



## Wortprotokoll der 18. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 21. März 2022, 10:00 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung  
(Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101) und  
Webex-Meeting.

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 4

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Heike Baehrens, Dr. Janosch Dahmen, Katrin Helling-Plahr, Dagmar Schmidt (Wetzlar), Dr. Till Steffen, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Dirk Wiese und, weiterer Abgeordneter

**Entwurf eines Gesetzes zur Aufklärung, Beratung und Impfung aller Volljährigen gegen SARS-CoV-2 (SARSCoVImpfG)**

**BT-Drucksache 20/899**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Inneres und Heimat

Rechtsausschuss

Wirtschaftsausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Ausschuss für Kultur und Medien

Ausschuss für Digitales



- b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Dieter Janecek, Gyde Jensen, Konstantin Kuhle, Franziska Mascheck, Dr. Paula Piechotta, Kordula Schulz-Asche, Dr. Andrew Ullmann und weiterer Abgeordneter

**Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer verpflichtenden Impfberatung für Erwachsene und einer altersbezogenen Impfpflicht ab 50 Jahren unter Vorbehalt gegen das Coronavirus SARS-CoV-2**

**BT-Drucksache 20/954**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Inneres und Heimat

Rechtsausschuss

Wirtschaftsausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Ausschuss für Kultur und Medien

Ausschuss für Digitales

- c) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

**Impfvorsorgegesetz – Ein guter Schutz für unser Land**

**BT-Drucksache 20/978**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Rechtsausschuss

- d) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Thomas Seitz, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Keine gesetzliche Impfpflicht gegen das COVID-19-Virus**

**BT-Drucksache 20/516**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Rechtsausschuss

- e) Antrag der Abgeordneten Wolfgang Kubicki, Christine Aschenberg-Dugnus, Tabea Rößner, Jana Schimke, Jens Koeppen, Dr. Gregor Gysi, Dr. Sahra Wagenknecht und weiterer Abgeordneter

**Impfbereitschaft ohne allgemeine Impfpflicht gegen SARS-CoV-2 erhöhen**

**BT-Drucksache 20/680**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Rechtsausschuss



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

nicht lektorierte Fassung



Beginn der Sitzung: 10:00 Uhr

### Vor Eintritt in die Tagesordnung

Die **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):  
Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige und sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, liebe Kolleginnen und Kollegen hier im Saal und die, die uns online zugeschaltet sind! Ich begrüße Sie sehr herzlich zu dieser öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die auch heute wieder, wie wir sehen, eine Mischung ist aus Präsenzsitzung hier im schönen Marie-Elisabeth-Lüders-Haus und Onlinemeeting mit den Sachverständigen. Vorab bitte ich die Sachverständigen und alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Webex zugeschaltet sind, sich mit ihrem vollen Namen anzumelden, damit sie auch identifizierbar sind und wir alle wissen, wer dabei ist, und das auch sichtbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten - wie wir das inzwischen alle gut geübt haben -, Ihre Mikrofone zunächst auszustellen und dann, wenn Sie aufgerufen werden, entsprechend anzustellen. Ich rufe den einzigen Tagesordnungspunkt auf:

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Heike Baehrens, Dr. Janosch Dahmen, Katrin Helling-Plahr, Dagmar Schmidt (Wetzlar), Dr. Till Steffen, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Dirk Wiese und, weiterer Abgeordneter

#### **Entwurf eines Gesetzes zur Aufklärung, Beratung und Impfung aller Volljährigen gegen SARS-CoV-2 (SARSCoVImpfG)**

**BT-Drucksache 20/899**

- b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Dieter Janecek, Gyde Jensen, Konstantin Kuhle, Franziska Mascheck, Dr. Paula Piechotta, Kordula Schulz-Asche, Dr. Andrew Ullmann und weiterer Abgeordneter

#### **Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer verpflichtenden Impfberatung für Erwachsene und einer altersbezogenen Impfpflicht ab 50 Jahren unter Vorbehalt gegen das Coronavirus SARS-CoV-2**

#### **BT-Drucksache 20/954**

- c) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

#### **Impfvorsorgegesetz – Ein guter Schutz für unser Land**

#### **BT-Drucksache 20/978**

- d) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Thomas Seitz, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

#### **Keine gesetzliche Impfpflicht gegen das COVID-19-Virus**

#### **BT-Drucksache 20/516**

- e) Antrag der Abgeordneten Wolfgang Kubicki, Christine Aschenberg-Dugnus, Tabea Rößner, Jana Schimke, Jens Koeppen, Dr. Gregor Gysi, Dr. Sahra Wagenknecht und weiterer Abgeordneter

#### **Impfbereitschaft ohne allgemeine Impfpflicht gegen SARS-CoV-2 erhöhen**

#### **BT-Drucksache 20/680**

Das heutige Anhörungsverfahren ist besonders, weil wir fünf Vorlagen haben, wovon drei Gruppenvorlagen sind, wo sich also fraktionsübergreifend Gruppen von Abgeordneten zusammengefunden haben, um diese Vorlagen zu erarbeiten, und zwei Fraktionsvorlagen. Ich werde Ihnen jetzt einmal alle fünf Vorlagen mit Titel vorstellen und deutlich machen, ob es sich um einen Gruppenantrag, einen Gruppengesetzentwurf oder einen Vorschlag aus einer Fraktion handelt. Im Anschluss werde ich Ihnen erläutern, wie das Prozedere dieser heutigen Anhörung funktionieren wird. Fünf Vorlagen liegen vor.

Die erste ist der Gesetzentwurf der Gruppe rund um die Abgeordneten Heike Baehrens, Dr. Janosch Dahmen und weitere mit dem Titel „Entwurf eines Gesetzes zur Aufklärung, Beratung und Impfung aller Volljährigen gegen SARS-CoV-2“ auf der Bundestagsdrucksache 20/899. Es geht also um die allgemeine Impfpflicht ab 18.

Der zweite Gesetzentwurf wurde eingebracht von einer Gruppe rund um die Abgeordneten Prof. Dr. Andrew Ullmann, Kordula Schulz-Asche und weitere Abgeordnete. Dieser trägt den Titel „Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer verpflichtenden Impfberatung für Erwachsene und einer altersbezogenen Impfpflicht ab 50 Jahren unter



Vorbehalt gegen das Coronavirus SARS-CoV-2“ auf der Bundestagsdrucksache 20/954. Es geht hier also um eine Impfpflicht ab 50. Ein weiterer Antrag von einer Gruppe rund um die Abgeordneten Wolfgang Kubicki, Christine Aschenberg-Dugnus und weitere Abgeordnete trägt den Titel „Impfbereitschaft ohne allgemeine Impfpflicht gegen SARS-CoV-2 erhöhen“ auf der Bundestagsdrucksache 20/680.

Dann liegt ein Antrag der Fraktion der CDU/CSU vor mit dem Titel „Impfvorsorgegesetz - Ein guter Schutz für unser Land“ auf der Bundestagsdrucksache 20/978.

Ferner liegt ein Antrag der Fraktion der AfD vor mit dem Titel „Keine gesetzliche Impfpflicht gegen das COVID-19-Virus“ auf der Bundestagsdrucksache 20/516.

Das sind die fünf Vorschläge, die vorliegen und zu denen heute eine Anhörung durchgeführt wird. Die Überschriften der Vorlagen sprechen für sich, so dass ich jetzt nicht auf die weiteren Inhalte hier eingehen werde.

Die Gruppen und Fraktionen haben sich auf eine gemeinsame Liste von Expertinnen und Experten verständigt, die heute gefragt werden können und dann antworten werden, die also heute angehört werden. Zusätzlich haben alle Fraktionen und Gruppen nach einem vereinbarten Schlüssel auch noch Einzelsachverständige benannt. Die Anhörung dauert insgesamt 180 Minuten. Und diese 180 Minuten - so haben sich die Sprecherinnen und Sprecher der Vorlagen geeinigt - werden auf die Gruppen und Fraktionen entsprechend ihrer Stärke, das heißt nach der Anzahl der Unterzeichnenden bzw. nach Fraktionsstärke, verteilt. Ich will Sie einmal darüber informieren, auf welche Gruppe wie viele Minuten dieser Anhörungszeit entfallen werden.

Auf den Gesetzentwurf „Impfpflicht für alle“, also Baehrens, Dahmen et al., entfallen 70 Minuten, auf den Antrag „Impfvorsorgegesetz“ der CDU/CSU-Fraktion entfallen 58 Minuten, auf den Antrag „Keine Impfpflicht“ der AfD-Fraktion entfallen 24 Minuten, auf den Antrag „Keine Impfpflicht“ der Abgeordneten Kubicki, Aschenberg-Dugnus et al. entfallen 15 Minuten, und auf den Gesetzentwurf „Impfpflicht ab 50“ rund um die Abgeordneten Professor Ullmann, Frau Aschenberg-Dugnus und andere entfallen 13 Minuten. Diese Zeiten werden wir aufteilen in zwei Zeitblöcke zu jeweils 90 Minuten, und dann werden die Gruppen gemäß ihrer

Stärke innerhalb dieser 90 Minuten ihren Frageanteil bekommen und entsprechend Fragen stellen können. Jeweils am Ende des ersten und des zweiten Zeitblocks erhalten die Kolleginnen und Kollegen, die bislang keine der hier vorliegenden Vorlagen unterstützen, die sich noch entscheiden werden, jeweils fünf Minuten, um Fragen an die Expertinnen und Experten zu stellen. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich wie immer bei ihren Redebeiträgen möglichst kurz und präzise zu fassen; denn das gibt den Abgeordneten die Möglichkeit, viele Fragen zu stellen und beantwortet zu bekommen. Die aufgerufenen Sachverständigen - das wissen die meisten von Ihnen - sollten vor der Beantwortung natürlich - erstens - daran denken, ihre Mikrofone und ihre Kamera freizuschalten, und - zweitens - jedes Mal, wenn sie aufgerufen werden, also eine Frage an sie gerichtet wurde, bitte noch einmal ihren Namen und ihren Verband zu nennen, auch wenn sie im Laufe der Anhörung schon mal gesprochen haben. Das ermöglicht den Zuhörenden, auch wenn sie später eingeschaltet haben, einzuordnen, wer jetzt gerade spricht und in welcher Funktion. Sobald Sie mit Ihrem Redebeitrag beginnen, sehen und hören wir Sie im Saal auf dem Videowürfel; Sie sind dann also sehr gut hier zu vernehmen. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden, natürlich ihre Mobiltelefone auszuschalten. Sie wissen, dass ein Klingeln hier im Saal 5 Euro kostet, welche dann später für einen guten Zweck gespendet werden. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird. Vielen Dank an alle Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben und die sich heute den Fragen stellen werden.

Damit können wir beginnen. Die erste Frage kommt aus der Gruppe derjenigen, die eine allgemeine Impfpflicht ab 18 befürworten. Es wird jetzt also erst einmal diese Gruppe fragen, so wie eben erläutert. Ich darf als Erstes dem Kollegen Dr. Dahmen das Wort geben für seine erste Frage. Sie sind online dabei. Bitte, Herr Kollege Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Auch meinerseits einen schönen guten Morgen an alle Sachverständigen und alle Verbände, die heute dabei sein können und uns im parlamentarischen Prozess



helfen, mit Sachverstand hier zu guten Entschlüssen zu kommen! Ich möchte meine erste Frage an die Deutsche Gesellschaft für Immunologie, Frau Professor Falk, richten. Bieten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft drei Impfungen in der Regel einen hinreichenden Schutz vor schwerer Krankheit oder Tod? Und erläutern Sie bitte den zeitlichen Verlauf, der notwendig ist, um bei Ungeimpften eine vollständige Impfserie mit drei Impfungen abzuschließen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Professor Falk, Sie haben das Wort.

Sve **Prof. Dr. Christine Falk** (Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.): Guten Morgen! Ich bin aktuelle Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Immunologie. Vielen Dank für die Frage. Der derzeitige Wissensstand ist unter anderem in der DGfI-Stellungnahme vom 20. Februar zusammengefasst. Da steht Folgendes drin: Drei Immunisierungen mit den in Deutschland zugelassenen Impfstoffen bieten einen langanhaltenden Schutz vor schwerer Krankheit und Tod. Das ist besonders wichtig für den zeitlichen Verlauf, das ist der zweite Teil der Frage; denn das Schema, das in Deutschland empfohlen wird, beinhaltet insgesamt vier Monate, nämlich vier Wochen zwischen der ersten und der zweiten plus dann noch mal drei Monate bis zur dritten Impfung, und diese dritte Impfung ist notwendig für den langanhaltenden Schutz und die Ausbildung eines immunologischen Gedächtnisses. Das ist die kurze Antwort auf diese Frage. Weitere Details stehen zum Beispiel in der Stellungnahme zum Nachlesen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Professor Falk, Herr Dr. Dahmen, ich darf Sie um Ihre nächste Frage bitten.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte gerne anschließen und noch mal die Deutsche Gesellschaft für Immunologie fragen. Eine vollständige Impfserie dauert, wie Sie erläutern, inklusive Booster im optimalen Fall mindestens vier Monate. Würden wir nun also bis zum Herbst bzw. dem Beginn einer neuen Welle warten, um bestehende Impflücken zu schließen, kann es dann als gesichert angesehen werden, dass es damit

zu spät wäre, um erst dann mit einer Impfpflicht beispielsweise eine neuerlich große Anzahl schwererer Erkrankungen zu verhindern?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Die Frage richtet sich noch mal an Frau Professor Falk. Bitte, Sie haben das Wort.

Sve **Prof. Dr. Christine Falk** (Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.): Vielen Dank für die Frage. Das ist genau der Punkt: Diese Zeitschiene braucht einfach mindestens vier Monate, bis nach der dritten Impfung dieser Schutz unter anderem auch vor Ansteckung, aber vor allem vor einem schweren Verlauf und vor Tod gewährleistet ist. Das bedeutet, wenn man zu spät beginnt, dann läuft die Zeit davon. Eigentlich würde sich daraus ergeben, dass die Impfkampagne rechtzeitig vor dem Herbst stattfinden soll, also eigentlich kontinuierlich fortgesetzt werden sollte, damit die Menschen, die neu geimpft werden, vor dem Herbst diesen Schutz schon aufgebaut haben und wir nicht dann erst wieder einer Welle möglicherweise hinterherrennen. Daher ist diese Zeitschiene der vier Monate zu berücksichtigen, um möglichst früh diesen Schutz rechtzeitig vor dem Herbst aufzubauen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dr. Dahmen, Ihre dritte Frage, bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Professor Sander von der Charité Berlin. Sie haben sich als Mitglied des Expertenrates und als Wissenschaftler sehr intensiv mit dem Thema Impfstoffe im Rahmen der Pandemie auseinandergesetzt. Deshalb würde ich Sie gerne fragen: Welche Impfquote muss für eine hinreichende Immunisierung der Bevölkerung und damit den Schutz vor einer zu großen Zahl schwerer Erkrankungen mindestens erreicht werden? Gehen Sie zurzeit davon aus, dass diese durch Verabreichung von drei Dosen erreicht werden kann? Oder müssen absehbar regelmäßig weitere Auffrischimpfungen stattfinden?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön, Herr Professor Sander, bitte. Sie haben das Wort.



**ESV Prof. Dr. Leif Erik Sander:** Guten Morgen! Vielen Dank für die Frage. Ich bin von der Charité Berlin. Zu Ihrer Frage nach der Impfquote: Es ist so, dass wir eigentlich davon ausgehen müssen, dass wir eine nahezu flächendeckende, relativ homogene Bevölkerungsimmunität brauchen, um langfristig aus dem pandemischen Geschehen herauszukommen. Sie hatten die Frage gestellt, wie viele Impfdosen für eine solche schützende Immunität, insbesondere auch Immunität vor schwerer Erkrankung, erforderlich sind. Nach den bisher verfügbaren Daten, beispielsweise aus Großbritannien, aber auch vom Robert Koch-Institut, ist es in der Tat so, dass mit drei Impfdosen ein sehr guter Schutz, zum Beispiel vor schwerer Erkrankung, die zu Krankenhauseinweisung oder Aufnahme auf einer Intensivstation oder zum Tod durch Covid-19 führt, erreicht werden kann. Auch hier sehen wir ein leichtes Nachlassen. Allerdings ist tatsächlich ein richtiger Unterschied zwischen Personen, die weniger Impfdosen erhalten haben, und jenen, die drei Impfdosen nach dem von Frau Professor Falk beschriebenen Regime bekommen haben, zu beobachten. Die Frage nach der Notwendigkeit zukünftiger Auffrischungsimpfungen ist aus der heutigen Perspektive schwierig zu beantworten. Das hängt im Wesentlichen auch von der weiteren Virusevolution ab. Wenn wir davon ausgehen, dass sich zukünftige Varianten auch aus Omikron weiterentwickeln, dann kann es durchaus sein, dass wir in gefährdeten Populationen weitere Auffrischungsimpfungen empfehlen können. Wie gesagt, dieser Grundschutz vor schwerer Erkrankung ist nach heutigem Stand, nach dem, was wir heute wissen, mit drei Impfdosen gegeben.

Die **stellvertretende Vorsitzende:** Vielen Dank. Frau Baehrens stellt die nächste Frage für diese Gruppe.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich auch noch einmal an Herrn Professor Sander von der Charité Berlin. In Anknüpfung auch an das, was Sie eben ausgeführt haben: Wir haben bereits mehrere Virusvarianten erlebt. Dabei haben die Impfstoffe, die gegen den Wildtyp, Wuhan-Typ, entwickelt wurden, ihre Schutzwirkung vor schwerer Krankheit behalten. Ist es sehr wahrscheinlich, dass neue Mutatio-

nen zu einem vollständigen Ausfall dieses Schutzes führen und wir ganz neue Impfstoffe benötigen? Ich möchte noch anfügen: Bietet statistisch eine einmal durchgemachte Omikron-Infektion einen vergleichbar verlässlichen und nachhaltigen Schutz vor schwerer Krankheit auch bei anderen Virusvarianten wie eine dreifache Impfung? Und was versteht man in diesem Zusammenhang unter einer definierten Immunantwort beim Impfschutz im Vergleich zur Genesung?

Die **stellvertretende Vorsitzende:** Danke schön. Herr Professor Sander, bitte.

**ESV Prof. Dr. Leif Erik Sander:** Vielen Dank. Ihre erste Frage zielt ab auf mögliche neue Virusvarianten und den Schutz, der durch Impfung erzeugt wird, ob also weiterhin ein Schutz vor schwerer Erkrankung durch Covid-19 gegeben sein wird. Davon ist zumindest aus immunologischer Sicht auszugehen. Wir haben auch bei dem Sprung zwischen den alten Virusvarianten und der Omikron-Variante eben das beobachten können, so etwa andere Immunantworten, die nicht nur Antikörper einbeziehen. So scheinen vielmehr zum Beispiel auch sogenannte T-Zellen sehr gut die Virusproteine dieser neuen Omikron-Variante zu erkennen und womöglich auch eine Rolle beim Schutz vor schweren Erkrankungen zu spielen. Das sind sozusagen theoretische Überlegungen. Die Fakten, die wir in den epidemiologischen Daten sehen, zeigen dasselbe: dass insbesondere Personen, die eben diese Impfserie mit drei Impfungen abgeschlossen haben, einen sehr guten Schutz vor schwerer Erkrankung haben. Wir sehen, dass ein Großteil der beobachteten Attenuierung der Omikron-Variante auch auf einen vorbestehenden Immunschutz zurückzuführen ist und dass es in Gegenden, in denen bislang noch ein sehr niedriger vorbestehender Immunschutz besteht, auch wieder eine deutlich höhere Case Fatality Rate gibt. Da zeigen zum Beispiel Berichte aus Teilen von China. Zur Frage in Richtung zukünftiger Varianten: Es ist schon davon auszugehen, dass wir Immunantworten auch gegen sogenannte konservierte Bestandteile des Virus, des Spike-Proteins, haben und wir dadurch eine Grundimmunität erzeugen, die auch vor zukünftigen Varianten und vor schwerer Erkrankung schützt. Das alles steht unter dem Vorbehalt, dass



wir natürlich zum heutigen Zeitpunkt nicht wissen, was uns beispielsweise Rekombinationen unterschiedlicher Viren oder weiterer Mutationen beschern werden. Aber aus heutiger Perspektive und aus den Erfahrungen mit den bisherigen Virusvarianten ist eben davon auszugehen, dass wir weiterhin auch durch diese drei Immunisierungen gegen die ursprüngliche Virusvariante eine so gute Grundimmunität haben, dass die Verhinderung schwerer Erkrankungen zu einem hohen Maße gegeben ist.

Der zweite Teil der Frage bezog sich auf eine durchgemachte Infektion mit Omikron ohne vorher bestehenden Impfschutz. Dazu habe ich keine Daten zur Wirksamkeit, zur Schutzwirkung gesehen. Es gibt meines Erachtens keine epidemiologischen Daten dazu in Populationen, die nicht immun sind und dann eine Omikron-Infektion durchgemacht haben. Ich gehe schon davon aus, dass auch eine Omikron-Infektion in einer immunnaiven Person zu einer relevanten Immunität insbesondere auch wieder gegen Omikron oder Omikronverwandte Varianten führt. Ich gehe auch davon aus, dass dort ein gewisser Schutz auch gegen schwere Erkrankungen durch andere Virusvarianten erzeugt wird, der ungefähr vergleichbar ist mit dem nach einer oder zwei Impfungen oder einmaliger Infektion mit einer anderen Virusvariante. Diese Personen sind weiterhin empfänglich für Infektionen durch die Omikron-Variante. Also, es fehlen dazu letzten Endes Daten. Wir haben nur immunologische Daten, die nahelegen, dass eine alleinige Omikron-Infektion nicht in gleichem Maße zum Beispiel neutralisierende Antikörper induziert wie eine Kombination aus Impfung plus einer Omikron-Infektion oder eine vollständige Impfserie mit drei Impfungen. Zur Wirksamkeit und zum Schutz einer alleinigen Omikron-Infektion kann man Stand heute nicht viel sagen; aber ich gehe doch auch hier von einem Grundschutz aus.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank für Ihre Antwort. Herr Dr. Pantazis, bitte.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Herrn Sander. Bitte erläutern Sie, ob nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft davon auszugehen ist, dass drei Antigenkontakte, also Impfungen oder Genesungen, gegebenenfalls auch

eine Kombination von beiden, zu einem hinreichenden Schutz führen können.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Professor Sander, Sie haben wieder das Wort.

ESV **Prof. Dr. Leif Erik Sander**: Vielen Dank für die Frage. Wir haben bislang zu diesen unterschiedlichen Immunisierungsserien, also beispielsweise eine zweifache Impfung gefolgt von einer Durchbruchinfektion oder drei verschiedene Impfungen, einige serologische Studien vorliegen, die nahelegen, dass das Ergebnis, das, was wir im Labor messen können beispielsweise anhand von bestimmten Antikörpertests, sehr ähnlich ist - das zeigen mehrere Studien - und dass auch beispielsweise eine Infektion mit Omikron basierend auf einer vorbestehenden Immunität mit zwei Impfungen dann zu einer sehr breiten, sehr guten Immunantwort führt. Wie gesagt, das sind bislang hauptsächlich serologische Messungen. Wir haben die meisten Daten zum Schutz vor schwerer Erkrankung vorliegen aus Großbritannien beispielsweise, und die beziehen sich in der Regel auf drei Impfungen. Inwiefern eine doppelte Impfung und dann eine Durchbruchinfektion einen vergleichbaren Schutz bieten wie eine dreifache Impfung, ist also anhand epidemiologischer Daten nicht zu belegen; aber alle immunologischen Korrelate, die wir messen können, legen eine Äquivalenz nahe. So herrscht auch in Fachkreisen eigentlich Einigkeit darüber, dass vermutlich dieser dreimalige Antigenkontakt, wie Sie ihn auch richtig nennen, also die Kombination unterschiedlicher Immunisierungswege, eine sehr gute, sehr schützende Immunität auslöst. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Wagner, bitte Ihre Frage.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, an Herrn Dr. Fischbach. Die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung haben insbesondere tief in das Leben von Kindern und Jugendlichen eingegriffen und damit bei vielen von ihnen zu Beeinträchtigungen ihrer individuellen Entwicklungs-



chancen geführt. Inwieweit ist es vor diesem Hintergrund Ihres Erachtens nach notwendig, insbesondere die Impfquote bei Erwachsenen deutlich zu steigern, um Kinder und Jugendliche vor einer künftigen Belastung zu schützen? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Dr. Fischbach, Sie haben das Wort.

**SV Dr. Thomas Fischbach** (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Kinder gehören zu den Hauptleidtragenden der Pandemie, und zwar ironischerweise gar nicht mal wegen ihrer primären Krankheitslast bedingt durch eine Infektion, die meist milde verläuft und nur in seltenen Fällen zu schweren Verläufen führt, sondern eben durch die sekundäre Krankheitslast, die in der Regel den Pandemiemaßnahmen der letzten zwei Jahre geschuldet ist. Herr Wagner sprach schon an, dass sich sehr starke negative Entwicklungen auch verfestigt abzeichnen im Bereich Bildung, im Bereich Sozialkompetenz und im Bereich psychische Gesundheit. Es gibt Berechnungen, die darauf hinweisen, dass diese betroffene Generation bis zu 5 Prozent ihrer wirtschaftlichen Prosperität einbüßen wird. Das ist Stand heute. Dazu kommt dann, dass die Kinder einen relativ geringen individuellen Nutzen von der Impfung haben. Das heißt, wir impfen im Grunde die Kinder ganz wesentlich, um vulnerable Gruppen unter den Erwachsenen zu schützen. Das sind nur zum geringen Teil Menschen, die sich nicht impfen lassen können; das sind ganz vorneweg Menschen, die sich nicht impfen lassen wollen. Die Daten, die auch hier schon zum Teil genannt worden sind, zeigen, dass dreifach geimpfte Personen auch aus Risikogruppen ein geringes Risiko haben, auf einer Intensivstation zu liegen und vor allen Dingen zu sterben; das DIVI-Register zeigt dies. Wir haben aber immer noch eine festgetackerte Impfquote von um die 76 Prozent, und daran - das sage ich an dieser Stelle auch - wird auch Novavax nichts ändern. Das heißt, wir haben noch Millionen ungeimpfte Risikopatienten, die jetzt im Grunde durch die Kinderimpfung mit geschützt werden. Wir haben auf der anderen Seite natürlich auch Kinder, die noch gar nicht geimpft werden können, weil es keine zugelassenen Impfstoffe gibt oder weil es nur eine Teilempfehlung der Ständigen Impfkommission gibt.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Dr. Fischbach, vielen Dank für Ihre Antwort. Frau Baehrens, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Die nächste Frage richtet sich an Herrn Professor Karagiannidis vom DIVI-Register. Der Expertenrat hat in mehreren seiner Stellungnahmen die unzureichende Datengrundlage in der Pandemie kritisiert. Gehört zu einer verbesserten Datengrundlage Ihres Erachtens auch eine vollständige und systematische Erhebung von Daten zum Impf- und Genesenenstatus aller Bürgerinnen und Bürger in Deutschland, um so Impflücken spezifischer quantifizieren respektive adressieren zu können bzw. diese Daten in der elektronischen Patientenakte zu speichern?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Professor Karagiannidis, bitte.

**ESV Prof. Dr. Christian Karagiannidis**: Ich bin von der Universität Witten/Herdecke. Vielen Dank für die Frage. Ich denke, es ist unabdingbar, dass wir eine bessere Datengrundlage schaffen zur Impfung und zu denjenigen, die geimpft sind, und diese auch besser verknüpfen mit den Daten, die wir im Moment haben. Ich würde sehr dazu raten, eine nachhaltige Lösung zu wählen, die sich auch nicht nur auf Covid ausrichtet, sondern auf die ganze Zukunft. Mein Vorschlag ist, das Ganze nicht in die elektronische Patientenakte zu integrieren, weil ich glaube, dass es einfach zu lange dauern würde, im Laufe dieses Jahres oder des nächsten Jahres dies technisch umzusetzen, sondern ich würde sehr dafür plädieren, die etablierten Meldewege zu verwenden. Wir haben mit der CovPass-App und anderen Apps schon den Impfstatus der Bevölkerung in weiten Teilen zur Verfügung. Über die Apotheken besteht zudem die Möglichkeit, dass man bei denjenigen, die Apps nicht bedienen können oder sie auf dem Handy oder Tablet nicht installiert haben, Daten weitergibt. Ich würde sehr empfehlen, dass man dies an die Krankenkassen weitergibt, zum Beispiel über etablierte Wege wie Datensammelstellen, die für die gesetzlichen Krankenversicherungen hoch etabliert sind, wo auch Arbeitgeber angeschlossen sind, sodass dann alle Informationen



bei den Krankenkassen gesammelt werden und damit nicht nur für eine Debatte über die Impfpflicht zur Verfügung stehen, sondern insbesondere auch für die Versorgungsforschung. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank für Ihre Antwort. Herr Mieves stellt die nächste Frage. Sie sind online dabei. Bitte, Sie haben das Wort.

Abg. **Matthias Mieves** (SPD): Guten Morgen zusammen! Meine Frage richtet sich an Herrn Strausfeld, den Chef der Bitmarck. Ich würde gerne wissen, welche konkreten Umsetzungsmöglichkeiten Sie sehen, um den Impfstatus der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland möglichst auf digitalem Wege und auch unabhängig von der elektronischen Patientenakte zu erfassen. Dabei sollte es idealerweise möglich sein, die noch nicht geimpften Personen anschließend individuell zu informieren oder anzuschreiben. Außerdem sollte es möglich sein, die aggregierten Daten in anonymisierter Form für Forschungszwecke zur Verfügung zu stellen. Es wäre klasse, wenn Sie dazu Stellung nehmen könnten, Herr Strausfeld.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank für die Frage. Herr Strausfeld, Sie haben das Wort.

ESV **Andreas Strausfeld**: Ich bin Vorsitzender der Geschäftsführung der Bitmarck-Unternehmensgruppe. Vielen Dank für die Frage. Lassen Sie mich zunächst zwei Sätze zur Bitmarck sagen. Wir sind einer der großen IT-Dienstleister der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Wir erreichen bis zu 25 Millionen Versicherte mit unseren Leistungen, verteilt auf Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen, und wir machen so interessante Dinge wie Entwicklung und Betrieb der elektronischen Patientenakte, aber auch den Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. In diesem Sinne - vielen Dank für die Frage - mag ich anschließen an den Vorredner. Das ist genau einer der Punkte, die ich hier gerne einmal als Alternative anführen würde. Ich denke, wir müssen schauen: Wo sind die Daten verfügbar? Das sind sie nämlich bei denjenigen, die impfen, die das Impfen durchführen, beispielsweise Ärzte und Apotheken. Da haben wir seit Jahren einen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und

Kostenträgern über etablierte Standardformate, bewährte, stabile technische digitale Verfahren. Das ist also mit Sicherheit etwas, was aufgeführt werden könnte. Wir haben darüber hinaus, meine Damen, meine Herren, zwei weitere Punkte. Im letzten Jahr ist die Kommunikation im Medizinwesen, der Übertragungsdienst KIM, zusammen mit dem Partner Gematik entwickelt worden, beispielsweise für das Übertragungsverfahren elektronische Arbeitsunfähigkeit. Das ist in meinen Augen durchaus eine interessante digitale Alternative. Und last, but not least gibt es das neue Verfahren der digitalen Gesundheitsanwendungen. Die entsprechenden Server stehen ebenfalls seit Mitte 2021 zur Verfügung. Auch hier sehe ich durchaus Potenzial in der Nutzung abseits der elektronischen Patientenakte. Wichtig scheint mir zu sein: Die Datenstrukturen müssen in sich konsistent und umfänglich beschrieben sein. Aus meiner Sicht muss eine zentrale Plattform für die Sammlung und Zurverfügungstellung für weitere Schritte - Sie sprachen Forschungszwecke an - vorhanden sein. Aber so was gibt es auch beispielsweise bei der IT-Servicegesellschaft beim GKV-Spitzenverband. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank für Ihre Antwort. Es werden weitere Fragen aus der Gruppe für die Impfpflicht ab 18 gestellt. Sie haben jetzt noch zwölf Minuten Zeit für Fragen und Antworten. Herr Dr. Dahmen stellt die nächste Frage.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine nächste Frage richtet sich wieder an die Deutsche Gesellschaft für Immunologie. Frau Professor Falk, was entgegnet Sie denjenigen, die wegen... *Tonstörung*...

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Es hängt. Wir hören Sie nicht.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Dann würde ich übernehmen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Dr. Dahmen, wir haben Sie gerade nicht gehört. Frau Baehrens



übernimmt die Frage. Frau Baehrens, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Die Frage geht an Frau Professor Dr. Falk. Was entgegnen Sie denjenigen, die wegen der Impfdurchbrüche behaupten, dass man daran sehe, dass die Impfungen nicht schützten?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Professor Falk, bitte. Sie haben das Wort.

Sve **Prof. Dr. Christine Falk** (Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.): Vielen Dank für die Frage. Die wird tatsächlich oft gestellt und ist auch berechtigt. Aber das Gegenteil ist der Fall. Man sieht an den hohen Zahlen und den zum Glück wenigen Hospitalisierungen, wie gut die Impfung vor einem schweren Verlauf schützt. Das ist die Impfwirkung. Bei Omikron ist allerdings der Fall, dass diese Variante diese erste Abwehrfront im Nasen-Rachen-Raum überwinden kann, weil das Virus ein bisschen verändert ist, aber nicht ganz, und deswegen können sich auch Menschen anstecken, die sogar dreimal geimpft sind. Dennoch ist dahinter dann die Abwehrfront des Impfschutzes, der mit den Impfungen aufgebaut wurde, aktiv und kann verhindern, dass das Virus sich im Körper ausbreitet und einen schweren Verlauf oder sogar eine tödliche Folge auslösen kann. Deswegen kann man sagen: Es ist genau das Gegenteil der Fall. Dass man sich ansteckt, hat et-was mit der Virusvariante zu tun. Dass sich aber kein schwerer Verlauf daraus ergibt, hat etwas mit dem Impfschutz zu tun. Deswegen ist es wichtig, zu betonen, dass es gerade jetzt sinnvoll und wichtig ist, sich impfen zu lassen, damit man dieser Welle gewappnet gegenübersteht und das Virus keinen Schaden anrichten kann. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Professor Falk. Herr Dr. Dahmen, bitte. Sie sind wieder da, dann können Sie die nächste Frage stellen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Das ist ein neuer Versuch. Ich hoffe, ich bin zu verstehen. Dann würde ich die nächste Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Sander von der

Charité Berlin richten. Inwiefern ist davon auszugehen, dass bis zum Herbst dieses Jahres Fortschritte bei der Entwicklung von Arzneimitteln gegen Covid-19 die Notwendigkeit zum Schließen bestehender Impflücken der Erwachsenen obsolet werden lassen?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Professor Sander, bitte.

ESV **Prof. Dr. Leif Erik Sander**: Es ist so, dass wir in der Tat im Vergleich zum Beginn der Pandemie deutlich bessere Behandlungsoptionen zur Verfügung haben. Hier gibt es neben antiviral wirkenden Substanzen, die oral verabreicht werden können, unter anderem sogenannte monoklonale Antikörper und auch bestimmte Therapien, die bei schwerkranken Patienten eingesetzt werden können. Aber trotz des Einsatzes dieser Medikamente erleben wir relativ schwere Krankheitsverläufe. Das Problem ist nicht immer die Verfügbarkeit solcher Medikamente, sondern möglicherweise auch die Logistik, um diese Medikamente dem Patienten verfügbar machen zu können, weil viele dieser Medikamente eben sehr früh im Krankheitsverlauf gegeben werden müssen, wenn sich Patientinnen und Patienten noch gar nicht in ärztliche Behandlung begeben, auch weil viele der Infektionen natürlich in den ersten Tagen zunächst mit relativ unspezifischen Symptomen einhergehen. Zudem ist es so, dass wir im Bereich einiger Therapeutika durchaus auch Probleme erlebt haben durch die virale Evolution. Die Entstehung neuer Virusvarianten hat zum Beispiel bestimmte Medikamente auch wieder unwirksam gemacht. Wir hoffen hier auf eine Fortentwicklung der Medikamente, um sie auch zukünftig zur Verfügung zu haben. Ich antizipiere jetzt aber nicht, dass wir im Herbst eine wesentlich andere Situation als jetzt haben. Die Medikamente, die zurzeit in der Entwicklung befindlich sind, werden, glaube ich, das Bild nicht grundsätzlich ändern. Wir haben derzeit ein besseres Repertoire als zu Beginn der Pandemie, können damit aber noch keinen riesengroßen Unterschied erzeugen, was nachher den Druck und die Belastung im Gesundheitssystem angeht. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Die nächste Frage stellt Dr. Dahmen.



Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Meine nächste Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Frau Professor Brinkmann. Sie haben zusammen mit allen Kolleginnen und Kollegen des Expertenrates vor gut einem Monat in der sechsten Stellungnahme davor gewarnt, dass spätestens im Herbst das Risiko für erneute Infektionswellen besteht und hierbei bedacht werden muss, dass bisherige Virusvarianten wie der Delta-Serotyp weltweit weiter zirkulieren und neue Infektionswellen auslösen können. Gilt diese Warnung weiterhin? Erläutern Sie vor diesem Hintergrund bitte die Notwendigkeit zur Steigerung der Impfquote in der Gesamtbevölkerung.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Frau Professor Brinkmann, bitte. Sie haben das Wort.

ESVe **Prof. Dr. Melanie Brinkmann**: Ich bin vom Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung. Die kurze Antwort wäre: Ja, unsere Stellungnahme vom 13. Februar 2022 ist weiterhin gültig. Es ist damit zu rechnen, dass es zu weiteren Infektionswellen kommt. Dies können weitere Infektionswellen sein mit veränderten Varianten ausgehend von der Omikron-Variante, aber auch, wie Sie auch schon sagten, von der Delta-Variante, die weiterhin noch weltweit zirkuliert. Was aber auch passieren kann, ist, dass neue Varianten entstehen, die wir bislang noch nicht identifiziert haben. Dazu ist wichtig zu sagen, dass es kein Naturgesetz ist, dass Varianten in ihrer Pathogenität milder werden. Es kann so sein, dass sie milder werden; es kann ähnlich sein wie jetzt. Aber sie können auch zu schwereren Verläufen führen. Wir haben eigentlich alle schon gehört, dass wir Impfstoffe haben, die sehr gut schützen, und dass wir im Moment nicht davon ausgehen, dass wir den Schutz vor schwerer Erkrankung komplett verlieren. Es ist nach wie vor wichtig, die Impflücke zu schließen. Danke.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank für Ihre Antwort. Frau Baehrens, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage richtet sich auch noch mal an die Einzelsachverständige Frau Brinkmann. Welche Prognosen lassen sich aus der bisherigen Virusevolution für

die höhere Pathogenität und Infektiosität des SARS-CoV-2-Virus ableiten? Ist es Ihrer Ansicht nach wahrscheinlich, dass weitere Mutationen alle mit einer vergleichbaren oder geringeren Pathogenität wie Omikron einhergehen bzw. Omikron die letzte Virusvariante in dieser Pandemie war?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Frau Professor Brinkmann, bitte. Sie haben das Wort.

ESVe **Prof. Dr. Melanie Brinkmann**: Es ist ausgesprochen unwahrscheinlich, dass die jetzige Omikron-Variante die letzte Variante ist. Es ist davon auszugehen, dass das Virus sich weiter evolviert. Evolution bei Viren ist keine Einbahnstraße. Diese Straße wird weiterführen und kann auch noch Abzweigungen nehmen. Zur Pathogenität: Ich sagte eigentlich gerade schon, es ist kein Naturgesetz, dass Viren milder werden, dass sie sich abschwächen. Man muss dazu sagen: Bei einem Virus wie SARS-Coronavirus-2, das schon übertragen wird, bevor Symptome entstehen, besteht jetzt auch kein Selektionsdruck, dass das Virus mildere Verläufe verursacht. Es ist dem Virus sozusagen egal, weil es schon wieder übertragbar wird, wenn der Mensch noch gar nicht erkrankt ist. Von daher kann man einfach im Moment nicht klar abschätzen, ob es noch zu einer pathogeneren Variante kommt, ob sie milder wird oder wir uns in dem Rahmen bewegen, in dem wir jetzt sind.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Professor Brinkmann. Herr Dr. Pantazis, bitte Ihre nächste Frage.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und dort an Herrn Professor Janssens. Hohes Alter ist als Risiko für einen schweren Verlauf bekannt. Gibt es weitere relevante Risikofaktoren, die bekannt sind? Sind diese weiteren Risikofaktoren in unserem Land auf wenige Menschen beschränkt, oder kommen diese nur bei Menschen in Verbindung mit hohem Alter zum Tragen? Danke.



Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Professor Janssens, bitte.

SV **Prof. Dr. Uwe Janssens** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Liebe Damen und Herren! Alter ist unzweifelhaft ein relevanter Risikofaktor; das gilt insbesondere für die über 75-Jährigen. Dennoch steht das Alter nicht an erster Stelle, sondern die Daten des Robert Koch-Instituts zeigen - sie sind zugegebenermaßen aus dem letzten Jahr -, dass hämatoonkologische Erkrankungen mit Therapie, metastasierte solide Tumorerkrankungen, Demenz, Herzinsuffizienz - ein ganz wichtiges Krankheitsbild auch bei Jüngeren -, dialysepflichtige Erkrankungen, schwere Lebererkrankungen, Organtransplantationen und alle Erkrankungen mit Schwäche des Immunsystems eine herausragende Rolle spielen. Und diese finden sich halt nicht ausschließlich bei den über 60-Jährigen, also der apostrophierten Zielgruppe, sondern auch deutlich darunter. Ich will damit sagen: Es lässt sich eigentlich keine eindeutige Altersgrenze ziehen, insbesondere nicht, da wir weder Altersgruppen noch Risikogruppen sinnvoll innerhalb der Gesellschaft, aber noch viel weniger sinnvoll innerhalb sozialer Zusammenhänge isolieren können. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Professor Janssens. Die nächste Frage stellt jetzt Johannes Wagner. Es sind jetzt noch 2 Minuten und 20 Sekunden für Frage und Antwort. Bitte schön.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich mache es ganz kurz. Die Frage richtet sich an Herrn Hahn vom Deutschen Städtetag. Kann eine allgemeine Impfpflicht zur vollen Funktionsfähigkeit der Kritischen Infrastruktur, KRITIS, beitragen? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Hahn, bitte. Sie haben das Wort.

SV **Stefan Hahn** (Deutscher Städtetag): Vielen Dank für die Frage. Wir sehen gerade in den letzten Tagen und Wochen, dass die Kritische Infrastruktur,

die Personalsituation sehr angespannt ist. Durch die Schutzwirkung einer...

...Ausfall der Videoübertragung...

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Es hakt leider. Wenn Sie möchten, Herr Wagner, schreiben wir Ihnen die Zeit gut für den zweiten Block und stellen dann noch mal die Frage an Herrn Hahn. Oder möchten Sie die Frage an jemand anderen richten? Sollen wir das so machen?

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ja.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Gut. Dann rufen wir zu Beginn des nächsten Blocks Herrn Hahn noch mal für Ihre Gruppe auf. Wir stoppen genau die Zeit. Das waren die Fragen der Gruppe „Impfpflicht für alle“. Jetzt geht das Fragerecht über auf die Fraktion der CDU/CSU, die als Fraktion einen Antrag zum Impfvorsorgegesetz eingebracht hat. Dafür stehen in diesem Block jetzt insgesamt 29 Minuten zur Verfügung. Herr Sorge, Sie stellen die erste Frage.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Professor Dr. Klaus Stöhr. Ich würde gerne von ihm wissen: Wie stellt sich nach Ihrer Einschätzung die aktuelle Coronasituation in Deutschland dar? Wäre die sofortige Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ab 18 Jahren zielführend für die aktuelle Situation? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Professor Stöhr, bitte. Sie haben das Wort.

ESV **Prof. Dr. Klaus Stöhr**: Die gegenwärtige Situation in Deutschland unterscheidet sich nicht von der weltweit. Das Virus zirkuliert breit in der Bevölkerung. Kontaktbeschränkungen, auch Quarantänemaßnahmen sind relativ wirkungsarm bzw. wirkungsfrei. Man sieht in den Krankenhäusern, dass zwischen 50 Prozent und 90 Prozent der coronapositiv getesteten Patienten Zufallsbefunde sind. Das Virus ist also in der gesamten Population



vorhanden. Es wird eben nur durch das intensive Testen und natürlich durch Erkrankungen wahrgenommen. Die gegenwärtige Situation ist auch dadurch gekennzeichnet, dass das Virus, das zirkuliert, relativ milde Verläufe verursacht. Die Frage war: Was würde jetzt zielführend sein? Das kommt darauf an. Wenn das Ziel wäre, mit einer allgemeinen Impfpflicht die Infektionen und im Einzelfall auch schwere Verläufe zu reduzieren, dann könnte das sicherlich zielführend sein. Aber Pandemiebekämpfung aus meinem Blickwinkel heißt, die schweren Verläufe zu verhindern und die Krankheitslast zu reduzieren in einer Art und Weise, die auch gesellschaftlich verträglich ist. Gegenwärtig würde die allgemeine Impfpflicht dazu führen, dass die Einzelinfektionen zwar abnehmen würden; aber die Krankheitslast würde sich nicht dramatisch reduzieren. Außerdem geht es gegenwärtig auf den Frühling zu. Der Infektionsdruck wird in diesem Frühjahr nachlassen, bevor die Impfpflicht umgesetzt wäre. Im Sommer ist der Infektionsdruck entsprechend 10- bis 15-fach geringer als im Winter. Im Sommer wird die Infektkette auseinanderbrechen. Das Virus wird auf sehr niedrigem Niveau weiter zirkulieren. Definitiv wird es im Herbst wieder eine neue Atemwegserkrankungswelle geben - wie jedes Jahr bei allen Atemwegserkrankungen. Aber eine Impfpflicht jetzt würde keinen Unterschied machen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Die nächste Frage stellt Herr Dr. Kippels.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Die Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Professor Christian Karagiannidis. Wir haben Erfahrungen mit dem Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz, DEMIS, und mit dem Intensivregister. Wir machen Erfahrungen mit der elektronischen Patientenakte. Vor diesem Hintergrund: Was halten Sie für notwendig, um zeitnah eine zuverlässige, sichere und zugleich einfach zu errichtende Datengrundlage mit entsprechender Aussagekraft über den Impfstatus der verschiedenen Altersgruppen in Form eines Impfregisters zu schaffen? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Herr Professor Karagiannidis, bitte.

ESV **Prof. Dr. Christian Karagiannidis**: Ganz grundsätzlich würde ich erst mal begrüßen, dass Daten erfasst werden, und zwar ganz systematisch von allen Versicherten in Deutschland. Ich würde das immer so gestalten, dass wir auf eine nachhaltige Lösung setzen, die schnell umsetzbar ist und die auch ökonomisch tragbar ist angesichts der Kosten, die wir nach zwei Jahren Pandemie hinter uns haben. Der Aufbau eines Registers braucht relativ viel Zeit und ist insbesondere immer mit relativ hohen Kosten für die dauerhafte Haltung verbunden, sodass ich dafür plädieren würde, dass wir etablierte Meldewege nutzen, die jetzt schon da sind, für die es auch Benutzerrechte gibt, für die es gesicherte Serverstrukturen gibt und für die es einfach auch eine Struktur gibt, mit der man patientenindividuell Daten erfassen kann. Es sind in diesem Fall - so wie Israel uns das als ein Beispiel vor macht - die Krankenkassen, die diese Daten sammeln sollten. Da es etablierte Wege zu den Krankenkassen über Server gibt - wir haben das eben schon mal gehört; als ein anderes Beispiel möchte ich ITSG nennen, die Datenannahme- und verteilte für die gesetzlichen Krankenversicherungen -, bestünde dort die Möglichkeit, dass wir relativ zeitnah Daten zum Beispiel auf der CovPass-App oder von Apotheken erfassen und an die Krankenkassen weiterleiten, sodass ich insgesamt glaube, dass dieser Weg nachhaltiger, vielleicht sogar kostengünstiger und insbesondere schneller ist als der Aufbau eines neuen Registers. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Frau Stöcker, bitte.

Abg. **Diana Stöcker** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Josef Franz Lindner. Ist nach Ihrer Auffassung eine allgemeine Impfpflicht ab 18 Jahren mit einem Impfstoff, den wir noch nicht haben, gegen eine Mutante im Herbst, die wir noch nicht kennen, als Grundrechtseingriff vertretbar?



Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Herr Professor Lindner, Sie haben das Wort.

ESV **Prof. Dr. Josef Franz Lindner**: Ich bin von der Universität Augsburg, Lehrstuhl für öffentliches Recht. In der gegenwärtigen Situation würde eine Impfpflicht eine Impfpflicht auf Vorrat, gewissermaßen ins Blaue hinein darstellen, da wir zum jetzigen Zeitpunkt nicht wissen, ob und inwieweit tatsächlich dann im Herbst eine neue Welle, eine gefährlichere Welle mit einem problematischeren Virus kommt. Das heißt nicht, dass der Gesetzgeber jetzt Untätigkeit zeigen müsste. Vielmehr wäre ein gestuftes Verfahren angebracht, indem man jetzt die Rechtsgrundlagen schafft, beobachtet, wie sich die Situation entwickelt, und dann, wenn belastbar feststellbar ist, dass im Herbst eine gewichtige Variante droht, die auch das Gesundheitssystem zu überlasten droht, in einem gesonderten zweiten Schritt die Impfpflicht gewissermaßen scharf schaltet und dann umsetzt. Aber jetzt eine Impfpflicht ins Blaue hinein einzuführen, halte ich für verfassungsrechtlich problematisch.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Sorge mit der nächsten Frage.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich würde gern noch mal an den Einzelsachverständigen Herrn Professor Stöhr eine Frage stellen. Sie haben die aktuelle Coronasituation dargestellt. Können Sie eine Prognose für die Pandemiesituation in Deutschland im Herbst abgeben? Und, falls ja, wäre die sofortige Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ab 18 Jahren überhaupt zielführend, um einen Einfluss auf diese Situation zu nehmen? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Professor Stöhr, Sie haben das Wort.

ESV **Prof. Dr. Klaus Stöhr**: Die gegenwärtige Situation ist die, dass im Prinzip alle medizinischen Maßnahmen bereits ausgeschöpft sind, um die Auswirkungen der Pandemie zu minimieren. Wir haben die Impfstoffe, natürlich mit Nebenwirkungen, es gibt ausgezeichnete Medikamente, und es gibt ein belastbares Gesundheitswesen. Keine dieser

Komponenten wirkt zu 100 Prozent. Es wird also, weil es keine sterile Immunität gibt, weiterhin Infektionen geben. Die Infektionen werden die betreffen, die nicht geimpft sind, und auch die, die genesen sind, und das wird in den nächsten Jahren, Jahrzehnten, vielleicht sogar Jahrhunderten wie bei den anderen saisonalen Atemwegserkrankungen auch weiterlaufen. Es wird also weiterhin Todesfälle geben, Erkrankungen, die man nicht verhindern kann. Das Instrumentarium ist leider limitiert. Das ist die Realität. Eine Impfpflicht, wenn man sie jetzt einführen wollte, müsste sich aus meiner Sicht auf die vulnerablen Gruppen konzentrieren, auf diejenigen, die die höchste Krankheitslast tragen. Nun könnte man argumentieren, dass das Gesundheitswesen im Herbst hier überlastet werden könnte. Gegenwärtig scheint es nicht so zu sein, wenn man sich die Hospitalisierungsraten und auch die Intensivstationsbelegungen anschaut. Die Ausgangslage jetzt im Frühjahr ist schlechter als im Herbst; denn gegenwärtig haben noch nicht so viele Menschen eine natürliche Immunisierung. Die Durchseuchung wird passieren, ob wir das mögen oder nicht. Das ist eine Realität bei so einem Naturereignis. Das stand schon am Anfang der Pandemie fest. Weit weniger Leute als im Herbst werden also eine natürliche Immunisierung haben. Es ist biologisch plausibel - dazu gibt es auch genügend Daten, die das belegen -, dass diese natürliche Immunität einen robusten Schutz liefert, vor allen Dingen natürlich für die, die sich haben impfen lassen, aber auch für die, die nur die natürliche Immunität haben. Es werden sich bis zum Herbst hoffentlich noch einige impfen lassen; es werden nicht mehr sehr viele werden. Im Herbst wird die Ausgangssituation eigentlich ähnlich sein: hoher Infektionsdruck, aber noch mehr Menschen genesen, noch mehr Menschen geimpft - hoffentlich! Und dann kann man sich eigentlich nicht vorstellen, dass das Gesundheitswesen im Herbst dann überlastet sein soll. Es müsste mir jemand mal zeigen, wo es in der modernen Wissenschaft bei der Seuchenbekämpfung einen bekannten Rückfall eines Atemwegserregers in eine höhere Pathogenität gegeben hat. Was aber passieren wird, ist, dass irgendwann eine Immun-Escape-Variante auftaucht, die zwischen 5 und 30 Prozent die Immunitätswirksamkeit unterlaufen wird. Das kann schon im Herbst passieren. Aber die Impfstoffe werden dann auch noch zu einem großen Prozentsatz wirken. Aus meinem Blickwinkel heraus müsste man sich, wenn man



eine Impfpflicht im Herbst möchte, auf die Gruppe konzentrieren, die die höchste Immunlücke hat. Die ist aber nicht bekannt. Es ist noch nicht mal genau bekannt, wie hoch die Immunisierungsraten in den einzelnen Bevölkerungsschichten und Altersgruppen sind. Das wird sich verändern - es ist dynamisch - bis zum Sommer. Wenn man keine Studie startet, die sich das anschaut, dann kann es gut sein, dass man - unverhältnismäßig - alle über 18 Jahre aufgrund der Impfpflicht dann impft, aber dass man danebenimpft, weil man gar nicht richtig nachgeschaut hat, wo die Impflücke ist. Ob das verhältnismäßig ist auch im Vergleich mit den anderen Atemwegserkrankungen, sei aus epidemiologischer Sicht mal dahingestellt; denn die Schwere des Erkrankungsverlaufes wird der anderer Atemwegserkrankungen, wie der Influenza, ähnlich werden, und da müsste man auch verhältnismäßig vorgehen, also mit einer Impfeempfehlung für die über 60-Jährigen und anderen Vulnerablen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dr. Krings stellt die nächste Frage. Bitte schön.

Abg. **Dr. Günter Krings** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Sachverständigen Dr. Robert Seegmüller. Unter welchen Voraussetzungen kann eine Impfpflicht gegen das Covid-Virus verfassungskonform festgelegt werden? Erfüllen die vorliegenden Gesetzentwürfe diese Voraussetzungen, insbesondere natürlich bezogen auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und wiederum auch natürlich auf dessen temporales Element, also darauf, dass eine Entscheidung für einen Grundrechtseingriff, eine definitive Entscheidung für einen Grundrechtseingriff natürlich nicht früher als notwendig zu treffen ist? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Seegmüller, Sie haben das Wort.

ESV **Dr. Robert Seegmüller**: Vielen Dank. Ich bin der Vorsitzende des Bundes Deutscher Verwaltungsrichter und Verwaltungsrichterinnen, Richter am Bundesverwaltungsgericht und Vizepräsident des Berliner Verfassungsgerichtshofes. Die Einführung einer Verpflichtung, über einen Immunitätsnachweis gegen das SARS-CoV2-Virus zu verfügen,

führt zu der Verpflichtung für die Betroffenen, sich nach den geplanten gesetzlichen Regelungen dreimal gegen dieses Virus impfen zu lassen. Das folgt aus dem Umstand, dass eine hinreichende Immunität gegen dieses Virus nach dem Plan dieser Gesetzentwürfe nur durch eine dreimalige Impfung gegen dieses Virus erreicht werden kann und nur maximal eine der Impfungen entfallen kann, wenn der Betroffene eine Infektion mit dem Virus überstanden hat. Die Einführung einer Verpflichtung, sich gegen das Virus impfen zu lassen, greift vor allem in das Grundrecht der Betroffenen auf Leben und körperliche Unversehrtheit ein. Der Zuschnitt des Kreises der Impfverpflichteten muss zudem den Anforderungen des allgemeinen Gleichheitssatzes genügen. Ein Eingriff in das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit kann nur aufgrund eines Gesetzes erfolgen, das wiederum den Anforderungen des Verhältnismäßigkeitsprinzips genügen muss. Das wiederum ist der Fall, wenn der Gesetzgeber mit dem Eingriff ein verfassungsrechtlich legitimes Ziel verfolgt, wenn der Eingriff zur Erreichung dieses Ziels geeignet im Sinne von zweckförderlich, erforderlich und angemessen ist. Erforderlich ist der Eingriff, wenn es kein gleich geeignetes Mittel zur Erreichung des Zieles gibt; angemessen ist er, wenn die durch den Eingriff bewirkte Belastung nicht völlig außer Verhältnis zum Gewicht und der Bedeutung des verfolgten Zieles steht. Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz verpflichtet den Gesetzgeber, Gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln. Geschuldet ist mithin - das ist ganz wichtig - sachgerechtes Differenzieren, nicht anlassloses Gleichbehandeln. Der Zuschnitt des Kreises der Impfverpflichteten genügt den Anforderungen des Artikel 3, wenn er bezogen auf die nicht Impfverpflichteten sachliche Gründe von hinreichendem Gewicht für die Einbeziehung der Betroffenen in die Impfpflicht gibt. Außerdem - und das ist im vorliegenden Kontext fast noch wichtiger - darf es innerhalb des Kreises der Impfverpflichteten keine tatsächlichen Unterschiede von derartigem Gewicht geben, dass sich die Einbeziehung eines Teils der Impfverpflichteten... die Impfpflicht... gegenüber einem anderen Teil als sachwidrig darstellt. Die genannten verfassungsrechtlichen Vorgaben legen dem Gesetzgeber umfangreiche Begründungslasten auf. Diesen Begründungslasten werden die vorliegenden Gesetzentwürfe bisher nur unzureichend gerecht. Die Anhörung heute



bestätigt meinen Eindruck. Letztlich bleibt das verfassungsrechtliche Ziel, das mit der Einführung dieses Immunitätsnachweises verfolgt wird, bisher etwas im Vagen. Wenn man die Sicherung des Gesundheitswesens vor Überlastung als das Ziel ansieht, fehlt es bisher an einer tragfähigen Begründung, warum diese Überlastung im Herbst/Winter 2022/2023 drohen soll. Die Gesetzentwürfe leiten diese Erwartung, dass eine solche Überlastung droht, nicht aus der aktuellen Variante ab, sondern aus einer möglichen zukünftigen Variante. Und gerade wenn man mit Möglichkeiten in der Zukunft arbeitet, kann man verfassungsrechtliche Eingriffe eigentlich nur dann rechtfertigen, wenn jedenfalls eine gewisse tatsächliche Wahrscheinlichkeit dafür spricht, wenn es irgendwelche Tatsachen gibt, die diese Annahme auch nur ansatzweise rechtfertigen können. Letztlich gibt es nach dem, was wir heute alles gehört haben, aber nur die Erwartung, dass das alles möglich ist. Allein die abstrakte Möglichkeit einer solchen Entwicklung reicht aber für einen Grundrechtseingriff jetzt noch nicht aus. Das Gleiche gilt letztlich für die Frage der Eignung der vorliegenden Impfstoffe und der durch sie bewirkten Immunisierung zur Abwehr der in der Zukunft befürchteten Gefahren. Wir wissen eben heute nicht, wenn ich die Gesetzsbegründungen zugrunde lege, welche Varianten wir haben werden und wie gut die Impfstoffe und die durch sie produzierte Immunisierung auch gegen diese Varianten und die dann dadurch ausgelösten Erkrankungen wirken werden. Dementsprechend reicht die Begründung des Gesetzentwurfes für eine Volljährigenimpfpflicht noch nicht aus, um die von ihr angestrebte Impfpflicht zu rechtfertigen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Es stellen weiterhin Abgeordnete der CDU/CSU-Fraktion Fragen. Sie haben jetzt noch ungefähr 13 Minuten Zeit für Fragen und Antworten. Als Nächstes fragt Herr Oellers, und er ist digital dabei. Bitte, Sie haben das Wort.

Abg. **Wilfried Oellers** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Herrn Professor Dr. Christian Karagiannidis. Welchen epidemiologischen Mehrwert sehen Sie in einem Impfregister?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Professor Karagiannidis, bitte. Sie haben das Wort.

ESV **Prof. Dr. Christian Karagiannidis**: Der epidemiologische Mehrwert eines Impfregisters ist nur dann wirklich gegeben, wenn ich auch die Möglichkeit habe, das Ganze mit patientenindividuellen Daten zu verknüpfen. Um so was wie eine Impfeffektivität zu berechnen, um zu schauen, welche Patienten wirklich Risikogruppen sind, um zu schauen, wie sich das Waning, also die Abnahme des Impfschutzes, verhält, brauchen wir mehr als nur den Zeitpunkt der Impfung und den Impfstoff. Wenn man ein Register aufbauen würde, wäre es aus epidemiologischer Sicht in meinen Augen zwingend notwendig, das mit anderen Daten im Gesundheitswesen zu verknüpfen, sodass ich dringend davon abraten würde, primär auf das Register zu setzen, sondern dazu raten würde, besser Strukturen zu nutzen, wo wir bisher schon patientenindividuelle Daten haben, und über diese verfügen insbesondere die Krankenkassen, die sowohl die ambulanten wie die stationären Daten von den Patienten erfasst haben. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Winkelmeier-Becker, bitte, mit Ihrer Frage.

Abg. **Elisabeth Winkelmeier-Becker** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe noch mal eine anknüpfende Frage an Herrn Professor Dr. Lindner. Wie bewerten Sie die Vorteile eines aktivierbaren Impfmehanismus gegenüber einer sofortigen Einführung einer generellen Impfpflicht ab 18 Jahren bzw. der Einführung einer Verpflichtung zum Nachweis einer Immunität gegen das SARS-CoV 2-Virus, vor allem unter dem Aspekt der Verhältnismäßigkeit, aber auch des Vorteils in Bezug auf die gezielte Entwicklung von Medikamenten oder Impfstoffen, gezieltes Vorgehen, gezielten Adressatenkreisen? Danke.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Professor Lindner, bitte.

ESV **Prof. Dr. Josef Franz Lindner**: Der Gesetzgeber ist jetzt in einer schwierigen Situation, weil er nicht abschätzen kann, wie sich die Entwicklung



im Herbst tatsächlich gestaltet. Dass wir eine Welle kriegen, scheint unter den Sachverständigen sicher zu sein; aber ob diese auch das Gesundheitswesen in einer Weise überlastet, dass das eine Impfpflicht jetzt rechtfertigen könnte, ist eben offen. Herr Stöhr hat das auch recht anschaulich dargestellt. Wir wissen es eben nicht. Es könnte eben doch eine gewichtigere Lage eintreten mit einer größeren Gefahr der Überlastung des Gesundheitswesens. Und für diesen Fall muss man vorbereiten. Das heißt, man kann zwar jetzt keine sofort umzusetzende allgemeine Impfpflicht einführen; man kann aber in einem gestuften Verfahren die Rechtsgrundlagen festlegen und dann je nach wissenschaftlicher Expertise im Sommer oder auch vielleicht im September diese Impfpflicht in einem zweiten Schritt dann aktivieren, diesen Impfmechanismus gewissermaßen auslösen. Diese Regelungstechnik der Gestuftheit würde dem Gesetzgeber einerseits die Möglichkeit geben, jetzt zu handeln, die Rechtsgrundlagen zu schaffen, um dann im Herbst nicht möglicherweise vor dem Nichts zu stehen, wenn man jetzt nichts täte...

*...Ausfall der Videoübertragung...*

Jetzt eine Impfpflicht, wie ich es schon sagte, ins Blaue hinein einzuführen, hätte vor dem Bundesverfassungsgericht vielleicht keinen Bestand. Also, eine gestufte Regelungstechnik - Gesetzesgrundlagen jetzt, Aktivierung gegebenenfalls später - ist nicht nur verfassungsrechtlich der bessere Weg, sondern sie ermöglicht auch ein hinreichendes Maß an Flexibilität, das man vielleicht braucht, weil die Situation im Spätsommer oder Herbst eben nicht absehbar ist. Insofern würde ich diesen Vorschlag des gestuften Impfmechanismus für verfassungsrechtlich gangbar halten. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir haben Sie zwischendurch nicht gut gesehen, aber fast die ganze Zeit verstanden. Frau Stöcker, bitte.

Abg. **Diana Stöcker** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Robert Seegmüller. Welche Ziele darf der Gesetzgeber von Verfassungen wegen mit der Anordnung einer Verpflichtung zum Nachweis einer Immunität gegen das SARS-Virus verfolgen?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Dann, Herr Dr. Seegmüller, haben Sie jetzt das Wort.

ESV **Dr. Robert Seegmüller**: Die Verfassung weist dem Gesetzgeber die Befugnis und damit das Recht und die Pflicht zur Gesetzgebung zu. Damit korrespondiert eine grundsätzlich thematisch unbegrenzte Befugnis des Gesetzgebers, gesetzgeberische Ziele innerhalb der ihm von der Verfassung zugewiesenen Gesetzgebungskompetenz zu verfolgen, soweit ihm die Verfassung nicht bereits auf der Ebene der Zielauswahl ganz ausnahmsweise Grenzen setzt. Solche können sich insbesondere - ich sage das jetzt nur als ein Beispiel von vielen denkbaren - aus der Menschenwürdegarantie und der Garantie des subjektive Rechte übersetzten Grundrechtsteils der Verfassung ergeben. Dieser denkt die Gesellschaft zunächst - und das ist in den vergangenen Jahren immer mal wieder ein bisschen aus dem Blick geraten - aus dem Blickwinkel jedes Einzelnen. Dieser Grundrechtsteil erkennt das Recht jedes Einzelnen zu einer auf die eigene Einschätzung und Willensbildung gegründeten eigenen, eigenverantwortlichen Lebensgestaltung an. Eine Gesetzgebung, die darauf zielte, die eigenverantwortliche Entscheidung jedes Einzelnen über sein Leben am Maßstab seiner eigenen Einschätzung durch eine Lebensgestaltung am Maßstab des von der Mehrheitsmeinung für vernünftig gehaltenen zu ersetzen, fehlte bereits von vornherein die verfassungsrechtliche Legitimation. Verfassungsrechtlich unbedenklich sind demgegenüber Ziele, die auf den Schutz Dritter in Situationen zielen, denen sie sich nicht entziehen können. Unbedenklich sind danach Einschränkungen der Lebensgestaltung zugunsten des Schutzes Dritter vor Gefahren, denen sie sich nicht entziehen können, sei es durch ein zumutbares Ausweichen, sei es durch zumutbaren Eigenschutz. Verfassungsrechtlich zweifelsfrei legitim ist danach das Ziel des Schutzes des Gesundheitssystems und anderer notwendiger gesellschaftlicher Versorgungseinrichtungen vor Überlastung. Schon auf der Ebene der Legitimität des Ziels muss der Gesetzgeber sich allerdings auch insoweit verfassungsrechtlicher Kontrolle stellen. Begründet er seine Gesetzgebungen mit Gefährdung für die Allgemeinheit oder Einzelne, erstreckt sich die verfassungsrechtliche Kontrolle auch darauf, ob die Grundlagen, aus denen der Gesetzgeber seine Gefahrenprognose abgeleitet hat, hinreichend zuver-



lässig sind und ob er die Annahme einer Gefahr darauf stützen durfte. Sind wegen Unwägbarkeiten der wissenschaftlichen Erkenntnislage die Möglichkeiten des Gesetzgebers begrenzt, sich hier ein hinreichendes Bild zu machen, genügt es, wenn er sich an einer sachgerechten und vertretbaren Beurteilung der ihm verfügbaren Informationen und Erkenntnismöglichkeiten orientiert. Letztlich kann man also sagen: Der Gesetzgeber muss, wenn er Gefahren abwenden will, schon den gesamten Sachverhalt, den er erreichen kann, zusammentragen und dann eben auch sachgerecht bewerten. Gewendet auf die vorliegenden Gesetzentwürfe für die Einführung einer Impfpflicht kann ich nur sagen: Weder die Tatsachengrundlage der Gefährdungseinschätzung des Gesetzentwurfs noch die Prognose selbst, dass dieses Gesundheitswesen im Herbst überlastet werden soll, genügen derzeit den verfassungsrechtlichen Anforderungen. Schon die Tatsachengrundlage, auf der das erfolgt, ist schlichtweg zu schmal. Das zeigt schon die Gesetzesbegründung. Der Gesetzentwurf gründet seine Einschätzung, in den kommenden Wintermonaten drohe eine Überlastung des Gesundheitswesens und gegebenenfalls weiterer Versorgungsbereiche, im Wesentlichen darauf, dass es in dieser Jahreszeit erfahrungsgemäß zu einem starken Anstieg an Atemwegserkrankungen komme und das Risiko des Auftretens infektiöserer und pathogenerer Varianten des SARS-CoV-2-Virus bestehe. Es ist nicht ersichtlich, dass der Entwurf die Erkenntnismittel, die zur Verfügung stehen, schon voll ausgeschöpft hat. Soweit er die drohende Überlastung mit dem gehäuften Auftreten von Atemwegserkrankungen, die nicht durch das SARS-CoV-2-Virus ausgelöst werden, begründet, fehlen aussagekräftige Zahlen über die dadurch drohende Belastung des Gesundheitswesens, obwohl solche angesichts der angenommenen Regelmäßigkeit der Steigerung der Erkrankungszahlen vorliegen müssten. Der Gesetzentwurf erklärt die aus der von ihm benannten Tatsachengrundlage abgeleitete Gefahr zu dem nicht sachgerecht und vertretbar. Der mögliche Anteil von Atemwegserkrankungen an einer Überlastung wird nicht eingeschätzt. Der Beitrag von Erkrankungen mit einer noch unbekanntem Mutation zu einer möglichen Überlastung wird nicht näher konkretisiert. Er bleibt als abstrakte Möglichkeit ohne konkrete Tatsachengrundlage hinsichtlich einer Quantifizierung im Abstrakten stecken. Das genügt den verfassungsrechtlichen

Anforderungen jedenfalls noch nicht. Danke schön.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann fragt Herr Dr. Kippels, bitte.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Die Frage richtet sich jetzt an den Deutschen Caritasverband. Wie bewerten Sie die Überlegungen zur Einführung eines Impfreisters, und an welcher Stelle sollte dieses administriert werden? Gehen Sie dabei insbesondere auf die Unterschiede zwischen Krankenkassen einerseits und sonstigen staatlichen Stellen andererseits ein. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Dr. Fix, Sie haben das Wort. Sie haben jetzt noch zweieinhalb Minuten Zeit. Bitte sehr.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Vielen Dank für die Frage. Ja, wir sehen die Administration über die Krankenkassen, die die beiden Gesetzentwürfe zur allgemeinen Impfpflicht und zur Impfpflicht für über 50-Jährige vorsehen, wirklich als sehr kritisch an und setzen uns dafür ein, dass eine Impfpflicht - wir stehen dabei für die Einführung einer bedingten allgemeinen Impfpflicht, nebenbei bemerkt - über eine staatliche Stelle administriert werden sollte. Mit anderen Worten bedarf es da-für des Aufbaus eines Impfreisters. Die Krankenkassen verfügen heute nicht über diese Daten. Wir haben vor allem Bedenken dahin gehend, dass die Krankenkassen einfach ordnungspolitisch auch nicht die Aufgabe haben, eine Gesundheitsbehörde oder gar eine Ordnungsbehörde darzustellen oder zu solchen Aktivitäten auch beizutragen, indem sie zum Beispiel stichprobenartige Kontrollen durchführen sollen, wie in den beiden Gruppenanträgen vorgesehen. Ein weiteres Gegenargument ist für uns auch die Tatsache, dass wir in Deutschland immer noch Nichtversicherte haben - und sei die Gruppe auch nicht so groß -, die über die Krankenkassen weder bei der Impfpflicht für alle über 18 noch bei der Impfpflicht 50 erfasst werden können. Des Weiteren sehe ich auch nicht die Möglichkeit, dass Krankenkassen wirklich effiziente Beratungsmöglichkeiten oder gar Impfangbote unterbreiten könnten. Im Er-



gebnis führt das dazu, dass wir uns für die Übertragung der Aufgabe der Administration einer Impfpflicht auf eine staatliche Stelle einsetzen. Diese könnte und sollte dann auch ein Einladungswesen und ein Erinnerungswesen organisieren. Vielen herzlichen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Die Gruppe hat jetzt noch 30 Sekunden. Möchten Sie noch die Frage stellen oder die 30 Sekunden auf den zweiten Block übertragen?

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Die würden wir übertragen!

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Okay, dann nehmen wir das so auf. Vielen Dank. Dann geht das Fragerecht jetzt über an die AfD-Fraktion, die auch einen Fraktionsantrag „Keine Impfpflicht“ eingebracht hat. Sie haben jetzt zwölf Minuten Zeit für Fragen und Antworten. Es beginnt der Abgeordnete Sichert. Bitte, Sie haben das Wort.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Vielen Dank. Die erste Frage geht an den Einzelsachverständigen, den Datenanalysten Tom Lausen. Sie haben sich mit Daten zu Corona und den Impfungen beschäftigt und damit eine bessere Datenübersicht geschaffen als die staatlichen Stellen. Welche Mängel sehen Sie bei den Gesetzentwürfen, die eine Impfpflicht vorsehen?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Lausen, bitte. Sie haben das Wort.

ESV **Tom Lausen**: Vielen Dank für die Frage. Wenn es um die Mängel geht, dann möchte ich bitte auf Folgendes hinweisen: Als Datenanalyst sehe ich offenbar Daten, die die anderen noch gar nicht berücksichtigt haben. Das Paul-Ehrlich-Institut, das Bundesverwaltungsgericht [sic!] und auch die InEK-Krankenhausdaten weisen aus, dass durch die Impfung Menschen sterben. Und wenn durch die Impfung Menschen sterben oder schwer beschädigt werden, indem sie hospitalisiert werden oder auch danach eine schwere Schädigung haben, dann gehört das aus meiner Sicht zumindest von

der Anzahl der Daten her in die Impfpflicht-Gesetzentwürfe; denn Sie müssen nicht nur darüber entscheiden, welches gute Ziel sie haben, sondern auch, welchen Schaden sie möglicherweise anrichten und ob das verfassungsrechtlich überhaupt zulässig ist. Also, das würde ich kritisieren.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Sichert, fahren Sie fort mit Ihrer Frage.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Vielen Dank. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat ihre Teilnahme leider abgesagt; von daher würde ich jetzt mal die Deutsche Krankenhausgesellschaft fragen, in der Hoffnung, dass die dazu Daten haben.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Sichert, Verzeihung, Herr Dr. Gassen ist in der Leitung. Wenn Sie möchten, können Sie Ihre Frage auch an ihn richten.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Okay, wunderbar. Dann würde ich mal die Kassenärztliche Bundesvereinigung fragen: Wievielmehr wurde 2021 gegenüber den Vorjahren geimpft, und wievielmehr Nebenwirkungen wurden kodiert?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Dr. Gassen, Sie haben das Wort.

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Danke für die Frage. Die Daten zu Nebenwirkungen sind für uns ad hoc so nicht verfügbar. Es gibt den üblichen Meldeweg an das Paul-Ehrlich-Institut, wo gravierende Impfnebenwirkungen dokumentiert werden. Ich könnte Ihnen jetzt hier grundsätzlich nur sagen, dass die Impfkampagne insgesamt natürlich deutlich an Fahrt verloren hat, wir also weniger impfen. Ich könnte aber nicht bestätigen, dass wir auf der anderen Seite jetzt eine dramatische Zunahme an relevanten Impfnebenwirkungen haben. Das war tatsächlich ein Phänomen, das wir vor allem im letzten Jahr während der AstraZeneca-Kampagne auch medial sehr wirksam wahrgenommen haben. Da verfügt im Zweifel das Paul-Ehr-



lich-Institut über die üblichen Impfkomplicationsmeldewege über die präziseren Daten.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Sichert, bitte.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Dann würde ich gleich bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bleiben. Die kassenärztlichen Vereinigungen müssen gemäß § 13 Absatz 5 Infektionsschutzgesetz in regelmäßigen Abständen die Daten der Diagnosecodes für Impfnebenwirkungen an das Paul-Ehrlich-Institut und das Robert Koch-Institut melden. Da wüsste ich gerne: In welchen Zeitabständen laufen denn diese Meldungen?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Gassen, fahren Sie gern fort.

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Kassenärztliche Bundesvereinigung meldet die Daten nicht, sondern das melden die kassenärztlichen Vereinigungen, weil dahin die Ärzte melden.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Sichert, bitte.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Okay. Das heißt, ich verstehe Sie richtig: Sie haben als Kassenärztliche Bundesvereinigung zu diesen Diagnosecodes, die es da gibt, diesen vier verschiedenen Diagnosecodes usw., keinerlei Daten und auch keine Daten darüber, wie regelmäßig die kassenärztlichen Vereinigungen an das Paul-Ehrlich-Institut und an das Robert Koch-Institut melden?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Da wünschen Sie jetzt noch mal eine Antwort von Herrn Dr. Gassen?

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Genau.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Dr. Gassen, bitte.

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir haben da keine tagesaktuellen Daten. Ich kann das gerne mitnehmen, und wir können Ihnen die entsprechenden Daten gerne nach Abfrage zukommen lassen. Aber ich kann das so aus dem Stand jetzt nicht liefern.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Herr Sichert.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Ja, es wäre wunderbar, wenn Sie uns die Daten dann im Nachgang vielleicht schriftlich zukommen lassen würden. Frage an den Sachverständigen Tom Lausen: Wievielmehr wurde denn 2021 gegenüber den Vorjahren geimpft? Und wievielmehr Nebenwirkungen wurden gemeldet?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Lausen, Sie haben das Wort.

ESV **Tom Lausen**: Ich dachte, dass eigentlich in einer solchen Debatte die Zahlen immer verfügbar sind, gerade wenn es um eine Impfpflicht geht. Da muss dann natürlich auch bekannt sein, wie viel mehr Schaden eine Impfung anrichten könnte, die neu ist. Ich nenne mal ein paar Zahlen. Im Jahr 2020 wurden nach dem Arzneimittelatlas 47,3 Millionen Impfdosen verspritzt bzw. injiziert. Im Jahr 2021 sind durch die Covid-19-Impfstoffe etwa 149 Millionen hinzugekommen. Das heißt, wir haben etwa eine 4,2-fach höhere Verimpfung von Impfstoffen. Ich habe mir das mal aufgeschrieben: Wenn wir die Krankenhausdaten hinzuziehen, die schwerwiegenden Impfnebenwirkungen, also Hospitalisierungen, dann haben wir Impfkodierungen, die 16-mal höher sind; also 4,2-mal mehr geimpft, aber eine 16-fach erhöhte Anzahl bei den schwerwiegenden Nebenwirkungen. Wenn man das Paul-Ehrlich-Institut bzw. den Sicherheitsbericht nimmt, dann haben wir etwa 30 000 schwerwiegende Nebenwirkungen. Damit sind wir beim 22-Fachen gegenüber dem, was in der Vergangenheit an Impfnebenwirkungen bei den 47,3 Millionen Impfungen herausgekommen ist.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Sichert, bitte.



Abg. **Martin Sichert** (AfD): Vielen Dank für diese Daten. Die sind schon massiv. Meine nächste Frage würde an den Sachverständigen Professor Burkhardt gehen. Herr Professor Burkhardt, Sie und Ihr Team haben zahlreiche nach einer Impfung Verstorbene obduziert. Meine erste Frage: Ist das Spike-Protein für den Körper ein Gift?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Professor Burkhardt, Sie haben das Wort.

ESV **Prof. Dr. Arne Burkhardt**: Ich bin emeritierter Extraordinarius für allgemeine Pathologie und spezielle Pathologie der Universität Bern, Schweiz. Ich vertrete zehn international kooperierende Wissenschaftler, die sich diesem Problem gewidmet haben.

Zur Frage: Das Spike-Protein ist ohne Wenn und Aber - und das ist international festgelegt - ein Gift. Außerdem sind natürlich in den Impfstoffen weitere Gifte, insbesondere die Nanolipidpartikel, vorhanden, und es sind Verunreinigungen nachgewiesen worden. Das Problem ist natürlich zunächst: Der Begriff „Gift“ sagt noch nicht, dass es dadurch Schaden im Körper gibt. Wir alle nehmen Gifte mit den Nahrungsmitteln zu uns. Viele von uns trinken Alkohol; auch das ist ein Gift. Damit wird der Körper fertig. Das Problem ist, dass wir von dem Gift Spike-Protein noch fast nichts wissen. Wir wissen nicht, in welchen Zellen es produziert wird. Wir wissen natürlich, dass das Virus es produziert. Aber wir wissen nicht, welche Zellen im Körper sich damit beschäftigen. Wir wissen auch nicht, welche Zellen aufgrund der Stimulation der Impfung dieses Spike-Protein produzieren. Man ging ursprünglich davon aus, dass dies in den lokalen Muskelzellen passiert. Wir wissen inzwischen, dass es praktisch in allen Organen nachgewiesen ist, bis zu einer gewissen Zeit. Wir hatten hier bis vor einiger Zeit das Problem, dass wir dieses Gift im Körper in den Schnitten nicht nachweisen konnten. Da standen wir, also alle Pathologen, eigentlich vor dem Problem, dass wir wie ein Polizist oder Richter einen Autounfall abklären sollen und der Verdacht besteht, dass der Fahrer alkoholisiert war. Wenn wir in einem Zeitalter gelebt hätten, wo wir keine Alkoholnachweise durch Pusten gehabt hätten, dann hätten wir uns auf den Gang des Fahrers verlassen müssen. Dann hätte der eine gesagt: „Na ja, er geht ein bisschen unsicher; aber er ist

auch 80 Jahre alt. Also wahrscheinlich ist das altersbedingt“, oder der andere hätte gesagt: „Ja, der torkelt aber; da ist wahrscheinlich Alkohol involviert.“ Aber der Beweis wäre nicht zu erbringen gewesen. Deswegen wurde bei praktisch allen Obduktionen, die bisher im Zusammenhang mit nach der Impfung Verstorbenen gemacht wurden, ein Giftnachweis in den Geweben, der jetzt möglich ist, nicht erbracht. Danke.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Sichert, bitte.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Professor Burkhardt. Die mRNA wurde im Lymphknoten bis zu acht Wochen nach der Impfung noch nachgewiesen. Bis heute weiß niemand, wie viel des giftigen Spike-Proteins im Körper produziert wird und wie lange das geschieht. Das ist durchaus eine wichtige Frage; denn schon der berühmte Paracelsus sagte: Die Dosis macht das Gift. Haben Sie dazu Erkenntnisse, wie lange nach der Impfung das Spike-Protein im Körper denn noch nachgewiesen werden konnte?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Bitte schön. Sie haben noch knapp zweieinhalb Minuten für die Beantwortung, Herr Professor Burkhardt.

ESV **Prof. Dr. Arne Burkhardt**: Wir haben bisher in sechs Fällen diese Zusatzuntersuchungen, also den Nachweis von Spike-Proteinen, natürlich mit Negativnachweis von Nukleokapsid-Proteinen durchgeführt. In einem Fall konnten wir das Spike-Protein noch 128 Tage nach der Impfung in den Gefäßwänden nachweisen. Danke.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Sichert, Sie haben noch anderthalb Minuten. Fahren Sie bitte fort mit Ihrer Frage.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Ja, vielen Dank. Also, 128 Tage, das sind etliche Monate nach der Impfung. In welchen Organen haben Sie denn Schäden durch das Spike-Protein der Impfung gefunden? Und wie massiv waren diese Schäden, die dort gefunden wurden?



Die **stellvertretende Vorsitzende**: Sie richten Ihre Frage auch noch mal an Herrn Professor Burkhardt, ja?

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Jawohl.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Bitte, dann haben Sie das Wort, Herr Professor Burkhardt.

ESV **Prof. Dr. Arne Burkhardt**: Wir haben bei den insgesamt 40 obduzierten Fällen praktisch in allen Organen, vor allen Dingen im Gefäßsystem, in Herz und Gehirn, zeigen können, dass dort Schäden vorlagen, und zwar durchgehend bei fast allen, die wir untersucht haben, welche übereinstimmend sind mit dem, was wir sonst bei toxischen Einwirkungen beobachten. Diese wurden von ungewöhnlichen Entzündungsreaktionen begleitet, was einen intervitalen Schaden belegt. Wie gesagt, wir haben dann den weiteren Beweis des Vorhandenseins von Spike-Proteinen geführt. Danke.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Das Fragerecht geht damit an die Gruppe rund um die Abgeordneten Kubicki und Aschenberg-Dugnus. Frau Aschenberg-Dugnus, bitte. Sie haben insgesamt acht Minuten Zeit.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Frau Professor Rostalski. Wie bewerten Sie eine Impfpflicht aus rechtlicher und vor allem verfassungsrechtlicher Sicht? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Frau Professor Rostalski, bitte. Sie haben das Wort.

ESV **Prof. Dr. Dr. Frauke Rostalski**: Ich bin vom Lehrstuhl für Strafrecht und Rechtsphilosophie an der Universität zu Köln. Vielen Dank für die Frage. Meine Bewertung im Hinblick auf die gesetzliche Impfpflicht stützt sich auf folgende Erwägungen: Wir müssen uns zunächst klarmachen, dass wir es hier nicht mit einem bloßen Pils zu tun haben, sondern mit einem Grundrechtseingriff von einiger Bedeutung. Es geht um das Rechtsgut der körperlichen Integrität, das eng verwoben ist mit dem

Grundrecht auf Lebensschutz. Darüber hinaus hat eine Impfung, die gegen den Willen des Einzelnen erfolgt, auch eine Würdedimension. In unserer Rechtsordnung kommt jedem Menschen ein Wert an sich zu. Jeder besitzt eine Würde, die nach der Verfassung auch unantastbar ist. Das sage ich deshalb, weil wir eine große Eingriffsintensität haben. Daran knüpft sich dann auch eine erhebliche Begründungslast für den Staat; in einem Rechtsstaat liegt die beim Staat. Aus meiner Sicht lässt sie sich in Bezug auf die verfügbaren Vakzine im Hinblick auf Covid-19 nicht erbringen. Warum? Die Entscheidung über eine allgemeine gesetzliche Impfpflicht wird derzeit in einer Situation höchster empirischer Ungewissheit diskutiert; wir haben davon schon gehört. Die bestehenden Unsicherheiten haben erheblichen Einfluss auf die rechtliche Bewertung. Einige Beispiele: Wir haben erhebliche Wissensdefizite in Bezug auf die Wirksamkeit der vorhandenen Vakzine im Hinblick gerade auch auf die Wirkdauer. Wir wissen nicht, was im Hinblick auf künftige Varianten gilt. Wir kennen sie noch nicht einmal. Das liegt natürlich in der Natur der Sache. Wir können also nicht sagen, wie oft sich die Menschen impfen lassen müssen, mit wie vielen unterschiedlichen Vakzinen und über wie viele Jahre, also über welchen Zeitraum. Damit sei nicht gesagt, dass am Impfen zu zweifeln sei. Es bestehen aber erhebliche Zweifel daran, dass die eingesetzten Impfstoffe die Eignung haben, signifikant auf das Infektionsgeschehen einzuwirken. Und solange das nicht geklärt ist, bedeuten diese Ungewissheiten, dass eine Impfung nicht verpflichtend angeordnet werden darf. Vielmehr bedarf es der Freiwilligkeit, also der Einwilligung des Betroffenen zur Durchführung des Eingriffs. Um dem verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gerecht zu werden, müssen staatliche Eingriffe in erster Linie geeignet sein. An dieser Eignung zur relevanten Entlastung des Gesundheitssystems - und das ist der Zweck, über den wir sprechen, nicht etwa eine erhöhte Impfquote oder andere Dinge; es geht um die Entlastung des Gesundheitssystems - zweifle ich noch aus einem weiteren Grund. Nicht nur, dass wir in anderen Ländern mit einer sehr hohen Impfquote gesehen haben, dass es gleichwohl immer noch sehr eingriffsintensiver weiterer Coronaschutzmaßnahmen bedurfte. Die Impfpflicht war und ist also nicht der Heilsbringer, als den sie manche offenbar sehen. Wir werden also mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auf andere Maßnahmen nicht



verzichten können. Das sollte aus meiner Sicht auch offen kommuniziert werden. Aber nicht nur dies spricht gegen die Eignung im Sinne des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes; hinzu tritt, dass ich nicht davon überzeugt bin, dass wir durch diese Maßnahmen eine signifikante Steigerung der Impfquote in Deutschland erreichen werden. Die aktuelle Allensbach-Umfrage besagt, dass nur 2 Prozent derjenigen, die heute ungeimpft sind, dazu bereit wären, sich infolge einer Impfpflicht impfen zu lassen. Hier ist also im Hinblick auf den Schutz des Gesundheitssystems wenig gewonnen. Ich komme zur zweiten Stufe der Verhältnismäßigkeitsprüfung, der Erforderlichkeit. Auch hieran lässt sich mit guten Gründen zweifeln. Haben wir wirklich alles getan, um die Menschen zu einer freiwilligen Impfung zu motivieren? Niedrigschwellige, aufsuchende Angebote sind aus meiner Sicht gerade angesichts dieser aktuellen Umfrage nach wie vor das Mittel der Wahl, von dem wir uns auch einen größeren Erfolg erwarten sollten. Gegen eine gesetzliche Impfpflicht sprechen zudem ungeklärte Fragen nach der praktischen Durchsetzung der Maßnahme. Wir müssen mit einer hohen Zahl an Impfverweigerern rechnen, denjenigen, die schon heute nicht geimpft sind, möglicherweise aber auch vielen von denen, die sich anfangs freiwillig haben impfen lassen, im Hinblick auf neue Vakzine und immer wieder wiederholte Auffrischungsimpfungen ihrerseits aber kritisch werden. Wie möchte der Staat dem begegnen? Instrumente wie unmittelbarer Zwang zur Impfung sind aus meiner Sicht verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen. Man kann aber aus meiner Sicht auch nur vor massenhaften Zwangsvollstreckungen warnen; denn auch diese werden unser Bild von der Pandemie auf Jahre negativ prägen. Dabei ist überhaupt fraglich, wie der Staat über all dies tatsächlich Herr werden möchte. All die Impfverfahren werden unsere Verwaltungen und Gerichte über Jahre über die Belastungsgrenze hinaus treiben. Dabei möchte ich noch einen weiteren Punkt nennen. Es ist aus meiner Sicht kein gutes rechtliches Argument, zu sagen: Wir haben auch andere Pflichten, die wir nicht zu 100 Prozent durchsetzen können. Dann kommt häufig der Vergleich etwa mit der Gurtpflicht, die auch nur punktuell überprüft wird. Eine solche Impfpflicht ist für uns doch nur dann nützlich, wenn sie nahezu zu 100 Prozent durchgesetzt werden kann. Wenn wir aber von vornherein wissen, dass das schon nicht gelingen kann, dann ist eine solche Impfpflicht

schlicht und ergreifend nicht geeignet. Hinzu kommt: Wir erleben schon heute massive gesellschaftliche Verwerfungen im Hinblick auf unsere Coronapolitik. Wir haben einen Meinungsumschwung in der Politik erlebt, den viele nicht verzeihen werden. Die Gründe des Einzelnen, weshalb er sich nicht impfen lassen möchte, sind ganz unterschiedlich, und nicht alle davon sind moralisch-ethisch zu verwerfen. Corona trifft die Menschen in ganz unterschiedlicher Weise. Für die Jüngeren - wir haben es gehört - ist es kein so erhebliches Risiko wie eben für die Risikogruppen. Bürgerinnen und Bürger haben sich sehr solidarisch gezeigt. Es könnte der gefährliche Eindruck entstehen, dass durch eine solche Impfpflicht Solidarität überstrapaziert wird. All das ist eine Gefahr für das Vertrauen in unseren Staat. Die Demokratie setzt aber auf dieses Vertrauen. Ich frage mich ernstlich, wie man eine solche Pflicht durchsetzen möchte, die auch individuell mit erheblichen Ängsten bei einzelnen Bürgerinnen und Bürgern verbunden ist. Und zuletzt: So einschneidende Maßnahmen wie eine allgemeine gesetzliche Impfpflicht lassen sich auch aus meiner Sicht rechtlich nicht mit Risiken begründen, die bloß hypothetisch denkbar sind, für deren Realisierung aber derzeit überhaupt keine Anhaltspunkte bestehen. Dass also etwa irgendwann eine Variante kommen könnte, die gefährlicher, viel ansteckender ist als Omikron, legitimiert keine gesetzliche Impfpflicht, solange dieses Risiko bloß im Reich der gedanklichen Möglichkeit vorherrscht und nicht hinreichend konkretisiert ist. Lassen Sie mich abschließend noch ein kurzes Wort zum Vorschlag der Impfpflicht ab 18 sagen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Ich erhalte die Nachricht aus der Gruppe, dass die Frage beantwortet ist. Vielen Dank für Ihre Antwort. Frau Aschenberg-Dugnus, Sie haben jetzt noch eine Minute. Bitte.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Vielen Dank. Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Frau Dr. Pfeiffer. Die Krankenkassen sollen eine zentrale Rolle einnehmen. Wie ist das zu bewerten? Ist die Rolle für Sie leistbar? Danke sehr. Ich bitte um eine kurze Antwort.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Frau Dr. Pfeiffer,



Sie haben das Wort.

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Zunächst will ich sagen, dass wir deutlich für eine Erhöhung der Impfquote sind und uns auch an keiner Stelle gegen eine Impfpflicht ausgesprochen haben. Wir haben aber in beiden Anträgen zur Impfpflicht Aufgaben, die eine Kontrolle der Impfung der Versicherten vorsehen. Das sehen wir nicht als Aufgabe der Krankenkassen. Es sind einige organisatorische Probleme zu bewältigen. Wenn also jetzt Briefe, 60 Millionen personalisierte Schreiben, zur Information über die Impfpflicht geschrieben werden sollen, dann wird das in dem vorgesehenen Zeitraum einfach nicht zu schaffen sein. Deswegen wäre dort eine öffentliche Kampagne durch den Bund, durch die BZgA, mit entsprechender medialer Aufklärung eine Alternative, weil das andere zurzeit nicht leistbar ist.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit geht das Fragerecht jetzt über zu der Gruppe „Impflicht ab 50“ rund um den Abgeordneten Professor Ullmann. Herr Professor Ullmann stellt auch die erste Frage. Sie haben für diese Runde sieben Minuten. Bitte, Sie haben das Wort.

Abg. **Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Die erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Dr. Rixen. Herr Professor Rixen, wie bewerten Sie aus juristischer Sicht die Verhältnismäßigkeit und die Angemessenheit des Gesetzentwurfes der verpflichtenden Impfberatung und einer potenziellen Impfpflicht ab 50 Jahren im Vergleich zur allgemeinen Impfpflicht?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Professor Rixen, bitte.

ESV **Prof. Dr. Stephan Rixen**: Lehrstuhl für öffentliches Recht, Universität Bayreuth. Vielen Dank für diese Frage, die ich so beantworte: Der Entwurf ist in jedem Fall verfassungsgemäß. Für mich ist aber noch wichtiger: Er ist deshalb überzeugend, weil er mit großem verfassungsrechtlichen Fingerspitzengefühl ans Werk geht. Das gilt zum einen - die Ar-

gumente haben wir schon von den Kollegen Linder und Seegmüller gehört - mit Blick auf die tatsächliche Lage. Wir haben so viele Ungewissheiten in tatsächlicher Hinsicht, dass allein abstrakte Möglichkeiten - hätte, wäre, könnte - nicht ausreichen. Insofern ist der Gesetzentwurf mit gutem Grund sehr behutsam; aber er ist auch nicht blauäugig, sondern er geht eben gestuft vor, weil zunächst ein milderer Mittel gewählt wird, das mit Blick auf die in Rede stehenden Grundrechte körperliche Unversehrtheit und - das ist bislang heute noch nicht erwähnt worden - auch allgemeines Persönlichkeitsrecht der Verfassung Genüge tut. Das Bundesverfassungsgericht schützt Gesundheitsentscheidungen nicht nur über die körperliche Integrität, sondern auch über das allgemeine Persönlichkeitsrecht, weil diese Grundrechte eben diese Behutsamkeit einfordern. Das heißt, der Gesetzentwurf sagt jetzt nicht nur: „Weiter so!“, sondern schafft mit der verpflichtenden Impfberatung ein milderer Mittel, das die Freiwilligkeit dem Grunde nach anerkennt, aber eben schon in milderer Weise reduziert. Sie bleibt im Kern jedoch weiter das entscheidende Instrument, um Menschen zu einer Impfung zu bewegen. Das zweite wichtige Element des Entwurfs, das auch der Verhältnismäßigkeit gerecht wird - in der Zeit können sich die Entwicklungen eben auch verändern; es ist eben eine dynamische Lage, in der wir uns befinden: Es gibt sozusagen eine Vorsorgekomponente, indem nach dem 15.09. eben eine begrenzte altersbedingte Impfpflicht möglich wird. Das ist übrigens ein Modell, das wir auch andersorts kennen, dass eben überlegt wird: Sollten wir nicht zunächst von einer Impfpflicht Abstand nehmen und sie dann einführen? Das ist das, was in Österreich passiert ist, wo mit verfassungsrechtlichen Argumenten, die unseren ähnlich sind, welche hier diskutiert werden, gesagt wurde: Wir müssen diese Impfpflicht aussetzen und werden dann nach und nach überprüfen, wann es denn wieder nötig ist, eine solche Impfpflicht zu aktivieren. Das ist letztlich der Grundgedanke des Entwurfs. Letzter Punkt dazu: Der Entwurf versucht auch noch mal, auf anderer Ebene die Erforderlichkeit ernst zu nehmen, indem er sagt: Wir schauen uns diejenigen an, die sozusagen in einer spezifischen Verantwortung zur Lage stehen, nämlich diejenigen mit einem bestimmten Alter, die sich nicht impfen lassen; die wollen wir verstärkt in die Pflicht nehmen. Ich glaube, in der Summe zeigt das, dass der Ent-



wurf verfassungsgemäß ist und die Verhältnismäßigkeit sehr ernst nimmt.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Als Nächstes fragt Dr. Wollmann. Sie haben das Wort.

Abg. **Dr. Herbert Wollmann** (SPD): Meine Frage richtet sich ebenfalls an Professor Rixen. Herr Professor Rixen, Sie gehören dem Deutschen Ethikrat an. In seiner Stellungnahme steht auch auf Seite 12: Eine undifferenzierte Gleichbehandlung ist hingegen weder verfassungsnormativ noch moralisch geboten. Deshalb wären spezifische Risikoprofile verschiedener Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen, zumal, wenn aus diesen unterschiedliche Lasten für das Gesundheitssystem resultieren. Könnten Sie das noch mal interpretieren und untermauern aus Ihrer verfassungsrechtlichen Sicht?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Herr Professor Rixen, dann fahren Sie gern fort.

ESV **Prof. Dr. Stephan Rixen**: Vielen Dank für diese Frage. Ich möchte zunächst sagen, dass ich hier als Einzelsachverständiger antworte und nicht als Vertreter des Ethikrates. Die Stellungnahme des Ethikrates ist mir natürlich gut bekannt. Ich finde, dass sie nicht nur an dieser Stelle, aber auch an dieser Stelle sehr überzeugend ist, weil hier das eine Rolle spielt, was ich soeben schon angesprochen habe, nämlich der spezifische Verantwortungszusammenhang. Im Gesetzentwurf ebenso wie auch der Sache nach, jedenfalls in der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, spielen die verfügbaren Daten, die Daten der DIVI, also der medizinischen Fachgesellschaft für den Bereich der Intensivmedizin, eine große Rolle. Daraus können wir entnehmen, dass wir, schon was die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisierung, auch einer intensivpflichtigen Behandlung angeht, eine deutliche Verteilung mit Blick auf das höhere Alter haben. Über 80 Prozent derer, die betroffen sind, sind älter als 50 Jahre. Das heißt, der Gesetzentwurf versucht, unter dem Aspekt der Erforderlichkeit - das ist ein ganz zentrales Element der Verhältnismäßigkeitsprüfung - zu identifizieren: Wie können wir einen spezifischen Verantwortungszusammenhang herstellen? Es geht nicht um einen diffusen Solidaritätsappell, wo irgendwie aus nicht mal ganz klaren

Gründen jede und jeder in die Pflicht genommen wird, sondern wir schauen uns an: Wo sind die Gründe für eine Überlastung des Gesundheitswesens? Dort wird eben der Kreis derer, die aufgrund ihrer Gesundheitssituation am Ende auch dazu beitragen, dass eine Überlastung entsteht, stärker in die Pflicht genommen. Das ist wirklich ein vernünftiger verfassungsrechtlicher Grund, der übrigens auch gemessen am Gleichheitsgrundsatz in Ordnung ist. Denn es wird hier genau genommen nicht am Alter angeknüpft, sondern es wird auf den Gesundheitszustand geschaut. Wir haben auch sonst im Gesundheitswesen Gesundheitszustände, die nach Alter differenzieren, wo dann auch rechtlich völlig zulässig unterschieden werden kann, und so ähnlich ist es hier auch. Das heißt, der Entwurf wird beiden gerecht: Er wird einerseits der Erforderlichkeit gerecht, aber er wird auch dem Gleichheitssatz gerecht.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Dr. Wollmann, Sie dürfen fortfahren mit Ihrer nächsten Frage.

Abg. **Dr. Herbert Wollmann** (SPD): Ich bin schon wieder dran, prima. Eine Frage an Frau Professor Melanie Brinkmann, und zwar: Wie bewerten Sie aus wissenschaftlicher Sicht den Vorschlag, eine verpflichtende Impfberatung für ungeimpfte Erwachsene und eine Impfpflicht ab 50 unter Vorbehalt einzuführen? Also wie stehen Sie zu dem Vorschlag, Ü-50 primär zu impfen?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Professor Brinkmann, Sie haben jetzt 45 Sekunden. Bitte schön.

ESV **Prof. Dr. Melanie Brinkmann**: Ich halte es für sehr sinnvoll, aufzuklären und das auch wirklich systematisch durchzuführen für alle Erwachsenen, weil wir schon noch sehen, dass viele Falschinformationen kursieren - wir sind auch in dieser Runde nicht davor gefeit - und viele Menschen tatsächlich Angst haben und auch verunsichert sind, was die Impfung angeht. Ich plädiere aber auch ganz besonders dafür, dass das über besonders geschultes Personal erfolgt, weil es eine ziemliche Herausforderung ist, diesen ganzen Fehlinformationen gut zu



begegnen, sodass es auch wirklich gut nachvollziehbar und verständlich ist. Das ist nicht mal eben so einfach zu bewerkstelligen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Professor Brinkmann. Vielleicht werden Sie gleich noch mal aufgerufen. Damit haben wir jetzt allen Gruppen und Fraktionen die Möglichkeit gegeben, in der ersten Runde zu fragen. Vielen Dank schon mal für Ihre Fragen, und auch den Expertinnen und Experten vielen Dank für Ihre Antworten. Jetzt haben wir die Möglichkeit, dass für fünf Minuten Abgeordnete Fragen stellen, die sich noch keiner Gruppe, keinem Vorschlag zugeordnet haben. Liegen dafür Fragen vor? Hier im Raum ist das nicht der Fall. Wie ist es digital? Nein, das ist nicht der Fall. Dann fahren wir jetzt wiederum fort mit den Gruppen und Fraktionen in der zweiten Runde. Ich rufe die Gruppe rund um die Abgeordneten Baehrens, Dr. Dahmen und andere „Impfpflicht ab 18“ auf. Da waren die anderthalb Minuten noch übrig für die Frage von Herrn Wagner. Bitte stellen Sie die noch mal kurz.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, vielen Dank. Die Frage ging an Herrn Hahn vom Deutschen Städtetag und lautete: Kann eine allgemeine Impfpflicht zur vollen Funktionsfähigkeit der Kritischen Infrastruktur, abgekürzt KRITIS, beitragen? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Hahn, bitte. Sie haben das Wort. Ich darf mal fragen: Ist Herr Hahn noch dabei? Das sehe ich nicht. Dann wäre das jetzt in der Folge zu klären. Ich rufe nun als Erste die Abgeordnete Helling-Plahr auf. Sie ist online dabei. Frau Helling-Plahr, bitte Ihre Frage.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Vielen Dank. Ich möchte gerne den Einzelsachverständigen Professor Wißmann fragen, ob er der Auffassung ist, dass der von uns vorgelegte Vorschlag verfassungsgemäß ist.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Herr Professor Wißmann, bitte.

ESV **Prof. Dr. Hinnerk Wißmann**: Ich komme von der Universität Münster. Frau Vorsitzende! Verehrte Abgeordnete! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Im Ergebnis: Ja, ich halte den Entwurf einer allgemeinen Impfpflicht für verfassungsgemäß. Besser wäre es, wenn wir ohne eine solche Impfpflicht durchkämen. Es handelt sich zweifellos auch um einen erheblichen Grundrechtseingriff, der begründet werden muss. Dazu ist heute hier auch schon einiges gesagt worden. Wenn man das noch mal kurz rekapituliert, scheint es mir in Bezug auf den Zweck doch relativ eindeutig und einfach zu sein: Es geht um die Verhinderung schwerer Krankheitsverläufe. Das schützt sowohl individuell wie dann in der Summe und Masse auch das Gesundheitssystem, wie es auch - darauf möchte ich jetzt dann doch auch ganz ausdrücklich hinweisen - die Entfaltung und den Raum anderer Grundrechte schützt. Es geht eben in dieser ganzen Debatte nicht nur um die körperliche Unversehrtheit. Wenn man mit normalen Maßstäben die Geeignetheit prüft, kann auch hier eigentlich kein Zweifel bestehen - das ist in der ersten Runde ausführlich vorgeführt worden -, dass natürlich in sehr, sehr vielen Fällen die Impfung das Risiko senkt, dass etwas passiert. Damit ist sie ein Beitrag, allerdings nicht die alleinige Lösung des Problems Corona und Covid-19. Aber an allgemeinen Maßstäben gemessen kann an der Geeignetheit eigentlich kein Zweifel bestehen. Die Erforderlichkeit ist heikel - das will ich gerne zugeben -, weil wir eigentlich nicht in einem Gemeinwesen leben, das dem Einzelnen zuteilt, wie er sich um seiner selbst willen zu schützen hat. Aber es geht hier eben auch um den Schutz des Gesundheitssystems im Sinne einer relativen, aber doch auch nachhaltigen Entlastung. Und die anderen Mittel, die hier im Spiel sind, sind eben nicht gleich geeignet, weil sie, was Informationen betrifft, nun nach zwei Jahren Erfahrung mit Informationsangeboten aller Art offensichtlich in einen bestimmten toten Winkel hineinlaufen. Da tut sich von selber nicht mehr sehr viel. Eine nicht erfolgte Impfung verschiebt nur die Infektion. Auch das ist anscheinend doch weitgehender Konsens. Dass wir das dann im Herbst geballt bekommen, scheint doch deutlich zu sein. Das heißt, verfassungsrechtlich ist sehr wohl das durchgreifendere Mittel einer Impfpflicht zu-nächst einmal gegenüber der bloßen Information ein besseres Mittel. Das berührt ein bisschen die Frage: Haben wir denn schon alles ge-



tan, und was soll denn dieses „alles getan“ eigentlich heißen? Natürlich kann man, um die Impfpflicht zu vermeiden, das Land sozusagen auf Jahre weiter lahmlegen. Aber das ist doch keine Strategie, die sich im Sinne der Verhältnismäßigkeit aufdrängt. Es gibt eben keinen solchen Vorrang der Impffreiheit vor allen anderen Grundrechtsbeschränkungen. Deswegen ist gerade aus einer freiheitlichen Perspektive der Beitrag einer Impfpflicht auch angemessen, um zu diesem Punkt zu kommen. Ich halte es also für in der Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers vollkommen zulässig, dass man ein formales Kriterium wählt, nämlich die Volljährigkeit der Staatsbürger, alle Rechte, alle Pflichten. Alles andere sind sozusagen Zuschreibungen, die natürlich im Sinne der Relativität auch noch verhandelbar sind. Aber notwendig ist es nicht. Ich würde sagen, notwendig ist nur, dass man die Kinder ausnimmt. Das scheint aber doch auch weitgehender Konsens zu sein. Vielleicht noch das letzte Wort an dieser Stelle: Dass man dann im Herbst reagieren kann, scheint mir nach der heutigen Beratung doch widerlegt zu sein. Vier Monate Vorlauf würden bedeuten, dass wir im Herbst das Land wieder zumachen müssen. Deswegen ist die Verhältnismäßigkeit im Sinne der Prognose und Einschätzungsprärogative aus meiner Sicht gegeben.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Professor Wißmann. Frau Helling-Plahr stellt auch die nächste Frage. Bitte sehr.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Ich möchte bei Professor Wißmann anschließen und wüsste gerne, ob er davon ausgeht, dass die allgemeine Impfpflicht Wirkung entfalten würde, und wie er das gerade in Abgrenzung zu einer Beratungspflicht sieht.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Professor Wißmann, dann fahren Sie fort.

ESV **Prof. Dr. Hinnerk Wißmann**: In der Tat sind wir natürlich in unsicherem Gelände, weil wir einerseits von einer millionenfachen Nichtimpfung bisher ausgehen müssen und weil völlig zu Recht und auch unzweifelhaft ein Impfzwang ausgeschlossen ist. Deswegen geht es auch nicht um eine Verletzung menschlicher Würde; der Staat wird

nicht los-marschieren und Impfungen setzen. Es geht darum, an etwas sehr Grundsätzliches in unserem freiheitlichen Rechtsstaat zu appellieren, nämlich dass es bestimmte Rechtspflichten gibt, an die ich mich halte, auch dann, wenn ich nicht von ihrer Richtigkeit für mich innerlich überzeugt bin, weil ich es akzeptiere, dass in einem demokratischen Verfahren bestimmte Pflichten gesetzt werden, die meinen Beitrag für das Gemeinwesen konkretisieren. Ich finde es ganz irritierend, dass man geradezu herbeiredet, dass sich die Bürgerinnen und Bürger unseres Landes nicht an Rechtspflichten halten und das nur dann tun, wenn die Polizei hinter ihnen steht und sie durchsetzt. Nein, wir leben doch in einer Rechtsgemeinschaft davon, dass wir freiwillig unsere Rechtspflichten erfüllen. Ein zweiter Satz vielleicht noch zu der Frage, ob die Beratung nicht doch die irgendwie näher an den Menschen liegende Lösung wäre. Erst einmal halte ich es für eine Illusion, zu glauben, dass tatsächlich in diesem Land Menschen noch nicht wissen, worum es eigentlich bei Corona geht und wie sich das mit der Impfung eigentlich verhält. Das ist auch eine Form von Überheblichkeit gegenüber den Menschen. Die Menschen haben sich dazu eine Meinung gebildet; aber bisher können sie eben auch sagen: Es ist keine Pflicht, also tue ich es auch nicht. Die Beratungspflicht, muss ich jetzt mal als Verwaltungsrechtler sagen, halte ich für eine sehr, sehr schwierige Idee. Wer soll das denn machen? Frau Brinkmann hat ganz recht: Das müsste dann alles sehr ausgearbeitet sein, sehr freundlich im Ton, sehr aufsuchend. Es haben schon die Krankenkassen darauf hingewiesen, wie viel Papier da erst mal ins Land ginge. Zunächst muss man es den Leuten zusenden, dann muss man es förmlich zustellen - denn sonst sagen sie: „Ich habe den Brief gar nicht gekriegt“ -, dann muss man einen Termin vereinbaren, dann muss man sich hinterher darum streiten, ob der Termin nicht eingehalten wurde und ob das jetzt bußgeldpflichtig ist. Also, ich halte die Beratungspflicht aus Sicht der Verwaltungsebene oder einer wie auch immer benannten Stelle wirklich für hochbelastend und nicht effektiv. Ich bitte wirklich darum, was immer Sie am Ende miteinander vereinbaren: Nehmen Sie nicht das Ende der bürokratischen Nahrungskette in den Blick, die das mal eben durch 18 Millionen Beratungen für Sie lösen soll! Wer soll das denn machen? Die Grundschullehrerin?



Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Die nächste Frage stellt ebenfalls Frau Helling-Plahr. Bitte sehr.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Jawohl, und sie geht auch noch einmal an Herrn Professor Wißmann, den ich abschließend gerne fragen möchte, ob er denn das von uns vorgesehene Verfahren zur Umsetzung der Impfpflicht für umsetzbar halten würde. Ich bitte ihn, dabei auch auf den Alternativvorschlag des Impfreisters einzugehen, ob der in irgendeiner Weise vorteilhaft wäre gegenüber unserem Vorschlag.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Professor Wißmann, bitte, dann fahren Sie fort.

ESV **Prof. Dr. Hinnerk Wißmann**: Vielen Dank. Ich halte das Verfahren für möglich. Es gibt auch andere mögliche Umsetzungsverfahren. Das kann man weiter kompromisshaft beraten. Meine Grundidee, die ich Ihnen gerne mitgeben würde, ist: Machen Sie es so einfach wie möglich. Versuchen Sie es nicht bürokratisch mit Regeln, Gegenregeln, Ausnahmen und Gegenausnahmen möglichst übersichtlich zu gestalten, damit alle Player in Berlin-Mitte beteiligt sind, sondern es muss für die Bürger verständlich sein. Es gibt auch sonst Pflichten, die die Bürger sehr wohl verstehen, ohne dass sie darüber individuell vorher belehrt worden sind. Es ist sozusagen innerer Kern unserer freiheitlichen Ordnung, dass Rechtspflichten nicht individuell erklärt werden müssen. Das ließe sich auch hier machen. Das Impfreister ist natürlich eine denkbare Idee. Zentralstaatliche Lösungen - das will ich mal sozusagen auch in Richtung der Union sagen - sind in Deutschland eigentlich immer unter Verdacht, und zwar auch zu Recht. Also, es ist besser, dass man vor Ort arbeitet, es ist besser, dass man näher bei den Leuten arbeitet. Wenn man ein Impfreister hier im Grunde als Möglichkeit einführt, um die Sache hinauszuschieben, wäre das vor dem nächsten Herbst wirklich nicht angemessen. Ich würde wirklich appellieren, das jedenfalls nicht zu einer Bedingung zu machen, sondern von mir aus zu einem begleitenden Projekt. Jetzt geht es darum, dass Sie nicht noch mehr Jahrgängen im Herbst Jahre ihres Lebens rauben, die sie nie wieder kriegen. Für uns hier im Raum ist das nicht so schlimm; aber für

14-Jährige, 16-Jährige und 18-Jährige ist jedes Jahr, in dem Sie das Land lahmlegen, wirklich ein Anschlag auf deren Lebensplanung.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Jetzt Herr Dr. Steffen mit seiner Frage.

Abg. **Dr. Till Steffen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an Herrn Professor Mayer. Wir haben eingangs gehört, welche Ableitungen sich aus den bisherigen Erkenntnissen zu den vergangenen Varianten aus medizinischer Sicht ergeben, und dann ist von einigen Sachverständigen darauf hingewiesen worden, was Ungewissheiten verfassungsrechtlich bedeuten. Ich würde gerne Herrn Mayer fragen, ob diese Ungewissheiten, so wie von anderen hier vorgetragen, dazu führen, dass der Gesetzgeber einstweilen nicht handeln kann, oder was der verfassungsrechtlich richtige Umgang mit diesen Ungewissheiten und dem eben auch von Herrn Professor Wißmann beschriebenen Szenario mit Eindämmungsmaßnahmen usw. dann ist.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Herr Professor Mayer, Sie haben das Wort.

ESV **Prof. Dr. Franz C. Mayer**: Ganz herzlichen Dank für die Frage und auch für die Einladung zu dieser Anhörung. Ich bin von der Universität Bielefeld, Fakultät für Rechtswissenschaft, Lehrstuhl für öffentliches Recht und Rechtspolitik. Es ist, glaube ich, auch heute deutlich geworden, dass wir es in der Tat mit einem hohen Maß von Unsicherheit zu tun haben. Es gibt keine letzten medizinischen Gewissheiten zur künftigen Entwicklung in der Pandemie. Alle möglichen Einzelfragen sind letztlich mit Unsicherheiten behaftet. Das reicht von der Gefährlichkeit der Virusmutationen über die Wirksamkeit der bestehenden Impfstoffe bis zur Frage, ob überhaupt künftig für die Varianten Impfstoffe entwickelt werden können. Es stellt sich also in der Tat die Frage: Wie gehen wir mit Unsicherheit im Regelungsumfeld um? Die verfassungsrechtlichen Konsequenzen der Unsicherheitslagen sind aus meiner Sicht aber nicht etwa, dass man dann einfach gar nichts macht, weil es alles so unsicher ist - wie das hier auch zum Teil angeklungen ist; die Tatsachengrundlage sei zu schmal -, sondern - und



da kann ich mich, glaube ich, auf das Bundesverfassungsgericht stützen - die Antwort ist: Es gibt dann eben erhebliche Spielräume für den Gesetzgeber. Es wird in der Tat vereinzelt aus der Unmöglichkeit gesicherter Prognosen geschlossen, dass man gar nicht handeln darf. Das wird konkret auch als Argument gegen die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht gewendet. Das verkennt natürlich, dass auch das Unterlassen natürlich in der gegenwärtigen Situation Folgen für den weiteren Pandemieverlauf haben wird. Die Antwort des Bundesverfassungsgerichts ist aus meiner Sicht die Antwort, die auf weite Spielräume verweist. Da kann man sich auch auf Rechtsprechung berufen, die schon weiter zurückliegt; das Stichwort ist hier die Kalkar-Entscheidung. Ich möchte aber insbesondere auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Bundesnotbremse verweisen. Da ist die Kernaussage, dass bei unsicherer Erkenntnislage, wie eben derzeit, diese erheblichen Spielräume für den demokratisch legitimierten Gesetzgeber bestehen. Das Bundesverfassungsgericht formuliert hier wörtlich, dass es genügt, wenn der Gesetzgeber „sich an einer sachgerechten und vertretbaren Beurteilung der ... verfügbaren Informationen und Erkenntnismöglichkeiten orientiert“, damit eben „trotz ungewisser Lage“ entschieden werden kann, wenn es, wie hier, um hoch- und höchstrangige Rechtsgüter geht. Man muss nun sehen, dass diese Spielräume nicht etwa nur die Anforderungen an die tatsächlichen Annahmen betreffen, sondern insbesondere auch die Wertungen und Abwägungen konkret; bei allen Stufen der Verhältnismäßigkeitsprüfung kommen das zum Tragen. Das Gericht - so ist meine Prognose - wird sich auf eine Vertretbarkeitskontrolle beschränken. Man kann, wie gesagt, aus der Bundesnotbremse-Entscheidung hier etliches übernehmen, ich glaube, insbesondere wenn das Bundesverfassungsgericht deutlich macht, dass in der Pandemielage nicht verlangt wird, dass man alles und jedes ausprobiert haben muss oder „zweifelsfreie empirische Nachweise der Wirkung oder Wirksamkeit einer Maßnahme“ vorliegen müssen. Das war ein wörtliches Zitat. Man kann hier auch nicht sagen, dass das Bundesverfassungsgericht leichtfertig Anforderungen und Prüfmaßstäbe über Bord wirft. Das ist zwar vereinzelt von Staatsrechtslehrerkollegen und in den Medien so behauptet worden. Das Bundesverfassungsgericht macht sich in der Pandemielage schon sehr klar, dass es um schwere Eingriffe geht, und macht

auch deutlich, dass es hier um Sonderbedingungen in einer äußersten Gefährdungslage geht. Was das Gericht deswegen macht, ist, dass es die Begründung für Maßnahmen sehr genau anschaut und damit dann aber letztlich dem demokratisch besser legitimierten Gesetzgeber die Aufgabe zuweist, die schwierigen Abwägungen zu treffen. Warum sollten die Juristen in dieser Phase und Zeit großer Unsicherheit bessere Antworten finden als die Politik?

**Die stellvertretende Vorsitzende:** Vielen Dank. Damit geht das Fragerecht über an Herrn Wiese. Bitte schön.

**Abg. Dirk Wiese (SPD):** Frau Vorsitzende, vielen Dank. Meine Frage geht ebenfalls an Herrn Professor Dr. Mayer. Herr Professor Dr. Mayer, wir haben teilweise in vorherigen Ausführungen gehört, dass die Verhältnismäßigkeit bei dem Antrag „Impfpflicht ab 18“ deshalb angezweifelt wird, weil vermeintlich mildere Mittel gleicher Eignung zur Verfügung stünden. Hier wird immer abgestellt auf eine Impfpflicht ab 50 oder ein Impfvorsorgegesetz. Wie beurteilen Sie dies aus verfassungsrechtlicher Perspektive?

**Die stellvertretende Vorsitzende:** Danke. Herr Professor Mayer, dann haben Sie wieder das Wort.

**ESV Prof. Dr. Franz C. Mayer:** Ich will an dieser Stelle vielleicht noch mal nachdrücklich betonen, dass es bei den Fragen der Verhältnismäßigkeit und der Prüfung, was aus verfassungsrechtlicher Sicht verhältnismäßig ist oder nicht, um eine Zweck-Mittel-Relation geht. Dementsprechend ist der Ausgangspunkt zunächst einmal, dass man sich vergewissert, was überhaupt der Zweck einer Maßnahme ist. Und da habe ich den Eindruck, dass die Dinge doch insbesondere bei den anderen Anträgen und Entwürfen doch einigermassen unscharf bleiben. Ausgangspunkt ist doch die fachwissenschaftliche Begründung für die Impfpflicht, und diese ist, dass wir in Deutschland eine Impflücke haben, die eben den epidemiologischen Mehrwert, den ein hoher Immunisierungsgrad in der Bevölkerung hat, verhindert. Es geht also jedenfalls als Zwischenziel um den Immunisierungsgrad, um einen besseren, um einen höheren Immunisierungsgrad in der Bevölkerung. Daraus leitet sich alles andere ab. Über



die Steigerung der Grundimmunität in der Bevölkerung lassen sich dann weitere Ziele formulieren, wie eben die Bekämpfung des Virus insgesamt, die Verhinderung dessen, dass das Virus mehr als nötig zirkuliert, vielleicht die Erreichung eines endemischen Zustands, aber natürlich auch das Abwenden weiterer erheblicher Freiheitseingriffe - Stichwort „Lockdown“ -, sodass man also letztlich auch hier wieder bei einer Grundrechtsdimension landet. Nun ist aber die Beantwortung der Frage nach der Verhältnismäßigkeit, der Zweck-Mittel-Relation, mit der Bestimmung eines legitimen Zwecks natürlich noch nicht am Ende. Ich will aber noch mal sagen: Nur der Antrag „Impflicht für alle ab 18“ beschreibt das Ziel der Regelung als Steigerung der „Grundimmunität in der Bevölkerung“. Die anderen Anträge bleiben hier entweder unscharf oder konzentrieren sich auf Teilaspekte wie die Überlastung des Gesundheitswesens. Und dementsprechend können sie dann eben auch keinen sinnvollen Beitrag zur Klärung der Frage leisten, ob sie gegenüber der Allgemeine-Impfpflicht-Konzeption ein milderes, gleich wirksames Mittel beinhalten - um hier gleich auf die Erforderlichkeitsdimension einzugehen. Ich komme auch noch mal auf meine Antwort auf die Frage von eben zurück, dass das Bundesverfassungsgericht hier auf allen Prüfstufen eine Vertretbarkeitskontrolle vornehmen wird, also im Prinzip die Plausibilität ausreichen lässt, ausreichen lassen wird, wenn eben entsprechend dokumentiert ist, dass es eine informierte Entscheidung gegeben hat. „Informierte Entscheidung“ heißt aber unter den gegenwärtigen Bedingungen möglicherweise auch, dass man weiß, was man nicht weiß. Und das wird der Gesetzgeber, glaube ich, auch dokumentieren müssen: dass man hier in Teilen eben unter erheblichen Unwissenheitsbedingungen operiert, aber trotzdem Entscheidungen treffen muss. Vor diesem Hintergrund leuchtet mir der Antrag, der sich auf die baldige Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ab 18 richtet, auch ohne Weiteres ein. Bei den anderen Anträgen - aber das hat Kollege Wißmann auch schon angedeutet - ist schon unter dem Aspekt der Geeignetheit in der Tat die Frage, wie - wenn einerseits eigentlich in allen Anträgen, wie auch heute, sicher davon ausgegangen wird, dass wir mit einer Herbstwelle zu tun haben, andererseits eben diese Vier-Monats-Zeitspanne im Raum steht - dann eigentlich genau diese Aktivierung im gestuften Verfahren irgendwann im Sep-

tember, im Herbst, dieses Zuwarten, bis man es irgendwie deutlicher kommen sieht, funktionieren soll. Das ist ein Geeignetheitsproblem. Das ist, wie gesagt, für die verfassungsrechtliche Beurteilung jetzt noch mal schwierig zu fassen; denn auch da würde der Spielraumgedanke, den ich eben artikuliert habe, greifen. Aber in der Relation zwischen dem, was der Entwurf für die allgemeine Impfpflicht will und beschreibt, und dem, was die anderen im Verhältnis dazu abgeben, scheint mir die Antwort recht klar: Der Entwurf, der die allgemeine Impfpflicht ab 18 vorschlägt, entspricht den verfassungsrechtlichen Anforderungen am besten.

**Die stellvertretende Vorsitzende:** Vielen Dank. Die Gruppe „Impflicht ab 18“ hat weiterhin das Fragerecht; es sind jetzt noch etwa 15 Minuten Zeit. Als Nächstes fragt Dagmar Schmidt, die online dabei ist. Bitte, Frau Schmidt.

**Abg. Dagmar Schmidt (Wetzlar) (SPD):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich frage die BAG Selbsthilfe. Schildern Sie bitte kurz die besondere Situation von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sowie deren Angehörigen während der Pandemie. Welche Schutzpflichten des Staates gegenüber dieser Gruppe sehen Sie? Kann eine allgemeine Impfpflicht dazu beitragen, diesen Schutz zu gewährleisten? Ich bitte um eine kurze Einschätzung.

**Die stellvertretende Vorsitzende:** Danke. Frau Dr. Doka, Sie haben das Wort.

**Sve Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.):** Ganz herzlichen Dank für die Frage. In der Tat waren Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen in der Pandemie erheblich beeinträchtigt. Sie haben sich umfassend geschützt, oft auch umfassend isoliert. Es war tatsächlich auch sehr schwierig, mit Familienangehörigen Kontakt zu haben. Das gilt insbesondere für Menschen mit Immunsuppression. Gerade Menschen mit Immunsuppression haben das Problem, dass Impfungen bei ihnen oft nicht so wirken, wie das bei Menschen mit normalem Immunsystem der Fall ist. Das



heißt, es gibt durchaus Menschen, gerade Menschen mit transplantierten Organen, aber auch Menschen mit Krebserkrankungen - es wurde schon erwähnt -, die wirklich Probleme haben, überhaupt Antikörper zu entwickeln, und die in der Folge leider nach wie vor, trotz drei- oder viermaliger Impfung, oft mit schweren Verläufen auf den Intensivstationen liegen. Insofern ist für die Betroffenen eine Durchimpfung der Bevölkerung natürlich von hoher Bedeutung; denn wir brauchen eine gewisse Grundimmunität, damit diese Menschen sich wirklich ohne größere Sorgen in der Bevölkerung bewegen können. Das ist auch ein Teilhabeproblem, und das hat natürlich auch etwas mit den Grundrechten auf Ehe und Familie zu tun. Denn ganz konkret heißt das, dass viele Menschen mit chronischen Erkrankungen oft den Kontakt mit ihren Familienangehörigen meiden müssen, weil sie Angst haben, dass darüber die Infektionen an sie herangetragen werden. Es gibt durchaus Leute, die einfach lange keinen Kontakt mit ihren Familienangehörigen hatten, um solche Infektionen zu vermeiden. Und für sie ist es eben nicht die Lösung, sich impfen zu lassen. Das haben die in den aller-meisten Fällen...

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Frau Dr. Doka, ich kriege das Signal, dass die Frage beantwortet ist.

SVe **Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Ja.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Ich danke Ihnen sehr. Als Nächstes fragt Kathrin Vogler, auch online. Frau Vogler, bitte.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE): Vielen Dank. Frau Vorsitzende! Meine Frage geht an den Ärzte- und Ärztinnenverband Long Covid, Frau Dr. Frommhold. Es wird jetzt in der Omikron-Welle häufig von milderem Krankheitsverlauf gesprochen und dabei die Frage von Langzeitfolgen häufig vernachlässigt. Können Sie einfach Ihre Erfahrungen mit Long Covid beschreiben und die aktuelle wissenschaftliche Evidenz hier vortragen, welchen

Beitrag eine höhere Impfquote durch eine allgemeine Impfpflicht dazu leisten kann, Langzeiterkrankungen zu vermeiden? Ist es richtig, dass die Dreifachimpfung nach dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand die Wahrscheinlichkeit verringert, nach einer Infektion an Long Covid zu erkranken?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Die Frage richtet sich an Frau Dr. Frommhold. Sie haben das Wort, Frau Dr. Frommhold.

SVe **Dr. Jördis Frommhold** (Ärzte- und Ärztinnenverband Long Covid): Vielen Dank für die Frage. Ja, es muss in der ganzen Debatte und der Diskussion irgendwie auch klar sein, dass wir es durchaus auch nach milden Covid-19-Infektionen mit Spätfolgen zu tun haben, und zwar liegt das Risiko von Ungeimpften, Spätfolgen zu erleiden, mittlerweile bei 10 Prozent. Das entspricht bei den aktuellen Infektionszahlen mehreren Hunderttausend bis Millionen Menschen, die von Spätfolgen betroffen sein werden. Das Risiko von Long Covid lässt sich laut einer englischen Studie durch die Impfung um 50 Prozent reduzieren und liegt dementsprechend dann nicht mehr bei 10 Prozent, sondern bei 5 Prozent. Es gibt weitere Studien, jetzt auch aus Israel, die eine deutliche Reduktion des Risikos von Spätfolgen, zum Teil sogar um bis zu 68 Prozent, bei Durchbruchinfektionen zeigen.

Bei Betroffenen von Long-Covid-Symptomatikern und Spätfolgen nach Covid-19-Infektionen handelt es sich eben nicht nur um die alten und die vorerkrankten Menschen, sondern häufig um junge Menschen im arbeitsfähigen Alter. Da treten letztendlich zwei Kernproblematiken auf: Wenn ich es mit einer großen Anzahl von Patienten zu tun habe, die eigentlich arbeitsfähig und willig sind, die aber auf unklare Zeit arbeitsunfähig und möglicherweise erwerbsunfähig werden, habe ich auf der einen Seite das Problem, dass diese Patienten in den hausärztlichen Praxen, aber auch in den niedergelassenen fachärztlichen Bereichen und den Spezialambulanzen betreut werden müssen. Das heißt, ich muss große Kapazitäten dafür zur Verfügung stellen. Auf der anderen Seite brauchen wir, weil es eine Ausschlussdiagnostik ist - wir haben noch nicht den ei-



nen Mark oder das eine Tool, womit wir Long Covid diagnostizieren können -, viele verschiedene diagnostische Kapazitäten. Auch die stehen dann möglicherweise eben nicht mehr für andere Bereiche zur Verfügung, wo wir sie eigentlich bräuchten. Zudem ist es unklar, wie lange die Patienten arbeits- oder gar erwerbsunfähig bleiben. Das heißt, auch da kommen auf die gesamte Gesellschaft volkswirtschaftliche, ökonomische Probleme zu, deren Ausmaß wir aktuell einfach noch nicht beziffern können. Die Studien dazu, wie viele Patienten durch Long Covid letztendlich arbeits- bzw. erwerbsunfähig sein können, sind noch ausstehend. Wir sehen aber, dass wir durch frühzeitige Diagnostik eine Chronifizierung vermeiden können, indem wir symptomlindernde Therapien anlegen, zum Beispiel im Bereich der ambulanten, aber auch der stationären Rehabilitation. Eine kausale Therapie gibt es aktuell noch nicht. Wir brauchen daher zu Long Covid dringend mehr Forschung im kausalen Bereich, im medikamentösen Bereich, aber natürlich auch im Bereich „Aufklärung und Weiterbildung“. Es ist aktuell ganz offensichtlich naheliegend, dass durch die Impfungen eine Reduktion des Risikos von Spätfolgen in einem sehr beträchtlichen Bereich, nämlich von 50 bis zu 68 Prozent, erreicht werden kann. Das ist sicherlich nicht nur für jeden Einzelnen entscheidend, sondern auch im volkswirtschaftlichen Gefüge. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Dr. Frommhold. Als Nächstes fragt der Kollege Dr. Dahmen, auch online. Bitte schön, Sie haben das Wort.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich möchte meine nächste Frage noch mal an den Einzelsachverständigen Herrn Karagiannidis stellen. Ist es zutreffend, dass sich der Altersdurchschnitt der Covid-Patienten auf den Intensivstationen in den Omikron vorangegangenen Wellen nach unten, also in Richtung jüngeren Alters, verschoben hat? Und welche Patienten müssen trotz einer Omikron-Infektion heute auf den Intensivstationen behandelt werden?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Herr Professor Karagiannidis, bitte.

**ESV Prof. Dr. Christian Karagiannidis**: Vielen Dank für die Frage, die insbesondere für eine Altersgrenze bei einer etwaigen Impfpflicht wichtig ist. Dazu möchte ich vorweg sagen, dass die Datenquellen, die wir verwenden, zum einen die des DIVI-Intensivregisters, aber auch die Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, des InEKs, und auch Daten zum Beispiel der AOK als einer der großen Krankenkassen in Deutschland sind. Darüber hinaus ist es mir auch noch mal wichtig, zu betonen, dass wir eine Qualitätssicherung der Datenanalyse brauchen. Diese Qualitätssicherung erfolgt bei uns in der Wissenschaft über international gereviewte Artikel. Deswegen darf ich zum Beispiel verweisen auf unsere Artikel im „Lancet Respiratory Medicine“, im „Blue Journal“, in den großen intensivmedizinischen Journals, womit wir auch eine Begutachtung unserer Analyse der Daten haben. Was wir gesehen haben, ist, dass wir in der ersten Welle mit dem Wildtyp doch relativ viele Patienten, insbesondere auf den Intensivstationen, hatten, die über 50 Jahre alt waren. Das Ganze hat sich im Laufe der Pandemie verschoben. Schon mit dem Alpha-Typ - das war die dritte Welle, die wir hatten, im letzten Jahr - sind die Patienten jünger geworden. Und mit der Delta-Welle hatten wir das bisher jüngste Patientenkollektiv auf den Intensivstationen. In der Sommerrückreisewelle hatten wir in der Spitze etwa 1 200 Patienten auf den Intensivstationen, von denen in der Tat ungefähr 40 Prozent jünger als 50 Jahre waren. Das hat sich dann in der starken Delta-Welle zum Herbst und Winter hin etwas nach unten korrigiert; von denjenigen auf den Intensivstationen waren aber immerhin noch über 15 Prozent unter 50 Jahre alt. Und wir hatten auch das erste Mal die Situation, dass wir viele Schwangere gesehen haben, die einen wirklich schweren Verlauf hatten; das waren in der Spitze ungefähr 50 Patientinnen zeitgleich auf den Intensivstationen. Mit der Omikron-Welle ist es zu einer deutlichen Rechtsverschiebung gekommen, das bedeutet, hin zu älteren Altersgruppen. Im Moment sind noch ungefähr 10 Prozent der Patienten auf den Intensivstationen unter 50 Jahre alt. Dazu muss man aber auch sagen, dass ein erheblicher Teil der Patienten auch wirklich mit der Erkrankung auf der Intensivstation liegt. Alleine zwei Drittel haben im Moment noch eine irgendwie geartete Atemunterstützung, von Sauerstoff bis hin zu einer künstlichen Lunge, was ein wichtiger Pa-



parameter für uns ist zur Einschätzung, ob die Patienten dort mit oder wegen Omikron liegen. Wie es jetzt weitergeht und wie sich der Altersschnitt auf den Intensivstationen weiterentwickelt, ist, glaube ich, schwer vorherzusagen. Dadurch, dass Delta und Omikron zwei ganz unterschiedliche Serotypen sind und zumindest hypothetisch die Möglichkeit besteht, dass wir im Herbst wieder eine Delta-Welle sehen werden, würde ich damit rechnen, dass sich das Altersspektrum auch wieder zu mehr jüngeren Patienten ohne Vorerkrankung oder mit wenig Vorerkrankungen hin verlagert, zumal wir im Moment, unter Omikron, insbesondere viele Hochaltrige, aber auch Immunsupprimierte auf den Intensivstationen haben. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Als Nächstes stellt Herr Wiese eine Frage. Bitte sehr.

Abg. **Dirk Wiese** (SPD): Vielen Dank. Frau Vorsitzende! Ich hätte eine kurze Frage noch mal an Herrn Professor Dr. Mayer. Wir haben vorhin an der einen oder anderen Stelle gehört, dass das Recht auf körperliche Unversehrtheit sozusagen unbedingt gilt. Können Sie dazu vielleicht ein paar erläuternde Ausführungen geben? Das ist auch wichtig für die Frage der Verhältnismäßigkeit. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Professor Mayer, bitte.

ESV **Prof. Dr. Franz C. Mayer**: Ganz herzlichen Dank für die Frage. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit gehört zu den Grundrechten, die durch ein Gesetz eingeschränkt werden können. Das heißt, wenn man gute Gründe hat, gute Gemeinwohlgründe, einige andere offensichtliche Parameter einhält und insbesondere auch verhältnismäßig agiert, dann kann eben auch diese körperliche Unversehrtheit zurückstehen müssen gegenüber anderen hochrangigen Rechtsgütern. Dementsprechend ist sie auch in der Hierarchie der Verfassungsgüter nicht die höchste Kategorie. Wir haben auch Grundrechte, für die die Einschränkung durch Gesetz nicht vorgesehen ist; da kommen dann nur kollidierende Verfassungsgüter in Betracht. Von daher sollte man das Recht auf körperliche Unversehrtheit

angemessen hochhängen, die Verfassung signalisiert aber schon klar: „Wenn ihr gute Gründe habt“ - und die haben wir hier -, „dann kann es eingeschränkt werden.“ Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Es sind noch knapp zweieinhalb Minuten übrig, und darin kann Frau Schmidt noch eine Frage stellen. Bitte sehr, Frau Schmidt.

Abg. **Dagmar Schmidt (Wetzlar)** (SPD): Meine Frage geht an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Sie haben in Ihrer Stellungnahme darauf aufmerksam gemacht, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht in eine allgemeine Impfpflicht eingebettet oder durch diese ersetzt werden müsste. Können Sie das kurz erläutern?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Grote, die Frage geht an Sie. Bitte sehr.

SV **Norbert Grote** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Danke schön. Jetzt mal unterstellt, Impfen hilft, Impfen schützt - das muss man jetzt dazusagen, und wir gehen davon aus, dass, wenn der Gesetzgeber die einrichtungsbezogene Impfpflicht einführt, das zu unterstellen ist -: Wir weisen seit einiger Zeit darauf hin, dass insbesondere Pflegeheime offene Orte sind, wo das Miteinander und Geselligkeit wichtig für die Lebensqualität sind, und man sich vor dem Hintergrund zumindest vergegenwärtigen muss, dass viele Hundert Besucherinnen und Besucher in Pflegeeinrichtungen kommen und ein Schutz in dieser Hinsicht im Moment nicht gegeben ist. Der wäre aus unserer Sicht nur durch eine allgemeine Impfpflicht zu gewährleisten - in welcher Form auch immer; aber der weitestgehende Antrag wäre mit Sicherheit der, der den größten Schutz bieten würde. Das vielleicht dazu. Ich glaube, es erschließt sich auch, dass der Schutz nicht gewährleistet ist, wenn sich die Impfpflicht nur auf Mitarbeitende bezieht und viele Hundert Besucher in eine Einrichtung kommen; tagtäglich sind es 50 bis 100 in einer Regeleinrichtung.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Grote. Die Fragezeit der Gruppe „Impfpflicht ab 18“



haben Sie auf die Sekunde ausgeschöpft. Vielen Dank dafür. Damit geht das Fragerecht jetzt wieder über zur CDU/CSU-Fraktion. Sie haben noch 30 Sekunden aus der vorherigen Runde; das heißt, Sie haben jetzt 29,5 Minuten Zeit. Es beginnt Herr Dr. Krings.

Abg. **Dr. Günter Krings** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde die Timing-Frage noch mal aufgreifen und dann eine Frage an Herrn Robert Seegmüller stellen. Also: Der Ausgangspunkt - die Entscheidung über die Bundesnotbremse - wurde eben angesprochen. Wir entscheiden hier unter unsicherer Erkenntnislage über die Impfpflicht. Dazu müssen alle relevanten Fakten zusammengetragen und sachgerecht, vertretbar bewertet werden. Jetzt ist aber die entscheidende Frage, wann das passieren muss. Es ist eben gesagt worden, erst im Herbst. Davon spricht gar keiner. Es könnte auch schon im Sommer sein; der Herbst fängt erst Ende September an. Wenn man sagt, im Sommer, im Spätsommer beispielsweise, wäre es noch ausreichend - als Hypothese -, stellt sich schon die Frage: Wäre es dann nicht sogar die Verpflichtung des Gesetzgebers, wenn er jetzt noch nicht so viele Informationen hat, so weit, wie es geht, diese Informationen zusammenzutragen und dann die bestmögliche Prognose zum letztmöglichen Zeitpunkt zu treffen, wenn sich die Informationen zum Beispiel bis zum Spätsommer dann noch verdichtet haben? Diese Frage nach einer verfassungsrechtlichen Beurteilung würde ich gerne an Herrn Seegmüller stellen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dr. Seegmüller, dann haben Sie das Wort.

ESV **Dr. Robert Seegmüller**: Vielen Dank. Die Entscheidung zur Bundesnotbremse ist angesprochen worden. In der Tat: Sie beschreibt die Spielräume, die der Gesetzgeber in der aktuellen Situation hat, sehr genau. Die Entscheidung betont einerseits, wie hier zu Recht schon gesagt worden ist, die Spielräume des Gesetzgebers bei der Bewertung eines Risikos, einer Gefahr, aber auch bei der Bewertung von Eignung, Erforderlichkeit und Angemessenheit im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung von den Zielen, von den Maßnahmen, die er anlegen

möchte. Allerdings betont das Bundesverfassungsgericht auch, dass der Spielraum des Gesetzgebers nicht uferlos ist; es setzt sehr wohl Grenzen. Das kann man ganz wunderbar aus dem Satz herauslesen, der an mehreren Stellen wiederholt wird. Da heißt es nämlich, die Unsicherheiten dürfen nicht per se zulasten desjenigen gehen, in dessen Grundrechte eingegriffen wird. Der Spielraum des Gesetzgebers ist also eben gerade nicht unbegrenzt, und man muss eben nicht alles hinnehmen, und die abstrakte Möglichkeit von irgendetwas reicht eben gerade nicht aus. Wie formuliert das Bundesverfassungsgericht vielmehr die Grenzen für den Gesetzgeber? Es formuliert prozedurale Grenzen, es formuliert Begründungsgrenzen. Das Bundesverfassungsgericht verlangt letztlich zum einen, dass die Tatsachengrundlage für eine Gefahrprognose, für eine Eignungsprognose vollständig ausgeschöpft wird. Das Zweite ist dann letztlich eben, dass die Risikobewertung, die auf Basis dieser Tatsachengrundlage erfolgt - mehr als das, was da ist, kann man nicht haben, das ist klar; aber die muss vollständig ausgeschöpft werden -, sachgerecht und vertretbar sein muss. Sonst sind die Grenzen überschritten. Daran muss sich dieser Gesetzentwurf messen lassen, und daran muss sich vor allem die Begründung dieses Gesetzentwurfs messen lassen. Dazu kann ich nach der Lektüre der Begründung dieses Gesetzentwurfs nur sagen: Das reicht mir derzeit noch nicht. Ich will überhaupt nicht ausschließen, dass man eine Impfpflicht für Volljährige bei einem fortschreitenden Erkenntnisprozess möglicherweise an irgendeinem Punkt begründen kann; zum jetzigen Zeitpunkt reicht mir das, wie gesagt, noch nicht. Ich will das in kurzen Worten noch mal exemplifizieren anhand der Zieldiskussion und der Eignungsdiskussion. - die Zieldiskussion ist ein wesentlicher Punkt, an dem die ganze juristische Teildiskussion der Pandemie seit zweieinhalb Jahren letztlich krankt -: Wir haben immer wieder ganz verschiedene, changierende Ziele, die ganz unterschiedliche Gestalt annehmen. Ich entnehme dem Gesetzentwurf zur Impfpflicht für Volljährige, dass es letztlich darum geht, die Überlastung des Gesundheitswesens zu verhindern. Dazu muss natürlich ein entsprechendes Risiko mal irgendwie tatsächlich naheliegen, jedenfalls möglich sein. Und da gibt es, abgesehen von der Möglichkeit, dass es überhaupt neue Varianten geben wird und dass überhaupt im Herbst respiratorische Erkrankungen natürlich häufiger sind als im Sommer,



keine wirklichen Anhaltspunkte. Dementsprechend reicht das im Moment nicht. Wenn ich dann höre, dass die Wortwahl ein bisschen changiert und aus „Überlastung“ „Entlastung“ wird - dann geht es nicht mehr um Überlastungsverhinderung, sondern um Entlastung -, sage ich: Das kann man natürlich machen. Das Bundesverfassungsgericht sagt in seinen Bundesnotbremse-Entscheidungen auch: Ja, auch andere Ziele kann man in den Blick nehmen. - Aber wenn man diese anderen Ziele in den Blick nimmt, muss man natürlich sehen: Die haben eine andere Wertigkeit. Die Überlastung des Gesundheitswesens ist ein gravierender, dominanter, extrem gewichtiger Gesichtspunkt, der letztlich ganz viele Einschränkungen im Grundrechtsbereich rechtfertigen kann, weil beim Versagen des Gesundheitswesens eben Leben und körperliche Unversehrtheit der Behandlungsbedürftigen in Rede steht. Wenn es um Entlastung des Gesundheitswesens geht, dann droht kein Versagen, sondern dann droht vielleicht längeres Warten, dann droht eine Belastung des medizinischen Personals. Das sind alles auch gewichtige Gesichtspunkte, die man würdigen muss; mit ihnen gäbe es hinsichtlich der Angemessenheit eines Eingriffes aber möglicherweise ganz andere Ergebnisse. Drittes Ziel: Schutz vor schweren Krankheitsverläufen. Das ist auch etwas, was immer wieder genannt wird. Der Punkt ist da aber - ich habe es vorhin schon ausgeführt -, dass man fragen muss: Wer wird denn jetzt eigentlich vor schweren Krankheitsverläufen geschützt? Ist es der Einzelne, der sagt: „Ich nehme das Risiko aber hin, und ich nehme auch einen eventuellen schweren Krankheitsverlauf hin“? Das ist im Prinzip, wenn man von der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung des Einzelnen ausgeht, vielleicht unvernünftig, aber das gute Recht jedes Einzelnen. Problematisch wird es da, wo er Dritte gefährdet. Da darf natürlich der Staat, darf die Gesellschaft einschreiten und eine Freiheitsbetätigung zurückdrängen - aber erst da. Und das ist letztlich am Ende des Tages die Zieldiskussion, die man erst mal klären muss. Der Gesetzentwurf muss sagen, was er will. Er sagt letztlich: Ich möchte die Überlastung des Gesundheitswesens verhindern. - Diese Begründung reicht momentan einfach nicht. Wenn man dann weiterschaut, was die Eignungsdiskussion angeht, sieht man, dass der Gesetzentwurf versucht, die Eignung eines Impfstoffs für die Abwehr einer Gefahr, die er postuliert, zu begründen, ohne

genau beschreiben zu können, wo diese Gefahr eigentlich herkommt. Der Gefahrenmechanismus insbesondere hinsichtlich der zukünftigen Varianten, der die drohende Überlastung begründen soll, ist noch gar nicht richtig beschrieben. Deswegen lässt sich auch die Eignung des Impfstoffs nicht begründen. Die Überlastung ist möglich - gar keine Frage; das haben wir heute auch gehört -; aber es gibt keine tatsächlichen Anhaltspunkte dafür, dass es dann auch wirklich so wäre, sondern es ist eben eine abstrakte Möglichkeit, und die reicht auch bei den weiten Maßstäben, die das Bundesverfassungsgericht zieht, derzeit noch nicht. Deswegen ist es jetzt aus meiner Sicht in der Tat geboten, die Informationen über die drohende Entwicklung im Herbst zusammenzusammeln, möglichst konkret werden zu lassen, die Gefährdungseinschätzung kontinuierlich zu aktualisieren und an dem Punkt, wo dann der derzeitige Gefahrverdacht, der besteht, in einen gefährlichen Zustand umschlägt, zu handeln und die entsprechende Impfverpflichtung dann, wenn es notwendig erscheint, auch einzuführen. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Als Nächstes Herr Sorge, bitte.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Der Entwurf eines Gesetzes zur Aufklärung, Beratung und Impfung aller Volljährigen gegen SARS-CoV-2 sieht die Errichtung eines periodischen dezentralen Meldesystems bei jeder einzelnen Krankenkasse vor. Da würde mich, weil vorhin die tatsächlichen Umsetzungsprobleme schon angesprochen worden sind, interessieren: Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung und, wenn ja, welche? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Die Frage richtet sich an Frau Dr. Pfeiffer. Bitte sehr.

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank. Ich möchte jetzt auch noch mal betonen, dass wir keine Aussage zur Einführung einer Impfpflicht gemacht haben, sondern zu der Rolle der Krankenkassen in der Umsetzung, nach der Herr Sorge gerade schon gefragt hat. Die Krankenkassen sind - und das gilt sowohl für die gesetzlichen wie auch für die privaten Krankenversicherer, die im



Gesetzentwurf genannt sind - keine Gesundheits- oder Ordnungsbehörden. Wir sind auch der Auffassung, dass sie nicht als solche von den Versicherern wahrgenommen werden, und wir sind der Auffassung, die Überwachung der Impfpflicht ist eine staatliche Aufgabe und ihre Übertragung an die Versicherer würde das wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Versicherten und Versicherern belasten. Zudem ist das geplante Verfahren weder wirtschaftlich noch funktional oder nachhaltig. Es müssen in der gesetzlichen Krankenversicherung 97 unabhängige Melde- und Prüfprozesse initialisiert werden; hinzukommen dann noch die privaten und sonstigen Versicherer. Dann ist die spätere Weiterleitung vorgesehen an Behörden, die noch benannt werden sollen, die dann die Bußgeldverfahren einleiten. Das heißt, wir haben hier eine einmalige Erhebung mit dezentraler, befristeter Datenspeicherung. Eine Aussagefähigkeit zur Durchimpfung der Bevölkerung wird sich frühestens im Oktober 2023 erreichen lassen, weil dann erst die Datenweiterleitung an das Forschungsdatenzentrum erfolgen kann. Darüber hinaus muss man wissen, dass die Kassen nicht sicher über die aktuellen Adressdaten aller ihrer Versicherten verfügen. Die Ummeldungen bei den Meldeämtern sind weitgehend aktuell; aber ehe sich jemand bei der Krankenkasse ummeldet, dauert es, und man hält es nicht so nach. Wir haben darüber hinaus etwa 16 Millionen Familienversicherte, wir haben Kinder, die in Ausbildung oder Studium sind, an einem anderen Ort leben. Hier gibt es also doch deutliche Lücken. Und was wir als besonders problematisch in diesem Prozess ansehen, ist, dass viele Millionen Versicherte, die ihre Meldungen verspätet abgeben oder an dem technischen Übermittlungsprozess scheitern, dann zu Unrecht an die Bußgeldstellen gemeldet werden müssen. Betroffen wären dann also Personen, die sich schon haben impfen lassen, insbesondere Ältere und Bürgerinnen und Bürger in vulnerablen Gruppen. Die Bußgeldbehörden würden überlastet. Von daher ist dieser Prozess hochaufwendig und wird nach unserer Auffassung dem auch von uns geteilten Ziel einer Erhöhung der Impfquote nicht förderlich sein. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Als Nächstes fragt Frau Winkelmeier-Becker. Bitte, Frau Kollegin, Sie haben das Wort.

Abg. **Elisabeth Winkelmeier-Becker** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich hätte noch mal eine Frage an die Sachverständige Professor Dr. Brinkmann. Sie hatten vorhin en passant gesagt, dass es auch viele Fehlinformationen in der gesamten Diskussion gibt und auch wir hier in diesem Kreise nicht davor gefeit sind. Deshalb wollte ich Ihnen Gelegenheit geben, da vielleicht die zwei oder drei wichtigsten Punkte gerade noch mal in aller Kürze zu unterstreichen. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Frau Professor Brinkmann, dann haben Sie das Wort.

ESVe **Prof. Dr. Melanie Brinkmann**: Danke schön. Ein Beispiel ist, dass davon ausgegangen wird, dass es zu keiner Entwicklung des Virus zu einer pathogeneren Version kommen kann, weil es das bislang in der Geschichte der Medizin noch nicht gab. Das stimmt so nicht; denn wir sehen allein jetzt in der sehr jungen Historie dieser Pandemie, dass sich die Delta-Variante entwickelt hat, die pathogener war als das Ursprungsvirus. Da möchte ich auch die Gelegenheit noch einmal nutzen, zu betonen, dass es zwar nicht dazu kommen muss - das sage ich nicht -, dass man diese Wahrscheinlichkeit aber einfach mit auf die Waagschale legen muss. Wie Herr Karagiannidis ausgeführt hat: Es gab in der Delta-Welle eine hohe Belastung zum Beispiel auch bei den schwangeren Frauen. Es gab viele Fälle auf den Intensivstationen. Das ist ein Zustand, den man vermeiden möchte. Das Dilemma ist einfach, dass der komplette Schutz durch die Impfung erst nach vier Monaten besteht und dass wir, wenn Delta zurückkommen sollte, da zu langsam sind. Das ist so das Problem. Wie gesagt, die ganzen Unwägbarkeiten - die sind hier schon vielfach betont worden -, die sind einfach da. Ich weiß nicht, ob man es unbedingt ausprobieren muss und nicht vorher präventiv handeln sollte. Ich kann nur aus biologischer Sicht schildern, was passieren kann. Ein anderes Beispiel ist, dass behauptet wird, die Impfung führe bei einer großen Anzahl von Menschen zum Tode, ohne dass ich jetzt einschlägige Literatur, die in der Wissenschaft auch wirklich begutachtet wurde, kenne. Das ist bei uns der normale Prozess: Daten werden präsentiert, und sie werden von unabhängigen Gutachtern eingeschätzt. Ich wüsste von keiner Studie, die diese Behauptung belegt.



Man sollte dann in Ländern, in denen es eine hohe Impfquote gibt, auch eine Übersterblichkeit sehen. Gute Beispiele sind Neuseeland oder Australien. In beiden Ländern gab es sehr wenige Covid-Tote, die Impfquote ist sehr, sehr hoch, aber es gibt keine Übersterblichkeit. Genau das - die Frage „Was war denn jetzt hier eine Falschinformation?“ - ist eben der Punkt. Das kann man auch nur mit einem breiten Wissen unterscheiden. Das ist gerade eine große Herausforderung, die ich auch sehr häufig in der Bevölkerung gespürt habe, die gesagt hat: Frau Brinkmann, wir können einfach nicht unterscheiden zwischen echter Information und den sogenannten Fake News. Es ist also nicht nur Aufklärung wichtig, sondern auch das Erklären: Warum ist diese Information eigentlich falsch? Und das ist schwierig; das ist komplex. Danke.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dr. Kippels fragt weiter.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich wieder an den Einzelsachverständigen Herrn Professor Stöhr. Auch in den Staaten, in denen ein sehr hoher Anteil von Personen gegen das SARS-CoV-2-Virus geimpft wurde, konnte in den letzten Monaten ein Anstieg der Inzidenzzahl und auch der Zahl der Verstorbenen beobachtet werden. Wie erklären Sie sich das, und was bedeutet das für die aktuelle Diskussion und Situation in Deutschland? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Herr Professor Stöhr, Sie haben das Wort.

ESV **Prof. Dr. Klaus Stöhr**: Danke für die Frage. Die Inzidenzen in den anderen Ländern steigen vergleichbar zu denen in Deutschland. Auf dem Weg zum Ende der Pandemie ist es normal, vor allen Dingen natürlich, wenn die Maßnahmen nachlassen, dass die Inzidenz an sich zunimmt. Dazu gibt es genügend Daten aus den vergangenen Pandemien. Am Ende der Pandemie steht die Infektion der weitaus meisten Menschen; das geht dann Richtung 90, 95, 100 Prozent. Und erst dann wird auch die Endemie beginnen. Diese Zunahme der Inzidenzen in den anderen Ländern hat in keinem der mit uns vergleichbaren Nachbarländer zu einer

signifikanten Überlastung, insgesamt oder auch nur regional, des Gesundheitswesens geführt. Hierbei muss man sich vor Augen führen, dass es in unseren Nachbarländern weitaus weniger Krankenhausbetten pro Kopf der Bevölkerung gibt. Um die Größenordnung zu nennen: In der Schweiz oder auch in Schweden gibt es nur ein Viertel oder die Hälfte der Krankenhausbetten pro Kopf der Bevölkerung; natürlich wird dort auch viel mehr ambulant behandelt. Aber so viele Intensivbetten wie in Deutschland pro Kopf der Bevölkerung existieren in keinem anderen Land. Also gibt es in anderen Ländern sehr hohe Inzidenzen, höhere als in Deutschland, und ein weniger robustes, weniger breit aufgestelltes Gesundheitswesen, und trotzdem scheint man dort mit der Lage gut zurechtzukommen. Es kommt dort offensichtlich zu keiner Überlastung des Gesundheitswesens. Wenn man sich vor Augen hält, was das Ziel der Pandemiebekämpfung ist - und ich denke mir, dass die Impfpflicht dem auch dienen sollte -, dann kann es aus meinem Blickwinkel nur die Verhinderung der Überlastung des Gesundheitswesens sein; denn die medizinischen, gesundheitlichen Auswirkungen einer SARS-CoV-2-Infektion für den Einzelnen lassen sich gegenwärtig, auch mit Zunahme der natürlichen Immunität, mit denen anderer Atemwegserkrankungen vergleichen. Wenn man jetzt tatsächlich als Ziel der Impfpflicht sieht, Infektionen zu verhindern, dann müsste man auch die Impfpflicht bei der Influenza diskutieren oder sehr schnell viel Geld zum Beispiel in die Bekämpfung der RSV-Infektion investieren, die die Kinder betrifft, mit der mehr Kinder auf der Intensivstation und in den Krankenhäusern liegen als mit einer Coronainfektion. Hier müsste man auch verhältnismäßig vorgehen und dann jede Infektion verhindern. Aber das ist meines Erachtens vorbei, weil man das Virus, sobald es zirkuliert, letztendlich mit keiner Maßnahme mehr einfangen kann. Alle werden sich leider infizieren; das ist bei diesem Naturereignis so. Man kann dieses Ziel, Infektionen zu verhindern, sicherlich erreichen. Dann müsste man aber wieder einen Lockdown machen, dann müsste man alle durchimpfen. Ob das verhältnismäßig ist, wage ich zu bezweifeln. Es wird auch weiterhin Todesfälle geben. Deren Zahl hat in den anderen Ländern ungefähr die gleiche Größenordnung erreicht wie in Deutschland. Denn keine der Maßnahmen, die in anderen Ländern oder in Deutschland verwendet werden, wirkt zu 100 Prozent, weder die Impfstoffe



noch die Medikamente; weder eine Intensivstation noch ein Krankenhaus können 100 Prozent der Todesfälle verhindern. Es wird also weiterhin, wie bei anderen Atemwegserkrankungen auch, Todesfälle geben. Die lassen sich jetzt noch ein Stückchen nach hinten verschieben, wenn man die Infektionen weiter verhindert. Oder man kann sie auch relativ zügig gestatten, so wie das die anderen Länder machen. Wer ein bisschen über die Grenzen hinausschaut, der sieht: Es ist ein Alleinstellungsmerkmal Deutschlands, dass man immer noch glaubt, jede Infektion verhindern zu können. Das wäre ideal; das würden sich alle erhoffen. Aber das ist leider nicht die Realität.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann stellt die nächste Frage Frau Borchardt. Bitte, Frau Kollegin.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht ebenfalls an Herrn Professor Stöhr. Herr Professor Stöhr, ist nach Ihrer Ansicht bereits eine belastbare und ausreichende Datengrundlage in Deutschland vorhanden, aufgrund derer man eine Impfpflicht ab 18 Jahren einführen könnte, und, falls nicht, welche Daten würden wir dazu benötigen? Vielleicht können Sie in diesem Zusammenhang auch noch mal auf Fremdschutz und Selbstschutz eingehen. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke Herr Professor Stöhr, dann können Sie fortfahren. Bitte.

ESV **Prof. Dr. Klaus Stöhr**: Aus meinem Blickwinkel könnte eine Impfpflicht ein sehr scharfes und sehr effizientes Schwert sein, um die Impfrate zu erhöhen. Es würde sich aber als Erstes die Frage stellen: Gibt es alternative Varianten, mit denen man ein ähnliches Ziel erreichen könnte? Was sind die Vor- und Nachteile im Vergleich zur Impfpflicht? Und welche Einzelmaßnahme, die man dann evaluiert, oder Kombinationen davon könnten am effizientesten, mit dem geringsten Kollateralschaden das Ziel erreichen? Aber das Ziel muss man erst mal genau definieren. Wenn das Ziel datenfrei die Reduktion der Todesfälle wäre, dann müsste man die über 50- oder 60-Jährigen impfen, weil die einen 99- bzw. 90-prozentigen Anteil an

allen Todesfällen haben. Aber es gibt Möglichkeiten, genau diese Altersgruppen und Bevölkerungsschichten zu identifizieren, bei denen das Immunloch gegenwärtig noch am größten ist; denn die Größe dieser Immunlücke wird entscheiden, wie schlimm, wie schwer die Atemwegserkrankungswelle im nächsten Herbst wird. Diese Lücke kennt man nicht; die könnte man aber mit einer guten Studie analysieren. Das wären 5 000 bis 6 000 Probanden, die man innerhalb von ein bis zwei Monaten repräsentativ untersucht und deren Daten man analysiert. Und dann wüsste man, wo dieses Immunloch tatsächlich ist. Lassen Sie mich noch ein Wort sagen zu der Frage: Schafft man es dann noch vor dem Herbst, die Impfung aufzubauen, wenn die Daten vielleicht im Juli/August vorliegen? Meine Antwort hier ist Ja, sowohl aus der Kenntnis der Impfstoffe als auch aus dem Wissen über den normalen Zeitablauf von Winterimmunisierungsmaßnahmen. Es würde so sein, dass man, wenn man die Impflücke feststellt - nehmen wir mal an, es sind immer noch 2,8 Millionen bei den über 60-Jährigen -, für diese Gruppe eine Impfpflicht festlegt und mit der Umsetzung im September beginnt. Dann würde man Anfang Oktober, Mitte November/Dezember vielleicht die meisten geimpft haben, die es machen wollen, also die 2 Prozent, die sich noch bereit erklären. Dann würde man innerhalb von vier Wochen nach der zweiten Impfung einen sehr guten Immunschutz haben. Diese Daten sind belastbar. Der Impfschutz würde weit über dem liegen, was man von der Coronaimpfung erhofft hat, bevor die Impfstoffe entwickelt wurden. Da hat man nämlich gesagt, alles, was über 50 oder 60 Prozent an Wirksamkeit für die Verhinderung schwerer Verläufe liegt, werde ein toller Impfstoff sein. Jetzt liegen wir bei 90 Prozent. Natürlich ist es die dritte Impfung, die uns dann wieder auf die 90 Prozent bringt. Aber eine doppelte Impfung würde immer noch einen sehr guten Teil des fünfmonatigen Immunschutzes gewährleisten, auch bei den über 60-Jährigen. Also, das Argument, dass man jetzt gleich anfangen muss mit dem Impfen, damit man im Herbst eine entsprechende Immunrate hat, ist meines Erachtens nicht stichhaltig. Solche Studien sollten eigentlich von der öffentlichen Hand gefördert werden. Ich habe mich da ein bisschen umgehört. Beim Bundesgesundheitsministerium wurden zwei solcher Studien nicht gefördert. Das Forschungsministerium hat angekündigt, sie wollen das machen. Ich habe auch andere Kollegen gefragt.



Es gibt offensichtlich keinen in Deutschland, der solche Studien gegenwärtig finanzieren möchte. Aber meines Erachtens wären sie die Grundlage, um evidenzbasiert, zielgerichtet und - genau die relevante Gruppe zu erreichen - vielleicht sogar nur mit Anreizen und nicht über eine Impfpflicht -, um dann die Impflücke für den Herbst zu schließen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Frau Winkelmeier-Becker stellt die nächste Frage. Bitte.

Abg. **Elisabeth Winkelmeier-Becker** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe noch mal eine Frage an Herrn Dr. Seegmüller, und zwar eine Frage zum weiteren parlamentarischen Verfahren. Wir haben auf der einen Seite Anträge, die sagen: „unbedingte Impfpflicht ab einem bestimmten Zeitpunkt“, wir haben auf der anderen Seite Anträge, die sagen: „gar keine Impfpflicht“, und wir haben vermittelnde Anträge. Wie gehen wir damit parlamentarisch am besten weiter um, auch wenn es um die Frage der Abstimmung geht? Danke.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Die Frage hat sich an Sie gerichtet, Herr Dr. Seegmüller. Sie haben das Wort.

ESV **Dr. Robert Seegmüller**: Vielen Dank. Das ist eine Frage, die letztlich das Parlamentsrecht und gar nicht so sehr den Infektionsschutz betrifft. Es gibt die Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages, die das im Wesentlichen vorstrukturiert, und die allgemeinen Grundsätze über die Behandlung von konkurrierenden Anträgen und Gesetzentwürfen. Da gilt der allgemeine Grundsatz: Der weitestgehende Antrag wird zunächst behandelt. Das wirft dann die Frage auf: Welcher von den fünf Anträgen ist denn der weitestgehende Antrag? Der weitestgehende Antrag ist wohl die Impfpflicht für Volljährige; der wäre aus meiner Sicht zuerst zu behandeln. Wenn dieser Antrag durchgeht, dann erledigt sich natürlich alles andere. Geht er nicht durch, dann ist unter den restlichen Anträgen zu entscheiden, was dann der weitestgehende ist. Dann hätten wir wohl als weitestgehenden Antrag denjenigen, der, wenn ich das jetzt richtig wiedergebe, lautet: Impfvorsorge stärken, aber ohne Impfpflicht. Der wäre dann als Nächstes abzustimmen. Der Antrag

der AfD-Fraktion ist aus meiner Sicht in dieser Kategorie nicht eins zu eins zu berücksichtigen, weil er letztlich auf eine rechtliche Bewertung zielt und nicht so sehr auf ein Gesetzgebungsvorhaben; so verstehe ich ihn. Ansonsten wäre der natürlich ungefähr mit dem anderen Antrag gleichzusetzen. Das wären diese beiden Anträge. Je nachdem, wie es mit diesen Anträgen ausgeht, muss man weitersehen, was dann der weiter gehende ist. Das wäre dann wohl der Gesetzgebungsantrag mit der Impfpflicht ab 50. Und zuletzt bliebe dann der Antrag auf ein Impfvorsorgesetz übrig. So sehe ich die Struktur der Abstimmung.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Sorge stellt die nächste Frage.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich möchte gern noch mal bei dem nachhaken, was Professor Stöhr gesagt hat. Er wies darauf hin, dass die Impflücke momentan überhaupt nicht klar definierbar sei und dass die Wirkung der Impfstoffe - Stichwort „Antikörperstatus“ - nach drei Monaten relativ stark nachlasse. Das Argument der Befürworter einer pauschalen Impfpflicht ist immer, zu sagen, wir müssten jetzt möglichst schnell alle impfen, weil das doch irgendwas bringen würde und wir im Herbst bzw. im Spätsommer zu spät dran wären. Deshalb würde mich interessieren, Herr Professor Stöhr, wie Sie das einschätzen: Wann, wenn überhaupt, sollte denn geimpft werden? Und vor allen Dingen zum zeitlichen Ablauf: Können Sie etwas dazu sagen, ob dieser aktivierbare Impfmechanismus, so wie wir ihn vorschlagen, auch zeitlich geeignet wäre, auf künftige pandemische Entwicklungen angemessen zu reagieren? Ich würde ganz gern, wenn das möglich ist, die letzten beiden Fragen auch an Herrn Professor Lindner stellen. Ansonsten würde ich sie noch mal extra stellen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Das können wir so machen. Wir haben jetzt insgesamt noch zwei Minuten und zwanzig Sekunden. Dann gebe ich erst Herrn Professor Stöhr das Wort und, wenn noch Zeit ist, danach Herrn Professor Lindner. Herr Professor Stöhr, bitte.



**ESV Prof. Dr. Klaus Stöhr:** Auch wenn man jetzt sehr schnell beginnen würde, diese drei Impfungen hintereinander durchzuführen, würde die letzte Impfung unbedingt erst im Oktober/November zu geben sein, weil natürlich die Antikörper den hauptsächlichsten Schutz liefern. Das sind Proteine, die verschwinden relativ schnell wieder; das ist bekannt. Dann müsste man wieder nachboostern. Das würde bei der Doppelimpfung, die man im Herbst beginnen würde, nicht viel anders sein. Man könnte also ein ähnliches Ziel erreichen, vielleicht nicht genauso gut. Aber man könnte mit den zwei Impfungen schon eine sehr hohe Wirksamkeit erreichen und, wenn man wollte, dann die dritte Impfung nach zwei, drei Monaten noch nachliefern. Die würde dann im Januar/Februar kommen. Die Saison bei den Atemwegserkrankungen reicht von November/Dezember bis Februar/ März. In diesem gesamten Zeitraum soll geschützt werden. Wenn man jetzt anfängt, zu impfen, und dann die letzte Impfung vielleicht schon im Sommer gibt, also wenn man dem Schema „Gleich loslegen“ folgt, dann hat man im Winter einen verminderten Schutz und nicht das, was man eigentlich braucht.

**Die stellvertretende Vorsitzende:** Vielen Dank. Dann gebe ich das Wort Herrn Professor Lindner zur Beantwortung der gleichen Frage. Genau eine Minute bleibt jetzt noch. Bitte sehr.

**ESV Prof. Dr. Josef Franz Lindner:** Vielen Dank. Herr Stöhr hat, glaube ich, ganz nachdrücklich ausgeführt, dass die Vorsorgegesetzgebungslösung tatsächlich möglich wäre. Ich denke, das ist das Mittel der Wahl. Denn welche Möglichkeiten hat man, mit Unsicherheit umzugehen? Erstens. Man macht nichts. Das, denke ich, kommt nicht infrage. Zweitens. Man macht ins Blaue hinein irgendetwas. Da würde man wahrscheinlich auch den Einschätzungsspielraum, den das Bundesverfassungsgericht gibt, überstrapazieren. Ich warne auch davor, die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Notbremse einfach eins zu eins, so nonchalant auf die jetzige Lage zu übertragen. Dann macht man es sich zu einfach. Ich denke, die Unsicherheit kann man dadurch reduzieren, dass man noch einige Monate wartet, aber jetzt schon die Rechtsgrundlage schafft, um dann, wenn wir mehr Informationen haben, die Impfpflicht relativ schnell scharf zu

schalten, sodass wir auch zeitlich noch so im Rahmen sind, wie ihn Herr Professor Stöhr gerade skizziert hat. Vielen Dank.

**Die stellvertretende Vorsitzende:** Vielen Dank. Dann haben wir auch das Fragerecht der Fraktion der CDU/CSU sehr gut in der Zeit miteinander abgearbeitet und die Antworten der Expert/-innen gehört. Somit geht das Fragerecht jetzt an die AfD-Fraktion. Es sind noch zwölf Minuten. Und Sie hatten eben noch 20 Sekunden gespart; die schlagen wir Ihnen obendrauf. Herr Ziegler, bitte.

**Abg. Kay-Uwe Ziegler (AfD):** Vielen Dank für die Fragemöglichkeit. Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. In den letzten beiden Jahren sind durch die Medien Krankenhausverlegungen von Patienten als Indiz für eine Überlastung des Gesundheitswesens erschreckend öffentlichkeitswirksam gezeigt worden. Ich erinnere an Bundeswehrmaschinen und viele Krankenwagen zur Verlegung von Covid-19-Patienten. Dazu mein Fragekomplex. Wie viele Verlegungen von Covid-19-Patienten haben Sie 2020 und 2021 registriert? Wie viele Verlegungen von einem in ein anderes Krankenhaus gab es insgesamt jeweils in den Jahren 2019, 2020 und 2021? Und ganz besonders interessiert mich: Sind in den beiden Coronajahren 2020 und 2021 zur Entlastung des Gesundheitswesens insgesamt mehr Patienten verlegt worden als im Vergleichsjahr 2019?

**Die stellvertretende Vorsitzende:** Danke. Die Frage richtet sich an Herrn Dr. Gaß. Bitte sehr, Sie haben das Wort.

**SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.):** Vielen Dank. Die Fragen kann ich jetzt nicht im Detail mit genauen Zahlenangaben beantworten, weil ich die Zahlen erst noch mal hervorholen muss. Wir haben eine Patientenverlegung gehabt - das kann ich sagen -, was die schwerkranken Patienten im Bereich der Intensivmedizin im Rahmen des Kleeblattverfahrens angeht - wie Sie zu Beginn Ihrer Frage auch angesprochen haben -, deren Zahl im hohen zweistelligen Bereich lag. Wir haben darüber hinaus immer wieder im hohen dreistelligen Bereich Verlegungen gehabt aus peri-



pheren Intensivstationen in sogenannte Ecmo-Zentren, wo diese Intensivpatientinnen und -patienten dann mit einer höheren Intensivstufe weiterbehandelt werden konnten. Das sind in jedem Fall Ausnahmesituationen gewesen, die wir in der Vergangenheit jenseits der Pandemie so und in diesem Umfang nicht gesehen haben. Die genauen Zahlen, die Sie abgefragt haben, muss ich nachliefern.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Ziegler, Sie haben eine weitere Frage. Bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Tom Lausen. Können Sie anhand des Ihnen vorliegenden Datenmaterials zu Krankenhausverlegungen per annum in Deutschland für 2019, 2020 und 2021 Zahlen zur Verlegung nennen? Und kann man daraus Rückschlüsse auf die Auslastung oder Überlastung der Krankenhäuser in Coronazeiten ziehen? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Lausen, Sie haben das Wort.

ESV **Tom Lausen**: Vielen Dank. Ich habe natürlich viele Daten gesammelt. Zur Verlegung von Patienten oder Fällen aus Krankenhäusern in andere Krankenhäuser habe ich Daten: In 2019 sind etwa 611 000 Patienten insgesamt verlegt worden. Wir hatten in 2020 nur noch 547 000, also etwa 60 000 weniger, und in 2021 556 000 gesetzlich Versicherte, die verlegt worden sind. Das Geschehen auf der Intensivstation gestaltete sich natürlich noch mal etwas anders. 2019 wurden von einer Intensivstation in ein anderes Krankenhaus 214 000 Menschen verlegt, 2020 nur noch 195 000 Menschen, 2021 192 000 Menschen. Natürlich ist es so - das habe ich auch schon letztes Mal gesagt -, dass die deutschen Krankenhäuser im Jahr 2020 und 2021 tatsächlich eine Patienteneinbuße bzw. eine Falleinbuße von etwa 5 Millionen Fällen hatten. Das macht sich natürlich auch bei den Verlegungen bemerkbar. Je weniger Fälle, desto weniger Verlegungen sind notwendig und möglich. Genauso sieht es dann natürlich auf der Intensivstation aus, wo ebenfalls deutlich weniger Fälle über die Jahre 2021 und 2020 als in 2019 gewesen sind. Ich möchte die Gelegenheit nutzen - ich habe mich

nämlich vorhin vertan - und möchte etwas kurz korrigieren. Ich hatte gesagt, dass das Bundesverwaltungsgericht die Impfung als Ursache für Todesfälle akzeptiert hat. Es war tatsächlich das Bundesverfassungsgericht. Zum Glück haben wir die Bundesoberbehörde, das Paul-Ehrlich-Institut. Ich möchte zu diesem Thema einmal zitieren. Das Bundesverfassungsgericht hat nämlich im Februar etwas dazu gesagt, und die Bundesoberbehörde Paul-Ehrlich-Institut wird hier referenziert. Kommen Betroffene der ihnen in § 20a ... IfSG auferlegten Nachweispflicht nach und willigen in eine Impfung ein, löst dies körperliche Reaktionen aus und kann ihr körperliches Wohlbefinden jedenfalls vorübergehend beeinträchtigen. Im Einzelfall können auch schwerwiegende Impfnebenwirkungen eintreten, die im extremen Ausnahmefall auch tödlich sein können (vgl. Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts ... Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplicationen ...). Es ist also gar nicht so schwer, als Datenanalyst Informationen herauszulesen. Man muss dafür keine großartigen Studien kennen. Es reicht, dass wir unsere wichtige Bundesoberbehörde, das Paul-Ehrlich-Institut, haben, die das ermittelt, die nämlich von 2 255 Verdachtsmeldungen auf Todesfälle mit Bezug zur Impfung oder nach der Impfung 85 auf jeden Fall als „möglich oder wahrscheinlich“ an der Impfung gestorben eingestuft hat. Das sollte zunächst einmal reichen, um nicht auf eine Studie zu warten, sondern das auch schon in die Überlegungen einzubeziehen. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke Herr Sichert stellt die nächste Frage.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Ich dachte, Herr Ziegler wollte noch eine Frage stellen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Bei uns waren zwei Fragen gemeldet, aber sehr gern. Dann fahren Sie bitte fort, Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an den Deutschen Ethikrat. In Ihrer Pressemitteilung vom 22.12.2021 verwenden Sie nachfolgende Formulierungen, um eine allgemeine gesetzliche Impfpflicht ethisch zu befürworten - ich zitiere aus der Pressemitteilung: „Derzeit



stößt das deutsche Gesundheitssystem vielerorts an seine Grenzen“ oder zum Beispiel „... einen drohenden Kollaps des Gesundheitswesens abzuschwächen“ oder als letztes Beispiel „... um eine Überlastung des Gesundheitswesens, speziell der Intensivstationen, zu vermeiden“. Die mir aktuell vorliegenden Daten zeigen, dass in 2020 und 2021 den deutschen Krankenhäusern insgesamt 5 Millionen Fälle verloren gegangen sind. Laut INEG gab es sogar auf den Intensivstationen auch noch mal 500 000 Fälle weniger, die abgerechnet worden sind. Nun meine Frage: Welche genauen Zahlen haben Sie herangezogen, um Ihre ständig wiederkehrenden Aussagen zur Überlastung des Gesundheitssystems zu stützen? Wir haben nun vier oder fünf Coronawellen - da streiten sich die Experten - unterschiedlicher Stärke fast hinter uns. Wir haben 5 Millionen Fälle weniger, 500 000 Fälle weniger auf Intensivstationen abgerechnet. Mehrfach wurde uns die Überlastung des Gesundheitssystems prognostiziert; nie traf sie ein. Auf welcher Zahlengrundlage können Sie nun, gerade auch für die zukünftigen Wellen, eine Prognose der Überlastung des Gesundheitssystems abgeben? Vielen Dank.

**Die stellvertretende Vorsitzende:** Die Frage richtet sich an Frau Professor Buyx, und Sie haben jetzt auch das Wort, Frau Professor.

**Sve Prof. Dr. Alena Buyx** (Deutscher Ethikrat): Vielen Dank. Die Ihnen vorliegenden Daten kenne ich nicht und kann ich auch nicht bewerten. Das ist auch nicht Rolle und Funktion des Deutschen Ethikrates. Wir haben uns in unseren Publikationen seit März 2020 immer wieder auf die drohende Überlastung des Gesundheitswesens deswegen bezogen, weil diese - das wurde von verschiedenen verfassungsrechtlichen Kolleginnen und Kollegen hier auch unterstrichen - eine der rechtlichen Begründungsmöglichkeiten für einschränkende Maßnahmen darstellen. Wir haben in der letzten Publikation zur allgemeinen Impfpflicht darauf als eine von zwei Zielperspektiven, also die Verhinderung einer drohenden Überlastung des Gesundheitswesens und der Übergang in eine sogenannte kontrollierte endemische Lage, für eine solche Impfpflicht hingewiesen. Das heißt, hier geht es um ein normatives Ziel. Der Deutsche Ethikrat ist kein Gremium, das selbst auf der Grundlage von Daten einschätzt oder bewertet, wann eine solche Situation vorliegt.

Vielen Dank.

**Die stellvertretende Vorsitzende:** Danke schön. Herr Ziegler stellt eine weitere Frage, noch dreieinhalb Minuten. Bitte sehr.

**Abg. Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Tom Lausen. Können Sie uns anhand des Vergleichs der von Ihnen ausgewerteten Daten einen Überblick über die Auslastung der Intensivstationen und des deutschen Gesundheitswesens in Gänze für die Jahre 2019, 2020 und 2021 geben? Vielen Dank.

**Die stellvertretende Vorsitzende:** Herr Lausen, Sie haben das Wort.

**ESV Tom Lausen:** Ich bin Datenanalyst. Das Wort „Datenanalyst“ muss ich immer wieder sagen, weil die Daten eigentlich alle verfügbar sind. Es wäre schön, wenn die einfach mal vernünftig zusammengetragen würden; dann könnte man viele Dinge sehen, und vielleicht müsste man dann über viele Dinge auch gar nicht mehr so lange sprechen. Ich habe es eben schon erwähnt: Mit dem „deutschen Gesundheitssystem“ sind jetzt bei der Omikron-Welle im Wesentlichen die deutschen Krankenhäuser und die Intensivstationen angesprochen, die überfüllt waren. Ich möchte an die Bundesnotbremse im April 2021 erinnern. Aus meiner Sicht sind die Patienten- und die Fallzahlen in den Krankenhäusern erheblich eingebrochen, und zwar so erheblich, dass sie jetzt nicht mehr ihr früheres Niveau erreichen werden, nicht nur weil Operationen verschoben werden, sondern möglicherweise auch deswegen, weil die Patienten letztendlich auch Sorge und Angst haben, überhaupt in die Krankenhäuser zu gehen. Die wichtigen Operationen finden statt; das kann man an den Daten sehen. Operiert werden bösartige Neubildungen usw. Das RWI hat da auch sehr gute Datenausarbeitungen gemacht, bei denen ich Sie bitte, sich die mal anzusehen. Aber die deutschen Krankenhäuser waren in den letzten zwei Jahren insgesamt dramatisch unterausgelastet, also im Verhältnis zu dem, was 2019 und die Jahre davor gewesen ist. Dass eine Überlastung des Gesundheitssystems eintritt, ist für mich aus den Daten heraus überhaupt gar nicht erkennbar. Vielen Dank.



Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Dann können Sie noch eine weitere Frage stellen, Herr Ziegler. Bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen für Pathologie, Professor Burkhardt. Herr Professor Schirmacher von der Uni Heidelberg hat dieses Wochenende gesagt: Personen, die überraschend und kurz nach der Impfung versterben, zeigen in unseren Untersuchungen in 30 Prozent einen direkten Impfungszusammenhang. Meine Frage an Sie: In wie viel Prozent der von Ihnen untersuchten Fälle gehen Sie davon aus, dass die Impfung mitverantwortlich für den Tod der Menschen war?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Professor Burkhardt, Sie sind angesprochen. Eine Minute Zeit bleibt noch, bitte.

ESV **Prof. Dr. Arne Burkhardt**: Ich kann sagen: Wir haben bei 15 Fällen, die ausreichend untersucht sind, in 12 Fällen einen klaren Zusammenhang zwischen der Impfung und dem Tod gesehen und in drei eben keinen sicheren Zusammenhang. Die Zahlen von Herrn Professor Schirmacher passen sehr gut dazu; denn unser Patientenkollektiv bestand aus besonders gesunden Menschen, bei denen die Angehörigen überhaupt nicht erwartet haben, dass sie sterben könnten, während Herr Schirmacher ein Patientengut hatte, welches zufällig ausgewählt war oder zumindest nicht nach dem Gesundheitsgrad vor dem Tod oder vor der Impfung. Insofern sehe ich hier eine Übereinstimmung unserer Ergebnisse. Ich denke, die Zahlen stimmen etwa überein. Zum Schluss noch: Wer irgendwie an diesen Dingen zweifelt, ist herzlich eingeladen, bei mir die histologischen Belege einzusehen, insbesondere die Ärzte, die alle einen Histologiekurs hinter sich haben, und auch Herr Lauterbach, der...

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Professor Burkhardt, Sie müssten zum Schluss kommen.

ESV **Prof. Dr. Arne Burkhardt**: ...eine gute pathologische Ausbildung bei Herrn Professor Mittermayer durchlaufen hat.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit ist die Fragezeit auch abgelaufen. Das Frage-recht geht jetzt weiter an die Gruppe „Kubicki, Aschenberg-Dugnus und andere“. Frau Aschenberg-Dugnus fragt, und es bleiben sieben Minuten. Bitte sehr, Frau Aschenberg-Dugnus.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Herrn Professor Radbruch. Ist eine Impfpflicht unter der jetzt vorherrschenden Variante mit den derzeit zur Verfügung stehenden Impfstoffen dazu geeignet, eine Herdenimmunität zu erreichen, wie es manche Befürworter der Impfpflicht als Ziel benannt haben? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke, Herr Professor Radbruch, Sie sind angesprochen. Bitte, gern.

ESV **Prof. Dr. Andreas Radbruch**: Ich bin vom Deutschen Rheuma-Forschungszentrum und der Charité und bin Vizepräsident des Europäischen Immunologenverbandes. Sie haben die Frage des Fremd- und Eigenschutzes angesprochen. Für den Eigenschutz sind unsere Impfstoffe, die wir jetzt haben, perfekt geeignet, viel besser, als man es erwarten konnte. Schon nach der zweiten Impfung hat man mehr als 95 Prozent Schutz vor schwerer Erkrankung; Herr Stöhr hat das eben angesprochen. Für den Fremdschutz - das heißt den Schutz davor, sich das Virus einzufangen und an andere weiterzugeben - ist leider ein anderer Zweig der Immunität verantwortlich, nämlich die Antikörper auf den Schleimhäuten. Die allerdings verschwinden sehr schnell; innerhalb von Wochen sind sie wieder weg. Das sieht man dann an den Infektionszahlen und auch an der Virusmenge, die ein infizierter Geimpfter übertragen kann. Da gibt es praktisch keinen Schutz mehr. Nun könnte man sagen: Dann boostert man doch immer mal wieder. Leider schiebt das Immunsystem da einen Riegel vor; denn es gewöhnt sich an die Impfstoffe und reagiert immer schwächer, was man sehr schön bei der vierten Impfung in Israel sehen kann, wo der Schutz vor einer Infektion direkt nach der vierten Impfung gerade mal 11 bis 30 Prozent beträgt. Dann verschwindet das ganz schnell wieder. Mit den gegenwärtigen Impfstoffen einen Fremdschutz



herzustellen, wird unmöglich sein. Wir brauchen dafür neue Impfstoffe und auch mehr Wissen darüber, wie man das Verschwinden dieser Antikörper in den Schleimhäuten, die verhindern, dass das Virus überhaupt an seine Zielzellen andocken kann, stoppen kann. Da ist die Wissenschaft gefordert; aber diese Impfstoffe gibt es noch nicht. Deswegen: Mit den gegenwärtigen Impfstoffen rumzuspielen, macht für den Fremdschutz keinen Sinn, für den Eigenschutz sehr wohl.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Frau Aschenberg-Dugnus, Sie fragen weiter. Bitte.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Auch meine zweite Frage richtet sich an Herrn Professor Radbruch. Herr Professor Radbruch, Sie haben für breitflächige Untersuchungen des Immunstatus plädiert. Können Sie dem Ausschuss kurz erläutern, was damit gemeint ist und ob Sie einen Zusammenhang mit einer möglichen Impfpflicht sehen? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Professor Radbruch, dann fahren Sie bitte fort.

ESV **Prof. Dr. Andreas Radbruch**: Ich denke, eine breit angelegte Untersuchung der sehr unterschiedlichen Immunantworten würde Klarheit darüber bringen, wie effizient diese Impfungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen sind. So wissen wir inzwischen aus Arbeiten einer frankoamerikanischen Arbeitsgruppe, dass ungefähr 4 Prozent der über 70-Jährigen Antikörper gegen Interferone haben; das sind die Zytokine, die man braucht, um das Virus im Körper abzutöten, um eine gute Immunantwort hervorzurufen. 20 Prozent der Patienten auf der Intensivstation haben solche Autoantikörper. Umgekehrt bekommen diese Patienten durch eine Impfung einen Immunstatus. Wir wissen, dass Leute mit supprimiertem Immunsystem, zum Beispiel Transplantatempfänger oder Rheumapatienten, schlecht antworten. Es wäre sehr gut, etwas genauer zu wissen, wer wann welche Antwort macht, um die Impfungen optimieren zu können und nicht eine Prozedur für alle zu haben; denn wir sind, was das Immunsystem betrifft, so unterschiedlich wie unsere Fingerabdrücke. Deswegen brauchen wir einfach diese Untersuchung,

diese Daten über den Immunstatus, um in der Zukunft gezielter vorgehen zu können und zu wissen, welche Leute man überhaupt noch erfolgreich boostern kann und welche angepassten Impfstoffe überhaupt welche Wirkung haben können. Danke.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke. Frau Aschenberg-Dugnus, gern noch eine Frage.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, an Herrn Professor Tenenbaum. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass entscheidend ist, dass ein breiter Impfschutz in der Bevölkerung freiwillig erreicht wird. Können Sie das bitte kurz erläutern und vielleicht dabei auch darauf eingehen, warum Sie glauben, dass bei einer Impfpflicht der Impfgedanke insgesamt Schaden nimmt? Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Professor Tenenbaum musste schon los. Es übernimmt Herr Professor Schneider von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Herr Professor Schneider, bitte.

SV **Prof. Dr. Dominik Schneider** (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.): Guten Tag! Wir haben die Stellungnahme auch gemeinsam verfasst. Letztlich ist das eine Diskussion, die wir auch im Rahmen Masernimpfpflicht geführt haben, nämlich dass man in der Bevölkerung den Eindruck gewinnen könnte, dass dann, wenn einzelne Impfungen mit einer Pflicht belegt sind, andere Impfungen weniger wichtig sind. Als Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind wir Anhänger des Impfgedankens, und wir müssen aus unserer Sicht, glaube ich, darauf hinwirken, dass sich die Erkenntnis durchsetzt, dass Impfungen insgesamt als eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Mittel zur Erhöhung der Gesundheit in der Bevölkerung dienen. Zum ersten Teil Ihrer Frage - weswegen wir formuliert haben, dass wir uns wünschen würden, es würde zu einer freiwilligen Erhöhung der Impfquote kommen: Das liegt daran, dass es auch Studien gibt über Impfskepsis oder „vaccination hesitancy“, unter anderem von der WHO, die gezeigt haben, dass vor allem Aufklärungskampagnen



wichtig sind und noch einen stärkeren Effekt haben, um die Impfquote zu erhöhen. Grundsätzlich sind wir Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte aber alle davon überzeugt, dass wir eine höhere Impfquote bei Erwachsenen erreichen müssen. Ich glaube, die politische Entscheidung, wie man das am besten erreicht, ist jetzt schwierig. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Professor Schneider. Jetzt wären noch sechs Sekunden übrig. Ich glaube, dann schließen wir jetzt.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Sechs Sekunden bringen nicht viel. Danke.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann geht das Fragerecht jetzt an die Gruppe rund um Professor Ullmann, „Impfpflicht ab 50“. Es sind noch sechs Minuten Zeit. Herr Professor Ullmann, Sie haben das Wort.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die erste Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Professor Brinkmann in Fortsetzung der letzten Frage. Frau Professor Brinkmann, wie stehen Sie zur Impfpflicht ab 50 unter Vorbehalt?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Frau Professor Brinkmann, Sie haben das Wort.

ESVe **Prof. Dr. Melanie Brinkmann**: Ganz kurz: Das Risiko, einen schweren Verlauf mit dem SARS-Coronavirus-2-Virus zu haben oder auch daran zu versterben, ist stark altersabhängig. Aus virologischer Sicht kann ich sagen: Das Virus zirkuliert weiterhin; es wird sich weiterhin verändern. Wir können im Moment die Schwere der Wellen, also die Auswirkungen auf das Gesundheitssystem, nicht abschließend beurteilen. Da wir aber diese starke Altersabhängigkeit sehen, halte ich es für absolut sinnvoll, wenigstens bei Menschen über 50 die Impflücke, so weit es geht, zu schließen. Wie das gelingt, ist eine politische Entscheidung. Ich möchte aber auch noch mal betonen, wie wichtig die Aufklärung ist, sodass Ängste genommen werden. Ich möchte noch einen Punkt kurz anspre-

chen: Man muss, glaube ich, den Verlust an Lebensjahren betrachten, und auch Menschen unter 50 können schwer erkranken. Die Ausführungen von Herrn Frommhold zu Long Covid haben wir alle gehört. Long Covid ist ein Problem. Danke.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Professor Ullmann, Sie stellen auch die nächste Frage.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Dr. Rixen. Ist der Verweis auf die Entscheidung zur Bundesnotbremse, wie wir es gerade in der Anhörung gehört haben, überzeugend?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Professor Rixen, wir bitten um Ihre Antwort.

ESV **Prof. Dr. Stephan Rixen**: Vielen Dank für diese Frage. Ich war Prozessbevollmächtigter des Deutschen Bundestages in den Bundesnotbremse-Verfahren und möchte dem Fehleindruck entgegentreten, dass diese Entscheidungen sozusagen eine Art Freifahrtschein für den Gesetzgeber sind, die ihm mehr oder weniger freistellen, wohin er denn mit seinen Gesetzgebungsprojekten fahren will. Ich glaube, dass das nicht so ist. Die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts haben - das ist ganz klar - einerseits einen durchaus weiten Gestaltungsspielraum akzentuiert; aber sie haben sich auf einen sehr konkreten Sachverhalt bezogen. Vor allen Dingen wird der weite Gestaltungsspielraum kombiniert mit erheblichen Begründungs- und Plausibilisierungslasten. Das heißt, der Gesetzgeber muss sich auseinandersetzen mit den im Raume stehenden Alternativen, aber auch mit den im Raume stehenden tatsächlichen Auskünften. Da möchte ich nur zwei Dinge aufgreifen, die jetzt auch jüngst in der Anhörung aufgefallen sind. Herr Kollege Stöhr hat darauf hingewiesen, wenn ich ihn richtig verstanden habe, dass es vor allen Dingen um die Zeit ab September, also Spätsommer/Frühherbst, geht. Das heißt, der Gesetzgeber wird sich auch in tatsächlicher Hinsicht damit auseinandersetzen müssen, wieso denn, wenn es auf diese Zeit ankommt, vorher schon eine Impfpflicht greifen soll. Das ist natürlich etwas, was begründbar sein kann. Ich sehe es jetzt nicht nach dem, was Herr Kollege



Stöhr gesagt hat; aber entscheidend ist, dass der Gesetzgeber klären muss, warum er es denn nicht für plausibel hält oder doch für plausibel hält.

Ein zweiter Punkt: Ich möchte auch noch mal sagen: Das, was Herr Kollege Stöhr sagt, ist letztlich in tatsächlicher Hinsicht ein wesentliches Argument, das in Österreich dazu beigetragen hat, dass die Impfpflicht ausgesetzt worden ist. Ich möchte Sie sehr ermutigen, sich noch mal mit dem ersten Bericht zum begleitenden Monitoring der Impfpflicht gegen Covid-19 vom 8. März 2022 zu befassen - das ist beim österreichischen Bundeskanzleramt auf der Homepage nachzulesen -, wo eine gemischte Kommission aus Expertinnen und Experten der Medizin und des Rechts dargelegt hat, warum diese Impfpflicht ausgesetzt wird und warum es erst wieder zum Spätsommer bzw. zum Frühjahr nötig ist, über so eine Impfpflicht nachzudenken und sie in Gang zu setzen. Das heißt: Das, was Herr Kollege Stöhr sagte, ist letztlich auch ein ganz wichtiges, tragendes Argument im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsargumente, die in Österreich bei ähnlicher Verfassungslage dazu beigetragen haben, dass die allgemeine Impfpflicht ausgesetzt wurde. Bundesnotbremse-Entscheidung heißt, sich damit auseinanderzusetzen und nicht einfach zu sagen: „Das gibt es; aber wir machen trotzdem einfach so weiter, wie wir das für richtig halten“; denn das ist eine gesteigerte Begründungslast, eine Pflicht, sich mit diesen im Raume stehenden Argumenten auseinanderzusetzen. Daran würde ich gerne erinnern. Wie gesagt, die Bundesnotbremse-Entscheidung ist kein Passepartout, sozusagen kein Freifahrtticket, sondern eine Pflicht, sehr genau hinzusehen in tatsächlicher Hinsicht, aber auch über die Grenzen des Landes hinweg und von dort für das Verständnis der eigenen Verfassungslage zu lernen. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Schulz-Asche stellt eine weitere Frage. Bitte.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNE): Herzlichen Dank. Meine Frage richtet sich an den Caritasverband. Frau Dr. Fix, wie schätzen Sie das Potenzial ein, durch Impfberatung noch ungeimpfte Personen zur Impfung zu motivieren? Und wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund unseren Vorschlag der Einführung einer verpflichtenden individuellen ärztlichen Impfberatung, die der

möglichen Einführung einer Impfpflicht ab 50 Jahren vorgeschaltet wird?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Frau Dr. Fix, Sie haben noch eine Minute Zeit zur Beantwortung. Bitte sehr.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V): Ich kann das ganz kurz beantworten. Wir haben durchaus gute Erfahrungen in unseren Einrichtungen im Rahmen der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gemacht, doch noch den einen oder anderen zur Impfung zu bewegen. Es gibt erhebliche Fehl- und Falschinformationen, die sehr bewusst gestreut wurden, wie beispielsweise diese unselige Unfruchtbarkeitsthese oder die These von den angeblich genverändernden Wirkungen der Impfung. Vor diesem Hintergrund halten wir alles für geboten, was sozusagen dem scharfen Schwert einer Impfpflicht vorgeschaltet werden kann, um durch eine individuelle ärztliche Beratung den entstandenen Unsicherheiten und Ängsten der Menschen - denn es sind nicht alle Impfgegner - entgegenzutreten zu können. Wir befürworten vor diesem Hintergrund ausdrücklich diese vorgeschaltete, verpflichtende ärztliche Impfberatung. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank auch für diese Antwort. Damit ist dieser Fragekomplex vorbei. Sie haben ganz exakt die Zeit eingehalten. Vielen Dank dafür.

Jetzt darf ich fragen, ob es von den Abgeordneten, die sich bisher noch keinem Vorschlag zugeordnet haben, noch Fragen gibt. Sie hätten jetzt noch insgesamt fünf Minuten Zeit, zu fragen und Antworten zu erhalten. Hier im Raum ist das nicht der Fall. Wie ist es digital?

Ich höre, es gibt eine Frage von Frau Müller. Der gebe ich jetzt das Wort. Bitte sehr, Frau Müller.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hätte noch eine Frage an Herrn Uwe Janssens vom DIVI, und zwar: Ist es zutreffend, dass wir unter Omikron zurzeit zwar etwas weniger Fälle sehen, die einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, gleichwohl die öffentliche Gesundheit aber weiterhin erheblich belastet ist, zum Beispiel durch infizierte Personen auf den Normalstationen, durch starke Personalausfälle oder auch



durch die Auslastung von Laborkapazitäten? Da würde ich um eine Antwort bitten. Ich bedanke mich.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Professor Janssens, dann haben Sie das Wort.

**SV Prof. Dr. Uwe Janssens** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin): Vielen Dank für die wichtige Frage. Es stimmt: Die Omikron-Variante hat zu einer deutlichen Abnahme der Zahl der Patientinnen und Patienten mit schweren Krankheitsverläufen und Intensivpflichtigkeit geführt. Aus Amerika wissen wir von einer Risikoreduktion um 80 Prozent für die Intensivtherapie bzw. Beatmung nach Infektion mit Omikron im Vergleich zur Delta-Variante. Aber parallel haben wir da derzeit natürlich sehr hohe Infektionsraten; das wissen Sie. Wir wissen sehr genau, die Hospitalisierungsrate liegt bei circa 1 Prozent aller Infizierten, wieder streng altersabhängig: zwischen 18 und 59 Jahren 0,57 Prozent, 60 plus 4,7 Prozent. Auch der Anteil der intensivpflichtigen Patienten ist altersabhängig in Bezug auf die hospitalisierten Patientinnen und Patienten: 18 bis 59 Jahre: 3,4 Prozent, 60 plus: 10,5 Prozent. Ganz relevant erscheinen aber zwei Punkte: einerseits der bedeutende Anteil gemessen an den hohen Infektionszahlen der hospitalisierten, nicht zwingend intensivpflichtigen Patienten. Dies bedeutet für die Krankenhäuser eine zusätzliche enorme Belastung. Dazu kommt andererseits angesichts der hohen Infektionszahlen und angesichts der infektiösen BA.2-Omikron-Variante auch eine Kontamination des Gesundheitspersonals und anderer systemrelevanter Berufe, die 10 bis zum Teil 20 Prozent beträgt, regional sogar höher liegt. Das heißt, auch hier, wie in allen anderen systemrelevanten Bereichen, spielen diese Zahlen eine enorme Rolle für einen regelhaft ablaufenden Betrieb im Gesundheitswesen, sowohl ambulant wie stationär, und müssen bei der Beurteilung einer zukünftigen Impfpflicht, wie auch immer sie ausfallen wird, berücksichtigt werden. Vielen Dank.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Professor Janssens. Wir hätten jetzt noch die Gelegenheit zu einer Frage aus der Gruppe derer, die noch unentschieden sind. Darf ich fragen, Frau

Surholt, ob das der Fall ist? Nein. Gut, dann sind die Fragen so weit beantwortet. Ich darf Ihnen allen ganz herzlich danken, die Sie zu dieser sehr relevanten Anhörung beigetragen haben, die eine wirklich sehr, sehr wichtige Frage betrifft, die in der Folge nun zu beantworten ist, nämlich wie mit dieser Frage: „Impfpflicht: Ja oder nein und, wenn ja, wie?“ umzugehen ist. Ich darf sehr herzlich danken für die konzentrierte Arbeitsatmosphäre, die konzentrierten Fragen, die präzisen Antworten aller Expertinnen und Experten. Ganz ausdrücklich möchte ich auch dem Stenografischen Dienst danken; denn wir haben jetzt über drei Stunden angehört. Das ist eine große Leistung. Ganz, ganz herzlichen Dank dafür! Auf Grundlage dessen, was die Expertinnen und Experten uns mitgegeben haben, werden die Gruppen und Fraktionen nun weiterarbeiten. Dafür gutes Gelingen! Damit schließe ich diese Anhörung. Auf Wiedersehen!

Schluss der Sitzung: 13:18 Uhr