



## Wortprotokoll der 39. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 12. Oktober 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

### Einziges Tagesordnungspunkt Seite 4

- a) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Carolin Bachmann, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**  
Rechtsausschuss  
Ausschuss für Arbeit und Soziales

### Einrichtungsbezogene Impfpflicht gegen COVID-19 aufheben

**BT-Drucksache 20/1507**

- b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**  
Rechtsausschuss  
Ausschuss für Arbeit und Soziales  
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung  
Haushaltsausschuss

### Impfnebenwirkungen aufklären und ernst nehmen

**BT-Drucksache 20/2567**



---

## Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung „Corona-Impfungen“

Mittwoch, 12. Oktober 2022, 14:00 Uhr bis 15:30 Uhr

---

### Verbände/Institutionen

- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ)
- Ärztinnen und Ärzte für individuelle Impfentscheidung e.V.
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO)
- Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA-Pflegeschatzbund)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Hausärzteverband e. V.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

### Einzelverständige

- Dr. Katharina Kieslich (Universität Wien)
- Werner Möller (Gründer der Initiative Pflege für Aufklärung)
- Kasper Pfister (BeneVit Gruppe)
- Anke Richter-Scheer (Vorsitzende des Hausärzteverbandes Westfalen-Lippe)
- Prof. Dr. Leif Erik Sander (Charité – Universitätsmedizin Berlin)



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:30 Uhr

**Stellvertretende Vorsitzende, Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, die Sie alle digital zugeschaltet sind. Sehr geehrte Vertreter der Bundesregierung und liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich begrüße Sie ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die, so wie Sie das alle bereits kennen, eine Mischung aus Präsenz- und Online-Sitzung sein wird. Wir, die Abgeordneten, sind präsent hier im Ausschusssitzungssaal und die Sachverständigen sind digital zugeschaltet. Die Anhörung kann jetzt erst um 14:30 Uhr beginnen, weil sich das Plenum entsprechend noch im Rahmen der Regierungsbefragung verzögert hat. Bevor wir beginnen, möchte ich Sie bitten, sich mit Ihrem Namen in Webex anzumelden, sodass wir wissen, wer an der Anhörung teilnimmt. Außerdem bitte ich Sie, das kennen ja inzwischen alle, Ihre Mikrofone stumm zu schalten. Wir beschäftigen uns in dieser Anhörung mit zwei Anträgen der Fraktion der AfD, und zwar "Einrichtungsbezogene Impfpflicht gegen COVID-19 aufheben" auf Bundestagsdrucksache 20/1507 sowie "Impfnebenwirkungen aufklären und ernst nehmen" auf Bundestagsdrucksache 20/2567. Ich muss Sie darüber informieren, dass wir eine Reihe von Absagen, überwiegend krankheitsbedingt, bekommen haben. Von sieben Verbänden haben wir eine Absage bekommen

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Sie haben gerade einen wesentlichen Punkt für die Durchführung der heutigen Anhörung angesprochen. Eine Reihe von geladenen Sachverständigen beziehungsweise Experten können heute nicht befragt werden. Wir machen das ja nicht nur aus Eigeninteresse, sondern auch unter dem Gesichtspunkt den Befragten Gelegenheit zu geben, ihre Standpunkte vorzutragen. Das wird jetzt nur in sehr eingeschränktem Umfang möglich sein. Da zu antizipieren ist, dass wir nicht so viel Inhalt liefern können beziehungsweise erhalten, wie man sich das gewünscht hätte, sollten wir auch zeitökonomisch vorgehen und nicht aus grundsätzlichen Erwägungen hier ausharren. Deshalb beantrage ich für die CDU/CSU-Fraktion den Zeitrahmen der Anhörung abzukürzen, nach Möglichkeit auf 60 Minuten zu begrenzen,

weil das dann für die Konsultation der hier Anwesenden aus unserer Sicht ausreichend ist.

**Stellvertretende Vorsitzende:** Es ist beantragt worden, die Anhörung zu verkürzen aufgrund dessen, das an die Hälfte der Sachverständigen nicht gekommen ist.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Ich finde, wir sollten diese Anhörung entsprechend durchführen, wie es beschlossen worden ist. Es steht jedem Verband frei, auch Vertreter entsprechend zu schicken und es ist sehr unwahrscheinlich, dass in einem Verband und bei Organisationen von der Größe, wie es beispielsweise die Bundesärztekammer (BÄK) ist oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), keinen entsprechenden Ersatz gibt, die man in den Deutschen Bundestag schicken könnte. Dementsprechend ist da fast schon von Vorsatz auszugehen, wenn die Verbände einer solchen Größe sagen, sie wollen an einer öffentlichen Anhörung im Deutschen Bundestag nicht teilnehmen und haben kein Interesse daran, teilzunehmen. Obwohl diese Verbände so groß sind und eine solche Anzahl von Ärzten beispielsweise die BÄK in ihren Mitgliedschaften hat, dass man sicherlich einen Arzt gefunden hätte, den man hätte heute schicken können. Dementsprechend sollten wir tatsächlich bei der Relevanz des Themas bei den 90 Minuten bleiben.

**Stellvertretende Vorsitzende:** Wir haben jetzt einen Antrag gehört von der Unionsfraktion und eine Gegenrede der AfD-Fraktion. Ich sehe, dass ich noch zwei weitere Wortmeldungen vorliegen habe. Die lasse ich jetzt noch zu. Dann kommen wir zur Abstimmung über den Antrag.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Ich glaube tatsächlich auch, das ist ein ungewöhnlicher Vorgang, den wir jetzt hier haben. Das haben wir noch nie erlebt, dass bei einer Anhörung eine solch große Zahl von Experten abgesagt hat. Ich möchte auch ausdrücklich sagen, dass ich das bedauere, dass diese Verbände in dieser großen Zahl abgesagt haben. Jetzt mal unabhängig davon, über welchen Sachverhalt oder von welchem Antragsteller diese Anhörung beantragt wurde, denn wir haben in der Obleutebesprechung den Beschluss gefasst, diese Anhörung zu diesem Thema durchzuführen. Da, denke ich



schon, erwarten wir dann auch von den Experten, die wir einladen, dass sie uns ihre Expertise auch mitteilen. Von daher finde ich das schon wichtig, dass das zumindest auch protokollarisch festgehalten wird. Im Übrigen möchte ich auch betonen, dass das gleichermaßen aus meiner Sicht für Anhörungen zu Vorlagen der Opposition wie für Anhörungen zu Gesetzentwürfen der Koalition gilt. Alle Parlamentarier sind für ihre Meinungsfindung hierdrauf angewiesen. Aber ich möchte trotzdem auch dafür werben, dass wir so vorgehen, wie es Dr. Kippels mit seinem Antrag vorgeschlagen hat, weil wir einfach wesentlich weniger Experten zur Verfügung haben und deshalb sollten wir die Anhörung auf eine Stunde begrenzen. Insofern schließe ich mich dem Geschäftsordnungsantrag der CDU/CSU an.

Abg. **Saskia Weishaupt** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir hatten in der Obleutebesprechung, richtig Herrichert, die 90 Minuten beschlossen. Jetzt ist es heute Vormittag oder heute Mittag zu diesen kurzfristigen Absagen gekommen, was Frau Baehrens schon skizziert hat, und sehr schade und bedauerlich ist. Aber ich würde auch Herrn Dr. Kippels im Grunde zustimmen, dass wir aufgrund dieser Absagen und der Umfang dieser Anhörung dann das Ganze auf 60 Minuten runterreduzieren, auch wenn es an dem Punkt, wie Frau Baehrens schon gesagt hat, natürlich zu bedauern ist, und wir aber dann Herrn Dr. Kippels Antrag zustimmen würden.

**Stellvertretende Vorsitzende:** Dann haben wir jetzt Positionierung gehört. Es gibt den Geschäftsordnungsantrag des Abg Dr. Kippels für die Unionsfraktion, und der heißt, die Anhörung statt 90 Minuten auf 60 Minuten zu begrenzen. Ich bitte die um das Wortzeichen, die diesem Antrag zustimmen möchten. Gegenstimmen? Enthaltungen?

*Der Ausschuss beschließt mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimme der Fraktion der AfD die öffentliche Anhörung auf 60 Minuten zu verkürzen.*

Wir werden die Anhörung, die Befragung der Sachverständigen für 60 Minuten durchführen. Die Zeit

beginnt mit der ersten Frage. Ich darf Ihnen jetzt erst einmal sehr kurz erläutern, was Gegenstand der heutigen Anhörung ist. Die Fraktion der AfD fordert zum einen in einem Antrag, die seit dem 15. März 2022 geltende einrichtungsbezogene Impfpflicht gegen COVID-19 aufzuheben. Und die AfD-Fraktion begründet damit, dass gegenüber dem Zeitpunkt des Beschlusses zu einrichtungsbezogenen Impfpflicht erstens die Wirkung der Impfung geringer und zweitens die Krankheit weniger gefährlich sei. Die Verhältnismäßigkeit der Regelung sei damit grundsätzlich neu abzuwägen. Im Ergebnis dieser Abwägung wäre aus Sicht der AfD-Fraktion die Anordnung eines Betretungsverbots für Ungeimpfte von gesundheitsbezogenen Einrichtungen schon aus Verhältnismäßigkeitsgründen obsolet. Im zweiten Antrag fordert die AfD eine umfassende Datenlage zu den gesundheitlichen Folgen und Nebenwirkungen der Corona-Impfung und außerdem solle die Ständige Impfkommission (STIKO) aufgefordert werden, schnellstmöglich ihre Impfpflichtempfehlung insbesondere für Kinder ab fünf Jahren und Minderjährige anhand aktueller Daten zur Wirksamkeit und zur Häufigkeit und Schwere von Nebenwirkungen der COVID-19-Impfstoffe zu überprüfen und zu aktualisieren. Dies wird damit begründet, dass im vertragsärztlichen Bereich circa achtmal mehr Impfnebenwirkungen behandelt werden müssten, als dies bei anderen Impfstoffen der Fall sei. Soweit zum Inhalt der Anträge seitens der AfD-Fraktion.

Bevor wir beginnen, noch ein paar Anmerkungen zum Ablauf. Wir haben uns darauf geeinigt, dass 60 Minuten für diese Anhörung zur Verfügung stehen. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen, vorher definierten Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Es beginnt die antragstellende Fraktion und die weitere Reihenfolge orientiert sich dann an der Stärke der Fraktionen und beruht eben auf einer ausschussinternen Vereinbarung. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Dann kommt direkt die Antwort. Frage- und Antwortzeit sind auf insgesamt drei Minuten beschränkt. So unsere Vereinbarung. Wenn diese drei Minuten überschritten werden, werde ich Sie darauf hinweisen. Dann haben Sie Gelegenheit, noch Ihren Satz zu Ende zu bringen und dann geht es weiter mit der nächsten Frage. Nach 60 Minuten werde ich die Anhörung dann schließen. Wenn Sie als Sachverständige aufgerufen werden, nennen Sie



bitte einmal Ihren Namen und Ihren Verband und dann beantworten Sie die Frage. Das tun Sie bitte bei jedem Mal, wenn Sie gefragt werden, selbst wenn Sie zweimal direkt hintereinander gefragt werden. Immer bitte dasselbe Prozedere. Das hat was mit der Protokollierung zu tun. Andererseits, dass die Zuschauenden immer genau wissen, wer spricht. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, danke ich im Namen des gesamten Ausschuss sehr herzlich dafür. Des Weiteren stellen Sie bitte die Mobiltelefone hier im Saal aus. Wenn es klingelt, kostet das fünf Euro für einen guten Zweck. Diese Anhörung wird digital aufgezeichnet und live im Parlamentsfernsehen übertragen und außerdem später in der Mediathek des Deutschen Bundestags abgerufen werden können. Außerdem wird es ein Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses in einer Veröffentlichung geben. Soweit die Vorbemerkungen. Jetzt beginnen wir. Das Wort hat die antragstellende Fraktion, die AfD.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine erste Frage geht an die Ärzte für individuelle Impfscheidung. Seit April liegt die Inzidenz bei der Bundeswehr, wo es eine Impfpflicht gibt, konstant bei weit über der Inzidenz in der vergleichbaren Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen in Deutschland. Im Uniklinikum Eppendorf in Hamburg sieht es ganz ähnlich aus. Da liegt die Inzidenz bei den Beschäftigten seit März weit über dem Durchschnitt in Hamburg, teilweise doppelt bis dreifach so hoch. Dass es einen fehlenden Eigenschutz der Impfung gibt, zeigen auch in Bezug auf schwere Verläufe die Zahlen der Corona-Intensivpatienten. Laut Robert Koch-Institut waren nur 12 Prozent ungeimpft von den Corona-Intensivpatienten, 74 Prozent der Corona-Intensivpatienten waren geboostert, also dreimal oder noch öfter geimpft. Auch fehlenden Fremdschutz zeigen die Zahlen aus Eppendorf deutlich, 2020 steckten sich in der Klinik nur acht Patienten und 2021 nur 26 Patienten mit Corona an. Alleine 2022 bisher immerhin 175 Patienten, die sich in Eppendorf mit Corona angesteckt haben. Die Uniklinik selbst sagt dazu auf eine Anfrage der Welt - ich zitiere: "Inzwischen ist bekannt, dass die Corona-Schutzimpfung nicht vor Ansteckung schützt." Meine Frage an Sie wäre: Können Sie aus Ihren Beobachtungen bestätigen, dass der Fremdschutz und Eigenschutz nicht in ausreichendem Maß vorhanden ist?

SV **Dr. Alexander Konietzky** (Ärztinnen und Ärzte für individuelle Impfscheidung e. V.): Unser Verein ist überparteilich und unabhängig. Ihren Ausführungen möchte ich hinzufügen, dass diese Tendenz sich bereits zu Delta-Zeiten angedeutet hat. Für den Fremdschutz zeigte sich in den viel aussagekräftigeren Haushaltskontaktstudien bereits Ende 2021 ein deutlich nachlassender Transmissionschutz. Hier sind die beiden Impfreisterstudien aus Dänemark einmal unter Delta 2021 veröffentlicht und unter

Omikron-Einfluss 2022 herauszuheben, die schlussendlich aufzeigen, dass es bei gleicher Secondary Attack Rate, also der Transmissionsrate, keinen Unterschied mehr gab zwischen den geimpften und ungeimpften Index-Fällen. Frau Rochelle Walensky hat in einer Stellungnahme in einem abschließenden Satz bereits im August 2021 zur Kenntnis gegeben, das ist die CDC-Vorsitzende [Centers for Disease Control and Prevention – Zentren für Krankheitskontrolle und -prävention in den USA]. Das, was im Allgemeinen die Corona-Impfungen nicht mehr können, ist die Übertragung zu verhindern. Laut einer jüngst getätigten Aussage einer Pfizer-Führungskraft vor dem EU-Covid-Ausschuss ist dieser Umstand, Transmissionsreduktion nie Ziel der Einführungsstudien gewesen. Die von Ihnen vorgetragene bundesdeutschen Daten aus klinischen Instituten und aber auch der Bundeswehr bestätigen jetzt dies aufs Neue. Ich möchte abschließend aber noch darauf hinweisen, dass auch die Impfstoffe gegen neue Varianten, die angepassten Impfstoffe gegen BA.1 und der BA.4/5 hier keinen Unterschied machen werden. Dies deuten einmal die Einführungsstudien für BA.1 schon an und für BA.4/5 liegen gar keine Daten am Menschen vor.

**Stellvertretende Vorsitzende:** Soweit. Ihre Zeit ist jetzt abgelaufen. Vielleicht gibt es ja eine nächste Frage noch an Sie.

SV **Dr. Alexander Konietzky** (Ärztinnen und Ärzte für individuelle Impfscheidung e. V.): Sie sagten, dass ich den Satz noch zu Ende bringen darf?



**Stellvertretende Vorsitzende:** Der war ja am Ende, der Satz.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen (ESV) Prof. Dr. Sander. Sie können gerne auch anknüpfen an die Ausführungen, die wir gerade gehört haben. Die Vorteile einer Impfung gegen COVID-19 liegen allgemein auf der Hand: weniger Infektionen unter den Geimpften als unter nicht Geimpften, weniger schwere Verläufe, ein niedrigeres Long-Covid-Risiko. Sie sind Klinikarzt. Welche Bedeutung hat daher die Impfung für den Klinikalltag?

**ESV Prof. Dr. Leif Erik Sander:** Es ist in der Fachwelt und auch unter praktisch klinisch tätigen Kollegen vollkommen unbestritten, dass die Einführung der Schutzimpfung gegen COVID-19 zu einer massiven Reduktion der Krankheitslast und der Fallsterblichkeit geführt hat, und dass wir nur in Einzelfällen tatsächlich bei vollständig geimpften, immun gesunden Personen trotzdem schwere Krankheitsverläufe beobachten können. Das ist natürlich so, dass keine Maßnahme in der Medizin bekannt ist, die eine hundertprozentige Wirksamkeit hat. Insofern gibt es Impfdurchbrüche. Es kann aber, der Kollege hatte die Zahlen zitiert, natürlich, wenn der überwiegende Teil in Deutschland geimpft ist und ein kleiner Teil der Teilmenge dieser Personen dennoch sich eine Infektion zuzieht, auch zu schweren Fällen kommen. Allerdings ist seit der breiten Einführung der Impfstoffe tatsächlich zu beobachten, dass die Häufigkeit von schweren Lungenversagen deutlich zurückgegangen ist. Und wenn sie auftritt, tritt sie in der Regel bei Personen entweder mit einem unzureichenden Impfschutz oder mit einem geschwächten Immunsystem auf.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Hausärzterverband. Wir als Unionsfraktion haben bereits im Juli gefordert, dass Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten auch bei Impfnebenwirkungen geschaffen werden. Hausärzte sind die zentrale Anlaufstelle für Impfungen. Wie beurteilen Sie mögliche Impfnebenwirkungen im Hinblick auf die Häufigkeit und die Art der Nebenwirkungen aus dem Blickwinkel einer

Hausarztpraxis. Inwieweit kann dabei zwischen Impfreaktion und Impfkomplicationen unterschieden werden?

Sve **Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth** (Deutscher Hausärzterverband): Ich denke, das müssen wir erst noch von den Begrifflichkeiten tatsächlich mehr einordnen. Wir müssen zum einen unterscheiden, was Impfreaktionen und Impfnebenwirkungen sind. Da sehen wir immer schon bei allen Impfungen, die wir durchgeführt haben, leichte Impfreaktionen, leichte Impfnebenwirkungen bis hin zu schweren Reaktionen und Nebenwirkungen. Das ist bei der Impfung gegen COVID auch nicht anders. Impfreaktionen im Allgemeinen gibt auch der Hersteller in den Fachinformationen detailliert an. Nach jeder Impfung kann es auch bei der Corona-Schutzimpfung natürlich zu Beschwerden kommen. Impfreaktionen sind im Übrigen üblicherweise der Ausdruck einer erwünschten Auseinandersetzung des Immunsystems mit dem Impfstoff und klingen in der Regel nach wenigen Tagen ab, dass Sie das ein bisschen einordnen können, was da klinisch gemeint ist. Impfreaktionen können zum Beispiel Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Schwellungen, Gliederschmerzen oder Schwellungen an der Einstichstelle sein oder ein roter Arm. Viele klagen über Müdigkeit, grippeähnliche Symptome. Das haben wir auch gesehen bei den Impfungen nach COVID. Das wären ganz normale Impfreaktionen. Es finden sich außerdem zur Art und Häufigkeit von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in den Fachinformationen des jeweiligen Impfstoffs Angaben und Daten. Da haben wir auch schon öfter mal Nebenwirkungen gesehen. Ich fand sie deckungsgleich mit den in den Fachinformationen angegebenen Zahlen. Zum Beispiel kam es doch zu Fazialisparesen, die aber auch der Hersteller mit detaillierten Zahlen angibt. Impfkomplicationen hingegen, das sind dann schwerwiegende unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die sind nach Impfungen und so auch nach der COVID-Impfung meiner klinischen Erfahrung nach sehr selten aufgetreten. Das deckt sich auch mit Zahlen, die wir haben. Die sind meldepflichtig nach Paragraph 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Also insgesamt aus meiner klinischen Erfahrung kann ich sagen, dass wir Impfreaktionen im üblichen Maße sehen und Impfkomplicationen eher selten auftreten sind.



Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gern eine Frage an den ESV Prof. Dr. Sander stellen. Wir haben in der Eingangsfrage suggeriert bekommen, dass die Risiken einer Impfung den Nutzen überwiegen würden und offensichtlich die Risiken nach Einschätzung des Fragestellers stark überwiegen. Jetzt haben Sie eben schon in Ihrer ersten Antwort ausgeführt, dass gerade im Schutz vor schwerer Krankheit und Tod die Impfstoffe sich in der Praxis sehr bewiesen haben. Wie steht es um den Transmissionsschutz durch die Impfung, durch die zugelassenen Impfstoffe? Wie entwickelt der sich im Zeitverlauf und wie verändert sich der Transmissionsschutz auch nach Auffrischimpfungen?

ESV **Prof. Dr. Leif Erik Sander**: Es ist suggeriert worden in der ersten Fragerunde, dass Impfstoffe keinen Infektionsschutz und auch keinen Transmissionsschutz, also weder Selbst- noch Fremdschutz bieten. Diese Aussage ist so zumindest nach meiner Kenntnis der Studienlage nicht korrekt. Gerade die angesprochenen dänischen Haushaltsstudien zeigten zuletzt eine Reduktion der Transmission. Auch zeigen diverse Studien sowohl nach Booster als auch nach Grundimmunisierung einen Schutz vor Infektionen. Jetzt ist dazu einschränkend zu sagen, beide diese Phänomene sind nicht 100 Prozent, also beide dieser Effekte sind nicht 100 Prozent. Deswegen kann man natürlich sagen: Es gibt keinen 100-prozentigen Schutz. Diese Aussage ist korrekt. Es gibt aber eine statistisch signifikante Reduktion in verschiedenen großen Studien. Was hinzukommt, ist, dass diese Schutzwirkung unmittelbar nach der Impfung relativ hoch und robust messbar ist und dass diese mit der Zeit nachlässt. Das liegt an der Art und Weise, wie diese Impfstoffe konzipiert sind und wie auch das Immunsystem darauf reagiert. Antikörper an den Stellen, an denen das Virus uns infiziert, bleiben nicht so lange auf den Schleimhäuten. Deswegen lässt dieser Schutz im Verlauf von drei bis sechs Monaten wieder deutlich nach, sodass sich dann tatsächlich am Ende eines solchen Beobachtungszeitraumes der Schutz vor Infektionen, auch Transmission im Bereich der statistischen Ungenauigkeit bewegt, sodass man hier nicht mehr von einem sehr stark gegebenen Infektions- oder Transmissionsschutz sprechen kann.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage geht ebenfalls an den Deutschen Hausärzteverband. Wie weit ist es Ihnen bei der Aufklärung von Patientinnen und Patienten vor einer Corona-Impfung eine Hilfe, dass zahlreiche internationale Studien zu Nebenwirkungen zur Verfügung stehen? Können Sie uns kurz erläutern, wie eine Aufklärung über Nebenwirkungen in der Praxis aussieht?

SVe **Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth** (Deutscher Hausärzteverband): Was die Hausärzte natürlich immer machen in den Praxen, ist die Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten zu hören und einzuordnen, auch natürlich gewissenhaft aufzuklären, was bei einer Impfung gegen COVID-19 zu erwarten ist. Mittlerweile haben wir doch breites Zahlenmaterial. Sie haben es erwähnt, was man jetzt auch mal bildlich darstellen kann. Wir haben auch die Möglichkeit, den Patienten das ganz praktisch mal zu schildern. Wie häufig ist eine bestimmte Nebenwirkung in Bezug auf die Anzahl der Impfungen, die durchgeführt worden ist? Da ist mittlerweile natürlich gut, dass wir jetzt viele Zahlen haben aus der Versorgungsforschung, auch wenn – und das ist ein bisschen ein Problem in Deutschland – wir vielfach noch auf Zahlen aus dem Ausland, aus Großbritannien und vor allem aus Israel zurückgreifen. Auf jeden Fall ist es eine inzwischen zum Ausgangspunkt doch veränderte Situation. Die Patientinnen und Patienten haben große Sorgen gehabt vor Herzmuskelentzündungen. Da gingen auch Schlagzeilen durch gewisse Zeitungen, die zur Verunsicherung vieler geführt haben. Da wissen wir mittlerweile aus zum Beispiel israelischen Studien, dass über alle Altersklassen auf 100 000 Impfungen nur 2,7 Prozent von Myokarditis-Fälle zu beobachten sind. Damit kann man die Patienten in den meisten Fällen beruhigen, Sorgen auch einordnen. Das gibt es, aber das ist jetzt insgesamt doch sehr selten und da helfen uns Zahlen aus der Forschung, aus Studien natürlich ungemein weiter.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine nächste Frage geht auch wieder an die Ärzte für individuelle Impfscheidung. Sie haben vorhin gesagt, dass es bei den aktuellen zugelassenen Impfstoffen für BA.5 gar keine Studien an Menschen gegeben hat im Vorfeld der Zulassung über Wirkungen, Nebenwir-





kungen. Nebenwirkungen sind tatsächlich ein relevanter Aspekt. Jetzt hat leider die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Teilnahme an der heutigen Anhörung abgesagt, deren Daten zu den Impfnebenwirkungen ja trotz Zusage von vor sechs Wochen immer noch nicht vorliegen dazu. Dafür gibt es aber inzwischen ein Urteil vom Truppengericht von gestern oder vorgestern zur Impfpflicht in der Bundeswehr. Das hat als Gericht geurteilt, das deren, ich zitiere: "dass die Befolgung der Impfpflicht wegen möglicher erheblicher Gesundheitsgefahren für den zu impfenden Soldaten aufgrund von Impfnebenwirkungen unzumutbar sein könnte." Auch Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass es relevante Nebenwirkungen gibt und dazu dringend eine bessere Datenerhebung und Infrastruktur geschaffen werden müsste. Können Sie das näher ausführen, was Sie damit meinen?

**SV Dr. Alexander Konietzky** (Ärztinnen und Ärzte für individuelle Impfscheidung e. V.): Unser Verein ist überparteilich und unabhängig. Zwei Teilaspekte müssen bei den Nebenwirkungen, wenn Sie diskutieren wollen, berücksichtigt werden. Das eine ist, wie wird es überhaupt erfasst und ergibt sich dann eventuell bei der Institution, die in Deutschland dafür zuständig ist, im Paul-Ehrlich-Institut (PEI) daraus ein Risikosignal. In Deutschland wird das Erfassungssystem passiv geführt. Das heißt, die Surveillance ist durch eine passive Erhebung. Ärzte und Patienten können sich selbst beim PEI mit einer Nebenwirkung melden. Dass das System an sich nicht ganz unaufwendig ist, sei hier erstmal nicht so erwähnt. Wir wissen aber, dass im Allgemeinen Nebenwirkungen nur zu sechs Prozent angegeben sind und schwerwiegende Nebenwirkungen immerhin zu zehn bis 15 Prozent gemeldet werden. Die SafeVac 2.0-App des PEI hat die Nebenwirkungen beim Impfling direkt versucht zu erfragen, gibt aber eine Liste von vorgegebenen Nebenwirkungen an, die, wie vorhin schon von der niedergelassenen Kollegin festgestellt worden sind, tatsächlich den allgemeinen Impfnebenwirkungen entsprechen. Im Abschluss kann auch eine eigene Stellungnahme stattfinden. Diese Risikobewertung des PEI, die über eine Formel des erwartbaren und des gemessenen unerwünschten Wirkungsspektrums geht, zeigt aber das Signal erst sehr viel später auf. Das bedeutet also, die Messungen – nehmen wir mal die Sterbefälle von der Allgemeinbevölkerung mit 138 000

und geben dazu die Verdachtsfälle der Sterbenden mit 1 500 an, so ergibt sich daraus natürlich kein Risikosignal gegen die hohen Patientenzahlen. Daraus ergibt sich für mich, dass wir kein sicherheitsgeführtes Meldesystem in Deutschland haben im Moment.

**Abg. Ates Gürpınar (DIE LINKE.):** Ich stelle eine Frage an die ESve Dr. Katharina Kieslich. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht läuft de facto zum Ende des Jahres aus und wird jetzt schon so gut wie nicht umgesetzt. Wenn es also ums Eigentliche gar nicht geht, was will die AfD mit solchen Anträgen denn eigentlich bezwecken?

**ESve Dr. Katharina Kieslich:** Ich bin Politikwissenschaftlerin an der Universität Wien. Der Sinn und der Zweck eines solchen Antrags sind tatsächlich vor dem Hintergrund des Auslaufens der Regelung zum Jahresende infrage zu stellen. Ich kann natürlich nicht für die Motivation einzelner Abgeordneter sprechen. Aber allgemein gesprochen sagt die Forschung zu den Motivationen der AfD und anderer Parteien am rechten Rand in Europa, dass sich diese insbesondere im Gesundheitsbereich nur Themen annehmen, wenn es in ihr politisches und gesamtgesellschaftliches Weltbild passt. Also vor der Corona-Pandemie haben wir gesehen, dass sich Parteien wie die AfD kaum mit gesundheitspolitischen Fragen auseinandergesetzt haben. Sie haben das Thema einfach als nicht wichtig oder nicht interessant genug angesehen und vor allen Dingen nicht als ein Thema, bei dem man politisch gewinnen oder vielleicht sogar polarisieren kann. Eine Ausnahme hier war vielleicht die Flüchtlingskrise 2015. Seit Pandemiebeginn haben diese Parteien nun das Thema für sich entdeckt, kann man sagen, weil man damit polarisieren kann. Meist geht es hierbei wenig um die Sache, sondern um das Ziel Misstrauen und Unsicherheit in der Bevölkerung zu schüren. Der Antrag zur Abschaffung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht ist in dem Fall überholt, Er gibt aber eine Plattform für das Schüren von Misstrauen und er bindet vor allem Ressourcen anderer Parteien, anderer Fraktionen im Bundestag. Beides, muss man sagen, gehört zum politischen Werkzeugkasten von Parteien, wie der AfD, wie Forschungsstudien dazu gezeigt haben.



Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Meine Frage geht an die ESVe Anke Richter-Scheer. Sind nach Ihrer Auffassung ICD Codes geeignet, verlässliche Aussagen über die Häufigkeit und Schwere etwaiger Nebenwirkung machen zu können? Was entgegnen Sie persönlich dem Vorwurf, dass viele Ärztinnen und Ärzte oder auch Krankenhäuser Nebenwirkungen nicht melden würden?

*[Technische Probleme]*

**Stellvertretende Vorsitzende:** Wir stellen diese Frage mal zurück, bis das Problem gelöst ist.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Deutschen Hausärzteverband. Wie beurteilen Sie das derzeitige Meldeverfahren für Impfn Nebenwirkungen? Sehen Sie einen möglichen Verbesserungsbedarf?

SVe **Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth** (Deutscher Hausärzteverband): Der Kollege hat es eben schon erwähnt. Wir haben im Moment ein passives System. Wir hatten auch den Versuch mit der SafeVac2.0-App eine listengeführte Erfassung von Impfkomplicationen, Impfn Nebenwirkungen zu monitoren. Es ist so, dass es bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen nach Impfungen, die wie gesagt auch selten sind, ein klar geregeltes Prozedere im Gesetz gibt. Nach Paragraph 6, Absatz 1 IfSG ist der Verdacht einer über das übliche Maß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung namentlich meldepflichtig. Die Meldung, wenn wir davon Kenntnis bekommen, erfolgt von uns an das Gesundheitsamt. Die Gesundheitsämter sind verpflichtet, die gemeldeten Verdachtsfälle den zuständigen Landesbehörden oder der zuständigen Bundesbehörde – das ist in diesem Falle das PEI – natürlich im Einklang mit den Bestimmungen des Datenschutzes pseudonymisiert zu melden. Die Meldepflicht gilt in jedem Fall. Unabhängig davon besteht natürlich die Möglichkeit, dass man direkt an den Hersteller meldet oder auch an das PEI. Da muss ich schon sagen, dass das so ein bisschen ein aufwändiges Prozedere ist. Da hatte ich das tatsächlich auch mehrmals, dass Patienten damit nicht zurechtgekommen sind und mich dann baten, die Meldung zu übernehmen. Sie

sagten, dass sie eigentlich selber melden wollten, aber mit diesem Fragebogen über die Internetseite des PEI nicht zurecht kamen. Und tatsächlich würde ich das so einschätzen, dass ich mir wünschen würde, dass wir hier ein etwas schlankeres Verfahren für die Patienten und Patientinnen selber finden würden. Aber in jedem Falle ist eine Meldung möglich und auch verpflichtend, sobald eine Ärztin oder ein Arzt Kenntnis von einer schweren Impfreaktion hat.

**Stellvertretende Vorsitzende:** Das technische Problem mit Verbindung von Frau Richter-Scheer besteht noch fort. Wir vergessen die Frage nicht. Es sei denn, Frau Baradari möchte eine andere Frage stellen?

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Teile meiner Frage sind ja schon eben gerade beantwortet worden. Deswegen würde ich eine andere Frage stellen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte meine nächste Frage auch an den ESV Prof. Dr. Leif Erik Sander richten. Wir haben eben in einer Ausführung des Verbandes der Ärztinnen und Ärzte für die individuelle Impfentscheidung gehört, dass die Erkenntnisse zu Nebenwirkung sich ausschließlich auf aktives Meldeverhalten von entweder PatientInnen oder Ärzten beziehen. Ist es so, dass bei den zugelassenen COVID-19-Impfstoffen die Erkenntnisgrundlage, die aus der Wissenschaft und Praxis zur Verfügung steht, sich tatsächlich ausschließlich auf aktives Meldeverhalten bezieht oder gibt es dazu weitergehende Erkenntnisse? Beziehungsweise sind diese Impfstoffe im Vergleich zu anderen Impfstoffen wenig erforscht oder viel erforscht?

ESV **Prof. Dr. Leif Erik Sander:** Es ist in der Tat so, dass wir uns in Deutschland beim PEI auf dieses eben geschilderte Meldesystem stützen. Es ist aber gerade bei diesen Impfstoffen, die Ende 2020/Anfang 2021 in sehr vielen Ländern, westlichen Industrienationen, sehr breit zum Einsatz gekommen sind, so, dass es unterschiedliche Systeme gibt. Sowohl aktive als auch passive Systeme und zudem auch sehr gute und robuste Daten, zum Beispiel aus Systemen wie in Israel, wo sogenannte Real-World Evidence, also Daten aus dem, wenn Sie so wollen,



echten Leben erfasst worden sind, unter anderem von Krankenkassen, die zum Beispiel Komplikationsraten nach einer Impfung verglichen haben mit Komplikationsraten nach einer COVID-19 Infektion bei ungeimpften Menschen. Wir haben unterschiedliche Studien. Wir haben unterschiedliche Erfassungssysteme. Jedes dieser Erfassungssysteme hat unterschiedliche Vor- und Nachteile. Insgesamt, und da sind sich eigentlich auch nicht nur die wissenschaftliche Expertenwelt, sondern auch die Behörden in vielen Ländern, auch die Weltgesundheitsorganisation einig, dass die zugelassenen Impfstoffe ein sehr gutes Sicherheitsprofil mit bekannten Risiken für seltene Impfkomplication, wie zum Beispiel der Myocarditis aufweisen und dass der Nutzen dieser Impfstoffe das Risiko deutlich übersteigt, was ja auch sozusagen die Grundlage ist für die Zulassung dieser Impfstoffe und auch Grundlage ist für die STIKO und andere Nationale Impfkomitees, diese Impfstoffe entsprechend auch zu empfehlen und sie anzuwenden. Ich hatte in der Beantwortung der ersten Frage auch schon geschildert, in welchem Maße die Verbreitung der Impfstoffe dazu beigetragen hat, dass eben auch die Fallsterblichkeit und die Fallhospitalisierungsraten deutlich gesunken sind, sodass man in der Gesamtschau aller dieser Evidenz sagen muss, dass diese Impfstoffe sicher und hochwirksam sind.

**Stellvertretende Vorsitzende:** Es besteht das Verbindungsproblem mit Frau Richter-Scheer. Frau Baradari, möchten Sie an eine andere Person die Frage stellen? Wir können auch im Nachgang nochmal Frau Richter-Scheer bitten, Ihre Frage schriftlich zu beantworten.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Dann richte ich meine Frage an den ESV Kasper Pfister. Können Sie uns bitte erneut über die Erfahrungen in Ihren Einrichtungen berichten bezüglich COVID-Impfungen des Personals, inwiefern die wesentlich zur Eindämmung von Infektionen und Ausbrüchen beigetragen haben. Kurz gesagt: Macht aus Ihrer Sicht die Impfung nach wie vor einen Unterschied?

ESV **Kasper Pfister:** Ich bin Eigentümer und Geschäftsführer der Benefit-Gruppe. Wir hatten im Herbst letzten Jahres eine Impfquote bei den Mitarbeitern von rund 80 Prozent und unsere Analysen

aus der täglichen Praxis ergaben, dass die nicht geimpften Mitarbeiter ein hohes Risiko hatten, sich im Privatbereich zu infizieren und Corona an pflegebedürftige Menschen, an unsere Kunden, unbewusst, trotz aller Schutzmaßnahmen zu übertragen. Insofern habe ich im Dezember 2021 dann entschieden, nur noch Mitarbeiter einzusetzen, die eine Immunität haben. Die Sorge, dass dadurch viele Mitarbeiter ausfallen, hat sich nicht bestätigt. Von zweitausend Mitarbeitern hatte ich damals rund 60 Freistellungen bei Fortbezahlung der Bezüge. Wir wissen weiter aus der Praxis, dass durch die Immunität, durch Impfung einerseits das Infektionsrisiko deutlich geringer ist – wenn erkrankt, dann mit deutlich geringeren Symptomen und wesentlich geringeren Ausfallzeiten. Ich hatte in 37 Standorten bisher insgesamt 51 Corona infizierte Sterbefälle. Davon waren 80 Prozent ohne Impfschutz. Die Impfung macht Sinn, machte Sinn und macht Sinn. Sie reduziert das Risiko einer Infektion und bedeutet, dass in vielen Fällen der Krankheitsverlauf nahezu symptomfrei erfolgt. Die hohe Impfquote bei Bewohnern und Mitarbeitern hat aber auch bewirkt, dass die Angst der Bewohner und der Mitarbeiter, sich durch ungeimpfte Mitarbeiter doch anstecken zu können, deutlich gewichen ist; ein Faktor, der in dieser spannungsgeladenen Situation sehr hilfreich war und ist. Ich bin nach wie vor von der Impfung überzeugt. Die tägliche Praxis bestätigt dies. Wir schreiben ihr einen hohen Stellenwert bei der Bekämpfung der Pandemie zu. Meine Kunden, meine Mitarbeiter, unsere Bewohner, deren Angehörige sind nach wie vor von unserer Impfstrategie überzeugt.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage geht an die Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebedürftige Menschen (BIVA-Pflegeschatzbund). Neben der einrichtungsbezogenen Impfpflicht ist auch die Maskenpflicht ein wichtiges Thema zum Schutz vulnerabler Gruppen. Können Sie uns aus Ihrer Sicht schildern, welcher Klärungsbedarf aktuell bei der Umsetzung besteht, um in der Langzeitversorgung den besonderen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht zu werden?

SV **Dr. Manfred Stegger** (Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebedürftige Menschen e. V. (BIVA-Pflegeschatzbund)): Masken sind grundsätz-



lich ein probates Mittel, um gegen Corona vorzugehen. In stationären Einrichtungen muss man nur eine Besonderheit betrachten, nämlich, dass, anders als im Krankenhaus, die Menschen nicht nur kurze Zeit dort sind, sondern eigentlich dauerhaft und eigentlich für den Rest ihres Lebens dort sein werden. Insofern ist bei jeder irgendwie einschränkenden und belastenden Maßnahme immer auch das Grundrecht auf selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden verbunden. Insofern kann man die Situation in den stationären Einrichtungen nicht einfach mit dem Krankenhaus gleichsetzen. Wir sehen drei verschiedene Personengruppen, die betroffen sind. Erstens, die Besucher, sie sollten in allen öffentlichen Bereichen Masken tragen, in denen sie nicht nur ihren Angehörigen begegnen. Wenn Sie allerdings mit ihren Angehörigen alleine sind in einem Besuchsraum oder auf ihrem Zimmer, sollten sie die Maske ablegen können. Mitarbeitende, an zweiter Stelle, sollten im pflegerischen und hauswirtschaftlichen Kontakt hygienische Schutzkleidung inklusive Masken tragen. Geht es um soziale Aktivitäten und aktivierende Angebote, sollte es keine Maskenpflicht auch für Mitarbeiter geben. Es ergibt sich von selber, dass die dritte Personengruppe, die Bewohnerinnen und Bewohner, keine Maskenpflicht in den Gemeinschaftsräumen haben sollten, die sollte abgeschafft werden. Zu Ihrer Frage nach dem Klärungsbedarf. Etliche Bundesländer haben bereits gesagt, dass sie die Frage der Maskenpflicht flexibel und im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner behandeln wollen. Aber ich glaube, das reicht nicht aus. Denn viele Heime werden schon alleine aus Haftungsgründen auf einer restriktiven Auslegung dieser nun mal vorhandenen Regeln bestehen und weiterhin das Tragen von Masken verlangen. Aus unserer Sicht ist deshalb eine schnelle Klarstellung des Bundesgesetzgebers hier erforderlich.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich bitte den ESV Möller um eine Antwort. Bitte schildern Sie die aktuelle Personalsituation in der Pflege und Ihre Einschätzung bezüglich der Bereitschaft Ihrer Kollegen bezüglich weiterer Boosterimpfungen.

ESV **Werner Möller**: Ich berichte jetzt ein bisschen aus der wahren Praxis. Ja, ich bin immer noch ungeimpft und arbeite immer noch mit Corona seit Anfang an mit den schwersten Verläufen. Das

heißt, ich kenne Corona in- und auswendig. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht ist meiner Meinung nach und auch der unseres Netzwerkes Pflege für Aufklärung unnützlich, unfachlich – rein politisch bedingt aber nicht fachlich. Gute Pflege ist eindeutig keine Frage des Impfstatus, sondern der Chancen, unsere Arbeit als Pflegekräfte adäquat und fachgerecht machen zu können. Das haben wir im Moment nicht durch die desaströse Krankenhausfinanzierungspolitik seit Jahren der vorangegangenen Bundesregierungen. Und ja, Frau Kieslich, mein Werkzeugkasten ist der Patient im Gegensatz zu vielen, die hier vielleicht zuhören. Die Nicht-Anwesenheit der Krankenhausgesellschaft, der Ärztekammer ist meiner Meinung nach Taktik, weil sie genau wissen, was in den Krankenhäusern im Moment los ist. Die Gesundheitsämter schikanieren auf übelste Weise. Pflegekräfte, die lange Jahre ihren Dienst getan haben, sehr kompetent, sind mit Androhungen von Bußgeldern und so weiter. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht bietet keinen Schutz der vulnerablen Gruppen, denn auch die Pflege gehört zu den vulnerablen Gruppen. Vulnerable Gruppen werden hier gefährdet durch die immer schlimmer werdende Personalsituation im Bereich der gesamten Pflege. Aktuell habe ich gestern noch zugespielt bekommen Informationen über die Situation im Saarland – mindestens zwei Notaufnahmen geschlossen, Patienten können nicht mehr aufgenommen werden. Der Landtag macht eine Krisentagung, geheim natürlich, weil man die Bevölkerung nicht beunruhigen will. Personal kündigt, wird freigestellt, ist krank, krank zwei-, dreifach geimpft, nach Corona zum Teil auch krank nach schweren Impfkomplicationen. Die Kollegen haben die Nase voll. Sie werden sich nicht mehr boostern lassen. Wir haben etwa über 200 000 Ungeimpfte von 1,7 Millionen Pflegekräfte, schätzungsweise über eine halbe Million Ungeboosterte und hunderttausend offene Stellen in der Pflege. Die Bagatellisierung der Impfkomplicationen als Pflege für Aufklärung finde ich ungeheuerlich, denn wir bekommen massiv Zuschriften.

**Stellvertretende Vorsitzende**: Moment mal, Herr Möller, hier ist so eine Art Tumult, stopp, stopp, Moment, ich stopp mal hier! Im Saal kehrt jetzt mal Ruhe ein! Von oben [Besuchertribüne] – hören Sie bitte – wird nicht gesprochen, sonst müs-



sen Sie den Raum verlassen! Ich habe Ihre Zeit gestoppt. Sie haben jetzt noch 20 Sekunden Zeit. Fahren Sie fort!

**ESV Werner Möller:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Mir ist klar, dass natürlich die Wahrheit hier Tumult verursacht. Macht mir aber nichts aus. Herr Lauterbach betreibt mit seiner Impfkampagne Spaltung im Volk und unter der Pflege nach dem Motto „Guter Pfleger – geimpfter Pfleger“. Das kann ich natürlich nicht akzeptieren. Er biedert sich an am Pfl egetag als Problemlöser der Personalproblematik. Dabei ist er Mitverursacher seit Jahren in den vorangegangenen Regierungen. Die Pflegeverbände bis hin zum Pfl egerat werden von den Lobbyverbänden und Ärztekammern unter Druck gesetzt für die Impfung zu stimmen. Die Impfpflicht muss weg, es reicht. Die Bevölkerung ist gefährdet durch die Situation in der Versorgung. Es brennt in Deutschland. Die Pflege ist am Boden. Und wenn jetzt nicht Herr Lauterbach zurücktritt, werden Menschen sterben und nicht an Corona.

**Stellvertretende Vorsitzende:** Herr Möller, jetzt haben wir eine Überziehung, eine deutliche Überziehung gehabt. Sie haben Ihren Punkt gemacht. Das Rederecht geht jetzt wieder an die SPD.

**Abg. Dr. Andreas Philippi (SPD):** Ich frage ESV Prof. Dr. Sander. Bei der in Deutschland hohen Meldebereitschaft und Melderate sowie der in Europa und der weltweiten Erfassung von Impfn ebnwirkungen: Ist es da aus Ihrer Sicht realistisch anzunehmen, dass in Deutschland eine Untererfassung von Nebenwirkungen besteht?

**ESV Prof. Dr. Leif Erik Sander:** Ich kann nicht für das PEI sprechen und auch nicht für die in überwiegenden Mehrzahl meldenden niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Aber die Tatsache, dass sich die Zahlen international in der Regel decken, dass zum Beispiel das PEI eines der ersten Stellen war, das die sehr selten aber schwerwiegenden Komplikationen in Zusammenhang mit dem AstraZeneca-Impfstoff detektiert und unmittelbar darauf reagiert hat, deuten darauf hin, dass wir in Deutschland meiner Meinung nach kein systematisches Problem mit der Untererfassung von Impfn

kompl ikationen haben. Es hat immer wieder unterschiedliche Berichte gegeben zu Impfn ebnwirkungen. Wie gesagt, den Begriff hatten wir schon. Das ist eine Unschärfe. Hier werden Impfn ebnreaktionen im Zusammenhang mit der Impfung vermengt mit echten Impfn ebnkompl ikationen. Herauszuhalten ist zudem, dass wir natürlich Verdachtsfälle von bestätigten Impfn ebnkompl ikationen oder Impfn ebnschäden trennen müssen. Wir haben den besonderen Fall, dass wir innerhalb eines Jahres fast die komplette Bevölkerung durch Impfungen geschützt haben, ein Impfn ebnangebot gemacht haben, und dass natürlich im Laufe dieses Jahres gleichzeitig dennoch die üblichen medizinischen Kompl ikationen auftreten und dann daher auch überdurchschnittlich häufig ein zeitlicher Zusammenhang auch mit Impfungen bestehen kann. Jeder dieser Fälle muss ernst genommen und sorgfältig geprüft werden. Ich gehe aber nicht davon aus, dass wir eine systematische Untererfassung dieser Impfn ebnkompl ikationen, Impfn ebnwirkungen in Deutschland haben. Das zeigen internationale Vergleiche.

**Abg. Simone Borchardt (CDU/CSU):** Meine Frage geht an ESV Prof. Dr. Sander. Viele Betroffene von Impfn ebnwirkungen berichten von einem schwierigen Zugang zur Versorgung. Schildern Sie uns bitte konkret, wie in der Charité mit solchen Fällen im Versorgungsalltag umgegangen wird.

**ESV Prof. Dr. Leif Erik Sander:** Es ist in der Tat so, dass wir derzeit eine schwierige Situation in der Krankenversorgung generell haben. Das können sicherlich die Kolleginnen und Kollegen aus der Niederlassung bestätigen. Wir haben gerade auch die Situation in der Pflege gehört. Wir haben generell eine sehr angespannte Personalsituation. Es ist schwierig, den Aufgaben im Gesundheitswesen derzeit adäquat nachzukommen, einfach aufgrund einer sehr angespannten Situation nach zweieinhalb Jahren Pandemie und den bekannten strukturellen Problemen. Nun zu den Patienten mit Impfn ebnkompl ikationen: Impfn ebnkompl ikationen, das haben wir gehört, sind sehr seltene Erkrankungen. Dennoch können sie auftreten. Leider ist es in Deutschland, aber auch international so, dass alle Patientinnen und Patienten, die an seltenen Erkrankungen leiden, in der Regel Schwierigkeiten haben adäquate Versorgungsstrukturen zu finden, weil es



eben seltene Komplikationen sind und man die Ursache beziehungsweise Behandlungsstrategien in der Regel nur in spezialisierten Zentren findet, und dass es immer schwierig ist, diese Diagnose zu finden. Das kann bis zu mehreren Jahren dauern. Da bilden sicherlich Patientinnen und Patienten mit Impfkomplicationen keine Ausnahme. Ich habe selber sehr viele Anfragen bekommen, auch aufgrund von Verdachtsfällen bezüglich Impfkomplicationen. Wir verfahren in der Charité so, dass wir organ- und systemorientiert vorgehen. Wenn der Patient vorgibt beispielsweise Probleme im Bereich des Herz-Kreislaufsystems zu haben, stellen wir diese Patientinnen und Patienten bei den Kardiologen, also bei den zuständigen Fachdisziplinen vor. Wenn es um neurologische Probleme geht, werden diese Patientinnen oder Patienten neurologisch gesehen. Ich glaube, das macht sehr viel Sinn. Man kann schwieriger eine allgemeine Sprechstunde vorhalten, die allgemein Impfkomplicationen ansieht. Es geht darum beschwerdeorientiert direkt die richtige, zuständige fachärztliche Vorstellung hinzubekommen. Alles weitere, glaube ich, liegt dann auch im Bereich der niedergelassenen hausärztlichen Behandlung, um hier sozusagen eine Sortierung vorzunehmen, welche Patientin, welcher Patient welche fachärztliche Vorstellung benötigt.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an die ESVe Richter-Scheer. Bitte berichten Sie uns aus Ihrer praktischen Tätigkeit als Hausärztin über ihre obligatorische Aufklärungstätigkeit im Vorfeld von COVID-Impfungen. Werden Patientinnen und Patienten nach Ihrer Auffassung hinreichend über Wirkungen und Nebenwirkungen der Impfstoffe informiert? Sehen Sie da Verbesserungsbedarf, gegebenenfalls auch in den Reihen der Ärztinnen und Ärzte?

ESVe **Anke Richter-Scheer**: Ich glaube, die Patienten sind nach zwei Jahren Pandemie ausreichend aufgeklärt, alleine schon durch die Medien. Die Schwierigkeiten, die wir in den Hausarztpraxen haben, sind immer wieder die unterschiedlichen Aufklärungen, die unterschiedliche Inhalte, die über die Medien verbreitet werden. Das hat einen Vorteil und einen Nachteil. Der Nachteil ist, die Patienten werden zunehmend verunsichert. Der Vorteil ist, die Patienten kommen zum Hausarzt, kommen

zu ihrem vertrauten Arzt, der sich dann anhört, und sie stellen Fragen. Ich habe noch nie so viele Beratungsgespräche und Aufklärungsgespräche geführt, wie in der aktuellen Situation mit dem angepassten Impfstoff. Es ist sehr angenehm. Viele Patienten sind informiert und stellen gezielt Fragen zum Impfstoff. Nebenwirkungen sind Wirkungen neben der eigentlichen Wirkung, das heißt von einfachen wie Impfreaktionen bis zu schwerwiegenden, was eine Impfkomplication darstellt. Das geht völlig in den Hintergrund. Die Menschen, die impfwillig sind, wollen sich impfen lassen. Die erfragen das Prozedere und ob sie geimpft werden dürfen. Diejenigen, die sich bis jetzt nicht haben impfen lassen oder haben impfen lassen müssen aus bestimmten Gründen, da werden nach wie vor Gespräche geführt. Also wirklich Verbesserungsbedarf wäre eher, dass man für die Bevölkerung einheitliche Empfehlungen über die Medien verbreitet. Ich glaube, damit würden wir uns allen helfen.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den Deutschen Hausärzterverband. Die CDU/CSU-Fraktion hat im September eine zeitnahe Aussetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht und ein Auslaufen der Regelung mit dem 31. Dezember 2022 gefordert. Welche Wirkung hat die Einführung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht auf die Infektionszahlen in Hausarztpraxen gehabt? Wie beurteilen Sie die fehlende Aussage seitens der Bundesregierung zur Fortgeltung ab dem 31.12.2022? Hier kann ich aktualisieren, der Minister hat eben gesagt, die Fortführung wird erstmal von der Beobachtung der nächsten Welle, die jetzt sich anbahnt, abhängig gemacht werden.

SVe **Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpparth** (Deutscher Hausärzterverband): In einer 2022 veröffentlichten Studie, also vor Einführung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht, haben wir gesehen, dass im hausärztlichen Bereich 94 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte über einen Immunitätsnachweis verfügen. Inzwischen dürfte sich die Zahl noch mal etwas erhöht haben. Auch unsere Praxismitarbeitenden haben mit ungefähr 93 Prozent in Hausarztpraxen und im Übrigen auch 90 Prozent in Facharztpraxen einen überdurchschnittlich hohen Wert, was Immunitätsnachweise angeht. Es bestehen natürlich regionale Unterschiede, die in den einzelnen Bundesländern etwas abweichen



können. Zu Ihrer Frage der einrichtungsbezogenen Impfpflicht: Ich kann natürlich hier nur für den hausärztlichen Sektor sprechen. Für uns steht generell der Schutz der vulnerablen Patientinnen und Patienten bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Versorgung natürlich im Fokus der Betrachtung. Welche Auswirkungen jetzt die Impfpflicht auf die Infektionszahlen tatsächlich in Hausarztpraxis gehabt hat, dazu sind mir momentan keine Zahlen aus der Versorgungsforschung bekannt. Da sind wir ein bisschen im Bereich einer Meinungsdiskussion, ob man meint, es bringt was, oder ob man meint, es bringt nichts. Wir haben, wie gesagt, immer schon eine hohe Anzahl von geimpften Tätigen, was die Praxisteams angeht. Vielleicht sollten wir auch versuchen, in der Versorgungsforschung etwas voran zu kommen, um diese Fragestellungen, die in diese Richtung gehen, wie viele andere Fragestellungen auch, denen wir einfach nicht mit ausreichend Zahlen begegnen können.

**Abg. Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gern noch einmal eine Frage an den ESV Prof. Dr. Sander stellen wollen. Wir haben jetzt in den vorangegangenen Ausführungen eine ganze Reihe von Statements aus der niedergelassenen Praxis gehört, dass Patientinnen und Patienten zurzeit nachvollziehbarerweise eine ganze Reihe an Fragen rund um die vierte Impfung haben, die jetzt im Vordergrund der Impfkampagne steht. Was gibt es an Erkenntnissen zur Wirksamkeit dieser vierten Impfung beziehungsweise welche Impfstoffentwicklungen sind auch zu erwarten, die möglicherweise die Wirksamkeit von Impfstoffen im Weiteren noch günstig beeinflussen könnten?

**ESV Prof. Dr. Leif Erik Sander:** Zur vierten Impfung, also der zweiten Auffrischungsimpfung liegen uns große Studien insbesondere mal wieder aus Israel vor, aber auch aus den USA, die zeigen, dass bei Personen, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben, das sind insbesondere ältere Menschen über 60 Jahre, Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen, die zweite Auffrischungsimpfung tatsächlich das Risiko, an COVID-19 zu versterben oder aufgrund von COVID-19 auf eine Intensivstation zu müssen oder schwer zu erkranken, deutlich reduziert, aber auch das Risiko einer Infektion transient vermutlich deutlich reduzieren. Das heißt, der Vorteil einer

zweiten Boosterimpfung ist wissenschaftlich hinlänglich belegt für die genannten Risikogruppen. Das sind auch jene Risikogruppen, die in der STIKO-Empfehlung aufgeführt werden, für die eine Indikation für die zweite Boosterimpfung besteht. Zu den Impfstoffen mit adaptierten Impfungen, mit adaptierten Impfstoffen liegen uns diese Daten, die ich gerade ausgeführt habe, generell zur zweiten Impfung noch nicht vor. Die Daten, die wir bisher zur Verfügung haben, beziehen sich ausschließlich auf Antikörper-Messungen. Wenn wir aber zurückschauen auf die letzten zwei Jahre, konnten bislang mit Messungen von neutralisierenden Antikörpern bestimmte Ableitungen gemacht werden, die eben auch die Zulassungsbehörden dazu bewogen haben, diese Impfstoffe zuzulassen. Wir brauchen aber genau diese Daten, die ich gerade ausgeführt habe. Die werden vermutlich auch wieder aus den besagten Ländern, zum Beispiel aus Israel generiert werden. Weitere Entwicklungen im Bereich der Impfstoffentwicklung, Impfstoffforschung ist sicherlich auch die Entwicklung von Impfstoffen, die auf die Schleimhäute aufgetragen werden, zum Beispiel nasale Impfstoffe. Allerdings muss man sagen, befinden wir uns hier noch in einem relativ frühen Entwicklungsstadium. Es gibt zwar in Ländern in Asien, Indien und China bereits zugelassene Impfstoffe, aber über die Wirksamkeit dieser Impfstoffe, trotz dort erfolgter großer klinischer Studien, ist leider noch nicht viel bekannt. Hier kann es aber sein, dass wir weitere Vorteile haben im Infektions- und Transmissionsschutz. Da sollte sicherlich dringend mehr dran geforscht werden.

**Abg. Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Weil es eben schon so hilfreich war noch einmal eine Frage an die ESVe Dr. Katharina Kieslich. Von der AfD kommt immer wieder die Behauptung nicht nur auf Corona bezogen, aber auch in Bezug auf Corona und insbesondere Impfungen, dass da etwas vertuscht würde, was Dank ihrer Unterstützung – in dem Fall der AfD – in dem Antrag aufgeklärt werden soll. Wie kommt die AfD auf solche Gedanken?

**ESVe Dr. Katharina Kieslich:** Auch hier beziehe ich mich wieder auf den aktuellen Forschungsstand zu Handlungen und zur Motivation von Fraktionen am rechten Rand im Deutschen Bundestag, aber auch in anderen europäischen Ländern. Parteien am rechten Rand zeichnen sich vor allem



dadurch aus, in ihrer politischen Handlungsweise, dass sie die Welt und das politische System als geteilt gerne darstellen. Also auf der einen Seite steht sie, steht die Partei, die rechte Partei als Vertreterin der Normalbürgerin, des Normalbürgers, die dem Schutz vor einer anderen Machteinheit bedarf. Diese andere Machteinheit wird oftmals als Elite dargestellt, also Elite, das können in dem Fall sein die Regierung, die Ärzteschaft, Wissenschaftlerinnen und so weiter. Diese Elite wird als solche dargestellt, die nur darauf hinaus ist, die eigenen Interessen zu verfolgen und das Leben der Normalbürger kaputtzumachen oder auszubeuten. Wenn man natürlich ein solches Weltbild vertritt, dann sind Verschwörungstheorien meist nicht weit entfernt. Es wird also behauptet, dass irgendwas von irgendwem, eben in dem Fall meist Regierungen, Ärzteschaft und so weiter, vertuscht wurde. Das Problematische an so einer Sichtweise ist, dass auch hier im Kern eigentlich ein politisches Ablenkungsmanöver stattfindet. Das haben also die Forschungsstudien hierzu klar ergeben. Statt sich inhaltlich über valide Themen auszutauschen, wie zum Beispiel, das wurde jetzt hier in der Sitzung öfter angesprochen, von Kolleginnen und Kollegen, die Verbesserung der Datenerfassung oder auch die Verbesserung der Ausarbeitung bestimmter Daten in vielen Bereichen im Gesundheitssystem, wird stattdessen einfach impliziert, dass irgendwas vertuscht wird. Also es wird sich eigentlich nicht grundlegend im Kern der Sache sozusagen systematisch neutral über Dinge ausgetauscht, sondern eben angekreidet, dass etwas vertuscht wird und dadurch eben auch wieder – ich komme noch mal auf meinen vorherigen Punkt zu sprechen – dieses Misstrauen geschaffen innerhalb der Bevölkerung.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage geht an die ESVe Anke Richter-Scheer. Können Sie für uns bitte einordnen, ob in der Praxis bei Corona-Impfungen mehr Nebenwirkungen als bei anderen Impfungen vorkommen? Damit meine ich Sie jetzt nicht als Person, sondern als Vorsitzende des Hausärzterverbandes Westfalen-Lippe.

ESVe **Anke Richter-Scheer**: Ich spreche auch für sämtliche Kollegen. Wir haben ja auch sehr hohe Impffzahlen gegen COVID-Infektionen, gegen Corona gehabt. Dahingehend sind die Impfreaktionen und auch etwas anhaltende Nebenwirkungen

nicht häufiger als bei anderen Impfungen aufgetreten.

Abg. **Dr. Andreas Philippi** (SPD): Meine Frage geht noch mal an den Kollegen ESV Prof. Dr. Leif Erik Sander. Bitte erklären Sie uns doch bitte nochmal kurz zum sogenannten Post-Vac-Syndrom auf. Was sind dessen Charakteristika? Wie ist die aktuelle Studienlage diesbezüglich?

ESV **Prof. Dr. Leif Erik Sander**: Das Post-Vac-Syndrom ist momentan vor allen Dingen ein medial geprägter Begriff. Er bezieht sich darauf, dass nach Impfungen Zustände beschrieben werden, die dem Long-COVID oder Post-COVID-Syndrom ähnlich sein sollen. Hier handelt es sich um ein sehr heterogenes Bild, momentan deswegen auch Syndrom. Das ist jetzt keine stehende Diagnose momentan, sondern eine Begrifflichkeit für medizinische Komplikationen, die mit einer Impfung in Verbindung gebracht werden. Es ist in der Tat, es wird berichtet von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, dass es Menschen gibt, die nach einer COVID-19-Impfung an Symptomen leiden, die denen ähnlich sind von Menschen, die an dem sogenannten Long-COVID oder Post-COVID-Syndrom leiden. Auch bei den beiden genannten Long-COVID-Syndrom hat es auch eine Weile gedauert, hier wirklich gute Instrumente zu entwickeln, solche Patienten zu identifizieren, auch eine gute Diagnose stellen zu können und sie abzugrenzen von anderen Diagnosen, die mit ähnlichen Symptomen einhergehen können. Ich glaube, wir stehen hier relativ weit am Anfang. Es gibt eben Menschen, ganz genau wie es viele Menschen gibt, die eine Symptomatik mit einer COVID-19-Erkrankung in Verbindung bringen, wo es ein schwieriger differenzialdiagnostischer Prozess ist, das tatsächlich miteinander kausal zu verknüpfen. Dazu laufen Studien analog zu den Studien, die auch zum Post-COVID-Syndrom laufen. Ich glaube, hier steht die Forschung relativ weit am Anfang und wir müssen auf weitere Erkenntnisse warten.

**Stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, damit sind wir am Ende dieser Anhörung angelangt. Ich darf Ihnen allen, die Sie als Sachverständige zugeschaltet waren, sehr herzlich danken, für Ihre Zeit, für Ihre Expertise, für die schriftlich eingereichten





Stellungnahmen, darf hier im Raum für die überwiegend konzentrierte Debatte danken und wünsche Ihnen noch einen guten Tag. Auf Wiedersehen.

Schluss der Sitzung: 15:40 Uhr

Gez.  
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB  
**Stellvertretende Vorsitzende**