

Anlagenkonvolut

zum Wortprotokoll der 18. Sitzung der
Enquete-Kommission "Aufarbeitung der Corona-
Pandemie und Lehren für zukünftige
pandemische Ereignisse" am 19. März 2026



Kommissionsdrucksache 21(27)29
vom 16. März 2026

Schriftliche Stellungnahme

der Sachverständigen

Prof. Dr. Maria Vehreschild

Professorin für Infektiologie am Universitätsklinikum Frankfurt

Öffentliche Anhörung

„Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, Impfstrategie und Forschung“

**Zentrum der Inneren Medizin
Medizinische Klinik 2**
Hämatologie, Onkologie, Hämostaseologie,
Rheumatologie, Infektiologie
Direktor:
Prof. Dr. med. H. Serve

Schwerpunkt Infektiologie
Leiterin:
Prof. Dr. med. M. Vehreschild

Datum: 16.03.2026



Stellungnahme zum Thema „Forschung“

Die wissenschaftliche Aufarbeitung der COVID-19-Pandemie bietet die einmalige Chance, die klinische Forschung für künftige Krisen resilienter zu machen. Um die richtigen Lehren zu ziehen, ist es hilfreich, die Entwicklung der Forschungslandschaft entlang des Pandemiegeschehens zu betrachten. In der Frühphase der Pandemie im Jahr 2020 zeigte sich ein paradoxes Bild. So waren deutsche Forschergruppen weltweit führend in der Diagnostikentwicklung und der virologischen Grundlagenforschung. Zudem konnten über lokale und regionale Initiativen international sichtbare Kohorten wie LEOSS, COVIDOM, Pa-COVID und CORKUM ins Leben gerufen werden. Das Gesamtsystem und insbesondere die klinische Forschung agierten allerdings weitgehend fragmentiert. Durch das Fehlen einer nationalen Abstimmung für die Daten- und Bioprobensammlung und vor allen Dingen einer schnellen und flexiblen finanziellen Förderung von hochwertigen Interventionsstudien war Deutschland in dieser kritischen Phase gezwungen, wesentliche Erkenntnisse zum Pandemieverlauf aus dem Ausland zu beziehen.

Zu den entsprechenden Bezugsquellen gehörte beispielsweise die adaptive Plattformstudie RECOVERY aus Großbritannien. Dort vergingen von der ersten Besprechung bis zum ersten eingeschriebenen Patienten nur neun Tage. Möglich war dies durch radikal vereinfachte Studienabläufe, bewusst breite Einschlusskriterien und vor allem die zentralisierte Struktur des NHS: Ein einziges Ethikvotum galt für alle Standorte, ein standardisierter Vertrag ermöglichte die schnelle Einrichtung von rund 180 Prüfzentren. So konnten über 11.000 Patient:innen rekrutiert werden – 13 % aller hospitalisierten britischen COVID-Patient:innen während der ersten Welle – bei Kosten von nur £250 pro Patient.

Sekretariat Infektiologie
Tel.: 069/6301 - 5452
Fax: 069/6301 - 6378
Email: mira.golubovic@unimedizin-ffm.de

Infektionsambulanzen
Tel.: 069/6301 - 7680
Fax: 069/6301 - 83425
Email:
ambulanz.infektiologie@unimedizin-ffm.de

Studienzentrale
Tel.: 069/6301 - 86540
Fax: 069/6301 - 85545
Email:
studien.infektiologie@unimedizin-ffm.de

Infektionsstation F0
Tel: 069/6301 - 5177
Tel: 069/6301 - 4654
Fax: 069/6301 - 6399
Email:
Station-Infektiologie@unimedizin-ffm.de

Isoliereinheit
Tel.: 069/6301 - 83700
Fax: 069/6301 - 6399

Antimicrobial Stewardship
Haus 33 C
Tel.: 069/6301 - 6383
Fax: 069/6301 - 6378
Fax: 069/6301 - 6378



Im Vergleich führte in Deutschland die Notwendigkeit, überregionale Studien mit dutzenden Jurist:innen, lokalen Ethikkommissionen und Datenschutzbeauftragten separat abzustimmen, zu erheblichen Zeit- und Ressourcenverlusten. So waren für die Genehmigung der großen nationalen COVID-19 Kohorte, dem Nationalen Pandemie Kohorten Netz (NAPKON) insgesamt 121 Einreichungen der Studienunterlagen bei Ethikkommissionen für die Genehmigung an den etwa 70 Studienzentren erforderlich. Selbst die Teilnahme an international koordinierten Plattformstudien wie der WHO Unity Study wurde durch die Hemmnisse weitgehend unmöglich gemacht.

In Kenntnis der fehlenden Mechanismen für ein koordiniertes Vorgehen und der bestehenden Hindernisse für große Studienprojekte in Deutschland wurde am 26.03.2020 von der damaligen Ministerin Frau Karliczek des damaligen BMBF (heute: BMFT) das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) mit einer Förderung von zunächst 150 M€ verkündet. Zum ersten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik schlossen sich alle Standorte der Universitätsmedizin zusammen, um unter dem Grundsatz „Kooperation statt Wettbewerb“ eine gemeinsame Forschungsplattform zu bilden. Seither hat das NUM – mittlerweile in der dritten Förderperiode und mit 37 beteiligten Standorten – zentrale Infrastrukturen aufgebaut, die weit über die Pandemie hinausreichen: Aus insgesamt 42 Verbundprojekten haben sich elf dauerhafte Forschungsinfrastrukturen entwickelt, darunter die Klinische Epidemiologie- und Studienplattform NUKLEUS, das NUM Studiennetzwerk mit krankheitsspezifischen Fachnetzwerken, die Routinedatenplattform mit den NUM-Datenintegrationszentren (NUM-DIZ) und die Bildungsplattform RACoon. Übergeordnetes Ziel ist der Aufbau eines mit dem Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) kompatiblen, bundesweiten Studien- und Datenraums, der sowohl Routinedaten aus der Versorgung als auch prospektiv erhobene Studiendaten für die Forschung erschließt. Hier wurde gelernt, dass Krisenbewältigung in der modernen Medizin nur durch das Aufbrechen von Wissenssilos und die Standardisierung von Prozessen gelingen kann.

Aber nicht nur das NUM setzt sich für strukturelle Verbesserungen ein. In der Initiative Studienstandort Deutschland (ISD) haben sich inzwischen mehr als 25 Organisationen aus akademischer Forschung, Verwaltung und Industrie zusammengeschlossen – darunter die Deutsche Hochschulmedizin (MFT und VUD), das KKS-Netzwerk, der AKEK, das NUM selbst sowie Industrieverbände wie vfa und BPI –, um die Defizite des Studienstandorts Deutschland sichtbar zu machen und politisch auf Verbesserungen hinzuwirken. Auch auf legislativer und regulatorischer Ebene hat sich in der Folge einiges bewegt: Das im Oktober 2024 in Kraft getretene Medizinforschungsgesetz (MFG) verkürzt Genehmigungsfristen für mononationale Studien auf 28 Tage und richtet eine spezialisierte Ethik-Kommission für komplexe Studiendesigns ein. Die auf Grundlage des MFG erlassene Standardvertragsklauselverordnung (StandVKIV) gibt seit Dezember 2025 verbindliche Vertragsklauseln für industrie-initiierte klinische Prüfungen vor und adressiert damit direkt die im europäischen Vergleich überdurchschnittlich langen Vertragsverhandlungszeiten. Für den akademischen Bereich haben BÄK und AKEK mit dem Prinzip „Eine Studie – ein Votum“ ein komplementäres Verfahren geschaffen: Für multizentrische Studien nach ärztlicher Berufsordnung genügt seit Juni 2024 grundsätzlich ein einziges Ethikvotum, was die bisherige Praxis paralleler Mehrfachberatungen an jedem beteiligten Standort ablöst. Ob diese Maßnahmen in der Summe ausreichen, um Deutschland im europäischen Wettbewerb wieder konkurrenzfähig zu machen, wird sich an ihrer konsequenten Umsetzung in der laufenden Legislaturperiode entscheiden.



Trotz dieser relevanten Fortschritte bestehen weiterhin verschiedene Hemmnisse, die die eine schnelle und effiziente Umsetzung von klinischen Studien in Deutschland behindern:

Unzureichende und fragmentierte öffentliche Finanzierung klinischer Studien: In Deutschland existiert kein konsolidiertes, dauerhaft institutionalisiertes Förderprogramm für die gesamte Breite klinischer Studien. Die öffentliche Förderung verteilt sich auf projektförmige Förderlinien des BMFT und der DFG, den Innovationsfonds des G-BA, die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung, sowie einzelne Use-Case Studien des NUM. Ein übergreifendes Budget ist aus öffentlichen Quellen schwer bezifferbar – was bereits für sich genommen ein strukturelles Defizit darstellt. Im Vergleich verfügt das britische NIHR über ein konsolidiertes Jahresbudget von rund £1,6 Mrd. (2024/25), das Studienfinanzierung, Forschungsinfrastruktur und ein nationales Rekrutierungsnetzwerk aus einer Hand abdeckt. Frankreich finanziert klinische Studien über eine feste Abgabe auf Krankenkassenbeiträge, die langfristige Planungssicherheit gewährleistet. Die Unterfinanzierung in Deutschland betrifft insbesondere wissenschaftsinitiierte Studien (IITs), die Evidenzlücken adressieren, an deren Schließung die Industrie kein kommerzielles Interesse hat. Gerade solche Studien bergen erhebliches Potenzial für die Optimierung von Therapiestrategien und nicht zuletzt auch Einsparungspotenzial für das Gesundheitssystem.

Mangelnde Flexibilität in der Förderung: In klinischen Studien können viele ungeplante Probleme auftreten, die zu Verzögerungen und Budgetänderungen führen, die bei Projektstart noch nicht absehbar sind. Bei den international an Bedeutung gewinnenden adaptiven klinischen Studien kann aufgrund der Flexibilität des Designs zu Beginn noch nicht einmal sicher die genaue Anzahl der Patientinnen und Patienten festgelegt werden. Öffentliche Förderung in Deutschland erfordert jedoch vorab definierte Laufzeiten, Meilensteine und Ausgabenpläne, was die Umsetzung sämtlicher, aber insbesondere adaptiver, innovativer Studientypen, erheblich behindert – obwohl diese eigentlich besonders kosteneffizient wären. Weiterhin fehlen flexible Mittel, um sich als Standort Deutschland an großen internationalen adaptiven Plattformstudien schnell und wirksam beteiligen zu können.

Exzessive Vertragsverhandlungszeiten: Die Verhandlungsdauer zwischen Studiensponsoren und klinischen Forschungszentren liegt in Deutschland deutlich über dem europäischen Durchschnitt – in den Jahren 2021 bis 2023 dauerten Vertragsverhandlungen hierzulande mehr als viermal so lange wie in Frankreich. Die seit Dezember 2025 geltende Standardvertragsklauselverordnung (StandVKIV) standardisiert zentrale rechtliche Vertragsbestandteile und dürfte die Verhandlung dieser Aspekte erheblich verkürzen. Die Vergütungs- und Budgetverhandlungen zwischen Sponsoren und Prüfzentren werden von der Verordnung jedoch explizit nicht geregelt, obwohl gerade diese einen erheblichen Teil der Gesamtverhandlungsdauer ausmachen. Hier existieren bislang lediglich unverbindliche Empfehlungen der Verbändeplattform.

Unzureichende Digitalisierung der Forschungsinfrastruktur: Trotz erheblicher Investitionen in die Digitalisierung des Gesundheitswesens – darunter das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG, 4,3 Mrd. €), die „ePA für alle“, das Gesundheitsdatennutzungsgesetz und die Datenintegrationszentren des NUM – fehlt weiterhin die funktionale Brücke zur klinischen Studieninfrastruktur. Das KHZG enthält keinen Fördertatbestand für Studienfunktionalitäten; die ePA ist als Versorgungsakte konzipiert und wird erst ab 2027 an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit angebunden, dann ausschließlich für pseudonymisierte Sekundärnutzung. Die Aktivitäten im NUM Studiennetzwerk sind aktuell allenfalls auf kleinere Proofs-of-Concept finanziert. Klinische Informationssysteme verfügen in der Regel über keine integrierten Funktionalitäten für automatisiertes Patientenscreening oder studienspezifische



Machbarkeitsabfragen. Die Identifikation potenzieller Studienteilnehmender sowie die Dokumentation von Studiendaten erfolgen daher weiterhin überwiegend manuell.

Strukturell niedrige Studienpartizipation: In Deutschland gibt es keine etablierte Kultur bezüglich der Teilnahme an klinischen Studien. Es fehlt für die Patientinnen und Patienten, aber auch für Ärztinnen und Ärzte an Transparenz bzgl. verfügbarer Studien. Zudem fehlt es an wirksamer Öffentlichkeitskommunikation, die den – auch individuellen – Mehrwert von Studien an Betroffene heranträgt. In unterschiedlichen Gutachten liegt der Anteil von Menschen pro Einwohner, die in einer Studie behandelt werden, gegenüber anderen europäischen Ländern deutlich zurück.

Mangel an qualifiziertem Studienpersonal: Der Fachkräftemangel in der klinischen Forschung, bedingt durch fehlende Karrierepfade und unzureichende Vergütungsstrukturen, beeinträchtigt die Durchführungskapazität klinischer Studien in Kliniken und Praxen nachhaltig. Da Studien typischerweise projektbasiert erfolgt, fehlen zudem oft Mittel, um ausgebildetes und eingearbeitetes Personal zu verstetigen und zu binden.

Restriktive Auslegungspraxis der datenschutzrechtlichen Vorgaben: Obgleich der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) und dem Medizinforschungsgesetz (MFG) – insbesondere durch die Einführung einer federführenden Datenschutzaufsicht – wesentliche regulatorische Verbesserungen für multizentrische Studien geschaffen hat, bestehen in der Implementierung weiterhin erhebliche Hürden. In der Praxis zeigt sich ein Vollzugsdefizit, da dezentrale Datenschutzbeauftragte an den Prüfzentren die Vorgaben der DSGVO häufig heterogen und über das europäisch vorgesehene Maß hinaus restriktiv auslegen. Diese von institutioneller Risikoaversion geprägte Verwaltungspraxis konterkariert die bundesgesetzlichen Bemühungen um eine Beschleunigung der Studienverfahren und stellt einen anhaltenden Standortnachteil dar.

Fazit und politischer Handlungsbedarf:

Die wissenschaftliche Aufarbeitung der COVID-19-Pandemie hat eine zentrale Schwachstelle offenbart: Wenn Deutschland seine Abhängigkeit vom Ausland bei zentralen klinischen Erkenntnissen reduzieren möchte, müssen wir unsere klinische Forschungsstrukturen grundlegend krisenfester machen. In den vergangenen Jahren wurden bereits wichtige Lehren gezogen – etwa durch die Überwindung der einstigen Fragmentierung im Netzwerk Universitätsmedizin (NUM), die „Eine Studie, ein Votum“ Strategie von AKEK und BÄK oder die neuen regulatorischen Fundamente von MFG und GDNG. Doch diese vielversprechenden Ansätze drohen in der Praxis an struktureller Unterfinanzierung und hartnäckigen Vollzugsdefiziten zu scheitern.

Um den Studienstandort Deutschland dauerhaft resilient und international wettbewerbsfähig aufzustellen, bedarf es nun einer kohärenten, ressortübergreifenden nationalen Strategie. Diese muss zwingend eine institutionalisierte, langfristige Finanzierungsarchitektur für wissenschaftsinitiierte Studien, die nahtlose digitale Interoperabilität zwischen Versorgung und Forschung sowie einen spürbaren administrativen Kulturwandel auf lokaler Ebene umfassen. Die seit der Pandemie eingeschlagene Richtung bietet hierfür sehr gute Ansatzpunkte.



Kommissionsdrucksache 21(27)30
vom 16. März 2026

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen
Dr. Helmut Sterz
Toxikologe

Öffentliche Anhörung

„Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, Impfstrategie und Forschung“

Schriftliche Stellungnahme des Sachverständigen

Helmut STERZ
Dr. med. vet., Toxikologe

Stellungnahme vor der Enquete-Kommission vom 19. März 2026 zum Thema:

Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, Impfstrategie und Forschung

Meine Stellungnahme konzentriert sich auf die Frage:

Sind die neuartigen mRNA-Vakzinen gegen Covid-19 nach geltenden internationalen Richtlinien der Arzneimittelsicherheit untersucht und zugelassen worden?

Meine Analyse beurteilt im Detail den mRNA-Impfstoff „COMIRNATY[®]“ von Pfizer & BioNTech.

Fakten und Beobachtungen, auf die sich meine Analyse¹ stützt:

1. SARS-Cov-2 ist ein künstlich hergestelltes Virus aus der Biowaffen-Forschung mit engem Bezug zur Familie der Coronaviren.

Den Regierungsverantwortlichen der BRD wurde diese These bereits zu Beginn der „Corona-Pandemie“ bekannt gegeben. Diese Erkenntnis wurde geheim gehalten. Professor Wiesendanger publizierte die „Laborthese“ im Februar 2021, die inzwischen von der Wissenschaft nicht mehr in Frage gestellt wird (DOI: 10.13140/RG.2.2.31754.80323).

Ambati et al. (2022) berechneten die Wahrscheinlichkeit, dass die in der Nukleotidsequenz von SARS-Cov-2 gefundene Furin-Spalte eine natürliche Ursache habe, auf 1:321 Milliarden (DOI: 10.3389/fviro.2022.834808).

Die vom genetischen Material des SARS-Cov-2-Virus abgeleitete modifizierte Messenger-Ribonukleinsäure, die als Impfstoff diente, stellt folglich ebenfalls ein Produkt der Biowaffen-Forschung dar.

2. Maßnahmen gegen eine tödliche Seuche werden durch Notverordnungen festgelegt.

Diese Notverordnungen können für die Entwicklung eines Impfstoffs ein abgekürztes Programm an Sicherheitsprüfungen (Toxizitätsprüfungen an Tieren) erlauben, bevor eine

¹ Sterz, H. (2025): Die Impf-Mafia. Rubikon, Basel/CH

Notzulassung erfolgt. Ein solches abgekürztes Sicherheitsprogramm muss auf einer wissenschaftlichen Strategie beruhen. Aus meiner Sicht als Toxikologe ist ein solches abgekürztes Vorgehen beim Nachweis einer tödlichen Seuche, vergleichbar zu Ebola, durchaus vertretbar.

3. SARS-Cov-2 verursacht im Wesentlichen Krankheitssymptome, die von Grippeviren bekannt sind. Es drohte keinesfalls eine tödliche Seuche.

Lebensgefahr bestand nur dann, wenn das Virus eine Person befiel, die ein defektes Immunsystem hatte. Vergleichbare Risiken mit mehreren Tausend Todesfällen gibt es in jeder Grippezeit, ohne dass deswegen eine Pandemie ausgerufen wird.

Den verantwortlichen Personen in der Bundesregierung war bereits nach „Bergamo“ klar, dass Covid-19 keine tödliche Seuche war, die mit einem Ausbruch des Ebola- oder Nipah-Virus vergleichbar gewesen wäre.

4. Im Fall einer Infektion durch SARS-Cov-2 hätte die präklinische und die klinische Entwicklung der neuartigen mRNA-Vakzinen die Vorkenntnisse zu dieser Virus-Familie und die tatsächliche Gefährdung durch das Virus berücksichtigen müssen. Der Beschluss, wie bei einem Killervirus die Sicherheitsprüfungen stark abzukürzen, war im Fall der Covid-Pandemie keinesfalls gerechtfertigt.

Sofern man nicht nur die bekannten Risikogruppen durch die Impfung schützen wollte (Personen mit verminderter Immunabwehr, also im Wesentlichen ältere und kranke Menschen), sondern auch die gesamte Bevölkerung, war ein abgekürztes Programm an Toxizitätsprüfungen an Tieren absolut kontraindiziert! Der Umfang des präklinischen Sicherheitsprogramms hätte maximal sein müssen, denn die Mehrheit der Bevölkerung hatte von dem Coronavirus keine schwerwiegenden Krankheitssymptome zu befürchten. Aber das Gegenteil wurde praktiziert!

Darüber hinaus wussten Experten, dass die Entwicklung von Vakzinen auf Basis der neuen mRNA-Technologie 20 Jahre lang erfolglos verlaufen war. Diese Forschungsprojekte waren während der klinischen Prüfung entweder wegen mangelhafter Wirksamkeit oder wegen inakzeptabler Toxizität gestoppt worden.

Es war bekannt, dass das auf der Virushülle sitzende Spike-Protein wesentlich an der Toxizität des Virus beteiligt ist. Es war daher völlig unverständlich, dass BioNTech dieses toxische Protein als Antigen benutzte. Die gentechnologische Manipulation dieses Spike-Proteins erhöhte zusätzlich seine Toxizität.

Diese Vorkenntnisse hätten ausreichen müssen, um mRNA-Vakzinen als „bedenklich“ einzustufen, womit sie nach § 5 Arzneimittelgesetz nicht hätten in Verkehr gebracht werden dürfen.

5. Wenn trotzdem die Absicht bestand, eine mRNA-Vakzine gegen SARS-Cov-2 zu entwickeln, wären folgende Untersuchungen an den wissenschaftlich geeignetsten Tierarten zwingend nötig gewesen:

- Dosisfindungsstudie vor der Prüfung auf allgemeine Toxizität: **Nicht erfolgt!**
- Studien zur Pharmakokinetik & Toxikokinetik: **Nicht ausgeführt!**

- Allgemeine Toxizitätsstudie (Kurzzeitstudie) an einer geeigneten Tierart: An Ratten erfolgt, **nur bedingt aussagekräftig!**
- Allgemeine Toxizitätsstudie (subchronisch, mindestens 3 Monate) an zwei geeigneten Tierarten: **Nicht ausgeführt!**
- Mutagenitätsprüfungen: **Nicht ausgeführt!**
- Karzinogenitätsstudie: **Nicht ausgeführt!**
- Immuntoxizitätsstudien: **Nicht ausgeführt!**
- Reproduktionstoxizitätsstudien: **Entgegen den Richtlinien nicht an zwei Tierarten ausgeführt!** Die an Ratten durchgeführte Studie ist nicht voll aussagekräftig. Damit war eine ausreichende Abschätzung in Bezug auf folgende Risiken nicht möglich:
 - Fertilitätsstörungen (männliche Tiere wurden gar nicht behandelt)
 - Störungen der Trächtigkeit
 - Störungen der intra-uterinen Entwicklung der Embryonen und Föten
 - Störungen in der postnatalen Entwicklung bei den Nachkommen
- Sicherheits-Pharmakologiestudien: **Nicht ausgeführt!**
- Interaktionsstudien: **Nicht ausgeführt!**

6. Die Strategie, präklinische Sicherheitsprüfungen auszulassen, führte zu einem verbotenen Menschenversuch.

In den Protokollen des Robert-Koch-Instituts ist am 27. April 2020 vermerkt, dass die Entwicklung mehrerer Impfstoffe im Schnelldurchgang erfolgen werde und dass relevante Daten erst post-marketing erhoben werden sollten. Bill Gates hatte am Ostersonntag 2020 bereits eine gleichlautende Stellungnahme im deutschen Fernsehen abgegeben. Er betonte jedoch, dass die Sicherheit der Impfstoffe nicht vernachlässigt würde. De facto wurde die Vakzine-Sicherheit vor der Notzulassung völlig außer Acht gelassen. Bereits die klinischen Prüfungen wurden ohne relevante toxikologische Sicherheitsdaten begonnen. Es handelte sich demnach um Menschenversuche, die nach dem Nürnberger Kodex strengstens verboten sind! Nach der Notzulassung kam es, wie von zahlreichen Experten befürchtet, zu einer Lawine an schwerwiegenden Nebenwirkungen.

7. Befunde der Pharmakovigilanz nach der Zulassung von Comirnaty^R

Am 30. April 2021 wurden die registrierten Nebenwirkungen der ersten beiden Monate nach der bedingten Zulassung von Comirnaty^R vorgelegt.² Zwei Drittel der gemeldeten Fälle betrafen Frauen. Neben 42.086 Berichten mit insgesamt 158.893 Fällen wurden 1223 Todesfälle registriert! Bereits zu diesem Zeitpunkt hätte Comirnaty^R vom Markt genommen werden müssen.

² Worldwide Safety Pfizer: 5.3.6 Cumulative Analysis Of Post-Authorization Adverse Event Reports Of PF-07302048 (BNT 162B2) Received Through 28-Feb-2021

8. Die Impfnutzenwirkungen, die beim Menschen seit Anfang 2021 registriert worden sind, hätten bei sorgfältiger Ausführung der unter Punkt 5. genannten Toxizitätsstudien vorhergesagt und somit vermieden werden können.

Die mRNA-Impfstoffe hätten demnach entweder nicht zugelassen oder Anfang 2021 wieder vom Markt genommen werden müssen.

9. Nationale und internationale Richtlinien, die für die sorgfältige Untersuchung von Comirnaty^R hätten zu Rate gezogen werden müssen:

Im Folgenden wird dargestellt, welche verbindlichen Anleitungen, Richtlinien und Gesetze BioNTech und Pfizer zur Verfügung standen, um eine nicht nur wirksame, sondern auch sichere Vakzine entwickeln zu können und damit eine Arzneimittelkatastrophe zu verhindern.

Den Rahmen meiner Beurteilung bilden das **deutsche Arzneimittelgesetz (AMG)**, die diversen Richtlinien der **European Medicines Agency (EMA)**, die international verbindliche **WHO-Richtlinie** zur präklinischen Prüfung von Vakzinen, die **FDA/CBER-Covid-19-Richtlinien** von 2020/2021 und die für die USA, Europa und Japan geltenden **ICH-Richtlinien** zur präklinischen Prüfung von Arzneimitteln einschließlich Gentherapeutika. Nicht alle dieser Richtlinien waren zu befolgen, sie hätten aber daraufhin durchgesehen werden müssen, ob wichtige Hinweise betreffend die neuartigen mRNA-Substanzen enthalten waren. Richtlinien, die erst 2020 in Kraft getreten sind, hätten durchaus beachtet werden können, da die Vorläufer der offiziellen Texte bereits Jahre vorher bei Behörden und in der Industrie zirkulierten.

- Arzneimittelgesetz (2005) Zweiter Abschnitt – Anforderungen an die Arzneimittel (§§ 5–12)
- ICH S1A: The need for carcinogenicity studies of pharmaceuticals (1996)
- ICH S2 (R1): Guidance on genotoxicity testing and data interpretation for pharmaceuticals intended for human use (2011)
- ICH S3A: Note for guidance on toxicokinetics: The assessment of systemic exposure in toxicity studies (1994)
- ICH M3 (R2): Guideline on non-clinical safety studies for the conduct of human clinical trials and marketing authorisation for pharmaceuticals, EMA (2009)
- ICH S4: Duration of chronic toxicity testing in animals; Rodent and Nonrodent testing (1998)
- ICH S5 (R3): Guideline on detection of reproductive and developmental toxicity for human pharmaceuticals, EMA (2020)
- ICH S6 (R1): Guideline on preclinical safety evaluation of biotechnology-derived pharmaceuticals, EMA (2011)
- ICH S7A: Safety Pharmacology Studies for Human Pharmaceuticals, EMA (2001)
- ICH S8: Note for guidance on immunotoxicity studies for human pharmaceuticals, EMA (2006)

- ICH S11: Nonclinical safety testing in support of development of paediatric pharmaceuticals (2020)
- ICH Topic Q3A (R2): Note for guidance on impurities testing: Impurities in new drug substances, EMA (2006)
- CHMP: Guideline on the non-clinical studies required before first clinical use of gene therapy medicinal products, EMA (2008)
- EMA (January 2013): Guideline on the investigation of drug interactions
- WHO Guidelines on nonclinical evaluation of vaccines. Annex 1, WHO Technical report series No. 927 (2005)
- US DHHS, FDA, CBER: Development and licensure of vaccines to prevent Covid-19/Guidance for Industry (2020)
- Food and Drug Administration Emergency Use Authorization for Vaccines to Prevent Covid-19 (October 2020/February 2021)

10. Auswirkungen der Änderung des Herstellungsverfahrens der mRNA nach der Marktzulassung

Für die Vermarktung der mRNA-Substanzen war es notwendig, ein großtechnisches Verfahren anzuwenden, um die nötigen Chargen bereitzustellen. Dabei wurde Plasmid-DNA von E.-Coli-Bakterien eingesetzt. Das Ergebnis waren signifikante Verunreinigungen der Impfstoffe mit bakterieller DNA. Die Folgen dieser nicht genehmigten Verfahrensänderung sind unabsehbar, denn die gesamte Maschinerie des humanen Genoms kann durch die bakteriellen Fremdgene gestört werden.³

Schwerwiegende Abweichungen von Behördenrichtlinien

Meine Analyse hat schwerwiegende Abweichungen von praktisch allen verbindlichen Behördenrichtlinien betreffend die präklinische Sicherheit aufgedeckt. Es ist wahrlich erschreckend, wenn man jetzt im Nachhinein konstatieren muss, dass der größte Teil der beim Menschen registrierten Nebenwirkungen bei der Anwendung von COMIRNATY in sorgfältig durchgeführten Tierversuchen hätte vorhergesehen und durch Einschränkung der Indikation vermieden werden können.

Die Abweichungen werden im Folgenden noch einmal zusammengefasst.

Allgemeine Toxizitätsstudien

Es wurde nur eine auf 2 Wochen gekürzte Studie an Ratten ohne ausreichende Dosisbegründung durchgeführt, die die Unschädlichkeit von BNT162b2 für die Probanden der Phase 1 der klinischen Prüfung nicht belegen konnte. Da keine längere Studie an einer anderen Tierart vorgelegt wurde, sind die zur Zulassung eingereichten Daten zur allgemeinen Toxizität von COMIRNATY ungenügend.

³ Bhakdi, S. & Sterz, H. (2026): mRNA Impfungen: Das größte organisierte Verbrechen gegen die Menschheit. Kopp Verlag

Es fehlt eine toxikologische Bewertung der Verträglichkeit des galenischen Hilfsstoffs „Lipid-Nanopartikel“ (LNP). Diese Substanz war vom Hersteller als nicht geeignet für den allgemeinen Gebrauch beim Menschen bezeichnet worden. LNPs sind toxisch und verteilen die mRNA-Moleküle im gesamten menschlichen Organismus.

Bei der Umstellung der Herstellung der mRNA des Impfstoffs auf die großtechnische Produktion für die Chargen nach der Marktzulassung wurde DNA von E. Coli benutzt. Die dabei auftretenden DNA-Fragmente des Bakteriums werden ebenfalls von den LNPs in den menschlichen Körper verbracht. Diese Fragmente können durch Einbau von E.-Coli-Chromosomen das menschliche Genom verändern, was zu unvorhersehbaren Schäden führen kann. War dieses Herstellungsverfahren der mRNA bei den Behörden angemeldet worden?

Reproduktionstoxikologische Studien

Fertilitätsstudie an weiblichen Ratten: Es wurde keine maximal tolerierte Dosis geprüft. Diese Studie beweist also nicht, dass bei der weiblichen Ratte keine unerwünschten Wirkungen auf die Fertilität auftreten können. Somit ist diese Studie nicht geeignet, das Risiko einer Funktionsstörung der Reproduktionsorgane bei der Frau abzuschätzen.

Fertilitätsstudie an männlichen Ratten: Die männlichen Ratten dieser Studie wurden nicht mit BNT162b2 behandelt. Somit enthielt das Zulassungsdossier keinerlei Angaben betreffend das Risiko von Fertilitätsstörungen bei männlichen Ratten, womit eine Risikoabschätzung für den Mann unmöglich wurde. Diese Auslassung war ein willentliches Vergehen.

Teratogenitätsstudie an Ratten: Die Studie weist schwerwiegende methodologische Fehler auf. Es wurde keine zweite, besser geeignete Tierart zur Absicherung untersucht. Letzteres ist seit der Contergan-Katastrophe vorgeschrieben. Folglich war weder eine Abschätzung bezüglich der Sicherheit der Impfung von Frauen im gebärfähigen Alter noch von schwangeren Frauen oder des Risikos von intrauterinen Fehlentwicklungen möglich. Die in dem Versuch an Ratten aufgetretenen frühen Aborte wurden zu Unrecht als irrelevant erklärt.

Perinatale und postnatale Toxizität an Ratten: Die methodologischen Mängel dieser Studie und einzelne der Resultate ließen Zweifel an der Sicherheit von BNT162b2 für Säuglinge während der Stillperiode aufkommen.

Studie an juvenilen Tieren: Um Kinder generell und weltweit in die Covid-19-Impfung einzubeziehen, wäre es nötig gewesen, eine Studie an juvenilen Tieren durchzuführen. Das wurde nicht berücksichtigt. Inzwischen wird in den USA nach der mRNA-Impfung ein signifikanter Anstieg von Todesfällen bei Kleinkindern registriert.⁴ Das hätte man vorhersehen können, wenn eine für den Menschen relevante Tierart untersucht worden wäre.

Sicherheitspharmakologie-Studien

BioNTech und Pfizer haben keine präklinischen Studien durchgeführt, in denen das Risiko für Funktionsstörungen an den großen Organsystemen, insbesondere am Zentralnervensystem, Herz-Kreislauf-System und Atmungssystem bewertet werden konnte. Dies ist eine

⁴ The Ethical Skeptic; Posted on August 19, 2025: *Houston, We Have Another Problem*

schwerwiegende Unterlassung insbesondere im Hinblick darauf, dass sich in der Klinik seit Beginn der Impfkampagne schwerwiegende Nebenwirkungen beim Menschen häufen!

Immuntoxikologiestudien

Die Hersteller von BNT162b2 sahen keine Notwendigkeit für immuntoxikologische Untersuchungen. Dem stehen zahllose von Pharmakovigilanz-Systemen registrierte Nebenwirkungen gegenüber, die ein immuntoxikologisches Risiko der Anti-Covid-19-Impfung aufzeigen. Das Fehlen dieser Daten im Zulassungsdossier ist unentschuldigbar.

Genotoxizitätsstudien und Karzinogenitätsstudien

BioNTech und Pfizer haben weder mit den neuen galenischen Hilfsstoffen (Nano-Lipide) noch mit der Endform der Vakzine Genotoxizitätsstudien durchgeführt. Diese Unterlassung ist inakzeptabel, denn es erscheinen immer mehr Publikationen und Registrierungen von Fällen in der Pharmakovigilanz, die für ein genotoxisches Risiko der Anti-Covid-19-Impfung sprechen, das sich in vermehrter Krebsentstehung ausdrückt. Mathilde Debord publizierte am 19. Juni 2025 in „Le Point Critique“, dass entsprechend 100 wissenschaftlichen Studien über 17 verschiedene Mechanismen von mRNA-Vakzinen nachgewiesen wurden, die Krebs auslösen können.

Interaktionsstudien mit anderen Medikamenten/Vakzinen

Pfizer und BioNTech haben sich betreffend Medikamenteninteraktion nicht an die Auflagen der Behörden gehalten, und diese haben das skandalöse Verhalten der Hersteller ohne weiteren Widerspruch oder Nachforderungen toleriert.

Zusammenfassung: Nichtbeachtung von „Guter Klinischer Praxis“

Die Hersteller Pfizer und BioNTech haben keinerlei präklinische Studien vorgelegt, die eine akzeptable Sicherheit ihrer Vakzine belegen könnten. Für mehrere wichtige potenzielle Nebenwirkungen wurden Sicherheitsstudien am Tier oder in einem Alternativversuch gar nicht erst geplant.

Die Fachinformationen der Hersteller für die impfenden Ärzte und für die zu impfenden Personen waren lückenhaft oder falsch. Die von den Behörden und ihren Experten während der „Pandemie“ verbreiteten Informationen zur Sicherheit und Qualität der neuartigen Vakzinen entbehrten einer wissenschaftlich gesicherten Grundlage, sie enthielten oft absichtliche Lügen, um die Menschen durch Angstmache zur Impfung zu bewegen.

Ich beurteile dieses Vorgehen bei der präklinischen Entwicklung von COMIRNATY als kriminell!

Unter den Umständen der beginnenden Pandemie wäre es verständlich gewesen, dass Pfizer/BioNTech sich nicht sofort in ein maximales Programm an konventionellen präklinischen Studien engagieren wollten. Einzelne Toxizitätsstudien, zum Beispiel betreffend Genotoxizität und Immuntoxizität, wären aber auch unter Notfallbedingungen unbedingt

durchzuführen gewesen. Sobald dann jedoch in der Klinik schwerwiegende Nebenwirkungen in unüblicher Menge registriert wurden – was schon vor der Marktzulassung begann –, hätte man, wenn man den Impfstoff trotzdem auf den Markt bringen wollte, erstens die Indikation einschränken und sofort und gezielt eine ganze Reihe von Toxizitätsstudien an geeigneten Tierarten durchführen müssen. Das wäre auch nach der Vermarktung noch möglich gewesen, sofern man an der guten Wirksamkeit des Impfstoffs keine Zweifel hatte. Die Tatsache, dass die Hersteller das bis heute nicht in Betracht gezogen haben, ist ein schwerwiegender Verstoß gegen die Gute Klinische Praxis bei der Arzneimittelentwicklung.

Ich habe erwähnt, dass sowohl in den USA als auch in Europa nach Erklärung eines Gesundheitsnotstandes besondere Gesetze erlassen werden können, die alle an der Bekämpfung der Notsituation Beteiligten von einer Haftung für Schäden jeglicher Art befreit, welche durch die Bekämpfungsmaßnahmen entstehen können. Allerdings entfällt diese Immunität, wenn die betreffenden Personen oder Institutionen sich im Zusammenhang mit ihrem Auftrag eines absichtlichen Vergehens oder einer willentlichen Amtspflichtverletzung betreffend die Gute Klinische Praxis schuldig machen. Meine Analyse belegt, dass derartige Vergehen im Verlauf der präklinischen Sicherheitsprüfungen vielfach geschehen sind.

Naomi Wolf und Amy Kelly haben die Analyse von über 450.000 Seiten der bei der FDA freigelegten Pfizer-Dokumente publiziert.⁵ Diese Dokumente sollten ursprünglich für über fünf Jahrzehnte für die Öffentlichkeit unzugänglich bleiben. 3.250 unabhängige Experten haben den Inhalt der Dokumente seit 2022 analysiert. Das Ergebnis der Analyse ist erschreckend und bestätigt in mehreren Kapiteln meine eigenen Beobachtungen. In seinem Vorwort zu dem Buch stellt Steve Bannon fest: Die „Pfizer Documents“ sind eine unfassbare Enthüllung über die Gier und Unehrlichkeit eines Unternehmens, wobei nicht nur die Gesetze, sondern auch die Gesundheit der Amerikaner vollständig missachtet wurden.

Die für die Marktzulassung verantwortlichen Gesundheitsbehörden und die ihnen übergeordneten politischen Strukturen waren maßgeblich an der Irreführung der Öffentlichkeit beteiligt. Das Resultat der Massenvakzinierung sind unentschuldbare Gesundheitsschäden bei Millionen von Menschen, eine deutliche Übersterblichkeit in vielen Ländern der westlichen Welt⁶ und enorme Schäden für die Volkswirtschaft.

Eine nicht zu unterschätzende „Nebenwirkung“ der Verflechtung von Pharmaindustrie und Regierung ist das wachsende Misstrauen der Bevölkerung gegenüber allen beteiligten Institutionen, tragischerweise auch gegenüber der Ärzteschaft.⁷ Der US-Bundesstaat Kansas hat im Juni 2024 Pfizer angeklagt, der Öffentlichkeit nicht die Wahrheit bezüglich Sicherheit und Wirksamkeit seiner Vakzine gesagt zu haben. Das könnte ein vielversprechender Anfang für die Aufarbeitung dieses weltweiten Pharmaskandals sein.

⁵ Wolf, N. & Kelly, A. (2024): The Pfizer Papers. Ed Naomi Wolf and Amy Kelly by Skyhorse Publishing

⁶ Mostert, S. et al. (2024): Excess mortality across countries in the western world since the Covid-19 pandemic: "Our world in data" estimates of January 2020 to December 2022. BMJ Public Health 2024, 2:e000282. DOI: 10.1136/bmjph-2023--000282

⁷ Van den Bossche, G. (2025): Growing vaccine hesitancy should be blamed on vaccine developers, regulators, and public health authorities, not on so-called anti-vaxxers. 28. April 2025. https://voiceforscienceandsolidarity.substack.com/p/growing-vaccine-hesitancy-should?utm_campaign=email-half-post&r=Zcx5d3&utm_source=substack&utm_medium=email



Kommissionsdrucksache 21(27)31
vom 17. März 2026

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen

Marcus Wächter-Raquet

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

Öffentliche Anhörung

„Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, Impfstrategie und Forschung“

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 19. März 2026

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

Thema „Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, Impfstrategie und Forschung“

Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen Bremen e.V.
Schillerstraße 32
30159 Hannover

Tel.: (05 11) 3 88 11 89 0
E-Mail: info@gesundheit-nds-hb.de

17. März 2026

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. (LVG & AFS) ist ein gemeinnütziger Fachverband für Gesundheitsförderung, Prävention und Sozialmedizin mit Sitz in Niedersachsen und einem Standort in Bremen. Ziel unserer Arbeit ist es, zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen. Hierzu informieren, beraten, begleiten, qualifizieren und vernetzen wir Akteur:innen aus den Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und anderen Bereichen, die gemeinsam gesundheitsfördernde Lebenswelten für verschiedenste Dialoggruppen gestalten möchten.

Die Arbeit der LVG & AFS wird aus Mitteln des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, der Bremer Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, durch projektgebundene Zuwendungen weiterer Ministerien auf Landes- und Bundesebene, durch Projektförderungen von gesetzlichen Krankenkassen und Stiftungen, sowie durch Mitgliedsbeiträge, Teilnahmegebühren und Spenden finanziert.

Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, Impfstrategie und Forschung

Bremen führte ab dem Spätsommer 2020 als erstes Bundesland kleinräumige, sozialepidemiologische Auswertungen zum Infektionsgeschehen durch. Es zeigte sich, dass in sozial benachteiligten Wohngebieten Bremens und Bremerhavens die Inzidenzwerte ungefähr doppelt so hoch waren wie in sozial besser gestellten Wohngebieten. Daraufhin wurden in einer Senatsvorlage Anfang Dezember 2020 „Ressortübergreifende Unterstützungsleistungen im Quartier zur Bewältigung der Folgen der Pandemie“ festgelegt. Es wurde unter anderem beschlossen

- die Straßensozialarbeit für Jugendliche sowie für Erwachsene mit Suchtmittel bezogenen Problemen in Stadtteilen mit hoher Corona Inzidenz auszubauen,
- digitale Kurz-Qualifizierungseinheiten für stadtteilbezogene Einrichtungen sowie weitere spezifische Gruppen oder Communities zu entwickeln,
- Gesundheitsfachkräfte an der Schnittstelle zwischen Sozialberatung und Gesundheitskompetenzförderung in benachteiligten Stadtteilen einzusetzen
- und Angebote der Sprachmittlung auszubauen.

Die LVG & AFS wurde aufgrund ihrer Expertise im Bereich gesundheitliche Chancengleichheit auf Quartiersebene ab Januar 2021 mit der Umsetzung der Projekte „Kurz-Qualifizierungseinheiten für stadtteilbezogene Einrichtungen“ (IQ-Covid) und „Gesundheitsfachkräfte im Quartier“ (GiQ) beauftragt. Zentrale Aufgaben waren die Aufklärungsarbeit vor Ort in sozial benachteiligten Wohngebieten sowie die Entwicklung passgenauer Informationsmaterialien.

Die Gesundheitsfachkräfte sind mittlerweile „Teil einer Strategie, die die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (SGFV) gemeinsam mit den beiden Gesundheitsämtern im Land Bremen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen den Quartieren etabliert [hat].“ (Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, 2026). In diesem Zusammenhang wurden weitere Projekte auf der Quartiersebene aufgebaut, wie die „Regionalen Fachkräfte für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ oder die sogenannten Gesundheitspunkte als stationäre Anlaufstellen im Quartier bei allgemeinen Gesundheitsfragen. Beide Projekte werden ebenfalls durch die LVG & AFS durchgeführt. Auch externe Einrichtungen wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) greifen auf die Expertise des Projektes der GiQs zurück und entwickeln in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiter:innen niedrigschwellige Informationsmaterialien zu Themen der Frauengesundheit und Kinderkrankheiten.

Dezentrale Strategie – Aufklärung vor Ort

Parallel zu den Maßnahmen aus der Senatsvorlage wurde ab Dezember 2020 damit begonnen, zentrale Impfzentren aufzubauen. Die Terminvergabe erfolgte von Januar bis Juni 2021 zunächst ausschließlich nach Priorisierungsgruppen, die nach Alter, systemrelevanten Berufsgruppen sowie Risikogruppen zusammengestellt wurden. Ebenfalls priorisiert wurden „Personen mit prekären Arbeits- und/oder Lebensbedingungen“ (Robert Koch-Institut 2021). Diese Empfehlung wurde in Bremen genutzt, um Personen, die in Ortsteilen mit deutlich erhöhten Coronawerten leben, prioritär Impfangebote zu machen.

„Man kann keine Impfkampagne sozial blind machen, erst recht nicht in Bremen, das so stark sozialräumlich gespalten ist.“ (Lutz Liffers, Leiter der Bremer Impfkampagne)

Quelle: Bruhn, 02.06.2021

Ab Mai 2021 begann Bremen, die vergleichsweise hochschwellige Impfororganisation mit einem zentralen Impfzentrum oder mit Voranmeldung in Arztpraxen flexibler zu gestalten (Altgeld et al. 2022). Zunächst wurden temporäre dezentrale Impfzentren aufgebaut, ab Juni 2021 erfolgten die mobilen Impfeinsätze mit zwei Impftrucks.

„Wenn die Menschen nicht in die Impfzentren kommen, dann muss man das Impfen zu den Menschen bringen.“ (Dr. Andreas Bovenschulte, Oberbürgermeister der Freien Hansestadt Bremen)

Quelle: LVG & AFS, 2022

Die zunächst zur Beantwortung von Corona-spezifischen Fragestellungen in benachteiligten Stadtteilen eingesetzten Gesundheitsfachkräfte bereiteten beginnend mit der ersten dezentralen Impfkaktion am 10. Mai 2021 diese Impfeinsätze in Zusammenarbeit unter anderem mit Quartiersmanager: innen, Stakeholdern aus

Religionsgemeinschaften, Lebensmittelhandel, Ortsämtern, Kitas, Schulen oder Stadtteilinitiativen vor. Zudem beantworteten sie am Tag der Impfkationen vor Ort Fragen rund um die Coronaschutzimpfung. Von Mai bis Dezember 2021 wurden rund 80 mobile Einsätze des Impfzentrums auf diese Weise begleitet. Parallel dazu wurden an zentralen Einrichtungen des Quartiers oder auf öffentlichen Plätzen, sogenannte „Infopoints“, die mehrsprachig besetzt waren, aufgebaut. Mit Beginn der Impfmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche wurden in weiterführenden Schulen in benachteiligten Quartieren Informationsveranstaltungen angeboten, um die Einsätze der Impfteams in den Schulen im Stadtteil vorzubereiten.

Meine Erfahrung aus Stadtteilarbeit ist, [...] wir brauchen Menschen, die vor Ort sind und nicht nur einfach dorthin kommen und dann wieder gehen. (Claudia Bernhard, Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz)

Quelle: LVG & AFS, 2022

Die Resonanz in den benachteiligten Stadtteilen war ausgesprochen hoch. Mobile Impfteams in anderen Bundesländern und Kommunen, die auch im Sommer 2021 an den Start gingen, konnten vor Ort nicht so viele Menschen wie die Bremer Teams erreichen, da diese Einsätze im Vorfeld zumeist nicht eingebettet waren in eine effektive Informationsarbeit vor Ort oder weil niedrigschwellige Adhoc-Beratungsmöglichkeiten während der Impfkation im Quartier fehlten. Eine Quote von 84,7 % grundimmunisierten Personen (Stand Mai 2022), gemessen an der Einwohner:innenzahl des Landes Bremen (Robert Koch-Institut 2022), konnte bis dato kein anderes Bundesland in Deutschland aufweisen. Die Bremer Impfkampagne endete im März 2023. Danach waren Coronaschutzimpfungen nur noch in niedergelassenen Praxen möglich.

Die erfolgreiche Arbeit der Gesundheitsfachkräfte als Ansprechpersonen vor Ort, ihre Vernetzung im Stadtteil und die riesige Medienresonanz auf diese Arbeit haben schon im Sommer 2021 zu Forderungen nach einer Verlängerung der Projektarbeit geführt. Mittlerweile wurde das Projekt verstetigt. Die Gesundheitsfachkräfte sind nach wie vor im Einsatz, klären aber nicht mehr über die Coronaschutzimpfungen auf, sondern widmen sich anderen Themen wie etwa seelische Gesundheit, gesunde Ernährung, Bewegungsförderung oder auch UV-Schutz. Es zeigt sich zudem eine hohe Anschlussfähigkeit für weitere gesundheitsbezogene Bedarfe oder Projekte, die durch die Schnittstellenfunktion der Gesundheitsfachkräfte in Prozesse und Netzwerkstrukturen vor Ort integriert werden oder unmittelbar an die Arbeit der Gesundheitsfachkräfte angeknüpft werden können. Diese Anschlussfähigkeit gilt gleichermaßen für mögliche zukünftige pandemische Ereignisse.

Niedrigschwellige Informationsmaterialien und Kurz-Qualifizierungen

Der Expert:innenrat der Bundesregierung zu COVID-19 (2022, Seite 1) konstatiert Ende Januar 2022 einhellig, dass es keinen Mangel an öffentlich zugänglichen Informationen gebe, aber dass eine „reaktionsschnelle, evidenzbasierte, zielgruppen- und nutzerspezifische Risiko- und Gesundheitskommunikation unabdingbar“ und in Deutschland noch stark unterentwickelt sei. Beispielsweise verlinkte im Dezember 2020 das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut auf mehrsprachige Informationsmaterialien zu COVID-19, die im Juni 2020 erstellt worden waren und somit den Informationsstand zu dieser Zeit abbildeten. Der aktuelle Wissensstand zu Corona war zu diesem Zeitpunkt weder in einfacher Sprache noch in anderen in Deutschland gesprochenen Sprachen verfügbar (Altgeld et al. 2022).

Daher wurden durch die LVG & AFS zunächst adressat:innengerechte Informationen in sechs Sprachen zum Thema Corona zusammengestellt und teilweise selbst erstellt, um diese in einem zweiten Schritt passgenau und unter Berücksichtigung der jeweils stadtteilbezogenen Strukturen, zum Beispiel an Community Peergroups, Projekte und Netzwerke zu vermitteln. Dazu wurden die unterschiedlichen kommunalen Kommunikationswege, auch unter Einbezug digitaler Kommunikationstools, genutzt. Ergänzend wurden Kurz-Qualifizierungseinheiten zu jeweils aktuellen Themen bezogen auf die Covid-19-Pandemie (z. B. aktuelle Verordnungen, Impfung) für verschiedene stadtteilbezogene Akteursgruppen angeboten. Beispielsweise wurden stadtteilbezogene Einrichtungen sowie Sprach- und Integrationsmittler:innen qualifiziert und die Informationen an Bewohner:innen, Communities und Vertrauens-Orte (z. B. medizinische Einrichtungen, Supermarkt, Kiosk, Friseur:in) im Stadtteil weitergeleitet.

Erstellt wurden Materialien mit Informationen für Multiplikator:innen zum Umgang mit Coronaleugner:innen und Impfskeptiker:innen, Handreichungen zur COVID-19-Schutzimpfung (mehrsprachig), Auffrischungsimpfung gegen COVID-19 (mehrsprachig), sowie zur COVID-19-Impfung für Kinder und Jugendliche (mehrsprachig). Zudem wurde mit Social-Media-Kanälen gearbeitet und es wurden mehrsprachige Videos unter anderem mit Vertreter:innen migrantischer Communities angefertigt. Mit über 4.000 Aufrufen war ein Video mit Schüler:innen einer weiterführenden Schule und einem Kinderarzt, der Fragen der Schüler:innen zur Coronaschutzimpfung beantwortete, besonders erfolgreich.

Gesundheitsfachkräfte im Quartier – qualifizierte Vertrauenspersonen vor Ort

Das Projekt der Gesundheitsfachkräfte im Quartier startete im Januar 2021 zunächst mit zehn Vollzeitstellen verteilt auf 14 Quartiere in der Stadt Bremen. Ab dem Frühjahr 2022 kamen noch zwei Vollzeitstellen verteilt auf 4 Quartiere in der Kommune Bremerhaven dazu. Unterstützt wird die Arbeit bis heute durch ein Koordinationsteam der LVG & AFS. Während der Coronapandemie wurde die Arbeit zudem begleitet durch eine ressortübergreifende Steuerungsgruppe, in der neben den senatorischen Behörden für

Gesundheit, Soziales und Bildung, auch die Senatskanzlei, das Gesundheitsamt und das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS vertreten waren.

Zu Beginn des Projektes war es das vorrangige Ziel, über die Etablierung von Gesundheitsfachkräften in benachteiligten Quartieren die Gesundheitskompetenzen derjenigen Bevölkerungsgruppen zu stärken, die bislang über die gängige Aufklärungspraxis zu Corona nicht oder nur unzureichend erreicht wurden. Die Auswahl der Quartiere in Bremen orientierte sich an den Fördergebieten des Programms „Wohnen in Nachbarschaften“ (WiN) und in Bremerhaven am Sozialindex der jeweiligen Stadtteile. Bedingt durch die Lebensumstände und Mängel in der Infrastruktur war besonders in Quartieren mit einem niedrigen Sozialindex eine höhere Dynamik des COVID-19-Infektionsgeschehens feststellbar als in gut situierten Stadtteilen.

Die eingesetzten Gesundheitsfachkräfte verfügen entweder über ein abgeschlossenes Studium der Gesundheits- oder Sozialwissenschaften (Bachelor) oder eine abgeschlossene Berufsausbildung und einschlägige Berufserfahrungen z. B. in Gesundheits- oder Sozialberufen, Quartiers- oder Gemeinwesenarbeit. Weiter haben die Gesundheitsfachkräfte Erfahrung in der Arbeit mit Akteur:innen und Strukturen im Stadtteil und/oder mit Menschen in schwierigen sozialen Lagen sowie Fremdsprachenkompetenzen unter anderem in Türkisch, Englisch, Russisch und Bulgarisch. D.h. es wurden auch lebenswelt- und communitybezogene Kompetenzen zum Auswahlkriterium gemacht.

„Gesundheitsfachkräfte [...] müssen eine fachliche Seite haben, damit sie überzeugend Auskunft geben können über das Impfen, sie müssen aber auch eine starke empathische Seite haben, denn sie müssen Beziehungen zu den Menschen aufbauen. Und das beiden zusammenzubringen [...], dass zeichnet die Gesundheitsfachkräfte aus“ (Dr. Andreas Bovenschulte, Oberbürgermeister der Freien Hansestadt Bremen)

Quelle: LVG & AFS 2022

Die Gesundheitsfachkräfte wurden in einer vierwöchigen Basisqualifizierung für ihre Tätigkeit geschult. Inhalte dieser Basisqualifizierung waren unter anderem die Grundlagen von Prävention und Gesundheitsförderung, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Basiswissen zu Fragen rund um die COVID-19-Pandemie, dialoggruppenspezifische Themen und Netzwerkarbeit sowie Kenntnis der Bremer Gesundheits- und Beratungsinfrastruktur. Zusätzlich zu der Basisqualifizierung fanden im weiteren Projektverlauf bedarfsbezogen tätigkeitsbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen statt.

Grundsatz der Arbeit der Gesundheitsfachkräfte ist bis heute, dass die Angebote in den Quartieren aufsuchend, niedrigschwellig, vernetzt, konzeptbasiert, dialoggruppenspezifisch (z. B. hinsichtlich des Geschlechts, Einwanderungsgeschichte, sprachlicher Barrieren) und soweit möglich partizipativ gestaltet werden. Die meisten

Angebote im ersten Projektjahr (2021) bezogen sich auf Informationsveranstaltungen sowie Gruppen- und Einzelberatungen rund um die Coronaschutzmaßnahmen sowie zur Coronaimpfung. Genutzt wurden unter anderem Erstorientierungs- und Alphabetisierungskurse, Elterncafés in Kindertagesstätten, Moscheen, andere religiöse Einrichtungen und die Bremer Tafel. Auch an öffentlichen Plätzen, in Einkaufszentren und anderen frei zugänglichen Orten wurde Beratung angeboten. Besonders rund um die Einsätze der mobilen Impfteams wurden möglichst viele dieser Angebote in den jeweiligen Quartieren umgesetzt. Auch im zweiten Projektjahr (2022) wurden zahlreiche Informationsangebote rund um die COVID-19-Pandemie durchgeführt: 664 der insgesamt 907 Beratungsangebote (dazu gehören Einzel- und Gruppenberatungen) befassten sich mit diesem Thema. Methodisch wurde in den Beratungsgesprächen ein niedrigschwelliger, dialoggruppenspezifischer Ansatz gewählt. Speziell bei der Informationsvermittlung zur COVID-19-Schutzimpfung haben sich die persönliche Ansprache und das Ernstnehmen von Sorgen und Ängsten bewährt.

[...] mit den Sorgen sind wir so umgegangen, dass wir die Menschen ernst genommen haben, wir haben ihre Meinung angehört und ihnen zugehört, ihnen ein offenes Ohr geschenkt und dann Informationen angeboten.“ (Esra Aksoy, Gesundheitsfachkraft im Quartier)

Quelle: Hilbert & Köhler, 17.08.2021

Wichtig für den Projekterfolg war zudem die enge Vernetzung mit anderen Akteur:innen und Institutionen im Quartier, um den Kontakt und das Vertrauen zu den Bewohner:innen zu gewinnen. Die Gesundheitsfachkräfte arbeiten deshalb seit Beginn ihrer Tätigkeit in verschiedenen, bereits existierenden Netzwerken mit. Dazu gehören z. B. die sogenannten WIN-Foren, Arbeitsgruppen zu Kindern und Jugendlichen sowie Arbeitsgruppen zu älteren Menschen. Darüber hinaus haben sie mittlerweile in den meisten Quartieren Netzwerke zum Thema Gesundheit aufgebaut und koordinieren diese.

„Kern des Projekterfolges ist es, dass wir stadtteilspezifisch geguckt haben, welche Akteur:innen und Communities gibt es vor Ort und wie können wir möglichst schnell Wege bahnen, damit unsere Informationen da hinkommen, wo sie gebraucht werden.“ (Thomas Altgeld, Geschäftsführer der LVG & AFS)

Quelle: LVG & AFS 2022

Neben den Informationsbedarfen zur COVID-19-Pandemie wurde 2021 bereits der hohe Bedarf an umfassenderer gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung deutlich. Aus den Quartieren wurden aufgrund des unmittelbaren, täglichen Umgangs mit den Bewohner:innen und Stadtteilakteur:innen z. B. Themen wie Ernährung, Bewegung, Medienkonsum und psychische Gesundheit als vordringlich geschildert. Erste Angebote hierzu wurden 2022 entwickelt und umgesetzt. Das Konzept der Gesundheitsfachkräfte wird seitdem kontinuierlich bedarfsorientiert weiterentwickelt – heute insbesondere mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der Bewohner:innen in den Quartieren zu stärken und einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit zu leisten.

Erfolgsfaktoren der Bremer Impfstrategie

Niedrigschwellige Informationsstrategie: Durch die Zusammenarbeit aller Partner:innen der Bremer Impfstrategie wurden adressat:innengerechte Informationen zum Thema Corona erstellt. In einem zweiten Schritt wurden sie passgenau, aufsuchend und unter Berücksichtigung der jeweils stadtteilbezogenen Strukturen, zum Beispiel in Community Peergroups, Projekten und Netzwerken, verbreitet.

Kleinräumige Datenerhebung: In Bremen wurde bereits im November 2020 damit begonnen, kleinräumig Infektionszahlen zu erheben. Auf diese Weise konnte innerhalb der Stadt Bremen ein erhöhtes Infektionsgeschehen lokalisiert und entsprechend gehandelt werden.

Priorisierung von Bewohner:innen benachteiligter Quartiere: Die erhobenen kleinräumigen Daten dienten als Basis für die Bremer Impfkampagne. Bewohner:innen von Stadtteilen mit einem erhöhten Infektionsgeschehen wurde prioritär ein Impfangebot gemacht.

Dezentrale Impfkaktionen: Ebenfalls mit einem Fokus auf benachteiligte Stadtteile wurde an bekannten Orten oder belebten Plätzen die Coronaschutzimpfung durch mobile Impfteams angeboten. Zunächst in tageweisen angemieteten Räumlichkeiten, danach mit zwei Impftrucks.

Aufklärung vor Ort: Durch die Einbindung von Gesundheitsfachkräften und Menschen, die eine hohe Vertrauenswürdigkeit innerhalb der Community genießen, sowohl in die Kommunikation als auch in die Durchführung der Impfkaktionen, konnte die Informations- und Aufklärungsarbeit intensiv unterstützt werden.

Informierte Entscheidungsfindung: Methodisch wurde in den Beratungsgesprächen rund um die Corona-Schutzimpfung ein niedrigschwelliger, dialoggruppenspezifischer Ansatz gewählt. Wichtig dabei war, die Sorgen der Menschen ernst zu nehmen und nach aktuellem Wissenstand zu informieren, um den Menschen eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

Stadtteilspezifische Vernetzung: Um möglichst schnell Kanäle für Informationen zu identifizieren, arbeiten die Gesundheitsfachkräfte seit Beginn ihrer Tätigkeit in verschiedenen, bereits existierenden Netzwerken mit.

Kontakt:

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

Marcus Wächter-Raquet

E-Mail: marcus.waechter@gesundheit-nds-hb.de

Internet: www.gesundheit-nds-hb.de

Internet: www.gesundheitsfachkraefte-im-quartier.de

Quellen:

Altgeld, T.; Tempel, N.; Wächter-Raquet, M.; Lettau, I.; Focke, L.; Kwarteng, J. N. (2022): Mehr Gesundheit lässt sich nur vor Ort herstellen! Gesundheitsfachkräfte in Quartieren als niedrigschwelliger Ansatz zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz und Förderung der Impfbereitschaft. In: Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S), Jahrgang 76, Heft 3, S. 14 - 23.

Bruhn, E. (2021) Bremen Deutscher Meister. In: taz Nord, 02.06.2021. Berlin: taz Verlags und Vertriebs GmbH. Online: <https://taz.de/Corona-Impfkampagne/!5772400/>

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (2026): Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Land Bremen. Online: https://sd.bremische-buergerschaft.de/sdnetrim/UGhVM0hpd2NXNFdFcExjZQB4OESe27_Md802j8_0QmjLiRmE5jbrpy7UVSayfrC/L_Teil_B_BB_FDP_zu_Gesundheitspunkten.pdf

ExpertInnenrat der Bundesregierung zu COVID-19 (2022): 5. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19. Zur Notwendigkeit evidenzbasierter Risiko- und Gesundheitskommunikation. Online: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2002168/4251476198ffd2a0af663fd90c29240f/2022-01-30-fuenfte-stellungnahme-expertenrat-data.pdf?download=1>

LVG & AFS (Hrsg.) (2022): Gesundheitsfachkräfte im Quartier – Bremen & Bremerhaven. Rückblick auf das erste Projektjahr 2021. Online: <https://www.gesundheitsfachkraefte-im-quartier.de/konzept>

Hilbert, J.; Köhler, E. (2021) Impfsieger und Impfverlierer im Norden. In: Panorama 3. 17.08.2021. Hamburg: Norddeutscher Rundfunk. Online: <https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama3/Impfsieger-und-Impfverlierer-im-Norden,impfen668.html>

Robert Koch-Institut (2022): Impfquote gegen das Coronavirus (COVID-19) in Deutschland nach Bundesländern. Zitiert aus de.statista.com. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1195108/umfrage/impfungen-gegen-das-coronavirus-je-einwohner-nach-bundeslaendern/>

Robert Koch-Institut (2021): STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung. In: Epidemiologisches Bulletin 2/2021. Online: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/7579.2/STIKO-Empfehlung-COVID-19-Impfung_23-12-2020.pdf?sequence=7&isAllowed=y

Senatskanzlei (2020): Antrag auf Bremen-Fonds. Ressortübergreifende Unterstützungsleistungen im Quartier zur Bewältigung der Folgen der Pandemie. Online: <https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/top-24-antrag-auf-bremen-fonds-ressortuebergreifende-unterstuetzungsleistungen-im-quartier-zur-bewaeltigung-der-folgen-der-pandemie-159832?asl=bremen02.c.732.de>

ZDF (2021): Geimpft oder nicht?. In: ZDFzoom. 17. November 2021. Berlin: Zweites Deutsches Fernsehen.



Kommissionsdrucksache 21(27)33
vom 9. April 2026

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen

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

Öffentliche Anhörung

„Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, Impfstrategie und Forschung“



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Bearbeiter: Reinhard Berner

Deutscher Bundestag
Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-
Pandemie und Lehren für zukünftige
pandemische Ereignisse“
Frau Vorsitzende
Franziska Hoppermann, MdB

Dresden, 8. April 2026

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458-0
www.ukdd.de

**Öffentliche Anhörung zum Thema „Leistungsfähigkeit des
Gesundheitssystems, Impfstrategie und Forschung“
am 19. März 2026**

Stellungnahme Prof. Dr. med. Reinhard Berner

***„Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen
oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten,
Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das
Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.“***

(UN-Kinderrechtskonvention von 1990, Artikel 3) (1)

Die nachfolgende Stellungnahme befasst sich zum einen mit der Rolle der STIKO in
Deutschland grundsätzlich und während der Pandemie, zum anderen mit der
Situation und Betroffenheit der Kinder und Jugendlichen in der Pandemie -- aus
kinderärztlicher und infektiologischer Sicht.

Sie schließt mit Schlussfolgerungen für zukünftige Herausforderungen und Krisen
aus den gemachten Erfahrungen und der genannten Perspektive.

Vorstand

Prof. Dr. med. Uwe Platzbecker
(Medizinischer Vorstand, Sprecher)
Janko Haft
(Kaufmännischer Vorstand)

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Thomas Lemke

Bankverbindungen

Commerzbank AG
IBAN DE68 8508 0000 0509 0507 00
BIC DRES DEFF 850

Ostsächsische Sparkasse Dresden
IBAN DE28 8505 0300 3120 1377 81
BIC OSDD DE 81 XXX

Deutsche Kreditbank AG
IBAN DE78 1203 0000 0011 2073 70
BIC BYLA DEM1 001

USt-IDNr.: DE 140 135 217
St-Nr.: 203 145 03113

Ständige Impfkommission (STIKO)

Die Ständige Impfkommission STIKO ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) berufenes Expertengremium, das in der Regel aus 18 bis 19 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus verschiedenen Fachgebieten besteht, die diese Aufgabe ehrenamtlich, ohne Vergütung und unabhängig von Interessen der Industrie oder anderer Lobbygruppen, aber auch unabhängig von Robert Koch-Institut (RKI), BMG oder anderen Gremien oder Behörden des Bundes und der Länder wahrnehmen.

Die STIKO entwickelt für die Bevölkerung in Deutschland Impfeempfehlungen, die sich auf in der Europäischen Union zugelassene Impfstoffe beziehen. Die STIKO erarbeitet ihre Empfehlungen mit wissenschaftlichen Methoden auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin.

Die STIKO hat während der COVID-19-Pandemie die entscheidende Rolle bei der Gestaltung der Impfstrategie für Deutschland gespielt. In der ersten Phase der Pandemie hatte sie einen wesentlichen Anteil daran, dass bei zu diesem Zeitpunkt limitierter Impfstoffverfügbarkeit der Zugang zum Impfstoff -- auf der Grundlage der gemeinsam mit der Nationalen Akademie Leopoldina und dem Deutschen Ethikrat erarbeiteten Priorisierungsempfehlung -- für definierte Bevölkerungsgruppen mit Risiko für eine schwere COVID-19-Erkrankung realisiert werden konnte. Damit wurde in einer entscheidenden Phase der Pandemie ein wesentlicher Beitrag zur Senkung der Morbidität und Letalität sowie der Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit des Gesundheitssystems geleistet (2).

Die zweite Phase der Pandemie war durch Empfehlungen zur Impfung von Schwangeren und Stillenden, Kindern und Jugendlichen sowie zu Auffrischimpfungen unter Berücksichtigung durchgemachter SARS-CoV-2-Infektionen (Stichwort Hybridimmunität) gekennzeichnet.

In der dritten Phase stand die nachlassende Wirksamkeit der Impfstoffe gegen leichte Erkrankungen unter Omikron sowie der Übergang in die postpandemische Phase im Vordergrund.

Über den Pandemieverlauf hinweg hat die STIKO insgesamt 25 Empfehlungen veröffentlicht. Die regelmäßigen Aktualisierungen der Impfeempfehlungen mitsamt der begleitenden wissenschaftlichen Begründungen waren aus mehreren Gründen erforderlich; so wurden fortlaufend neue Impfstoffe zugelassen, für bereits zugelassene Impfstoffe wurde die Indikation erweitert (z.B. neue Altersgruppen, Anwendung zur Auffrischimpfung); nach dem Auftreten von schweren unerwünschten Nebenwirkungen (z.B. thromboembolischen Ereignissen nach der

Impfung mit Vaxzevria oder Myokarditiden nach mRNA-Impfung) wurde eine Neubewertung von Risiko und Nutzen notwendig.

Während der COVID-19-Pandemie gelang es der STIKO, sorgfältig wissenschaftlich begründete, evidenzbasierte Empfehlungen mit hohem Standard zu veröffentlichen, die der oft dynamischen Pandemieentwicklung Rechnung trugen. Die Qualität und die Geschwindigkeit der Erarbeitung der Empfehlungen entsprach mindestens derjenigen anderer europäischer Impfkommissionen. Dies erfolgte über weite Zeiträume unter hoher öffentlicher und politischer Erwartungshaltung (3).

Die personelle Ausstattung der STIKO-Geschäftsstelle war während der Pandemie ein begrenzender Faktor und lag erheblich hinter der anderer internationaler Impfkommissionen zurück. Diese strukturelle Unterausstattung stellt auch weiterhin ein wesentliches Hindernis für eine zeitnahe und evidenzbasierte Weiterentwicklung von Impfempfehlungen dar.

KINDER UND JUGENDLICHE

Krankheitsschwere

Bereits den ersten epidemiologischen und klinischen Berichten zur Pandemie aus Norditalien im März 2020 war zu entnehmen, dass Kinder und Jugendliche von dem Krankheitsbild COVID-19 kaum betroffen waren und allenfalls mild erkrankten. Dennoch war die Krankheit unbekannt und daher mit hoher Unsicherheit behaftet. Die Situation und deren Einschätzung blieb zunächst unklar und teilweise strittig.

Noch im April 2020 wurde in Deutschland unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) und Unterstützung durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) eine aktive Surveillance-Studie (sog. DGPI-Survey) unter den etwa 330 deutschen Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin ins Leben gerufen. Darin wurden zur Bündelung der Erfahrungen tagesaktuell die Fallzahlen von hospitalisierten Kindern, intensivmedizinischen Behandlungen, aber auch von Krankheitsverläufen und Risikofaktoren erfasst, ausgewertet und online dargestellt (4). Auch für Deutschland bestätigte sich, dass Kinder und Jugendliche sehr selten schwer erkrankten. Auf der Intensivstation behandelt werden mussten nur wenige Kinder und nur solche mit Risikofaktoren.

Ebenfalls erfasst wurde mit dieser aktiven Surveillance ein erstmals im April 2020 weltweit neu beobachtetes Krankheitsbild bei Kindern und Jugendlichen, dem sog. *Pediatric Hyperinflammatory Multisystem Syndrome, PIMS*, einer überschießenden

Reaktion des Immunsystems, die mehrere Wochen nach einer SARS-CoV-2-Infektion auftrat, mit hohem Fieber und hoher Entzündungsaktivität einherging und im Pandemieverlauf mit dem Auftreten neuer Virusvarianten faktisch wieder verschwand (5).

Vielfältige Untersuchungen zeigten zudem, dass Kinder – anders als bei der Influenza – nicht überproportional zur Ausbreitung des Virus beitrugen (6).

Psychosoziale Auswirkungen

In zahlreichen öffentlichen Stellungnahmen haben die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und andere während des Pandemieverlaufs auf diese Situation sowie auf die gravierenden Auswirkungen der pandemiebezogenen Maßnahmen für Kinder und Jugendliche hingewiesen.

Viele Untersuchungen, beispielhaft die bundesweit repräsentative COPSY-Längsschnittstudie, zeigten bereits früh eine signifikante Zunahme psychischer Belastungen sowie eine Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie (7). Dabei wurde deutlich, dass diese Belastungen nicht nur vorübergehend auftreten, sondern teilweise über den Pandemieverlauf hinweg persistierten.

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der COPSY-Studie wiesen zudem konsistent darauf hin, dass psychische Gesundheit nicht ausschließlich durch individuelle Faktoren bestimmt, sondern in hohem Maße von gesellschaftlichen, sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen beeinflusst wird.

Die pandemiebedingten Maßnahmen hatten damit relevante Auswirkungen auf die Entwicklung und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen, die bei zukünftigen Entscheidungen stärker berücksichtigt werden müssen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die STIKO hat während der Pandemie unter schwierigsten Bedingungen eine **hoch effiziente Arbeit** geleistet. Ihre Empfehlungen waren wissenschaftlich fundiert, inhaltlich ausgewogen und wurden auch im internationalen Vergleich **zeitnah** erstellt.

Gleichzeitig hat sich gezeigt, dass die strukturellen Voraussetzungen der STIKO verbessert werden müssen. Insbesondere ist eine bessere personelle Ausstattung

erforderlich, um die Arbeitsfähigkeit unter Krisenbedingungen aufrechterhalten und bei Bedarf flexibel ausweiten zu können. Auch die Finanzierung und Ausstattung der sogenannten Nationalen Referenzzentren, die sich mit der Charakterisierung und Typisierung neuer, aber auch bekannter epidemiologisch wichtiger Erreger beschäftigen, muss intensiviert werden, um ihren Auftrag zu erfüllen, insbesondere aber um auf Krisen vorbereitet zu sein.

Das Impfmonitoring sollte stärker als bisher in Routinedaten integriert und digital unterstützt werden, um im Krisenfall schneller belastbare Aussagen treffen zu können.

Kinder und Jugendliche müssen in zukünftigen Krisen **systematischer und frühzeitiger** berücksichtigt werden. Die Stimme der Kinder- und Jugendmedizin hätte früher und stärker in politische Entscheidungsprozesse einbezogen bzw. gehört werden müssen. Die **UN-Kinderrechtskonvention** sollte nicht nur normativ, sondern **strukturell verbindlich** verankert werden.

Die Verankerung von Kinderrechten im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland hätte zur Folge, Kinder als eigenständige Grundrechtsträger sichtbar zu machen, den Vorrang des Kindeswohls rechtlich zu stärken und Beteiligungsrechte abzusichern. Dies würde dazu beitragen, Kinderrechte in allen Politikfeldern und bei allen politischen Entscheidungen systematisch zu berücksichtigen, z. B. durch einen Kinderrechts-Check bei Gesetzesvorhaben und einer verpflichtenden Folgenabschätzung für Kinder.

Umsetzung passiert vor Ort. Die kommunale Ebene sollte gestärkt, Sozialarbeit und ehrenamtliches Engagement im Kinder- und Jugendbereich nachhaltig unterstützt werden, um analoge Lebenswirklichkeiten attraktiv auch für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu machen.

Die Pandemie hat gezeigt, welche zentrale Rolle **Bildungseinrichtungen** für die psychosoziale Entwicklung junger Menschen spielen. Der temporäre Wegfall dieser Strukturen hatte nachweislich erhebliche und teilweise langfristige Auswirkungen auf das psychosoziale Wohlbefinden.

Aus Public-Health-Perspektive erscheint es daher von zentraler Bedeutung, **Bildungseinrichtungen auch in zukünftigen Krisen möglichst lange offen zu halten** oder geeignete Alternativen zu schaffen.

Schulen sollten stärker als Orte der Gesundheitsförderung genutzt werden. Programme zur Förderung emotionaler Kompetenzen und zur Stärkung der Resilienz können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. **Resilienz** ist kein statisches

Persönlichkeitsmerkmal, sondern **entwickelbar und eng an soziale Lebensbedingungen** geknüpft.

ZUSAMMENFASSUNG

1. Die STIKO hat während der Pandemie unter schwierigsten Bedingungen eine sehr effiziente und wissenschaftlich fundierte Arbeit geleistet. Mit ihren Impfeempfehlungen hat sie in einer entscheidenden Phase der Pandemie wesentlich dazu beigetragen, Morbidität und Letalität in der Bevölkerung zu senken und die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit des Gesundheitssystems und anderer systemrelevanter Bereiche zu sichern.
2. Um effizient arbeiten zu können, ist eine ausreichende Ausstattung der STIKO mit Personal und Ressourcen dringend erforderlich; dazu gehört auch eine effiziente populationsbezogene Surveillance, ein Impfmonitoring sowie die auskömmliche Finanzierung der Nationalen Referenzzentren.
3. Kinderrechte müssen künftig verbindlich und systematisch in politische Entscheidungen integriert werden. Die UN-Kinderrechtskonvention muss in Deutschland durch geeignete Maßnahmen strukturell verankert und die Kinderrechte umgesetzt werden.
4. Schulen und Kitas sind zentrale Orte für Entwicklung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und sollten in Krisen besonders geschützt werden.

Quellen

- (1) Vereinte Nationen. 1989. Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Vertragsreihe, 1577, 3.
- (2) Vygen-Bonnet S, Schlaberg J, Koch J. Rolle, Arbeitsweise und Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) im Kontext der COVID-19-Pandemie. Bundesgesundheitsbl. 2022;65:1251-1261
- (3) RKI. Tätigkeitsbericht des RKI zur COVID-19-Pandemie, 2020-2023 www.rki.de/covid-19-taetigkeitsberichte
- (4) Armann JP, Diffloth N, Simon A, Doenhardt M, Hufnagel M, Trotter A, Schneider D, Hübner J, Berner R. Hospital Admission in Children and Adolescents With COVID-19. Dtsch Arztebl Int. 2020 May 22;117(21):373-374. doi: 10.3238/arztebl.2020.0373.
- (5) Lohrmann F, Doenhardt M, Diffloth N, Jakob A, Hospach A, Schneider DT, Trotter A, Brunner J, Goretzki S, Arens S, Rank M, Mauer R, Armann J, Berner R, Hufnagel M; PIMS-DGPI Working Group. Severity of Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally Associated with SARS-CoV-2 Diminished During Successive Waves of the COVID-19 Pandemic: Data from a Nationwide German Survey. J Pediatr. 2025 Mar;278:114419. doi: 10.1016/j.jpeds.2024.114419.

- (6) Schumm L, Blankenburg J, Kahre E, Armann J, Dalpke AH, Lück C, Berner R, Czyborra P. Lower SARS-CoV-2 household transmission in children and adolescents compared to adults. Sci Rep. 2022 Dec 27;12(1):22453. doi: 10.1038/s41598-022-24643-2.
- (7) Kaman A, Erhart M, Devine J, Napp A-K, Reiß F, Behn S, Ravens-Sieberger U. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Zeiten globaler Krisen: Ergebnisse der COPSY-Längsschnittstudie von 2020 bis 2024. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2025;68:670-680.
<https://doi.org/10.1007/s00103-025-04045-1>
- (8) Felfe C, Saurer J, Schneider P, Vornberger J, Erhart M, Kaman A, Ravens-Sieberger U. The youth mental health crisis: Quasi-experimental evidence on the role of school closures. Science Advances 2023;9: eadh4030. <https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.adh4030>
- (9) Ravens-Sieberger U. Auswirkungen der Pandemie auf Kinder und Jugendliche. Stellungnahme für die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages v. 16.03.2026. Arbeitsgruppe 4: Gesellschaft, Soziales, Bildung und Kultur, Sport und Ehrenamt.

Prof. Dr. med. Reinhard Berner

Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden

Vorsitzender der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut (seit 2024)

Mitglied des Corona-Expertenrates der Bundesregierung (2021 bis 2023)

Mitglied der Expertenkommission des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) „Kinder- und Jugendschutz in der digitalen Welt“ (seit 2025)