



Wortprotokoll der 22. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 27. April 2022, 14:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 4

- a) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Einrichtungsbezogene Impfpflicht jetzt solide vorbereiten

BT-Drucksache 20/687

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

- b) Antrag der Abgeordneten René Springer, Martin Sichert, Carolin Bachmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Verschärfung des Fachkräftemangels im Gesundheitssektor verhindern - Einrichtungsbezogene Impfpflicht abschaffen

BT-Drucksache 20/699

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Haushaltsausschuss



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



**Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung
„Einrichtungsbezogene Impfpflicht“**

Mittwoch, 27. April 2022, 14:00 Uhr bis 15:00 Uhr
Paul-Löbe-Haus (PLH), Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)
- Deutscher Caritasverband e. V.
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Deutscher Städtetag

Einzel Sachverständige

- Dr. Gunter Frank (Hausarzt)
- Kaspar Pfister (Inhaber BeneVit Gruppe)
- Prof. Dr. Leif Erik Sander (Charité - Universitätsmedizin Berlin)
- Axel Schnell (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.)



Die **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrte Sachverständigen, sehr geehrte Vertreter der Bundesregierung, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich begrüße Sie sehr herzlich zur ersten öffentlichen Anhörung des Tages des Ausschusses für Gesundheit, die wir, so wie wir es bereits kennen, als eine Mischung aus Präsenz – es sind einige Abgeordnete vor Ort – und digital durchführen. Die Expertinnen und Experten sind digital zugeschaltet. Wie Sie es inzwischen gut kennen, bitte ich Sie, sich mit vollständigem Namen in Webex anzumelden und Ihre Mikrofone zunächst auszuschalten. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich zurück. Wir beschäftigen uns in dieser Anhörung mit zwei Anträgen, nämlich mit dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU „Einrichtungsbezogene Impfpflicht jetzt solide vorbereiten“ auf der Drucksache 20/687 und dem Antrag der Fraktion der AfD „Verschärfung des Fachkräftemangels im Gesundheitssektor verhindern – Einrichtungsbezogene Impfpflicht abschaffen“ auf der Drucksache 20/699. Ich werde ganz kurz umreißen, um was es in den Anträgen jeweils geht. Das tue ich beschreibend aus meiner Funktion heraus und nicht, weil wir dies teilen – manches ja, manches nein. Die Fraktion der CDU/CSU konstatiert in ihrem Antrag, die Umsetzung der vom Deutschen Bundestag beschlossenen einrichtungsbezogenen Impfpflicht, die seit dem 16. März 2022 in Kraft sei, werfe viele Fragen auf, die die Bundesregierung bisher nicht ausreichend beantwortet habe. Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, gemeinsam mit den Ländern für einen bundesweit möglichst einheitlichen Vollzug der einrichtungsbezogenen Impfpflicht zu sorgen und insbesondere zu klären, welche arbeitsrechtlichen Folgen sich für Beschäftigte in einer betroffenen Einrichtung ergeben, wenn der erforderliche Impfnachweis nicht vorgelegt werde. Der zweite Antrag, den wir heute anhören, kommt von der Fraktion der AfD. Die AfD-Fraktion fordert in ihrem Antrag, die einrichtungsbezogene Impfpflicht wieder aufzuheben. Zur Begründung heißt es, die Folge der Regelung und deren Umsetzung sei der regional drohende Zusammenbruch des Gesundheitswesens durch Freisetzung von Beschäftigten, die für die Versorgung der vulnerablen Gruppen unersetzlich seien. Durch diese Regelung sei die Versorgung von

bis zu 200 000 Pflegebedürftigen und Kranken gefährdet und es drohe eine verstärkte Abwanderung qualifizierter Pflegekräfte in andere Berufe oder ins Ausland.

Jetzt noch ein paar formale Anmerkungen zum Ablauf dieser Anhörung. Es stehen uns insgesamt 60 Minuten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Es beginnen die antragstellenden Fraktionen. Die weitere Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen und beruht auf einer ausschussinternen Vereinbarung, die bei jeder Antragsanhörung angewendet wird. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt und diese bzw. dieser beantwortet. Für Frage und Antwort stehen insgesamt drei Minuten zur Verfügung. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Nach 60 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Die jeweils aufgerufenen Sachverständigen bitte ich, jedes Mal wieder – das ist etwas kontraintuitiv – sich vor der Beantwortung der Frage, auch wenn mehrere Frage hintereinander an Sie adressiert werden, sich mit Ihrem Namen und Ihrem Verband vorzustellen. Das dient einerseits der Erleichterung der Protokollstellung. Andererseits können die Zuschauerinnen und Zuschauer die Sachverständigen den jeweiligen Verbänden bzw. Institutionen zuordnen, wenn sie die Sitzung später im Bundestagsfernsehen anschauen. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, danke ich ganz herzlich. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auf lautlos zu stellen. Sie wissen, ein Klingeln kostet fünf Euro und wird für einen guten Zweck gespendet. Dass die Anhörung live im Parlamentsfernsehen übertragen und digital aufgezeichnet wird, habe ich bereits gesagt. Sie kann auch später in der Mediathek abrufen werden. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Soweit zur Einführung. Mein Damen und Herren, wir beginnen mit der Anhörung.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa). Wie wurde aus Ihrer Sicht die Einführung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht



durch die Bundesregierung vorbereitet? Waren insbesondere am Stichtag 16. März 2022 alle offenen Fragen geklärt?

SV Pascal Tschörtner (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Es ist richtig, dass die Einführung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht mit einer Vielzahl von offenen Fragen einher ging, die auch bis zum Beginn der formellen Umsetzung am 15. März nicht abschließend beantwortet werden konnten. Die Leistungsbringerverbände und die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) haben sehr früh auf die Probleme hingewiesen und jeweils sehr umfangreiche Fragenkataloge eingereicht. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat sich mit Hilfe einer vielfach überarbeiteten Handreichung bemüht, zu verschiedenen Auslegungs- und Handhabungsfragen Klarheit zu schaffen. Diese Bereitstellung der Handreichung hat der bpa auch ausdrücklich begrüßt. Problematisch war jedoch, dass es in diversen Fassungen dieses Dokuments mehrfach dazu kam, dass vorherige Aussagen teils ersatzlos gestrichen und teils ins Gegenteil umgekehrt wurden. Das hat nicht unbedingt positiv zur Handlungssicherheit beigetragen. Während uns nachvollziehbar ist, dass nicht immer alle Fragen unmittelbar abschließend beantwortet werden können und es gegebenenfalls noch Korrekturen geben muss, so waren doch die Umstände bei der Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht wirklich außergewöhnlich. Für die Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen hat dies die Situation, die ohnehin schon sehr belastend war, noch weiter verschärft. Die Träger mussten vielfache bürokratische Anforderungen erfüllen, Diskussionen im Beschäftigtenkreis moderieren, für die Impfungen werben und alles daran setzen, die Versorgung auch über den 15. März hinaus sicherzustellen. Insbesondere letzteres war teils mit erheblichen Problemen behaftet. Eine Personalplanung war angesichts der Möglichkeit sofortiger Beschäftigungsverbote, potenzieller Kündigung von betroffenen Beschäftigten sowie der Unmöglichkeit von Neueinstellungen nicht immunisierter Beschäftigter die längste Zeit nicht durchführbar. Erst vor dem Umsetzungstermin am 16. März wurde seitens der Länder signalisiert, dass es ein abgestuftes Verfahren geben würde, bei dem nicht sofort Tätigkeitsverbote verhängt werden. Insofern waren zum 16. März zwar viele Fragen geklärt, aber für die Einrichtungen, die die Umsetzung seit Mitte Dezember

beschäftigt hat, war es trotzdem eine Zeit, die mit sehr vielen Unsicherheiten und Frustrationen einherging.

Abg. Kay-Uwe Ziegler (AfD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen (ESV) Dr. Gunter Frank. Sie sind seit 30 Jahren als Arzt tätig. Wie haben sich Ihr Berufsalltag und Ihre Patientenstruktur seit der Einführung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht verändert?

ESV Dr. Gunter Frank: Seit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht kommen immer mehr Patienten aus dem Gesundheitsbereich in meine Praxis. Darunter sind erfahrene Krankenschwestern, Altenpfleger, Rettungssanitäter, die eine deutliche Zunahme bestimmter Krankheitsbilder kurz nach einer COVID-Impfung mit den neuen COVID-Impfstoffen erleben. Sie berichten von Patienten mit Herzproblemen, Herzinfarkten, Embolien, Schlaganfällen und einiges mehr. Sie sehen auch, dass Kollegen betroffen sind. Sie beobachten genauso, dass geimpfte Kollegen nicht vor einer COVID-Infektion und vor Arbeitsausfall geschützt sind. Laut Robert Koch-Institut besteht auch kein Fremdschutz. Dies bedeutet, Patienten können von Geimpften genauso wie von Ungeimpften angesteckt werden. Jedoch sind die offiziellen Meldezahlen der Impfnebenwirkungen inzwischen ziemlich heftig. Im Vergleich zur Grippeimpfung bestehen schon jetzt ein 40-fach erhöhtes Todesrisiko und ein 170-fach erhöhtes Risiko bleibender Schäden. Deswegen verstehen viele Pflegekräfte nicht, warum sie so massiv unter Druck gesetzt werden. Wer sich nicht impfen lässt, dem drohen ein Beschäftigungsverbot und ein Verlust der beruflichen Existenz. Um es konkret zu machen: Eine 61-jährige Altenpflegerin, gesund, kommt in meine Sprechstunde und sagt, dass sie Respekt, aber keine Angst vor COVID-19 habe, aber dass ihr diese neuartigen Impfstoffe große Sorgen machen. Sie lebt alleine und ist auf ihr Einkommen angewiesen. Sie hat erlebt, dass sich in ihren Heim Patienten nach der Impfung massiv gesundheitlich verschlechtert haben. Deswegen möchte sie sich nicht impfen lassen. Ich finde, diese Frau hat es nach 35 Jahren harten Berufslebens verdient, dass man ihre professionelle medizinische Meinung respektiert. Sie und auch viele andere Betroffene empfinden dieses Gesetz als staatliche Nötigung und als Angriff auf ihre



körperliche Unversehrtheit. Viele halten diesem Druck aber nicht Stand und lassen sich gegen ihrer Überzeugung impfen. In meinem Sprechzimmer fließen Tränen der Verzweiflung und der Wut. Ich muss sagen, irritiert hat mich die aktuelle Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die meint, der Druck auf die Pflegekräfte könnte durch eine allgemeine Impfpflicht vermindert werden. Meine Damen und Herren, nichts könnte falscher sein. Das, was Pflegekräfte wie meine Altenpflegerin belastet, ist, dass sie zu einer Impfung genötigt werden, die ganz offenbar keinen relevanten Nutzen hat, deren schädliche Nebenwirkungen aber immer deutlicher werden. Deswegen muss jede Form von Impfpflicht gestoppt werden.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den ESV Pfister. Sie sind verantwortlich für eine Trigger-Gruppe im Bereich der Altenpflege. Bitte berichten Sie uns von Ihren Erfahrungen, dass die COVID-Impfungen wesentlich zur Eindämmung von Infektionen und Ausbrüchen in Ihren Pflegeeinrichtungen beigetragen haben. Kam es bei Ihnen in diesem Zusammenhang nach den 15. März zu Problemen bei der pflegerischen Versorgung?

ESV **Kaspar Pfister**: Wir haben seit Beginn der Corona-Pandemie rund 1 700 Infektionen, davon etwa 700 bei Kunden, das heißt stationären und ambulanten Kunden, und 800 bei Mitarbeitern. Wir versuchen eigentlich seit zweieinhalb Jahren, seit Beginn der Pandemie alle Infektionen zu analysieren und auszuwerten, die Ursachen festzustellen und insbesondere seit es den Impfstoff gibt, einen Zusammenhang herzustellen. Wir können heute sagen, dass durch die Impfung das Infektionsrisiko deutlich geringer ist. Wir können auch sagen, dass bei den Erkrankungen, die wir festgestellt haben, bei geimpften Personen die Verläufe deutlich milder bis oft sogar symptomfrei sind. Und wenn ich die aktuelle Omikron-Welle anschau: In der hatten wir bis jetzt acht verstorbene Bewohner, davon waren vier nicht geimpft und vier geimpft. Wenn ich das ins Verhältnis setze zu der Gesamtzahl, dann ist eigentlich das Sterberisiko bei nicht geimpften Bewohnern 60 Mal höher als bei Bewohnern, die einen Impfschutz haben. Wir setzen seit 1. Dezember 2021 einrichtungsbezogen diese Impfpflicht intern schon um, das heißt, seit Dezember setzen wir

nur noch Mitarbeiter ein, die einen Immunitätsstatus haben. Alle anderen sind gegen Fortbezahlung der Bezüge freigestellt. Stand heute habe ich noch 26 Mitarbeiter, die freigestellt sind. Alle anderen haben sich impfen lassen und zwar nicht durch Druck, sondern im Prinzip durch Gespräche, durch Aufklärung, auch durch eine klare Linie. Ich habe im Moment bei den Mitarbeitern eine Impfquote von 98 Prozent. Zu keinem Zeitpunkt hatten wir größere Probleme, außer den üblichen, den Dienstplan zu gestalten. In Moment habe ich, wenn ich die gesamte Gruppe anschau, sechs Stellen zu besetzen. Das sind also auch hier keine Horrorszenarien, wie sie immer wieder kommuniziert werden.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den bpa. Mich würde interessieren, ob weiterhin ungeklärte arbeits- und haftungsrechtliche Fragen für die Pflege- und Eingliederungseinrichtungen im Zusammenhang mit der Einführung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht bestehen. Wenn ja: Welche?

SV **Pascal Tschörtner** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Ja, auch weiterhin sehen sich die Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen mit solchen ungeklärten arbeits- und haftungsrechtlichen Fragen konfrontiert. Die bestehenden Auslegungshinweise des BMG konnten leider noch nicht ausreichend zur Klärung dieser Fragen beitragen. Kürzlich gab es eine Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages zu arbeitsrechtlichen Aspekten der einrichtungsbezogenen Impfpflicht. In dieser wurde sehr deutlich, dass es zu verschiedenen Fragen teils sehr unterschiedliche Einschätzungen in der rechtswissenschaftlichen Literatur gibt. Zwei besonders akute Beispiele möchte ich Ihnen gerne nennen. Diese betreffen insbesondere die Zeit seit dem 16. März bis zur möglichen Aussprache eines Tätigkeitsverbotes. Erstens, die Frage, ob ich als Einrichtung nicht immunisierte Personen, bei denen das Gesundheitsamt noch kein Tätigkeitsverbot ausgesprochen hat, dennoch bereits freistellen und in diesem Fall auf eine Lohnfortzahlung verzichten kann. Ein erstes Arbeitsgerichtsurteil hält dies für angemessen. Jedoch gab es noch kein Hauptsacheverfahren und die Frage Lohnfortzahlung wurde noch nicht betrachtet. In der rechtswissenschaftlichen Literatur ist die diesbezügliche Einschätzung



sehr unterschiedlich. Zweitens, für die meisten Einrichtungen noch viel wichtiger, ist die Frage ob nicht immunisierte Beschäftigte weiterhin zur Sicherstellung der Versorgung eingesetzt werden können, ohne dass daraus haftungsrechtliche Regressforderungen entstehen können. Aus Sicht des bpa muss hierzu eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erfolgen, dass der Einsatz unter Wahrung der sonstigen Schutzmaßnahmen, also insbesondere Tests und Masken, weiterhin erfolgen und so die Versorgung gesichert werden kann. Wir haben dazu im Rahmen der letzten Novelle des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) einen entsprechenden Vorschlag unterbreitet, der bisher leider noch nicht aufgenommen wurde. Wir wären aber sehr dankbar, wenn der Gesetzgeber eine entsprechende Klarstellung vornehmen würde.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Welche Bedeutung hat nach Ihrer Einschätzung eine hohe Impfquote unter Mitarbeitenden im Gesundheitswesen für die Bekämpfung der Corona-Pandemie?

SV Jörg Schudmann (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)): Die BGW ist die gesetzliche Unfallversicherung für rund 700 000 Mitgliedsunternehmen in den Gesundheits- und Wohlfahrtspflegebereichen und versichert ungefähr neun Millionen Menschen, die in diesen Bereichen tätig sind. Wir haben über die Dauer der Pandemie über 200 000 Meldungen für Beschäftigte mit dem Verdacht auf eine berufsbedingte COVID-19-Erkrankung bekommen. Aus diesen Zahlen können wir die Wirkungen der Impfungen gut ableiten. Die Zahl der stationären Behandlungen nach solchen Erkrankungen von 2020 zu 2021 – 2020 gab es noch keinen Impfstoff, 2021 wurden mit der Impfung für die Gesundheitsberufe begonnen – hat sich um den Faktor drei von 2021 zu 2020 verringert. Auch die Zahl schwerer Erkrankungen – wir definieren schwere Erkrankungen mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Monaten –, die die BGW im Reha-Management betreut, ist von 2020 zu 2021 etwa um 50 Prozent von 2,6 auf 1,4 Prozent zurückgegangen. Wir führen das auch auf Impfungen zurück, die zu mildereren Ver-

läufen, das ist gerade von Herrn Pfister zum Ausdruck gebracht worden, beitragen. Die BGW stellt dementsprechend in ihren branchenbezogenen Arbeitsschutzstandards, die eine Hilfestellung für die Betriebe zur Auslegung der Corona-Arbeitsschutzverordnung sind, mit entscheidend darauf ab, dass Impfungen angeboten und durchgeführt werden. Die BGW unterstützt durch Aufklärung und Beratung – zuletzt haben wir Anfang dieses Jahres eine Impfinitiative mit Dr. Eckhard von Hirschhausen auf den Weg gebracht – damit Motivation und Bereitschaft zur Impfung in den Einrichtungen noch einmal deutlich gefördert werden. Wir messen unverändert der Impfung eine hohe präventive Bedeutung für den Gesundheitsschutz der Beschäftigten im Gesundheitswesen zu.

Abg. Nicole Westig (FDP): Ich habe eine Frage an den Caritasverband. Sie weisen in Ihrer Stellungnahme noch einmal auf die Notwendigkeit der Evaluation der einrichtungsbezogenen Impfpflicht hin. Welche konkreten Schritte wären in Ihren Augen notwendig?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat ist es notwendig, die einrichtungsbezogene Impfpflicht mit einem Monitoring zu begleiten und zu evaluieren. Das sind zwei unterschiedliche Aspekte. Wir brauchen ein begleitendes Monitoring. So wissen wir beispielsweise noch nicht, wie hoch die Impfquoten in den einzelnen Bundesländern sind. Dazu gibt es noch keine offizielle Zahl. Wir wissen das von unseren Einrichtungen, aber wir wissen es nicht pro Bundesland. Wir benötigen diese Daten, um zu sehen, wie sich die Versorgungssituation entwickelt, ob es beispielsweise doch noch zu Versorgungsengpässen kommen könnte. Deshalb brauchen wir die Daten im Zeitverlauf als Bestandteil des Monitorings. Evaluieren muss dann auch, wie die Betretungsverbote in den einzelnen Bundesländern umgesetzt werden. Wir sehen gegenwärtig ein relatives Patchwork, eine Uneinheitlichkeit zwischen den Bundesländern. Das sollte eruiert werden. Ganz wichtig ist, Herr Tschörtner hat dazu schon ausgeführt, zu schauen, welche Probleme und Unsicherheiten gegebenenfalls mit der bestehenden Rechtslage verbunden wären. Stichwort arbeitsrechtliche und haftungsrechtliche Folgen, hier gibt es bei uns gegenwärtig die meisten Anfragen und Problemanzeigen.



Das sollte der dritte Bestandteil einer solchen Evaluation sein.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine nächste Frage geht an den ESV Dr. Gunter Frank. Die Universität Marburg bietet seit Kurzem eine Sprechstunde an für Patienten mit Problemen nach COVID-Impfungen. Sie wird überrannt und es gibt lange Wartelisten. Welche diesbezüglichen Erfahrungen haben Sie gemacht?

ESV **Dr. Gunter Frank**: Also zunächst einmal, die Aussagen von Herrn Pfister und Herrn Schudmann entsprechen nicht der internationalen Datenlage. Es sollte eigentlich bekannt sein, dass der Impfschutz nicht mehr besteht. Auch macht es keinen Sinn, irgendwelche Daten zu nennen, ohne zu unterscheiden zwischen geimpft und nicht geimpft, was bekanntlich die Krankenhäuser und die Öffentlichen Gesundheitsdienste nicht hinbekommen haben. Auch die Aussage eines Arbeitgebers, die Pflegekräfte würden sich ohne Druck impfen lassen, würde ich für meine Patienten als Hohn empfinden. Jetzt zurück zur Frage. Sowohl ich selbst wie auch Kollegen, die sich dem Thema Impfnebenwirkungen öffnen, erleben die gleiche Situation. Wir werden tatsächlich überrannt. Dabei erlebe ich ein weites Spektrum von Symptomen wie neurologische, muskuläre, kardiale Probleme, Autoimmunerkrankungen, Sehstörungen, Schwindel, Hautveränderungen, Augenprobleme und vieles mehr, um nur einiges zu nennen. Wir reden inzwischen von einem post-vakzinen Krankheitsbild. Ein Beispiel, eine 36-jährige Krankenschwester hat sich ordnungsgemäß zweimal gegen COVID impfen lassen. Nach der zweiten Impfung traten starke Schmerzen in der rechten Brust auf. Es entwickelte sich eine sogenannte Granulomatöse Mastitis. Sie ist seitdem in der Uniklinik in Behandlung, die das Ganze zwar als Autoimmunerkrankung eingestuft, aber eben nicht ans Paul-Ehrlich-Institut gemeldet hat. Das Brustgewebe ist schon so weit zerstört, dass man ihr gegenüber von einer Brustamputation sprach. Derzeit steht sie unter einer Kortison-Stoßtherapie, die sie nicht gut verträgt, die aber wenigstens die starken Schmerzen reduziert. Sie arbeitet in einer Arztpraxis und wurde nun aufgefordert, sich auch noch boostern zu lassen. Davor hat sie natürlich große Angst. Bitte machen Sie sich klar, eine junge Frau, deren rechtes Brustgewebe sich

nach der neuartigen COVID-Impfung qualvoll selbst zerstört, wird nun vom Gesetzgeber, also von Ihnen, gezwungen, sich dennoch boostern zu lassen, weil sie sonst den Job verliert. Ich als Arzt werde kriminalisiert, wenn ich sie davor bewahren möchte. Das ist unverantwortlich. Es gibt mittlerweile tausende solcher Patienten, die durch diese Impfung in große Not geraten, aber weitergehend ignoriert werden. In meiner nun 30-jährigen Erfahrung als Arzt habe ich so etwas noch nie erlebt. Ich möchte deshalb an Sie als Verantwortliche appellieren, diesem Drama ein Ende zu bereiten und die einrichtungsbezogene Impfpflicht endlich abzuschaffen.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den Caritasverband. Im Antrag der AfD wird die Caritas zitiert, sie befürchte, die verstärkte Abwanderung qualifizierter Pflegekräfte in andere Berufe oder ins Ausland. Die AfD begründet damit ihre Forderung der Abschaffung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht. Hat sich die Caritas für die Abschaffung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht eingesetzt bzw. welche Rückschlüsse ziehen Sie aus Ihrer Befürchtung?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat wird in dem AfD-Antrag unser Brief, den wir Ende Januar an alle Abgeordneten des Deutschen Bundestags gerichtet haben, zitiert. Allerdings wird er aus den Zusammenhang genommen. Denn die AfD fordert die Abschaffung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht. In jenem erwähnten Brief haben wir uns für eine Erweiterung und eine Ergänzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht, die wir für richtig halten, um eine sogenannte bedingte allgemeine Impfpflicht ganz klar ausgesprochen. Bedingt bedeutet, eine Impfpflicht sollte aus unserer Sicht immer eine Ultima Ratio sein. Aber wenn eine bestimmte Impfquote nicht erreicht worden ist, die notwendig wäre, um die weitere Ausbreitung des Virus zu stoppen, und davon kann in Deutschland leider überhaupt nicht die Rede sein, dann muss eine Impfpflicht scharf geschaltet werden. Dafür haben wir uns eingesetzt. Wir haben zu keinen Zeitpunkt gefordert, dass, wenn die allgemeine Impfpflicht scheitern sollte, was sie in den vergangenen Wochen im Bundestag ist, dann auch die einrichtungsbezogene Impfpflicht abzuschaffen sei. Dieses non sequitu haben



wir nicht gezogen und es ist auch kausal epidemiologisch nicht zu begründen.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage geht an den ESV Pfister. Das BMG hat gemeinsam mit den Ländern umfassende Auslegungshinweise zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht in der Praxis erarbeitet und veröffentlicht. Weiterhin wurden auch die Ermessensspielräume der Gesundheitsämter in den Ländern näher gefasst. Bleiben aus Ihrer Sicht daher offene Frage im Hinblick auf die Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht und wie bewerten Sie die Ausführungen des bpa hierzu?

ESV **Kaspar Pfister**: Aus heutiger Sicht ergeben sich bei uns in der Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht keine Fragen. Die Dinge sind geklärt. Das kann ich eigentlich aus der Erfahrung von fünf Bundesländern, wo wir Einrichtungen haben, bestätigen. Nichtsdestotrotz ist es so, dass diese Überprüfung durch die Gesundheitsämter Zeit braucht und leider nicht in der Schnelligkeit und in der Konsequenz möglich ist, weil die personelle Besetzung nicht entsprechend ausgestattet ist. Wir würden uns eine schnellere Entscheidung auch im Sinne der Klarheit für die Mitarbeiter, die hiervon betroffen sind, aber auch für die Mitarbeiter, die im Einsatz sind, wünschen. Also Fragen keine, Ermessensspielräume sind gegeben. Wir sehen auch kein Problem, wenn Gesundheitsbeeinträchtigungen vorliegen. Wenn es medizinische Argumente gibt, dass jemand keine Impfung haben kann, dann gibt es Möglichkeiten, durch ärztliche Atteste entsprechend zu agieren. Ich sehe keinen Mangel. Wie gesagt, wir hätten es eigentlich gewünscht, dass man das schneller und auch zielführender umsetzen kann. Dies ist die einzige Kritik, die wir haben – nicht im Sinne von, dass Fragen ungeklärt sind. Die Fragen sind geklärt. Das ist leider ein etwas kompliziertes Verfahren, es wäre schön, wenn es einfacher gewesen wäre.

Abg. **Emmi Zeulner** (CSU): Meine Frage geht an die DKG mit der Bitte um Ihre Einschätzung. Mit wie vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern rechnen Sie, die aus dem Beruf ausscheiden werden, oder zukünftig diesen Beruf nicht mehr weiterführen werden, weil dieses Damoklesschwert der einrichtungsbezogenen Impfpflicht über ihnen schwebt.

Wir hatten vorhin im Ausschuss darüber gesprochen, dass Bonuszahlungen nicht an Pflegekräfte gezahlt werden sollen, die keine Impfung bis zum jetzigen Zeitpunkt erhalten haben. Wie wollen Sie in dem Bereich gewährleisten, dass Ihnen die entsprechenden Mitarbeiter in Ihren ganzen Einrichtungen bekannt sind und Sie die Bonuszahlungen auch umsetzen können? Wir hören von Krankenhäusern, die jetzt schon bei den Landratsämtern zu bedenken geben, dass dem Versorgungsauftrag nicht nachgekommen werden kann, wenn die einrichtungsbezogene Impfpflicht, so wie sie jetzt angedacht ist, weiter durchgezogen wird und dadurch die Situation weiter verschärft wird, was den Pflegenotstand angeht?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Zunächst ist vorzuschicken, dass circa 95 Prozent der Beschäftigten in den Krankenhäusern geimpft oder genesen sind und insofern nicht an die Gesundheitsämter gemeldet werden. Nichtsdestotrotz ist diese Quote natürlich ein Durchschnittswert, das heißt, wir wissen, dass insbesondere in den Bundesländern, in denen wir insgesamt niedrigere Impfquoten haben, tendenziell auch in den Krankenhäusern die Impfquoten niedriger sind. Wir haben in der Tat in Teilen auch von Krankenhäusern Meldungen, die uns signalisieren, dass eine entsprechende Zahl von Pflegekräften oder anderen Fachkräften an die Gesundheitsämter gemeldet werden musste. Angesichts der knappen Personaldecke haben einzelne Krankenhäuser die Sorge, dass sie bestimmte Leistungsgebiete nicht mehr in der Weise durchgängig zur Verfügung stellen können, weil es aufgrund der Strukturvorgaben, denen wir im Personalbereich in den Krankenhäusern unterliegen, auch an einzelnen Fachkräften hängen kann.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den ESV Prof. Dr. Sander. Das erklärte Ziel der einrichtungsbezogenen Impfpflicht ist und bleibt der Schutz derjenigen vulnerablen Menschen mit einem hohen Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf überall dort, wo sie darauf angewiesen sind, behandelt, gepflegt oder betreut zu werden. Können Sie uns mit Blick auf den Herbst und auf neue Virusvarianten sowie unter Berücksichtigung des eingeschränkten Schutzes vor Hospitalisierung nach der dritten Impfung



bei vulnerablen Gruppen einen Einblick geben, wie sehr es sinnvoll ist, an der einrichtungsbezogenen Impfpflicht festzuhalten und ob Menschen durch Geimpfte in den entsprechenden Einrichtungen besser geschützt sind als durch Ungeimpfte?

ESV Prof. Dr. Leif Erik Sander: Es ist in der Tat so, dass eine Übertragung des SARS-CoV-2-Virus von einer geimpften Person auf eine ungeimpfte Person mit einer höheren Wahrscheinlichkeit passiert. Das war insbesondere vor der Verbreitung der Omikron-Variante sehr deutlich ausgeprägt und in allen Studien gut abbildbar. Seitdem die Omikron-Variante zirkuliert, ist es sicher so, dass dieser Schutz durch die Impfung vor Übertragung und vor Infektion, das wissen wir alle, sich reduziert hat, weil diese Variante sehr viele Immunfluchtmutationen enthält. Nichtsdestotrotz gibt es mehrere große, sehr gut gemachte Studien, die eindeutig belegen, dass ein Impfschutz, darunter zähle ich jetzt drei Impfungen, Impfung, Grundimmunisierung plus Booster, einen signifikanten, relevanten Effekt hat, sowohl auf die Infektion als auch auf die Transmission des Virus. Das heißt, eine Person, die geimpft ist, hat ein zugegebenermaßen etwas reduziertes Risiko, sich zu infizieren. Sie hat dann wiederum, wenn sie infiziert ist, ein etwas reduziertes Risiko, dieses Virus an andere weiterzugeben. Dazu gibt es eine dänische Haushaltsstudie und es gibt auch eine weitere Arbeit aus der Schweiz, die genau misst, dass weniger infektiöses Virus vorhanden ist bei diesen Personen. Deswegen und auch wegen der Erfahrung der letzten Winterwelle, wo es sehr viele auch nosokomial Infektionen gab, zum Beispiel im Bereich von Pflege- und Altenheimen, halte ich es schon für sinnvoll, dass Personal, das mit sehr vulnerablen Gruppen umgeht, einen kompletten Impfschutz hat. Das ist eine Maßnahme, die zum Infektionsschutz erheblich beiträgt, genau wie das Tragen einer Maske oder bei anderen Infektionen die Händehygiene. Es ist also eine von mehreren Maßnahmen, die absolut sinnvoll ist und die Sie wie andere Hygiene- oder Infektionsschutzmaßnahmen auch anordnen würden in solchen Institutionen, um die Personen, die diesen Pflegenden oder anderen Mitarbeitenden in diesen Institutionen anvertraut sind, zu schützen.

Abg. Nicole Westig (FDP): Meine Frage geht an den bpa. Teilen Sie die Einschätzung, dass es erhebliche Personalverluste durch die Impfpflicht geben wird? Wie sind ihre bisherigen Erfahrungen in ihren Einrichtungen dazu?

SV Pascal Tschörtner (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Es gibt sicherlich nicht die von einigen beschriebenen oder angeordneten Verluste zehntausender Beschäftigter. Dazu wird insbesondere die abgestufte Umsetzung, die im Gesetz angelegt und durch die Bundesländer vollzogen wird, beigetragen. Durch diese wird sichergestellt, dass es auch keine sofortigen Veränderungen gibt. Gleichwohl gibt es natürlich Fälle in denen nicht immunisierte Personen ihre Tätigkeit bereits gekündigt haben, oder in denen Einrichtungen entsprechendes Personal bereits freigestellt haben. Die Größenordnung dieser Gruppe zu beziffern, ist, glaube ich, nicht seriös möglich, aber ich halte sie für nicht allzu groß. Die teils vorgenommenen Verweise auf ansteigende Zahlen bei den Arbeitssuchenden halte ich ebenfalls für wenig aussagekräftig, da sie in der Regel nicht sehr differenziert sind und diese entsprechenden Entwicklungen auch nicht abbilden können. Es muss jedoch allen klar sein, der Personalmangel in der Pflege ist bereits seit Langem eklatant und jeder Mitarbeitende, der der Pflege den Rücken kehrt oder kehren muss, spitzt diese Lage dramatisch zu. Insofern muss natürlich die weitere Verhältnismäßigkeit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht auch vor diesem Hintergrund bewertet werden. Es ist überdies essenziell, dass weitere Maßnahmen zur Unterstützung der Einrichtungen bei der Personalgewinnung, wie sie im Koalitionsvertrag angelegt sind, schnellstmöglich umgesetzt werden.

Abg. Kay-Uwe Ziegler (AfD): Meine nächste Frage geht noch einmal an den ESV Dr. Frank. Sie sind in Gremien tätig, in denen es um Qualitätssicherung medizinischer Entscheidungen geht. Wie beurteilen Sie die Qualität der COVID-Impfempfehlungen, wenn diese Kriterien angewendet werden?

ESV Dr. Gunter Frank: Wenn es um eine medizinische Behandlungsentscheidung geht, sollte der Arzt den Patienten darin unterstützen, eine sogenannte evidenzbasierte Entscheidung oder auch



eine informierte Patientenentscheidung zu treffen. Dazu muss die Studienlage und die persönliche Situation des Patienten sorgfältig abgewogen werden, so steht es auch in der von der Bundesregierung initiierten Patienten-Charta. Gegen mächtige Fremdinteressen in der Medizin kämpfen Ärzte auf der ganzen Welt, um diese Qualitätskriterien durchzusetzen. Seit Corona werden jedoch diese Qualitätsstandards über Bord geworfen. Auch einige der hier genannten Studien entsprechen keinen hohen Qualitätskriterien. Das geht mit den Zulassungsstudien los, wo die wirklich entscheidenden Endpunkte wie Gesamtmorbidität und Gesamtmortalität gar nicht richtig untersucht wurden und die sich inzwischen als negativ gezeigt haben. Früher wurden regulär zugelassene Medikamente bei weit geringeren Sicherheitsbedenken gestoppt, aus gutem Grund. Man wollte verhindern, dass sich die schlimmen Erfahrungen aus dem Contergan-Skandal wiederholen. Heute jedoch akzeptiert man bei den neuartigen COVID-Impfstoffen hohe Todeszahlen und Nebenwirkungsraten gerade zu gleichgültig. Dabei ist die lediglich bedingte Zulassung dieser Impfstoffe durch die Europäische Arzneimittelagentur an sehr hohe Sicherheitsauflagen geknüpft. Die Mitgliedsländer sollen sorgfältig ihre Daten zu negativen Impfn Nebenwirkungen ständig aktualisieren und weitermelden. Doch das BMG ignoriert in fahrlässiger Weise selbst die eindeutigsten Hinweise auf eine dramatische Untererfassung von Nebenwirkungen. Und wie wir gerade erleben, verweigert sich auch der Gesundheitsminister einer Evaluierung der Maßnahmen. Man muss sich inzwischen wirklich fragen, ob es kein Verantwortungsgefühl gibt für das menschliche Leid, was man anrichtet. Für eine Impfpflicht mit dem neuartigen COVID-Impfstoff gibt es somit keine wissenschaftlichen Argumente, weder allgemein noch einrichtungsbezogen. Es gibt stattdessen massive, offene Sicherheitsfragen. Mit all meiner ärztlichen Erfahrung appelliere ich nochmals an Sie: Ignorieren Sie nicht weiter diese Wirklichkeit! Sie ist da und sie ist grausam. Der gesundheitliche Schaden wird nur größer und es droht ein Contergan-Skandal mit dem Faktor zehn. Stellen Sie sich endlich Ihrer Verantwortung als Gesetzgeber für dieses menschliche Drama. Es läuft derzeit vor unseren aller Augen ab. Man muss es nur wahrnehmen. Stoppen Sie die einrichtungsbezogene Impfpflicht!

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Zu Beginn meiner Frage möchte ich eines vorwegschicken. Ich glaube, dass jede, jeder hier im Saal sich seiner Verantwortung im Klaren ist und dass jeder nach bestem Wissen und Gewissen handelt. Ich möchte auch klarstellen, dass wir in der Runde Mediziner und Nichtmediziner haben und gerade unter den Mediziner haben wir Kolleginnen und Kollegen, die fast ihr Leben lang sich dem Dienste der Patienten zur Verfügung gestellt haben. Ich gehöre auch mit dazu – 28 Jahre, Medizinerin, Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin – und habe selbst mehrere hunderte Impfungen vorgenommen. Ich kann wirklich aus der Praxis berichten. Ich bin in mehreren Qualitätszentren und in Kontakt mit Häusern der Maximalversorgung, nur um das mal vorweg hier klarzustellen. Hier versucht jeder im Sinne der Sache das Beste zu geben. Das wollte ich doch vorwegschicken Frau Vorsitzende. Vielen Dank dass ich die Möglichkeit hatte.

Meine Frage richtet sich an den ESV Prof. Dr. Sander. Können Sie uns in Anschauung Ihres Klinikalltags sagen, welche Bedeutung Sie der Pflicht beimessen, dass nur geimpft Personal die Betreuung von Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen sowie anderer vulnerabler Personengruppen übernehmen sollte?

ESV Prof. Dr. Leif Erik Sander: Wie gerade ausgeführt, hat die Impfung auch einen Infekt auf Infektion und Transmission. Gerade in Bereichen, wo mit hoch vulnerablen Patienten umgegangen wird, denken wir über Transplantationsbereiche nach, kideronkologische Bereiche, ähnliche Bereiche oder über geriatrische Bereiche nach, wo wir sehr vulnerables Patientenkollektiv haben, gilt es meines Erachtens alle Maßnahmen zu ergreifen, die zu einer Reduktion der Gefährdung der dort anvertrauten Patienten führen. Dazu ist ein kompletter Impfstatus eine sehr wirksame und effektive Maßnahme. Davon abgesehen, wir haben über den Personalmangel in diesen Bereichen gerade gesprochen, wir haben einen hohen Krankenstand gehabt. Eine gute und hohe Impfquote trägt natürlich erheblich dazu bei, diesen Krankenstand zu reduzieren. Von daher sehe ich hier zwei Elemente, die sehr wichtig sind und die durch eine hohe Impfquote in diesem Bereich sehr deutlich unterstützt werden.



Abg. **Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an den Caritasverband. Jetzt ist die einrichtungsbezogene Impfpflicht durchaus nicht nur in der Öffentlichkeit in der Kritik. Gibt es Erkenntnisse bezüglich der Ausbildungsbereitschaft junger Menschen, einen Beruf in der Krankenpflege oder in der Altenpflege deshalb aufzunehmen? Ist diese zurückgegangen? Gibt es hierzu signifikante Erkenntnisse?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich kann sagen, wir haben keine Evidenz, dass die Ausbildung zurückgegangen ist aufgrund der einrichtungsbezogenen Impfpflicht, oder dass sich junge Menschen nicht für diesen Beruf entscheiden. Ich kann aber auch sagen, es gibt natürlich durchaus vereinzelt Anfragen: Muss ich mich impfen lassen und wie sieht dann die Ausbildung aus? Gäbe es die Möglichkeit, beispielsweise den theoretischen Block vorzuziehen und die Praxiseinheiten dann zu absolvieren, wenn die einrichtungsbezogene Impfpflicht endet? Das sind aber sehr vereinzelt Anfragen, die uns erreichen. In der Fläche, das kann ich sagen, haben wir keinerlei Evidenz, dass die Ausbildungsbereitschaft durch die einrichtungsbezogene Impfpflicht gefährdet ist.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Pflegerat. Ich würde Sie bitten einzuschätzen, wie Sie die Impfquote und die Impfbereitschaft unter den Pflegekräften in Kliniken und im Bereich der sonstigen Einrichtungen sehen und ob Sie vor diesem Hintergrund einen Fachkräftemangel, der durch die Impfpflicht verursacht wurde, ausmachen können?

Sve **Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat): Wir haben keine Zahlen, die nach Bundesländern zu sortieren wären, wie hoch die Impfquoten sind. Grundsätzlich sind die Impfquoten sowohl in den Krankenhäusern als auch in vielen stationären und ambulanten Langzeitpflegeeinrichtungen sehr hoch. Wir haben keinerlei Nachrichten, dass wirklich viele deshalb den Beruf verlassen. Wir denken oder wir sind fest davon überzeugt, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht weiterhin bestehen sollte. Allerdings haben wir damals dem zugestimmt, weil wir uns auf dem Weg sahen, zu einer allgemeinen

Impfpflicht. Die vulnerablen Gruppen müssen geschützt werden. Dazu gehören nicht nur alte Menschen, sondern es gehören auch Kinder dazu, die nicht geimpft werden können. Die Mitarbeiter, die sich infizieren, durchaus geimpfte Mitarbeiter, die leichte Verläufe haben, sind im Moment ein Problem, weil die Sicherstellung der Pflege in den Einrichtungen aufgrund vieler Krankheitsfälle oder Quarantänefälle nicht immer gegeben ist. Diese stecken sich nicht in den Einrichtungen an, sondern sie stecken sich draußen bei Kindern oder im alltäglichen Leben trotz eigener Vorsicht an. Von daher wäre eine allgemeine Impfpflicht, solange diese COVID-19-Pandemie weiter besteht und es immer wieder zu großen Ausbrüchen kommt, ein wichtiger Weg, auf den wir uns begeben sollten und bei dem wir dranbleiben sollten.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Caritasverband. Welche offenen Fragen in der Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht beschäftigen die Einrichtungen derzeit am meisten? Gibt es Rechtsunsicherheiten? Welchen Handlungsbedarf leiten Sie daraus ab?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Die meisten offenen Fragen, die sich um die Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht ranken, sind derzeit arbeitsrechtliche und insbesondere haftungsrechtliche Fragen. Die Gesundheitsämter haben zumeist noch keine Betretungsverbote ausgesprochen, aber es werden Rückfragen an die Einrichtungen gestellt, beispielsweise ob es möglich ist, den nicht geimpften Mitarbeitenden patienten- bzw. klientenfern zu beschäftigen etc. Es bleibt ein bisschen unsicher, was dann eigentlich passiert. Denn der Arbeitgeber hat natürlich einerseits die Aufgabe, eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen. Andererseits, dafür sind wir sehr dankbar, ist in den FAQ zur Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht klargestellt worden, dass Mitarbeitende, die nicht geimpft sind, solange weiterarbeiten dürfen, bis das Gesundheitsamt ein Betretungsverbot erlässt. Das muss absolut sichergestellt sein. Ich glaube, wir brauchen dazu keine gesetzgeberischen Maßnahmen, aber wir brauchen eine flächendeckend einheitliche Umsetzung. Das fordert die Union in Ihrem Antrag, ein bundeseinheitliches Vorgehen der Gesundheitsämter. Ein solches Vorgehen kann natürlich auch über



Gremien wie die GMK erzielt werden. Diesen Handlungsbedarf sehen wir, weil ansonsten die Arbeitgeber mit diesen arbeitsrechtlichen und haftungsrechtlichen Fragen allein gelassen sind und das kann nicht sein.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die ESVe Prof. Dr. Bienstein. Wie bewerten Sie eine eventuelle Bedrohung für die pflegerische Versorgungssicherheit in Deutschland in Bezug auf die einrichtungsbezogene Impfpflicht?

SVe **Prof. Dr. Christel Bienstein** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe): Wir wissen inzwischen, dass aufgrund der Datenerhebung der Gesundheitsämter, zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen, zwischen 2,4 bis mindestens 1,4 Prozent nicht mehr in die Pflege integriert werden dürfen. Sie sind gemeldet worden beim Gesundheitsamt. Aber wie Frau Dr. Fix schon gesagt hat und auch Frau Döring, es liegen noch keine Ergebnisse vor. Deshalb gibt es immer noch eine gewisse Unsicherheit. Der große Schub von Personen, die die Pflege verlassen, ist nicht eingetreten. Das war auch in Frankreich nicht der Fall. Wir sind sehr froh darüber. Es haben sich viele Kollegen, im Wesentlichen eine größere Gruppe von Personen als in der allgemeinen Bevölkerung impfen lassen. Wir haben uns für die einrichtungsbezogene Impfpflicht ausgesprochen, weil wir dort natürlich auch Köchinnen haben, wir haben Handwerker, wir haben viele in der Verwaltung etc., die natürlich auch Bewohnerkontakt haben. Wir hätten gerne die allgemeine Impfpflicht gehabt, weil Besucher in die Einrichtung kommen und es kommen auch Handwerker, Frisöre rein, bei denen nicht klar ist, ob diese wirklich alle geimpft sind. Häufig reicht es auch nicht, wenn man ein aktuelles Testergebnis vorlegt, wenn man nicht weiß, ob die Person wirklich geimpft ist. Wir haben viele Probleme dadurch gehabt, dass Kollegen trotz Impfung einen Impfdurchbruch hatten. Das führte dazu, dass sie kurzfristig natürlich krank gemeldet waren. Wir hatten aber auch, wie Frau Döring sagte, eine Reihe von Personen, die in Quarantäne mussten, weil ihre Kinder im Bereich der Kita oder der Schulen erkrankt waren. Wir sind nicht zufrieden damit, wie das in den Bundesländern gehandhabt wird. Das ist ein uneinheitliches Vorgehen, wie die Anerkennung erfolgt und wie die Reaktion

der Gesundheitsämter erfolgt. Wir haben große Bedenken bei den Kollegen im Krankenhaus. Die Zahl derjenigen, die ungeimpft auf Intensivstationen oder in der Notaufnahme ankommen, ist deutlich höher geworden. Diese Personen gefährden natürlich die Kollegen, die dort arbeiten. Das führt immer wieder zu Unsicherheiten. Es hat auch in der Pflege Auseinandersetzungen zwischen Kollegen gegeben, weil sie gesagt haben, du musst dich impfen lassen, das ist wirklich sehr wichtig für uns, weil wir nicht auf dich verzichten können. Viele haben auf die Angebote, die in den Häusern gelaufen sind, und die individuellen Gespräche, die gelaufen sind, positiv reagiert. Von daher befürchten wir keinen großen Ausstieg aus dem Beruf und daher auch keine Unterversorgung. Aber wir müssen festhalten, wir haben seit vielen Jahrzehnten viel zu wenig Pflegenden in allen Einrichtungen die wir betreuen.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Deutschen Städtetag und es geht um die Durchsetzung der Impfpflicht. Da jede Pflicht letztendlich nur so gut ist wie ihre Durchsetzung, die Frage an Sie: Wie sieht es Ihrer Ansicht nach mit der Überprüfung der Impfpflicht bei Beschäftigten des Gesundheitssystems in Bezug auf personelle Kapazitäten bei Ihnen aus und welche Forderungen haben Sie dazu?

SV **Stefan Hahn** (Deutscher Städtetag): Die Frage der Kontrolle und der Durchsetzung – in dieser Phase sind wir noch gar nicht eingetreten. Wir sind, wie schon mehrfach erwähnt, noch in der Phase, dass die Meldungen über das nicht geimpfte Personal eingegangen sind. Das Instrument, das uns im Moment zur Verfügung steht, ist der Erlass von Verboten, Betretungs- und Tätigkeitsverboten bzw. Bußgelder. Das ist der erste Flaschenhals an der Stelle. Insoweit ist man in die Phase, wo die Kontrolle vor Ort stattfindet, inwieweit die Vorschriften eingehalten werden, noch gar nicht eingetreten. In Bezug auf Ihre Frage muss man natürlich sagen, dass die Situation in den Gesundheitsämtern, die Frage der personellen Ausstattung nicht in erster Linie wegen finanzieller Fragestellungen, sondern vor allem hinsichtlich der Frage, kann man überhaupt noch Personal gewinnen, immer noch kritisch ist. Wir haben immer noch eine Corona-Pandemie und deswegen ist die Möglichkeit für die



Kommunen, an der Stelle zu kontrollieren, eingeschränkt. Ein wichtiger Punkt, den Sie angesprochen haben, ist die Frage der Effizienz der Regelungen aus dem IfSG kommend. Da sagen unsere Städte, dass die Tätigkeitsverbote und Betretungsverbote im Wesentlichen erst im August/September 2022 verfügt werden können. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht läuft am 31.12.2022 aus. Da gibt es schon erhebliche Bedenken, ob tatsächlich Betretungs- und Tätigkeitsverbote noch im September oder später ausgesprochen werden können, wenn die Rechtsgrundlage dafür am 31.12.2022 ausläuft. Da gibt es rechtsstaatliche Bedenken an der Stelle, inwieweit solche Verfügungen überhaupt rechtmäßig sind. Deswegen die dringende Bitte an den Bundesgesetzgeber, frühzeitig sich darüber Gedanken zu machen, ob über den 31.12.2022 hinaus eine einrichtungsbezogene Impfpflicht aufrecht erhalten wird.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage geht an den Caritasverband. Ausreichende Impfquoten sind eine Voraussetzung, um den wichtigen Schutz vulnerabler Gruppen zu gewährleisten. Welche niedrigschwelligsten Möglichkeiten sehen Sie, um dieses Ziel auch jenseits von Impfverpflichtungen zu erreichen?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass der Deutsche Bundestag sich mehrheitlich nicht für die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht entschieden hat, jedenfalls nicht zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Vor diesem Hintergrund müssen wir alles daran setzen, dass die Impfquoten, die in Deutschland viel zu niedrig sind, die im internationalen, europäischen Vergleich durchaus hohe Infektionsquoten durch freiwillige Maßnahmen reduzieren. Ein wesentlicher Punkt scheint mir zu sein, den wirklich gezielten Falschinformationen entgegenzutreten, sei es die längst widerlegte Unfruchtbarkeitsthese, die These von genverändernden Wirkungen der mRNA-Impfstoffe oder von der Gentherapie, der sich die Menschen angeblich beim mRNA-Impfstoff unterziehen müssten oder bei dem auf proteinbasierter, herkömmlicher Basis hergestellten Totimpfstoff Novavax, der auch schon wieder zerredet wurde. Da scheint es mir notwendig, zielgruppenspezifisch heranzugehen und vor allem Social Media Kanäle zu bedienen. Denn da

tobt die Debatte. Ich glaube, hier wird immer noch zu wenig getan. Das andere ist natürlich, Impfangebote weiterhin niedrigschwellig zu unterbreiten, auf Parkplätzen, vor dem Supermarkt, in den Quartieren, durch Bürgerbusse etc. und die Impfbüros aufrechtzuerhalten.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Ich möchte das Stichwort Falschinformation aufgreifen, das Frau Dr. Fix eben angesprochen hatte und möchte den ESV Prof. Dr. Sander ansprechen. In der heutigen Anhörung sind sehr fragwürdige wissenschaftliche Äußerungen gemacht worden und tatsächlich wissenschaftlichen Studien infrage gestellt worden. Ich möchte Sie bitten, die Gelegenheit wahrzunehmen, und das eine oder andere richtig zu stellen.

ESV **Prof. Dr. Leif Erik Sander**: Es ist heute angesprochen worden und ist in der Tat ein hartnäckiges Narrativ in den sozialen und teilweise auch in anderen Medien, dass die Einführung der Impfung oder gar der Booster-Impfkampagne und ähnliches zu einer Übersterblichkeit geführt hätten, dass wir eine massive Untererfassung von Impfkomplicationen und Impfschäden in Deutschland oder weltweit hätten. Das Gegenteil ist der Fall. Wir haben eine sehr gute Korrelation zwischen einer hohen Impfquote und einer niedrigeren Übersterblichkeit. Wenn Sie das regional auflösen, sehen Sie das auch für Deutschland. Je nach Bundesland können Sie die Impfquote mit der Übersterblichkeit, die beispielsweise 2021 verzeichnet wurde, relativ gut oder negativ korrelieren. Es gibt eine inverse Korrelation. Es gibt eine kürzlich vorveröffentlichte Studie, die noch nicht begutachtet ist, die angeblich zeigt, dass die Impfung keinen Effekt auf die Übersterblichkeit hat. Diese Studie hat erhebliche methodische Schwächen und beobachtet einen viel zu kurzen Zeitraum, um überhaupt Aussagen darüber treffen zu können, und nur sehr wenige Fallzahlen. Das sagen die Autoren auch selber. Diese Studie wird instrumentalisiert. Andere Studien oder Ergebnisse die verbreitet werden, sind schlichtweg falsch, zum Beispiel dieser angebliche Zusammenhang zwischen Übersterblichkeit und Impfquote, der eben, wenn man es ganz genau anschaut, invers ist. Dazu gehören auch die teilweise medial sehr stark begleiteten Untersuchungen, beispielsweise aus dem Bereich der Krankenkassen, wonach es



eine Untererfassung der Impfnebenwirkungen gegeben hat. Dazu ist anzumerken, dass man hier klar differenzieren muss zwischen Impfreaktionen, von denen wir wissen, dass sie bei den eingesetzten Impfstoffen einfach häufig sind. Bis zu 10 Prozent der Geimpften können auch sogenannte schwere Impfreaktionen haben. Das hört sich schlimmer an, als es ist. Das heißt beispielsweise, dass ein Impfling einen Tag nicht zur Arbeit gehen kann aufgrund relativ starker Impfreaktion wie Abgeschlagenheit oder auch mal Fieber. Das wissen wir, darüber klären die Impfpfärzinnen und Impfpfärzte auf. Das ist keine Untererfassung von Impfkomplicationen, das sind Impfreaktionen, das sind physiologische Reaktionen des Körpers, die müssen gar nicht gemeldet werden. Diese Dinge werden medial oder auch in den sozialen Medien miteinander vermengt und werden dann gern skandalisiert, ohne dass sie eigentlich eine Substanz haben. Wir haben mittlerweile wirklich extrem überzeugende, große Datensätze zum Beispiel aus Israel, wo das regelmäßig sehr gut aufgearbeitet wird, oder aus den USA, die zeigen, dass, wenn man die Risiken von Komplikationen bei einer COVID-Erkrankung oder einer SARS-CoV-2-Infektion bei nicht geimpften Personen mit den sogenannten Impfkomplicationen oder den realen Impfkomplicationen, die es in sehr seltenen Fällen natürlich gibt, von Impfungen vergleicht, das Risiko natürlich sehr viel höher ist, wenn man ungeschützt eine SARS-CoV-2-Infektion erleidet.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Deutschen Städtetag. Wir haben von Umsetzungsproblemen gehört. Gibt es einen kontinuierlichen Dialog mit der Bundesregierung, um diese Umsetzungsprobleme zu lösen? Wenn nicht, wie beurteilen Sie die Chancen, diese rechtlichen Unsicherheiten im Dialog zu lösen?

SV **Stefan Hahn** (Deutscher Städtetag): In der Anfangsphase nach Gesetzesbeschluss gab es intensive Kommunikation zwischen der Bundesregierung und der GMK, um die vielfältigen Fragen der Umsetzung zu operationalisieren und um sich auf Leitplanken, auf verfahrensmäßige Regelungen und Ermessensregelungen zu verständigen. Unmittelbar mit der Bundesregierung hatten die Gesundheitsämter oder die Kommunen keine Kommunikation. Ich habe den Eindruck, wir haben den Eindruck,

dass im Moment die Frage der weiteren Ausarbeitung und Harmonisierung von Regelungen der Länder untereinander und mit dem Bund gemeinsam nicht weiter intensiv vorangetrieben wird. Tatsache ist, das ist angedeutet worden, dass die Bundesländer verschiedene verfahrensmäßige aber auch ermessensleitende Regelungen haben. Diese führen dazu, dass der Zeitpunkt, wann mit Betretungs- und Tätigkeitsverboten zu rechnen ist, unterschiedlich ist. In Hamburg wird man früher dabei sein, Tätigkeitsverbote auszusprechen als in Bayern, weil die Verfahrensregelungen in Bayern etwas langwieriger sind. Auch die Frage der Ermessensausübung, werde ich ein Betretungs- und Tätigkeitsverbot erhalten, obwohl mein Unternehmen sagt, ich bin unverzichtbar, wird in manchen Bundesländern tendenziell anders entschieden als in anderen Bundesländern. Deswegen sehen wir die dringende Notwendigkeit, diese Verfahrensfragen und die Ermessensleitlinien bundesweit zu harmonisieren, weil es eben nur ein Bundesgesetz gibt. Wir haben die Sorge, dass die unterschiedlichen Ausführungen der Bundesländer am Ende dazu führen, dass die Rechtsunsicherheit bei gerichtlicher Überprüfung eher zunimmt als abnimmt.

Die **Vorsitzende**: Damit beenden wir diese Anhörung. Wir danken den Sachverständigen und Ihnen als Fragende. Ich schließe die Sitzung.

Schluss der Sitzung: 15:08 Uhr

gez.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Stellvertretende Vorsitzende