuchen, an die Menschen heranzukommen, die ja - - Noch einmal anders angefangen: Ich glaube, der allergrößte Teil der Menschen in Deutschland ist nicht impfskeptisch – er ist unsicher. Er braucht Informationen, die korrekt sind. Er braucht Informationen, die er verstehen kann und er braucht auch Informationen, die für ihn zugänglich sind. Ich glaube, das ist ein wesentlicher Schritt, den wir auch aus der Pandemie und aus den einzelnen Modellen, die wir heute auch gehört haben, lernen können und mitnehmen müssen. Man muss versuchen, die Menschen mehr zu erreichen und sie von den Impfzielen und der Bedeutung von Impfungen für ihre Gesundheit zu überzeugen.

Abg. Dr. Paula Piechotta (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen herzlichen Dank. Professor Wieler, die Unabhängigkeit des RKI wird insbesondere seit der Corona-Pandemie immer wieder öffentlich in Frage gestellt, nicht zuletzt auch heute hier in diesem Raum. Es ist so, dass Sie auf der einen Seite tatsächlich eine weisungsgebundene Bundesbehörde sind, auf der anderen Seite auch wissenschaftlich beraten sollen und die Öffentlichkeit oft erwartet, dass wissenschaftliche Beratung auch unabhängig ist. Was wäre aus Ihrer Sicht eine gute Lösung, um tatsächlich gegebenenfalls die Teile des RKI, die beratend oder wissenschaftlich tätig sind, unabhängig auch für die Öffentlichkeit sichtbar aufzustellen? Oder ist aus Ihrer Sicht an der Stelle keine Veränderung notwendig?

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.):

Ich habe tatsächlich heute noch nicht gehört, dass das diskutiert wurde, aber das wird natürlich diskutiert. Das Robert Koch-Institut ist eine Bundesoberbehörde. Das heißt also, es ist eine Institution, die einen klaren Rechtsrahmen hat, mit einer klaren Aufgabe. Das ist grundsätzlich erst einmal sehr begrüßenswert, weil sie damit nämlich auch rechenschaftspflichtig ist und man ganz klar überprüfen kann, ob diese Institution ihr Mandat wahrnehmen kann. Man kann auch überprüfen, ob sie für das Mandat hinreichend Ressourcen hat und ausgestattet ist. Der zweite Aspekt ist: Mit dieser behördlichen Struktur ist natürlich die Unabhängigkeit grundsätzlich eingeschränkt. Das ist klar, das ist ein Rechtsrahmen. Es gibt in Deutschland auch unter anderem Beamte, die ebenfalls einer bestimmten Struktur unterliegen, und die gibt es mit gutem Grund. Die wissenschaftliche Beratung wiederum ist unabhängig. Das heißt also, das, was wissenschaftlich erarbeitet wird am Robert Koch-Institut, ist nach internationalem Standard erarbeitet. Mit den besten Methoden, Kompetenzen, die man haben kann; zum Beispiel unter anderem mit Laboren, in denen man wirklich Fachwissen auch über Infektionserreger hat, unter anderem mit jahrelanger Befassung mit Pandemieplänen. Das ist auch ein wichtiger Aspekt. Ich habe aber bereits öffentlich schon mal den Vorschlag unterbreitet, dass man das Robert Koch-Institut auch als eine Anstalt öffentlichen Rechts führen könnte. Das heißt dann nach meinem Verständnis – ich bin kein Jurist, Gott sei Dank, sage ich nur, das ist nicht mein Fach –, dass es eine etwas größere Unabhängigkeit hat. Das ist das, was ich den Gesetzestexten entnehmen kann, und ich hielte das für eine gute Option.

Abg. Dr. Paula Piechotta (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen herzlichen Dank. Die letzte Frage an Professor Lauterbach. Am Ende haben wir in Deutschland sehr, sehr viele Impfdosen bestellt. Während man insgesamt auf der Welt gesehen hat, dass viele Länder und Nationen nicht genug Impfstoff hatten. Als wir dann als Deutschland Impfstoff abgeben wollten, war das zu einer Phase, wo kaum noch andere Länder den abnehmen wollten. Wie können wir in der nächsten Pandemie tatsächlich als Deutschland zu einer gerechteren Impfstoffverteilung weltweit beitragen?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für



Gesundheit a. D.): Ja, vielen Dank. Wir haben insgesamt 120 Millionen Dosen Impfstoff, wenn ich das richtig in Erinnerung habe, an COVAX [COVID-19 Vaccines Global Access], also die Organisation gespendet, die den Impfstoff für ärmere Länder verfügbar gemacht hat. Das war guter Impfstoff. Das war richtig. Aber wir hätten wahrscheinlich auch früher Impfstoff entbehren können. Wir haben vor meiner Zeit mit der EU sehr großzügige Verträge geschlossen. Die mussten dann bedient werden. Da haben wir dann zum Teil tatsächlich auch deutlich mehr Impfstoff abnehmen müssen, als wir noch benötigt haben. Wären wir da mit der Abgabe flexibler gewesen, hätte das wahrscheinlich geholfen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit haben wir die vierte Runde abgeschlossen und kommen nun zur fünften Runde. Und für die Unionsfraktion fragt der Kollege Rohwer.

Abg. **Lars Rohwer** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich möchte eine Frage an Professor Berner stellen. Herr Professor Berner, wir haben ja durchaus das eine oder andere Gespräch schon führen können, auch in Dresden, weil Sie Leiter der Kinder- und Jugendmedizin in Dresden sind. Das Thema Kindeswohl will ich auch heute in der Anhörung noch einmal in den Mittelpunkt stellen. Sie haben aber auch als Mitglied im Corona-Expertenrat an mehreren Stellungnahmen intensiv mitgearbeitet und haben immer wieder betont, dass das Kindeswohl im Pandemie-Management als eigenständiger Maßstab berücksichtigt werden soll. Jetzt sind wir nicht in der Nachbetrachtung, sondern ich möchte bewusst in die Zukunft gehen. Welche strukturellen Voraussetzungen braucht es aus Ihrer Sicht, damit das Kindeswohl in künftigen Pandemielagen, wie sie auch immer gestaltet sind, systematischer als eigenständiger Maßstab in das politisch-administrative Handeln, in die Entscheidungen eingebunden werden kann?

Prof. Dr. Reinhard Berner (Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Vorsitzender der Ständigen Impfkommision): Das ist vielleicht auch eher eine juristische Frage, die ich auch so gar nicht beantworten kann. Ich glaube, es braucht zum einen das Grundverständnis, dass die Rechte des Kindes und das Wohl des Kindes in Dingen und in Angelegenheiten, die das Kind

betreffen, berücksichtigt werden müssen. Welche Wege man dafür findet - - Man könnte natürlich ein Grundrecht einführen, man könnte dieses Recht in die Verfassung aufnehmen. Das würde dann bedeuten, dass bei jedem Gesetzesvorhaben, das verabschiedet wird, diese Frage berücksichtigt werden muss. Ob dieser formale Weg zwingend notwendig ist, kann ich nicht beurteilen. Ich glaube, was es braucht, ist, dass man in Krisen – und diese Krisen können pandemische Krisen, aber auch andere Krisen sein –, dass man das, was für die Gesundheit, die psychische Gesundheit und die körperliche Gesundheit der Kinder notwendig ist, bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Dafür braucht man, glaube ich, auch die Notwendigkeit, dass man die Stimme derjenigen, die für die Kinderrechte eintreten, dann auch systematisch einfordert und hört. Dafür müssen meines Erachtens Strukturen geschaffen werden. Ich glaube schon, wenn man das Grundrecht anerkennen und damit auch die Verpflichtung eingehen würde, diese Frage zu berücksichtigen, wäre man einen wesentlichen Schritt weiter.

Abg. **Lars Rohwer** (CDU/CSU): Wenn wir auf das Thema Bildung an dieser Stelle schauen, weil Kinder in dieser Zeit Bildung zu integrieren, dann muss aber eine Pandemielage auch mal situativ reagieren können. Wir hatten auch Schulschließungen, bekanntlich. Worauf würden Sie uns empfehlen den Fokus zu legen, damit wir dieses Bildungsrecht, was schon verankert ist, auch mehr in den Blickpunkt nehmen in dem Pandemiegeschehen?

Prof. Dr. Reinhard Berner (Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Vorsitzender der Ständigen Impfkommision): Ich glaube, das gehört wieder zu der Frage „das Recht des Kindes“. Wir haben in der Pandemie gelernt, wie wichtig Schule und Bildung sind. Die Schule hat einen Bildungs-, aber auch einen Erziehungsauftrag. Gerade für die Familien, die – das ist vorhin angesprochen worden – arm sind, die sozial benachteiligt sind, ist die Schule an vielen Stellen der einzige Ort, wo sie erreicht und abgeholt werden können. Das gilt für Gesundheitsfragen und auch für die Fragen der digitalen Medien im Übrigen, was auch eine richtige Frage ist. Ich glaube, da hat die Schule



einen wesentlichen Auftrag. Die Schule muss in dieser Funktion gestärkt werden. Sie braucht auch entsprechende Unterstützung durch Gesundheits- oder auch psychologische oder Sozialfachkräfte. Ich glaube, man muss die Institutionen Schule, die Bildungsinstitutionen, aber auch die Erziehungsinstitutionen stärken und dafür Voraussetzungen schaffen; und eben auch Voraussetzungen dafür schaffen, dass dieses Recht auf schulische Bildung und das Recht auf die Durchführung des Unterrichts in der Schule auch in diesen Krisen nachhaltig berücksichtigt wird.

SV Carolin Kubbe: Ich würde gleich danach anschließen. Welche Empfehlungen würden Sie denn mit Blick auf den Schulerziehungsauftrag und den Bildungsauftrag für Kinder und Jugendliche, die in diesem Pandemiegeschehen nicht an der Schule teilnehmen können, aussprechen?

Prof. Dr. Reinhard Berner (Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Vorsitzender der Ständigen Impfkommission): Ja, da gibt es natürlich verschiedene Modelle. Das würde jetzt zu sehr ins Detail gehen. Man kann diese Kinder – das haben wir bei Long COVID zum Teil umgesetzt – mit Avataren am Schulunterricht teilnehmen lassen. Ich glaube, man müsste sich erst einmal ein Bild darüber verschaffen: Wie viele Kinder nehmen denn überhaupt nicht am Schulunterricht teil und warum nicht? Und ich glaube, für diese Kinder gibt es schon Möglichkeiten. Das wissen Sie aus der Kinderonkologie, aus anderen Erfahrungen, die wir gemacht haben. Man kann Kinder, die nicht in die Schule gehen können, am Schulunterricht teilnehmen lassen.

Die **Vorsitzende:** Vielen Dank. - Damit kommen wir zur AfD-Fraktion. Herr Lamely, bitte schön.

Abg. **Pierre Lamely** (AfD): Vielen Dank. - Sehr geehrter Herr Professor Dr. Lauterbach, Sie haben die Aussagen einiger Experten eingeordnet. Vielleicht ist es dann auch fair, wenn wir einige Ihrer Aussagen einordnen. Sie haben sich nämlich vorhin zum Thema Zulassung geäußert und auch gesagt, es gab bei der Impfung einen Fremdschutz. Ich erinnere mich jetzt an eine Sitzung des COVI-Ausschusses in Brüssel. Das ist ein Ausschuss, ähnlich diesem hier, nur des Europäischen

Parlaments. Da gab es eine Sitzung am 10. Oktober [2022]. Ich war auch selbst dort. Dort war Janine Small, eine hochrangige Pfizer-Vertreterin, vor Ort und hat auf die Frage des Abgeordneten Robert Roos, der wissen wollte, ob vor der Markteinführung getestet wurde, ob der COVID-Impfstoff von Pfizer hinsichtlich einer Verhinderung der Übertragung des Virus getestet wurde, erklärt, dass dies nicht der Fall war. Sie und viele andere Politiker haben dem Impfstoff eine Eigenschaft zugesprochen, die der Hersteller selbst nicht angepriesen hat. Aber Sie haben noch etwas ganz anderes gesagt: Sie haben 2020, also noch vor der Bundestagswahl, öffentlich per Twitter erklärt: „Wenn die Impfung gut wirkt, wird auch freiwillig geimpft, dann keine Impfpflicht nötig.“ Nach der Bundestagswahl haben Sie als Bundesgesundheitsminister aktiv für eine Impfpflicht geworben und die politisch vorangetrieben, weil Ihnen die Impfquote zu niedrig war. Daher meine ganz konkrete Frage: Wie erklären Sie denn diesen deutlichen Positionswechsel, insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich die grundlegende Wirkweise der Impfstoffe in dem Zeitraum wahrscheinlich nicht fundamental geändert hat? Die zweite Frage: Warum sollten Bürger diesen Kurswechsel nicht als politisch motiviert wahrnehmen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass scheinbar vor Wahlen regelmäßig andere Maßstäbe gelten als in der Regierungsverantwortung? Vielen Dank.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Vielen Dank. Zunächst einmal: Woher wussten wir, als der Impfstoff dann zum Beispiel in den randomisiert kontrollierten Studien eingesetzt wurde, die zur Zulassung geführt haben, dass es doch einen gewissen Fremdschutz gab? Weil die Studien es gezeigt haben. Natürlich war das nicht der Grund für die Zulassung, sondern der Grund für die Zulassung war, dass der Impfstoff die Sterblichkeit deutlich senken konnte. Wir haben dann in der Folge gesehen, dass es für ein paar Monate einen Schutz vor der Ansteckung gegeben hat. Das hat sich später verkürzt. Bei der Delta-Variante war es schon weniger, und bei der Omikron-Variante war der Fremdschutz weitestgehend weg. Aber die Zulassungsstudien haben im Wesentlichen geprüft, ob der Impfstoff wirkt und vor Hospitalisierung und vor schweren Verläufen schützt. Das konnte in den



Zulassungsstudien gezeigt werden. Daher ist der Impfstoff zugelassen worden.

Natürlich bin ich, bevor der Impfstoff da war, davon ausgegangen, dass die Impfbereitschaft bei einem guten Impfstoff ausreichen würde, um die Menschen zur Impfung zu bewegen. Dann ist die Impfbereitschaft später geringer gewesen, insbesondere in der zweiten Hälfte 2021 hat sie bei den Erstimpfungen deutlich nachgelassen. Bei den Booster-Impfungen haben wir tatsächlich noch einmal eine hohe Bereitschaft gesehen, da haben wir zum Teil noch einmal bis zu einer Million Impfungen pro Tag erreicht. Aber bei den Erstimpfungen sind wir über die 70 Prozent, die ungefähr erreicht waren, nicht hinweggekommen. Es gab damals Modellierungen von der DIVI [Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin], die gezeigt haben, dass damit weiterhin eine hohe Belastung auf den Intensivstationen in den kommenden Monaten zu befürchten gewesen wäre. Das hat sich dann auch gezeigt. Ich habe eben schon darauf hingewiesen, dass COVID-verfügbare Betten, freie Betten für die COVID-Patienten, runter waren auf ungefähr 5 Prozent der Kapazität, zu dem Zeitpunkt, als ich ins Amt gekommen bin. Dass unter diesen Umständen zumindest die Debatte geführt werden konnte, ob man eine Impfpflicht braucht oder nicht, war wissenschaftlich nicht strittig.

Abg. **Pierre Lamely** (AfD): Die Frage ist aber eine ganz andere, die ich gestellt habe. Scheinbar wissen Sie früher und besser von der Produkteigenschaft als der Hersteller selber, was ich bemerkenswert finde. Aber die Frage ist auch das grundlegende Vertrauen, was die Leute hatten. Ich meine, in dem dritten Jahr der Pandemie waren Sie schon Gesundheitsminister. Da wurde plötzlich der Genesenenstatus von sechs Monaten auf 90 Tage reduziert, was dazu geführt hat, dass, wenn man mit dem Auto um den Bodensee gefahren ist, man mal drei, mal sechs oder mal zwölf Monate als genesen -

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Lassen Sie mich das erläutern, sonst läuft die Zeit weg.

Abg. **Pierre Lamely** (AfD): Dann müssen Sie sich doch gefallen lassen, dass die Bürger bei solchen offenkundig inkonsistenten Regelungen kein Vertrauen in ihren gesundheitspolitischen

Entscheidungen haben.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Lassen Sie mich das kurz erläutern, sodass nicht schon wieder eine Verunsicherung im Raum steht, die ich dann nicht mehr rechtzeitig korrigieren kann.

Durch die Omikron-Variante war tatsächlich die Situation die, dass der Genesenenstatus nicht mehr so lange schützte. Daher hat das Robert Koch-Institut völlig zu Recht den Genesenenstatus von sechs Monaten -

Abg. **Pierre Lamely** (AfD): - Aber nur auf deutscher Seite des Bodensees.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): - auf drei Monate verkürzt, weil die Variante wissenschaftlich eine andere Nutzung der Dauer des Genesenenstatus notwendig gemacht hat. Das war der Grund.

Die **Vorsitzende**: Die Menschen verstehen nur, wenn einer spricht und nicht zwei gleichzeitig ins Mikrofon sprechen. Man muss nur, wenn man eine Antwort haben möchte, auch die Gelegenheit geben, eine Antwort zu erhalten. Dann kommen wir alle zueinander.

Wir kommen zur SPD-Fraktion. Frau Seitzl bekommt das Wort.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich möchte gerne noch einmal auf etwas eingehen, was Sie, Herr Professor Berner, in der vorherigen Runde gesagt haben, nämlich zur Frage der Akzeptanz der Impfstoffe und der Bedeutung von Kommunikationen, von Impfzielen, von Impfwirkungen und vielleicht auch Nebenwirkungen. Wir haben schon viel vom Beispiel Bremen lokal gehört. Aber vielleicht könnten Sie noch einmal darlegen, wie die STIKO vielleicht mit dieser Frage der Kommunikation umgeht. Haben Sie Ihre Strategie verändert? Ist das etwas, was Sie in den Fokus nehmen? Das wäre meine Frage.

Prof. Dr. Reinhard Berner (Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, Vorsitzender der Ständigen Impfkommision): Der gesetzliche Auftrag der STIKO ist, auf wissenschaftlicher Grundlage Impfeempfehlungen



auszusprechen. Die Impfkommunikation ist im Wesentlichen am Ende auch auf das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit übertragen. Aber natürlich macht sich die STIKO Gedanken: Wie kann sie ihre Empfehlungen so formulieren, dass sie verstehbar und akzeptierbar sind? Wie kann sie ihren Impfkalender, ihre Impfeempfehlungen so formulieren, dass sie für die Menschen – und das gilt bei vielen der Impfungen, vor allem für junge Familien – untergebracht werden können in die Entwicklung des Kindes? Wir haben zuletzt Impfeempfehlungen der STIKO zurückgenommen, weil wir gesagt haben, wir wollen das Impfprogramm für die Kinder schlanker machen, um die Akzeptanz zu erhöhen, dass es einfacher wird, zu impfen. Aber ich glaube, das Grundverständnis und die Frage, die uns in der STIKO bewegt, ist: Wie kann man die Gruppen erreichen, die unsicher sind, die über die üblichen Kommunikationswege, die über Litfaßsäulen oder das Fernsehen verbreitet werden, nicht erreichen? Da ist wieder das Bremer Beispiel: Man muss im Grunde auf diese Bevölkerungsgruppen in die Gemeinde, in die Stadt hineingehen und vielleicht auch die Schulen dafür nutzen, Impfaufklärung in den verschiedenen Klassenstufen umzusetzen.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Die Frage nach Fehlinformationen oder nach Sorgen und Ängsten, die betrifft nicht nur das Thema Impfen während der Corona-Pandemie, sondern wir sehen es auch schon allein bei der Frage: Wie schwer denn die Corona-Pandemie eigentlich wirklich? Wie gefährlich war das Virus? Stimmen die Daten und Zahlen bei den Intensivbetten? Und so weiter und so fort. Deswegen dazu nochmal meine Frage an Professor Wieler: Wie kann wissenschaftliche Risikokommunikation aus Ihrer Sicht künftig so gestaltet werden, dass Unsicherheiten transparent benannt werden, ohne Vertrauen zu verlieren und ohne Desinformation zusätzlichen Raum zu geben?

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Also es wird immer Desinformation geben. Das hängt natürlich von der Kommunikation ab, mit der Sie Risiken kommunizieren. Aber selbstverständlich können Sie damit Desinformation nicht unterbinden.

Ein wesentlicher Punkt, um den Spielraum vielleicht einzugrenzen, ist eine größtmögliche

Transparenz. Ich hatte in meinem Eingangsstatement darauf hingewiesen, dass das Gesundheitssystem bezüglich des Umgangs mit Daten sehr intransparent ist. Das heißt, wir haben die wesentlichen Daten vorhanden – Herr Karagiannidis hat das ebenfalls angemerkt –, aber diese Daten werden nicht in genügender Art und Weise sichtbar gemacht, sodass man auch in Zeiten, wo man eben keine Krise hat, natürlich den Menschen in unserem Land gar nicht die Gelegenheit gibt, wirklich tiefere Einblicke in das Gesundheitssystem zu bekommen. Es ist schwierig, die Kommunikation in einem Krisenstatus plötzlich dergestalt zu ändern, dass man einen Tatsachenbestand, der sehr komplex ist, vermitteln will. Schauen Sie, in unserem Land gibt es wahnsinnig viele Krankenhäuser. Wir wissen alle, dass es Krankenhäuser gibt, die nicht die Leistungsstärke haben, die sie brauchen. Trotzdem gelingt es nicht, Krankenhäuser zu restrukturieren und die Patientenversorgung zu verbessern. Das alles hängt eben unter anderem damit zusammen, dass es wirklich schwer ist, zu vermitteln, was in Krankenhäusern wirklich geschieht und wie Patientenströme sind, wie Patienten qualitativ hochwertig behandelt werden können. Das heißt also, das Gesundheitssystem ist wahrscheinlich das Komplexeste, was ich weltweit kenne. Es gibt so ein Bild, ich weiß gar nicht, wie viele Institutionen da sind, das ist einfach schwer verständlich. Und das muss einfach reformiert werden. Dann kann man den Menschen auch besser erklären, was eigentlich mit einem Patienten in einem System geschieht. Und der zweite Aspekt: Wir haben gar keinen Überblick über die Kosten. Die gesetzlich Versicherten wissen gar nicht, was Behandlungen zum Beispiel kosten. Was ich sagen will, ist: Im Gesundheitssystem gibt es zu viel Intransparenz. Diese aufzuheben, wäre auch wichtig für eine zukünftige Diskussion.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit haben wir auch Runde fünf abgeschlossen und beginnen die Runde sechs mit der Unionsfraktion und Professor Dr. Kluge.

SV **Prof. Dr. Stefan Kluge**: Vielen Dank. Ich habe eine Frage an Professor Wieler. Sie waren in der entscheidenden Phase Präsident des RKI und der Föderalismus in Deutschland, der ist Fluch und Segen zugleich. Natürlich brauchen wir zentrale Maßnahmen, die ad hoc umgesetzt werden. Auf der



anderen Seite ist es auch richtig, dass föderale Strukturen existieren. Das Infektionsgeschehen war während der Pandemie dann auch im Verlauf sehr unterschiedlich. Wir hatten dann Hotspots, hohe Inzidenzen, niedrige Inzidenzen. Insofern sind unterschiedliche Maßnahmen notwendig. Aber vielleicht noch mal aus Ihrer Sicht: Wo wäre bei einer zukünftigen Pandemie der Föderalismus etwas zu begrenzen? Wo müssen Entscheidungen zentral getroffen werden, von welchem Gremium auch immer? Darüber haben wir in den letzten Sitzungen schon sehr viel gehört. Können Sie darauf noch mal eingehen? Weil ich glaube, das ist ein zentraler Punkt, um wirklich handlungsfähig zu sein in so einer Pandemie.

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Also ich werde sicher nicht unser Grundgesetz ändern und den Föderalismus eingrenzen. Nein, im Gegenteil bin ich sogar fest davon überzeugt, dass das eine Stärke unseres Landes ist. Allerdings muss natürlich der Föderalismus dann auch vor Ort so gelebt werden, dass er für die Menschen dienbar ist und handelbar. Der Kollege aus Bremen hat das schön gezeigt, dass das offensichtlich in unserem föderalen System geht. Unabhängig davon braucht es natürlich eine zentrale Institution, die bestimmte national gültige, sichtbare, einheitliche Informationen vermittelt. Das ist in dem Fall, wenn es um Infektionskrisen geht, das Robert Koch-Institut und das ist auch in dem Maße geschehen. Wie das dann in den einzelnen Ländern umgesetzt wird, das ist eben etwas, was das Robert Koch-Institut auch gar nicht vorgibt. Also das Robert Koch-Institut gibt zum Beispiel nicht vor, dass ein Patient oder ein Infizierter zwei Wochen in seinem Wohnzimmer eingesperrt wird. Das ist die Aufgabe von lokalen Behörden. Ich bin da einmal darauf angesprochen worden, tatsächlich von einer Bundesministerin, wie das RKI dazu käme, dafür zu sorgen, dass ein vierjähriges Kind zwei Wochen in seinem Zimmer eingesperrt wird. Das ist natürlich eine Maßnahme, die überzogen ist und nicht kindgerecht. Das heißt also, es muss eine nationale Institution geben, die Rahmenbedingungen setzt. Aber vor Ort in der Kommune, dort geschehen die Dinge.

Hier ist ein Punkt, den ich während der Pandemie sicher für verbesserungswürdig gehalten habe.

Schauen Sie, wir sind ein Rechtsstaat und es gibt Verordnungen, die haben eine Umsetzungsfrist. Wenn man am Sonntagabend eine Idee aufbaut oder benennt und am Montagmorgen erwartet, dass diese Idee umgesetzt wird, dann ist das natürlich weder aus meiner Sicht gesetzeskonform, noch dient es der Vertrauensbildung der Bevölkerung. Das heißt also, wenn man über drei, vier Ebenen hinunter etwas beschließt, was dann dort umgesetzt werden muss, dann muss es einen Weg geben, einen Operationalisierungsweg, der in der Lage ist, die Umsetzung von bestimmten Beschlüssen auch wirklich durchzuführen. Das ist etwas, was wir sicher aus dieser Krise lernen mussten oder hoffentlich lernen müssen. Es kann nicht sein, dass ein Bürgermeister abends erfährt, dass er morgens früh die Schulen schließen muss. Das geht natürlich nicht und ist auch nicht rechtskonform. Das hat aber nichts mit Föderalismus zu tun.

Wo aus meiner Sicht Föderalismus in dieser Krise tatsächlich ein Problem oder eine Herausforderung war, war die Art und Weise, dass einzelne Länder, aus was auch immer für Gründen – Profilierungssucht, was auch immer – bestimmte Dinge als Erste getan haben oder bestimmte Dinge besonders intensiv betrieben haben. Das sind aber Gründe, die haben nichts mit Föderalismus zu tun, sondern die haben mit den handelnden Personen zu tun. Das ist ein Aspekt, den man nun mal im Kopf haben muss. Wir sind alles Menschen mit bestimmten Hintergründen, Gefühlen und Wünschen. Wir müssen ständig schauen, dass wir dem Auftrag, den wir als Beamte insbesondere nachkommen, dass wir nämlich der Bevölkerung zu dienen haben, dass wir den immer im Kopf haben. Der Föderalismus als System ist nicht der Punkt. Der Punkt ist, wie Menschen ihn leben und umsetzen.

SV Prof. Dr. Stefan Kluge: Vielen Dank.

Die **Vorsitzende:** Dann schließen wir diese Fragerunde der Unionsfraktion ab. Es kommt gleich noch ein längerer Block. - Wir kommen zur AfD-Fraktion und es fragt Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine erste Frage geht an den Professor Lauterbach. Ich habe die Fragen so formuliert, dass Ja- und Nein-Antworten ohne Probleme und ohne Gesichtsverlust möglich sind



und ich würde darum bitten, wenn möglich, auch so zu antworten. Ist Ihnen die Phase-III-Zulassungsstudie von BioNTech-Pfizer bekannt? Ja oder nein?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Ja.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ist Ihnen bekannt, dass von den 43 000 Teilnehmern am Ende nur etwa 36 500 in die Studie und Endauswertung eingegangen sind? Ist Ihnen das bekannt?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Das kann sein. So genau erinnere ich die Studie natürlich nicht, dass ich jetzt genau wüsste, wie viele Leute aus welchen Gründen ausgeschlossen wurden.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Es ist so. Sie können auch noch einmal nachgucken. Und zwar waren es etwa 18 000 Geimpfte und 18 000, die mit Placebo behandelt wurden. Ist Ihnen bekannt, dass die gesamte Auswertung auf nur zwei Monaten Nachbeobachtung basiert? Ist Ihnen das bekannt?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Nein, das halte ich aber durchaus für plausibel, weil die Auswertung im Prinzip symptomatische Infektion war. Die Studie war so gebaut, dass man das in dieser Zeit feststellen konnte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ist Ihnen bekannt, dass es keine bekannte öffentliche Aufschlüsselung gibt, nach denen diese 150 Studienzentren, wo die Studien stattgefunden hat – die waren weltweit verteilt –, wo die sich befinden und wie die Aufteilung der Studienteilnehmer ist? Ist Ihnen das zufälligerweise bekannt?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Das ist bei sehr vielen Studien üblich. Wieso sollte man die einzelnen Studienzentren -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): - Das werde ich Ihnen gleich sagen.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Dann bin ich sehr gespannt.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Gut. Es wäre insofern spannend, weil die gesamte Studie und alle Ergebnisse der Studie – das ist Ihnen bekannt – auf dem Ergebnis beruhen, dass am Ende 170

Teilnehmer der Studie, davon 162 aus der Geimpfengruppe und acht aus der Placebogruppe, dass auf Basis der Erkenntnisse – dass die symptomatisch eventuell erkrankt oder positiv getestet waren –, dass die gesamte Wirksamkeit des Impfstoffes aus diesen 170 Leuten besteht, die aus 43 000 hervorgegangen sind. Ist Ihnen das bekannt?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Es war umgekehrt, wenn ich Sie da korrigieren darf. Die Zahl der Infektionen war deutlich höher. Also die-

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): - Das habe ich gesagt.

Die **Vorsitzende**: Herr Ziegler, lassen Sie ihn ausreden, bitte.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): In der Placebogruppe waren die deutlich mehr Infektionen. Nein, ich sage ja schon-

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Nein, da haben Sie recht.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Danke, dass Sie das einräumen. Die Statistik war vorab so bestimmt, dass die Studienendpunkte dort erreicht waren.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ich habe Ihnen recht gegeben. Ich bestreite das ja nicht. Ich habe das verwechselt. 162 in der Placebo- und acht in der Geimpfengruppe. Jetzt ist die Frage, und das ist die, die ich mir gestellt habe: Alles, was uns danach erzählt worden ist, beruht auf diesen 170 Leuten. Am Ende ist die Studie entblindet worden. Die andere Hälfte ist nachgeimpft worden. Wir haben keine Kontrollgruppe, was Langzeitwirkungen oder was Wirkungen betrifft. Ist Ihnen das auch bekannt?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Das ist mir nicht bekannt, weil es nicht stimmt. In der Tat -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): - Doch, das stimmt.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): - haben wir danach riesige Nebenwirkungs-Profilatenbanken angelegt, zum Beispiel beim Paul-Ehrlich-Institut, bei der Europäischen Zulassungsbehörde. Wir haben eine Milliarde Impfungen gemacht. Es ist noch nie ein Impfstoff so genau ausgewertet worden in Bezug auf seine Nebenwirkungen.



Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ich habe das verstanden und das war in Anwendung. Und das ist - - In Anwendung ist am Ende ein Menschenexperiment. Das können Sie nicht wegdiskutieren. Dass Sie das so gemacht haben, und die Unterlagen im RKI sagen das auch, dass es genau so war, dass post marketing alle Erkenntnisse gesammelt werden. Und wir bis zum heutigen Tag kriegen keine Daten. Hier habe ich wieder mehrmals gehört, Daten wären so wichtig. Wir kriegen sie nicht, weder vom Paul-Ehrlich-Institut noch die SafeVac App-Studie. Wir bekommen sie einfach nicht.

Wenn Sie sich alle fragen, warum die Leute so impfskeptisch sind, dann liegt das nicht an uns. Das liegt an Ihnen und an Ihrer Art und Weise, wie Sie hier kommunizieren und wie Sie weiter kommuniziert haben. Jeder Mensch, der da draußen sagt: „Ich lasse mich nicht mehr impfen“, der hat seine persönlichen Erfahrungen gemacht. Der hat gesehen, wer sich impfen lassen hat, wie die krank geworden sind, wie die länger krank waren. Die haben gesehen, wer plötzlich Krebs hatte. Aus dem Grund sind die Leute so impfskeptisch. Das liegt nicht an uns. Das liegt an Ihrer Kommunikation. Die war wirklich gruselig. Das haben Sie sich selbst zuzuschreiben, dass die Leute jetzt impfskeptisch sind. Das ist kein Verschulden von unserer Seite, sondern das liegt an Ihrer Kommunikation, an Ihrer Aussage und an den Dingen, die Sie alle drei Tage geändert haben, weil Sie dachten, heute ist das richtig, morgen ist das richtig und übermorgen ist das richtig. Das ist keine Kommunikation, wie man mit der Bevölkerung umgehen soll. Das ist der Grund dafür, dass das so ist, wie es heute ist. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Wir kommen jetzt zur SPD-Fraktion in der Runde abschließend. Danach gibt es noch einen Frageblock.

Weil da oben jetzt zum wiederholten Mal geklatscht wird, möchte ich Sie bitten, den Saal zu verlassen. Ich habe jetzt mehrfach gesagt, oben gibt es keine Beifalls- und Missfallensbekundungen. Wir haben das jetzt mehrfach thematisiert. Ich möchte Sie bitten, den Saal zu verlassen.

Währenddessen bekommt Frau Seitzl das Wort.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn Dr. Sterz. Sie haben geäußert, dass Sie sehr kritisch sind

bezüglich der Impfung und der Technologie, die dahintersteht. Deswegen meine Frage an Sie. Welche konkret umsetzbaren Alternativen hätten denn aus Ihrer Sicht in der damaligen Lage denselben Schutz wie Impfungen gebracht für ältere Menschen, für chronisch Kranke und das Gesundheitssystem insgesamt?

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Man hätte das Gleiche machen können, wie in der klinischen Studie, nämlich die präklinischen Studien ineinander schieben, teleskopieren. Dann hätte man in der nötigen Zeit ausreichend viele Toxizitätsstudien durchführen können. Denn auch wenn Professor Lauterbach sagt, dass diese Substanz Comirnaty bestens untersucht war, ist die Tatsache, dass nur zwei Studien an Ratten durchgeführt wurden -

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Herr Dr. Sterz, Entschuldigung. Ich glaube, Sie haben mich falsch verstanden. Mir geht es nicht darum, Sie zu fragen, wie die Impfstudien zur Zulassung hätten verbessert werden müssen, sondern meine konkrete Frage ist: Welche Maßnahmen hätten wir durchführen müssen, um den gleichen Schutz für die Menschen vor diesem Virus zu erhalten? Darum geht es mir. Welche Maßnahmen wären gleichwertig gewesen zu einer Impfung? Weil nachher geht es um den Schutz der Menschen vor schwerwiegenden Erkrankungen und nachher auch vor dem Tod.

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Die Frage kann ich so nicht beantworten. Ich kann nur sagen, wenn man eine Impfung anbietet, dann muss man diese Impfung sicher machen. Und diese Impfung war nicht sicher.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Danke schön. Das haben wir schon gehört. Dann möchte ich Sie auch noch mal fragen. Sie haben ja 2007, wenn ich das richtig weiß, Pfizer verlassen und sind in den Ruhestand gegangen. Nach dem hat sich Wissenschaft weiterentwickelt, haben sich Technologien weiterentwickelt. Beispielsweise sind die mRNA-Impfstoffe danach entwickelt worden, die mRNA-Technologie hat sich weiterentwickelt und die Forschung darum. Wie haben Sie sich denn diesbezüglich nach dem Erreichen Ihres Ruhestands up to date gehalten?

Dr. Helmut Sterz (Toxikologe): Ich habe sehr intensiv gelesen und gehört, was publiziert worden



ist, insbesondere aus den USA. Die Toxikologie an sich, die macht nicht Halt, bloß weil ich mich in den Ruhestand begeben habe. Man hätte diese Substanzen genauso prüfen müssen wie andere biologische Substanzen. Aber das ist nicht geschehen.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Danke schön. Dann würde ich gerne nochmal an Professor Dr. Karl Lauterbach zurückgeben. Nochmal die Frage: Was wären denn Maßnahmen gewesen, um zum gleichen Schutz zu kommen wie die Impfung?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Es wäre unmöglich gewesen. Also dann wäre die Alternative gewesen, dass die Erstinfektion die Immunität dargestellt hätte. Irgendwann wäre jeder infiziert gewesen. Die Erstinfektion ist immer gefährlicher gewesen als die Impfung. Selbst die Myokarditis, die wir eben als schwere Nebenwirkungen bei den RNA-Impfstoffen festgehalten haben, kommt häufiger bei der Erstinfektion vor, als wenn ich mich impfen lasse. Natürlich wären all die anderen Komplikationen, die mit einer Erstinfektion einhergehen – wie ein Long-COVID-Risiko von sechs Prozent – das Schicksal der Menschen gewesen. Wir hätten keine Alternative gehabt.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit schließen wir die Runde sechs und verbinden die Runden sieben bis zehn wie auch in den vorangegangenen Sitzungen zu einem 20-Minuten-Frageblock für die Unionsfraktion. Und es beginnt Axel Müller. Ach so, Entschuldigung, Frau Wittmann.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Ja, vielen herzlichen Dank. Ich habe die Bitte an Herrn Professor Dr. Lauterbach, dass er den für YouTube produzierten Beitrag von Herrn Ziegler noch entsprechend beantwortet.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Ja, da bin ich sehr dankbar, dass ich diese Gelegenheit bekomme. Ich muss zwei Dinge noch einmal richtigstellen. Ich konzentriere mich auf das Wesentliche: Sie haben jetzt mehrfach gesagt, dass aus der SafeVac-Studie vom Paul-Ehrlich-Institut nichts publiziert wurde. Das ist einfach falsch. Es sind Zwischenergebnisse veröffentlicht worden.

Zum Zweiten: Sie haben angedeutet, dass man sich nach der Zulassungsstudie nur auf Post-Marketing-Studien konzentriert hat und haben damit angedeutet, man hätte weitere Zulassungsstudien machen dürfen. Das war ethisch nicht mehr möglich. Der Schutz der Impfungen war in der Zulassungsstudie so schlagend, dass kein Ethik-Votum dieser Welt für Sie zur Verfügung gestanden hätte, noch einmal eine randomisiert kontrollierte, also Placebo-kontrollierte Studie, aufzulegen. Es wäre einfach vollkommen unethisch gewesen und es war nicht nötig, wie sich dann gezeigt hat, als wir die Daten zum Beispiel aus Israel bekommen haben, wo man man früher einen Überblick hatte als bei uns, weil da schneller geimpft wurde und weil man darüber hinaus auch eine bessere Datengrundlage hatte. Da haben sich die Ergebnisse aus der Zulassungsstudie in den Post-Marketing Daten bestätigt. Das gilt auch für die Absenkung des Infektionsrisikos. Natürlich ist in der Zulassungsstudie das Infektionsrisiko nicht getestet worden. Aber wir haben sehr viel weniger symptomatische Infektionen gesehen. Somit war die Wahrscheinlichkeit groß, dass auch das Infektionsrisiko gesenkt wird. Und was ist passiert? Genau das haben dann auch die Studien, die Post-Marketing-Studien gezeigt. Somit dürfen Sie hier nicht den falschen Eindruck erwecken, als wenn man bewusst, um irgendein Problem zu kaschieren, auf größere Zulassungsstudien verzichtet hätte, sondern wir haben das gemacht, was statistisch die Auswertung ermöglicht hat, und haben das dann nachher geprüft, und es hat sich bestätigt.

Die **Vorsitzende**: Dann jetzt Herr Kollege Müller.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Vielen Dank, Herr Professor Dr. Lauterbach, dass Sie da noch einmal für Klarheit gesorgt haben. Ich glaube, Sie haben heute mehrfach überzeugend dargelegt, dass die positive Wirkung des Impfstoffes, jedenfalls nach meiner Ansicht, unbestritten ist. Da ist es natürlich auch nachvollziehbar, dass man auch Impfstoff auf Lager legt. Sie haben wahrscheinlich bei Amtsantritt auch gewusst, dass im Dezember 2021, als Sie Bestellungen vorgenommen haben, folgender Sachverhalt vorlag: 2021 hat man 154 Millionen Dosen verimpft gehabt und es waren bereits Bestellungen auf der Grundlage dieser Zahlen für die Jahre 2022 und 2023 aufgegeben worden. Also 150-mal zwei sind 300 Millionen. Die waren also gesichert, das hätte also für die Jahre



2022 und 2023 eigentlich ausreichend sein müssen. Dennoch haben Sie im Dezember 2021 nach meinem Kenntnisstand nochmal weitere 110 Millionen Impfdosen geordert. Es war sicher nicht klar, wie lange die Pandemie noch andauern wird und welche Ausmaße sie noch nehmen wird, aber nach allem, was man wusste, hätten eigentlich die bereits bestellten Impfdosen für die Jahre 2022 und 2023 ausreichen müssen. Sie haben aber trotzdem nochmal 110 Millionen Impfdosen geordert zum Preis von 2,2 Milliarden, wenn das richtig ist, was ich mir hier aufgeschrieben habe. Vielleicht können Sie mir das erklären, wie es zu dieser weiteren Beschaffung gekommen ist und ob Sie der Meinung sind, dass das vorausschauend richtig war oder jetzt im Nachhinein – da ist man ja immer schlauer – vielleicht nicht die beste Entscheidung war.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Das kann ich beantworten, in der Tat. Wir waren zur Abnahme dieser Impfmengen durch die Verträge, die mit der Europäischen Kommission geschlossen worden sind, verpflichtet.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Also auch die 110 Millionen?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Auch die 110 Millionen. Wir sind insgesamt verpflichtet gewesen, 375 Millionen abzunehmen und aus diesem Kontingent habe ich bestellt. Anders ausgedrückt: Ich habe zum Beispiel – Sie sprechen ja auch das Unternehmen BioNTech an – keinen einzigen zusätzlichen Vertrag mit BioNTech geschlossen, sondern ich habe ausschließlich aus dem EU-Kontingent bestellt, was meine Vorgänger entsprechend gesichert hatten.

Ich hielt diese Sicherung übrigens auch für richtig, muss ich sagen, weil zum damaligen Zeitpunkt wussten wir nicht, wie die Impfkaktivität sein würde, die hat ja dann nachgelassen. Aber ich habe tatsächlich bestellt aus dem

Verpflichtungskontingent, was zur Verfügung stand. Die einzige davon abweichende Bestellung, die ich vorgenommen habe, war eine bilaterale Bestellung. Das waren 8 Millionen Impfstoffdosen, die ich bei der Firma Moderna in einem bilateralen Vertrag bestellt hatte. Das hatte den Grund, dass wir bei Moderna kurzfristig einen Engpass hatten. Der war aber kurzfristig und das war nicht viel. Es waren acht Millionen Impfstoffdosen insgesamt,

von denen dann vier Millionen verfallen sind. Die Hälfte ist verimpft worden, die vier Millionen, die verfallen sind, haben wir dann tatsächlich vernichtet. Aber die anderen Bestellungen waren alle verpflichtende Bestellungen aus dem Kontingent, was ich übernommen hatte, was ich aber auch in der vorher beschlossenen Größenordnung richtig fand.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Darf ich nur eine Zusatzfrage stellen, weil Sie gerade eingeräumt haben, dass Sie am Ende vier Millionen vernichten mussten: Um welchen Betrag ist es dabei gegangen? Wir haben momentan auch Themen wie die Maskenbeschaffung, wo es auch um Beträge geht, die dem Bund verloren gegangen sind, weil sie vernichtet werden mussten. Haben Sie da einen Überblick?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Das kann ich natürlich nicht berichten, weil wir die Preise damals vertraulich vereinbart haben. An diese Vertraulichkeit bin ich auch weiterhin gebunden. Ich kann nur so viel sagen: Natürlich ist sehr viel Impfstoff nachher vernichtet worden. Die Kollegin Piechotta hat ja schon darauf hingewiesen: Wir hätten bessere Möglichkeiten haben müssen, frühzeitig Impfstoff, den wir nicht benötigen, an COVAX und an andere bedürftige Länder weitergeben zu können. Diese Möglichkeiten waren am Anfang nicht ausreichend nutzbar. Aber diese vier Millionen, die dann tatsächlich vernichtet worden sind, weil sie verfallen waren, ist eine kleine Summe im Vergleich zu dem Impfstoff, der aus den Verträgen vernichtet werden musste, die ich einfach geerbt hatte. Da geht es dann insgesamt, ich glaube, um 130 Millionen Dosen. Auch das habe ich nicht kritisiert, weil ich glaube, in der Unwissenheit der damaligen Situation haben meine Vorgänger auf Nummer sicher bestellt und diese Bestellung war aus meiner Sicht auch richtig, auch wenn sie nachher zu diesen Vernichtungen geführt hat.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Dann hätte ich noch einmal eine Nachfrage. Sie haben das gerade schon gut aufgeschlüsselt, nämlich die Frage, dass man auch in europäischem Verbund bestellt hat, was, glaube ich, absolut richtig ist. Diese Kommission soll weniger rückwirkend zu Anklagepunkten führen, sondern uns alle vielmehr, wie man so schön sagt, resilient auf welche Krise auch immer vorbereiten. Das Nächste ist vielleicht



kein Virus und auch keine Gesundheitskrise, sondern eine andere. Und deswegen würde ich Sie aus Ihrer ärztlichen oder medizinischen Expertise fragen wollen, gerade in dem Zusammenhang des Zusammenspiels mit den europäischen Partnern: Inwieweit ist dieses gelungen, inwieweit muss man Rückschlüsse ziehen? Worauf muss man sich vielleicht vertraglich vorbereiten? Und was muss man einkalkulieren, was unter Umständen an, ich nenne es mal, nationalen Egoismen, ohne es hochhängen zu wollen – Interessenslagen entstehen? Kann die dann im europäischen Konflikt doch einmal wieder schwierig werden?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Ja, das ist eine sehr wichtige Frage. Ich fange mal mit einer internationalen Regel an, die wir dringend brauchen, die wir in Teilen schon geschaffen haben. Da ist aber noch Arbeit zu tun. Das Pandemic Agreement, was die WHO dann jetzt zum Schluss aufgelegt hat, daran waren wir auch massiv beteiligt. Da ist der Hintergrund, dass Länder, die ein Pandemieproblem bekommen, also wo eine Pandemie dann startet, uns früher mitteilen, was der Erreger ist und wie der Erreger funktioniert. Je schneller man dort ist, desto besser kann man reagieren. Das ist auch etwas, was Professor Wieler immer wieder vorgetragen hat und was richtig ist. Daher haben wir jetzt eine Mechanik in Vorbereitung – ist noch nicht komplett umgesetzt –: Je schneller ein solcher Erreger mitgeteilt wird, auch an die wohlhabenderen Länder, desto mehr sind wir dann in der Verpflichtung, diesen ärmeren Ländern, wo der Erreger herkommt, Impfstoffe zur Verfügung zu stellen. Das nennt sich Pathogen Access Benefit Sharing. Dieses System ist wichtig und ist in der Umsetzung begriffen.

Zum Zweiten: Wir brauchen Verträge mit Pharmafirmen, die bereit sind, zu dem Zeitpunkt, wo ein solches Virus beziehungsweise der Erreger da ist, für uns Impfstoffe kurzfristig zu produzieren. Bereitschaftsverträge. Wenn man die nicht hat, dann muss man europaweit sehr teure Verträge machen mit sehr vielen Unternehmen, weil man zu dem Zeitpunkt nicht weiß, wo man den Vertrag hat, welcher Impfstoff nachher funktionieren wird. Es sind einige Unternehmen gewesen, deren Impfstoff nie wirklich gekommen ist; CureVac zum Beispiel. Dann bezahlen Sie für Impfstoffe, die nie zugelassen werden. Wenn man

das umgehen will, braucht man Bereitschaftsverträge, die regeln, dass Impfstoff exklusiv für einen produziert wird. Solche Pandemie-Bereitschaftsverträge haben wir jetzt unterhalten. Die haben wir jetzt und da sind wir besser vorbereitet. Vielleicht das in der ersten Beantwortung.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Wir haben nur noch ganz kurz Zeit. Wenn ich das jetzt richtig aber übersetzen würde – ich habe vorhin gesagt, wir wissen ja nicht, wie die nächste Krise aussieht –, dann würden Sie dafür plädieren, dass solche Bereitschaftsverträge auch in gewisser Abstraktheit mit anderen Ländern oder im internationalen Kontext getroffen werden?

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Genau so ist es. Also Sie müssen die Bereitschaftsverträge so machen, dass Sie die Möglichkeit haben, wenn der Erreger kommt, den Vertrag geltend zu machen. So können Sie einen Vertrag schließen, der also ein Stück weit erregerunabhängig ist. Solche Verträge sind nicht billig, das ist richtig, aber sie sind zum Schluss unglaublich wichtig. Der Kollege Schmidt ist ja heute hier. Die wirtschaftlichen und menschlichen Schäden, die entstehen, wenn Sie zu spät am Platz sind und nicht impfen können, sind enorm, die sind einfach furchtbar – die menschlichen und auch die wirtschaftlichen Schäden. Daher ist das eine gute Investition und die hat die Bundesregierung getätigt.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Jetzt würde ich ganz gerne – da wir eigentlich noch Zeit hätten, aber diese durch den Zwischenfall auf der Tribüne verloren haben –, wenn es okay ist, Herrn Professor Schmidt noch einmal kurz für eine Frage bitten.

Die **Vorsitzende**: Es fehlt noch die Antwort von Professor Wieler.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Entschuldigen Sie bitte, Herr Professor Wieler. Entschuldigen Sie bitte.

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Nein, danke schön, weil das ist eine wichtige Frage gewesen. Also die Vorgehensweise, „Wenn ich ein Problem habe und nicht mehr weiterweiß, bilde ich



einen Arbeitskreis“, ist nicht professionell. Das heißt also, Sie haben gefragt, welche Fachdisziplinen fehlen. Zunächst noch einmal, das RKI hat eine große Fachexpertise, auch mit Psychologen und Juristen. Aber aus meiner Sicht sollte es tatsächlich so etwas geben, wie eine wirklich fundiert zusammengesetzte Gruppierung, wie auch immer die heißt, die schon auf nationaler Ebene berät. Nur geht es hier um Folgendes: Diese muss unter anderem dann eben diese ganzen Professionen haben; natürlich Ökonomen, natürlich auch Sozialwissenschaftler, Soziologen, weil eine solche Krise ist eine gesamtgesellschaftliche Krise. Das heißt, alle diese Fachdisziplinen müssen vertreten sein. Aber der entscheidende Punkt ist, wie diese berufen werden. Es kann nicht sein, dass die ad hoc berufen werden, weil man vielleicht jemanden kennt oder jemanden für qualifiziert hält, sondern wir haben in Deutschland wirklich genügend hervorragende Fachgesellschaften und Fachgruppen. Die identifizierten Fachgesellschaften sollten das Mandat haben, eine Person zu benennen. Das ist dasselbe Prinzip, das wir in der STIKO haben. Das ist ein hervorragendes Prinzip, eine Geschäftsordnung. Die Immunologen schicken einen Vertreter, die Kinderärzte schicken einen Vertreter, die Epidemiologen schicken einen Vertreter. Dann hat man die höchste Sicherheit, dass man wirklich alle Fachexpertisen am Rand hat. Diese müssen dann natürlich öffentlich tagen. Das ist natürlich auch wichtig. Wir brauchen natürlich Transparenz. Dann haben wir eine Gruppierung, die dann in Gemeinsamkeit mit dem Robert Koch-Institut auf nationaler Ebene zusammenarbeitet. Da müssen auch Public-Health-Experten drin sein. Das heißt, man müsste sich überlegen, wer genau da rein muss. Aber dann muss es eine Geschäftsordnung geben, keine ad hoc Zusammenstellung, sondern wirklich ein fundiertes Gremium, was mandatiert ist, damit die auch das Vertrauen in der Bevölkerung haben.

SV Prof. Dr. Christoph M. Schmidt: Meine Frage bezog sich in der Tat auf ad hoc zusammengestellte Gremien, nicht auf das Robert Koch-Institut. Das war gar nicht so gemeint. Jetzt könnte man die Anschlussfrage natürlich stellen; ich stelle sie einfach mal. Es gab eine kurzzeitige Diskussion über einen Chief Scientific Officer: Sollten wir sowas haben? Dem könnte man natürlich entgegenhalten, dass wir in unserer deutschen,

wirklich hervorragend aufgestellten Wissenschaftslandschaft, durchaus Gremien wie die Wissenschaftsakademien haben, die die Bestenauslese schon betrieben haben, auf die man zurückgreifen könnte. Wie schätzen Sie, Herr Lauterbach, die Notwendigkeit ein, einen Chief Scientific Officer an diese Stelle zu bringen? Oder ist das eigentlich schon etwas, was wir längst haben, und wir nennen es nur nicht so?

Prof. Dr. Lothar H. Wieler (Professor am Lehrstuhl für Digital Global Public Health am Hasso-Plattner-Institut, Präsident des Robert Koch-Instituts a. D.): Ich halte die Zuspitzung einer solchen Funktion auf eine Person für grundsätzlich falsch. Wir leben in einer Demokratie. Wir haben ein wirklich hervorragendes Wissenschaftssystem in Deutschland. Wir haben die universitäre Forschung, wir haben die außeruniversitäre Forschung. Eins kennen Sie ganz gut, die Leibniz-Gemeinschaft, es gibt noch viele andere. Dann gibt es natürlich noch die ganze privatwirtschaftliche und industrielle Forschung. Das heißt, wir haben öffentlich wirklich eine hervorragende Forschung. Also ich würde mich unwohl fühlen, wenn es eine Person gäbe, die aufgrund ihrer persönlichen Expertise und Eignung so weitreichend beraten kann. Wir haben Institutionen und Gremien, die das im Rahmen von gesetzlichen Aufträgen machen können. Und genau so sollte ein zusätzliches Gremium geschaffen werden. Also eine solche Monopolisierung halte ich geradezu für absurd, denn sie ist dem Grundgedanken unserer Demokratie überhaupt nicht zuträglich. Ich finde es bedauerlich, dass es immer wieder dazu kommt, so eine Person zu fordern. Damit kann ich persönlich überhaupt nichts anfangen.

Prof. Dr. Karl Lauterbach (Bundesminister für Gesundheit a. D.): Ich schließe mich im Großen und Ganzen an. Was man haben könnte, was wahrscheinlich helfen würde, wäre etwas wie das SAGE [Scientific Advisory Group for Emergencies] in UK [Vereinigtes Königreich]. Das ist eine stehende Einrichtung, die für Notfälle Pläne vorbereitet und Regierungsberatung vornimmt. Das ist bei uns in der Form nicht angelegt. Das ist noch mal etwas anderes, ob ich eine Wissenschaftsakademie habe wie die Leopoldina, oder ob ich eine Einrichtung habe, die – einfach ausgedrückt – für den Katastrophenfall steht; ob es eine Pandemie ist oder was auch immer. Besserer



Katastrophenschutz wird bedeutsamer. So etwas wie SAGE fände ich richtig, aber einen Chief Scientific Adviser wie Chris Whitty es zum Teil gewesen ist - - Wenn ich mich richtig erinnere, [Sir Patrick] Vallance hat es, glaube ich, gemacht. Er war auch jemand, der das im Kreuz hatte. Aber da muss man Glück haben und das brauchen wir nicht unbedingt.

Die **Vorsitzende**: Frau Wittmann.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Ich würde Herrn Professor Kluge noch mal gerne das Wort geben. Wenn die Zeit aber nicht mehr reicht, wenn die Antworten kommen, dann möchte ich mich jetzt schon herzlich bedanken bei unseren Experten und auch bei Ihnen, Herr Professor Lauterbach, dass Sie so großartig geantwortet haben auf eine, wie ich finde, besonders emotional und auch auf ansonsten sehr, sehr schwierige und komplexe Fragestellung, die uns allen nachhängt. Deswegen, glaube ich, war das heute ein ganz ausgezeichnete Termin. Vielen herzlichen Dank.

Die **Vorsitzende**: Professor Kluge.

SV **Prof. Dr. Stefan Kluge**: Vielen Dank. Noch mal ein kleines Schlaglicht auf die ambulante Versorgung. Wir haben gehört, wie wichtig es ist, dass wir schnell Zugriff auf Daten bekommen und dass wir digitalisieren. Natürlich ist bei einer Pandemie die Infektionszahl, die Inzidenz ein ganz wichtiger Faktor aber dann natürlich, wir haben es gehört, wie viele Patienten im ambulanten Bereich und im stationären Bereich und auf Intensivstationen betroffen sind. Im ambulanten Bereich, vielleicht noch mal abschließend Professor Karagiannidis: Was gibt es für Ideen, um da noch mal diese Informationen zu verbessern? Wie können wir erfassen, wie Patienten auch niedrigschwellig besser beraten werden durch Ärztinnen und Ärzte und dann auch Patientenströme vielleicht optimiert werden können?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Leitender Oberarzt und Professor am Lehrstuhl für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke): Vielen Dank. Ich glaube, man muss erst noch mal hervorheben, dass der ambulante Bereich in der Pandemie auch eine wirklich großartige Leistung erbracht hat und extrem viele Patientinnen und Patienten behandelt hat. Das ist immer so ein bisschen ausgeblendet worden, weil wir uns sehr

stark auf die Krankenhäuser konzentriert haben. Nichtsdestotrotz glaube ich, dass wir gerade in der Notfallsituation – und ich würde da wirklich auch deutlich über die pandemische Situation hinausdenken – Optimierungsbedarf in Deutschland haben. Die KV in Niedersachsen, also die Vereinigung der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, hat gemerkt, dass sie es nicht mehr schaffen, die Patientinnen und Patienten in der Fläche in Niedersachsen gut zu versorgen. Deswegen haben sie seit ungefähr einem Jahr ein Telearztsystem etabliert an der 116 117 – das ist die Notfallrufnummer, die wir neben der 112 haben. Was die Kolleginnen und Kollegen in der Zeit, die sie es jetzt machen, festgestellt haben, ist, dass sie unglaublich viele Patientinnen und Patienten am Telefon fallabschließend behandeln können. Das bewegt sich im Moment so zwischen 80 und 90 Prozent aller Anrufe. Wir hatten das auch im Kinderbereich bei uns in Köln. Das zeigt natürlich erst mal, dass ein Teil der Bevölkerung Sicherheit braucht. Also: Ich habe Fieber, mir geht es nicht so gut - muss ich dann wirklich zum Arzt rennen oder reicht dann vielleicht auch die telemedizinische Konsultation? Dieser hohe Fallabschluss, den die Kollegen jetzt haben, ist, glaube ich, ein ganz wichtiger Hinweis darauf, dass wir diese telemedizinische Rolle im ambulanten Bereich unbedingt weit über Niedersachsen hinaus ausdehnen müssen. Ich würde Ihnen empfehlen, dass man das sehr schnell über ganz Deutschland macht, weil es einfach so eine hohe Effektivität hat. Ungefähr 20 Prozent bekommen ein elektronisches Rezept oder eine elektronische Krankenschreibung, die gerade auch wieder viel in der Diskussion war; die telefonische bewegt sich so zwischen ein und zwei Prozent, also relativ gering. Aber das ist ein System, was wir frühzeitig überall in Deutschland sehr schnell installieren sollten. Ehrlich gesagt wäre ich auch dafür, dass wir den Markt etwas liberalisieren, dass wir Anbieter haben, die die Möglichkeit haben. Der Gesetzgeber sollte nur dafür Sorge tragen, dass die Software, die dafür verwendet wird – im Moment ist das zum Beispiel dieses SmED [Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland], für die Ersteinschätzung der Patienten – immer in öffentlicher Hand bleibt, zumindest die Governance-Struktur, damit nicht plötzlich Zuweisungen aufgrund irgendwelcher Vorzüge von dem einen zu dem anderen entstehen. Ich glaube,



man sollte das möglichst schnell umsetzen, am besten jetzt im Rahmen der Notfallreform.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit sind wir am Ende unserer Fragenrunden angekommen. Ich danke Ihnen allen ganz herzlich für Ihr Hiersein, für Ihre Zeit, für Ihren fachlichen Input. Wir werden sicherlich sehr vieles davon in unsere weitere Kommissionsarbeit einfließen lassen können. Ich darf mich bei Ihnen allen fürs Mitberaten und Ihre Aufmerksamkeit bedanken und schließe hiermit die Sitzung.

Schluss der Sitzung: 17:08 Uhr

gez.
Franziska Hoppermann, MdB
Vorsitzende



Verweise auf Stellungnahmen der Sachverständigen im Anlagenkonvolut

Prof. Dr. Maria **Vehreschild**
Kom-Drs. 21(27)29

Dr. Helmut **Sterz**
Kom-Drs. 21(27)30

Marcus **Wächter-Raquet**
Kom-Drs. 21(27)31

Prof. Dr. Reinhard **Berner**
Kom-Drs. 21(27)33