Sächsischer Landtag
Verwaltung
Plenardienst, Präsidium, Parlamentarische
Geschäftsstelle, Stenografischer Dienst

14. März 2022
PD 2.4
Apr 7/09-37 A

Stenografisches Protokoll
(Wortprotokoll als Ergänzung der Niederschrift nach § 41 der Geschäftsordnung des Sächsischen Landtags)

der Anhörung
durch den Ausschuss für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt,
am 7. März 2022, von 10:04 bis 13:24 Uhr, im Plenarsaal

Protokollgegenstand:

„Impfdruck endlich abbauen - Allen Bürgern valide und standardisierte Immunitätsnachweise anbieten und vollständig anerkennen“

Antrag der Fraktion AfD — Drucksache 7/8312

„Nebenwirkungen und Komplikationen in Folge der Corona-Schutzimpfungen in vollem Umfang erfassen, die Bürger sachlich informieren und die Geschädigten unterstützen“

Antrag der Fraktion AfD — Drucksache 7/8500

(Beginn der Anhörung: 10:04 Uhr)

Vors. Susanne Schaper: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich eröffne die 37. Sitzung des Ausschusses für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt. Ich begrüße recht herzlich die Mitglieder des Ausschusses sowie Frau Staatsministerin Petra Köpping, Frau Dorit Gang und Frau Anne Koschemann als Vertreterinnen der Staatsregierung. Zur Anhörung, zu Tagesordnungspunkt 1, begrüße ich ebenfalls aus dem Sozialministerium Frau Dr. Khan und Herrn Jens Heimann.

Außerdem begrüße ich die Parlamentarischen Beraterinnen und Berater der Fraktionen, die Vertreter der Landtagsverwaltung sowie die zuhörenden Gäste.

Ich bitte Sie, die Hygieneregeln entsprechend dem Schreiben des Landtagspräsidenten einzuhalten und verweise auf die aktuelle Allgemeinverfügung.

Ich komme zu den allgemeinen Hinweisen. Verehrte Gäste auf der Zuschauertribüne, ich bitte Sie, Missbilligungen bzw. Wohlwollens- oder andere Bekundungen jeglicher Art wie Beifall oder Zwischenrufe zu unterlassen. Foto-, Film- und Tonaufnahmen vonseiten der Gäste sind ausschließlich nur vor und nach der Sitzung zugelassen. Ich bitte Sie, entsprechende Aufzeichnungen mit Ihren Handys während der Sitzung zu unterlassen.

Außerdem sind Vertreter(innen) der Presse, des MDR und auch der Printmedien, zum Beispiel der „Freien Presse“, anwesend.

Der Antrag auf Genehmigung von Foto-, Film und Tonaufnahmen wurde von mehreren Seiten an mich als Vorsitzende gestellt. Die Genehmigung ist der jeweiligen Vorsitzenden vorbehalten. Ich habe dennoch Rücksprache mit den Obleuten gehalten und wir sind zu dem Ergebnis gekommen, dass ich die Öffentlichkeit bzw. die Mitschnitte durch die angemeldeten Vertreter(innen) der Presse zulasse.

In den nächsten Wochen ist für den Landtag ein Livestream, das heißt eine offizielle Übertragung der Anhörungen und öffentlichen Sitzungen der Ausschüsse vorgesehen bzw. bald in der technischen Umsetzung, sodass dies möglicherweise bereits in der nächsten Sitzung stattfinden wird.

Wir kommen zum Tagesordnungspunkt 1, zur öffentliche Anhörung zum Thema „Impfdruck endlich abbauen – Allen Bürgern valide und standardisierte Immunitätsnachweise anbieten und vollständig anerkennen“, ein Antrag der AfD-Fraktion, Drucksache 7/8312, sowie „Nebenwirkungen und Komplikationen in Folge der Corona-Schutzimpfungen in vollem Umfang erfassen, die Bürger sachlich informieren und die Geschädigten unterstützen“, Drucksache 7/8500, ebenfalls ein Antrag der AfD-Fraktion. Die Anträge wurden fristgemäß überwiesen, sodass wir zur öffentlichen Anhörung kommen können.

Dazu begrüße ich recht herzlich folgende Sachkundige: Frau Dr. Elke Austenat, Internistin im International Medical Adviser Diabetes mellitus; Herrn Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer; Herrn Prof. Dr. Arne Burkhardt, Pathologie-Praxis und Labor Reutlingen; Herrn Dr. Thomas Grünewald, Klinikum Chemnitz und Sächsische Impfkommission – er ist der SIKO-Vorsitzende –; Herrn Prof. Dr. Christoph Josten, Medizinischer Vorstand und Sprecher des Vorstands im Universitätsklinikum Leipzig; Herrn Dr. Thomas Pfeiffer, Facharzt für Anästhesie und

Notfallmedizin; Herrn Dr. Gerd Reuther, Facharzt für Radiologie und Buchautor aus Saalfeld/Saale.

Die Sachkundigen werden gebeten, ihre Zeit von 10 Minuten nicht zu überziehen, anderenfalls werde ich sie leider unterbrechen müssen. Wir werden in der Reihenfolge alphabetisch vorgehen. Zwei der Sachkundigen sind per Video zugeschaltet, und zwar Frau Dr. Austenat und Herr Dr. Reuther. Nach den Statements der Sachkundigen kommen wir in üblicher Weise zu den Fragen der Fraktionen.

Es beginnt Frau Dr. Elke Austenat. Ich bitte um Ihren Beitrag; Sie haben circa 10 Minuten zur Verfügung.

(Die Sachverständige referiert anhand einer PowerPoint-Präsentation.)

Dr. Elke Austenat: Guten Tag! Das unmittelbare Ziel von der WHO ist definiert: Todesfälle, schwere Krankheiten und die allgemeine Krankheitslast zu minimieren.

(Folie 1: WHO Ziele)

Das Ganze passiert auf der Basis, dass Immunität erzeugt wird.

(Folie 2: Ziel bei potenziell gefahrvoller mikrobieller Erkrankung)

Das zieht sich durchgängig durch sämtliche verfügbaren Literaturhinweise: Immunität, präventive Immunität, ob als Herdenimmunität mittels Impfung oder natürliche Immunität. Es bleibt unterm Strich bei der Immunität.

(Folie 3: Erfolgsprüfung bei potenziell gefahrvoller mikrobieller Erkrankung)

Um das zu kontrollieren, wurden traditionell die klinischen Endpunkte beurteilt, das heißt Symptome, Organbeeinträchtigung, die auch den Krankheitsstatus bzw. Genesenenstatus oder die Rekonvaleszenz beschreiben.

Seit vielen Jahren ist es möglich, darüber hinaus weitere laborparametrische Dinge zu erheben, das heißt den Nachweis von humoralen oder zellulären Antikörpern.

(Folie 4: Sachverständigen Aussage zur 1. Fragestellung)

Insofern ist die erste Fragestellung, die mir zugesandt wurde – „Impfdruck endlich abbauen – Allen Bürgern valide und standardisierte Immunitätsnachweise anzubieten“ – , unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, dass „valide“ bedeutet, dass auch gemessen wird, was erforscht werden soll: die Krankheitslast bzw. die Anzahl der Todesfälle und die Minimierung der schweren Krankheitsverläufe. Dazu muss man sagen: Auf dem Dashboard des RKI steht, dass – gemessen an PCR – Infektion gleichzeitig auch Krankheit bedeutet. Wir alle wissen, dass der PCR als Genesenenstatus dient, hingegen nicht die Immunitätsmarker.

(Folie 5: Wertung des PCR Testes ist an die klinische Symptomatik zu binden)

Die WHO selbst bescheinigt im Januar 2021 mit dem Verweis auf Altman und Bland, dass der PCR eben kein Immunitätsmarker ist, sondern – wie Kary Mullis es schon sagt

– als alleinstehendes Merkmal weder zielführend für den Nachweis einer Erkrankung ~~noch~~ **sondern** ein Biomarker ist. Es wurde auch 2020 und 2021 bestätigt – wie ich auf der Folie unten zeige –, dass keine Kausalität oder Korrelation in diesem Sinne zwischen PCR und Krankheit besteht. Man muss dazu sagen: Das Ganze ist bereits von Altman, einem der großen Statistiker der WHO, im Jahr 1994 festgelegt worden.

(Folie 6: Sachverständigen Aussage zur 1. Fragestellung: valide = Krankheit)

Darum ist von gutachterlicher, sachverständiger Seite zu sagen: Der PCR macht genau nicht das, was wir machen wollen bzw. was die WHO und die Regierung vorgibt. Er ist kein Beweis für eine Immunantwort, kein Beweis für einen Nachweis, kein Nachweis für einen Rekonvaleszentenstatus. Er ist lediglich ein ganz hervorragender Test, auf künstliche Art und Weise genetische Bruchstücke eines vermehrungsfähigen Organismus zu ermöglichen. Das heißt unterm Strich: Man muss allen Bürgern Immunitätserhebungen anbieten, bezahlen und vollständig anerkennen.

(Folie 7: Sachverständigen Aussage zur 1. Fragestellung)

Ich komme zur Beantwortung des nächsten Teils der Fragestellung, die an mich herangetragen wurde: standardisiert. „Standardisiert“ heißt normiert. Ich würde das ändern in „akkreditierte Labore“, weil sie nicht nur das machen, was das RKI vorgibt – die Vorlage liegt vor zu sagen, wir erkennen ausschließlich Antikörper an –, um einmal zu sehen: Immunität entsteht aus vielen anderen Gründen mehr.

(Folie 8: Evidenz für die Änderung der Forderungs-Formulierung)

Ich habe hier nur Teile zusammengestellt, aber es gibt die Maßeinheit BAU – Binding Antibody Units – von der WHO für alle Länder, anhand derer standardisiert umgerechnet wird.

(Folie 9: Kreuzimmunität gegen pandemische Coronaviridae)

Ich will nur kurz durchgehen, um zu zeigen: Immunität wird auf vielfältige Weise bei den Menschen erworben, durch Kreuzimmunität. Die Literaturbeispiele belegen, dass Kreuzimmunität genau das Ziel ist, was die WHO vorgibt zu erreichen. Kreuzimmunität ist stabiler. Literaturangaben – um nur einzelne Auswahlbereiche darzustellen – sind hier vermerkt.

(Folie 10: Beispiele: angeborener/adaptiver Schutz vor schweren hCoV Verläufen – Immunologischer Nachweis)

Zusätzlich gilt: Wer genetische Bereiche hat wie Chromosom 12 und hier bestimmte Rezeptoren, ist grundsätzlich vor Viren geschützt, oder CD-8 oder Blutgruppe 0. All das ist eigentlich bekannt.

(Folie 11: Immunität durch Impfung nur partiell: z.B. kein NC-positiver Nachweis)

Wichtig ist die Frage, die immer wieder ansteht: Ist Impfung nun besser oder eventuell die natürliche Immunität? Das RKI bestätigt das, was die Fachwelt weiß: Die Impfung richtet sich nur gegen das Spike und nicht gegen die RNA, also das Nukleocapsid. Das

heißt, die natürliche Immunität ist umfassender und stabiler. Wenn man sagt, wir können Immunität auf zwei Wegen erreichen – durch Impfung oder durch die natürliche erworbene adaptive Auseinandersetzung mit der Umwelt –, dann muss man feststellen: Die natürliche ist besser.

(Folie 12)

Wichtig ist – und hier kommt man zu einer Fragestellung, die ganz speziell den Gesundheitsminister vielleicht noch einmal anzuraten wäre, nachzulesen –: Dieses Virus mutiert durchschnittlich 1,5-mal pro Monat. Das heißt, auch in der Coronavirus Study Group ist nachlesbar, dass die homologe Rekombination deutlich höher ist, wie alle hier beweisen. Zu sagen, wir können an den Punkt kommen und es stoppen, das ist absurd; denn bereits im April 2020 war, wie nachgewiesen wurde, wie es immer so schön heißt, der Wildtyp oder Wuhan-Typ als Mutation schon gar nicht mehr auf der Welt, sondern wurde bereits abgelöst. Ob nun Omikron oder Delta oder was auch immer kommt, das heißt unterm Strich: Wir werden die Mutationen dieses Virus – der Coronaviridae – nicht ändern können, wie er seit Jahrtausenden und seit 1968 von June Almeida nachgewiesen wurde.

(Folie 13: Schützende Immunität nach Erholung von SARS-CoV-2-Infektion ohne Impfung)

Fakt ist – auch das Paul Ehrlich-Institut zeigt es –, dass der Antikörperschutz bis über 14 Monate nachweisbar ist und dass die T-Zell-Immunität bis zu 17 Jahre – ich habe eine Arbeit gefunden mit bis zu 100 Jahren – nachlesbar vorhanden ist.

(Folie 14: Immunitätsdaten Deutschland)

Das spiegelt sich nicht in der deutschen Landschaft wider, wie das Helmholtz Institut nur als Metapher für viele Auswertungen, die gemacht worden sind, schreibt: Die Tücke des Coronavirus ist seine Eigenschaft, bei vielen Infizierten nur milde Erkältungssymptome zu verursachen. Dazu muss ich sagen: Das ist eigentlich das, was wir wollen. Wir wollen, dass derjenige nicht schwer erkrankt. Das ist der Sinn zu sagen, hier ist eine Pandemie zu beenden. Man kann nicht sagen, dass das Virus besonders tückisch ist. Um auf Chemnitz zu kommen: Es handelt sich um eine einzelne Auswertung – obwohl erst im Jahr 2022 alle Ergebnisse erwartet werden – mit 32,4 %, die ungeimpft angeblich immun wären.

(Folie 15: 1. Ergebnisse Bürgerinitiative EdV: Immunität bei Ungeimpften [n= 6.640])

Wir haben eine ähnliche Auswertung mit 6 640 Teilnehmern gemacht. Demnächst wird sie mit 30 000 durchgeführt. Das ist repräsentativ, wenn man das Konfidenzintervall von 95 % und die Fehlerquote von 5 % anlegt.

Bezogen auf alle Bundesländer, sehen Sie hier Sachsen mit 93 % Immunität, ohne dass geimpft worden ist. Das heißt, in fast ganz Deutschland ist mehr oder minder durchgängig eine natürliche Immunität nachweisbar.

(Folie 16: Ungleichstellung Immunität: Genesenen Zertifikat)

Darum muss die Forderung auch von meiner Seite bekräftigt werden: Nach dem Gleichstellungsprinzip und auch nach der Ratio oder der Evidenz – hier zum Masernschutzgesetz – ist die Immunität anzuerkennen.

Vielleicht zur Schlussfolgerung: Die erworbene Immunität ist im Vergleich der Immunitäten natürlich langfristiger und sicherer. Man muss natürlich sagen: Es ist individuell, und bei klinischer Symptomatik sind gegebenenfalls Kontrollen erforderlich; denn wir sind nicht eine große Gruppe, sondern wir sind Individuen, bei denen nachweislich – dies kann man mit vielen Literaturhinweisen belegen – unterschiedliche Dauern von Immunitätsstadien nachweisbar sind.

(Folie: SV-Einschätzung und Impfungen)

Zur Schlussfolgerung im Rahmen der Vorsorge der Krankenkasse: Über das Präventionsschutzgesetz könnten die Immunmarker natürlich bezahlt werden, und sie sind auch zu erheben, bzw. so wie es DMP, Desease Management Programme, gibt, kann man auch hier über die rechtliche Grundlage versuchen, diese für die gesamte Bevölkerung extreme Situation einzubinden und zu sagen, man bietet hier in gleichem Maße an, dass wir Untersuchungen für Immunmarker durchführen.

Ähnliches gilt für die Arbeitgeber. Nachweislich ist der PCR nicht eine willkürliche Größe ohne Krankheitsbeweis. Das heißt, der Arbeitgeber ist eigentlich verpflichtet, Sorgfalts- und Fürsorgepflicht gegenüber seinen Angestellten walten zu lassen, und das kann man nach den entsprechenden Medien tun.

(Folie S. 18: Sachverständigen-Aussage zur 2. Fragestellung)

Nun – dazu werde ich nur kurz äußern – zur Frage der Nebenwirkungen und Komplikationen. Sollen diese umfassend aufgeklärt werden? Ja, selbstverständlich. Sie sehen die letzte Arbeit aus Israel und dass erst nach der vierten Dosis gesagt wird, man kann schwere Erkrankungen unter geimpften Senioren und anderen Risikogruppen deutlich senken. Das heißt mit anderen Worten: Vorher waren sie doch unter Geimpften extrem vorhanden.

Weiterhin ist sehr bedenklich, dass es Untersuchungen gibt – Sie finden jeweils bei den PDFs die entsprechenden Links dazu –, dass bei Menschen – und zwar statistisch signifikant –, die über 50 Jahre alt sind, eine Reduktion der durchschnittlichen Lebenszeit von fast vier Jahren nach Impfung mit Moderna gegeben ist und auch der Umbau – dies haben Niederländer nachgewiesen – des angeborenen und adaptiven Immunsystems nachlässt.

Gleichzeitig haben wir eine wesentlich höhere Durchbruchsrate bei den Geimpften gegenüber den Nichtgeimpften. Das RKI selbst bezeichnet dies so, daher vorher die Situation, die ich genannt habe: Dieses Virus bzw. diese Virusklasse mutiert durchschnittlich 1,5-mal im Monat. Genau das bestätigt auch die Fluchtmutation, also nicht Durchbruchsinfektion; das ist auch ein so neues Wort. Fluchtmutationen werden angeheizt durch eine Impfung, die obendrein nur partiell schützt, nämlich bei Spike.

(Folie S. 19: Nebenwirkungen Impfungen: Häufigkeit unklar)

Die wohl alle bewegende Frage ist: Warum gibt es diese Riesenunterschiede? Der ProVita-Geschäftsführer hat eigentlich nur die Kodierung der Ärzte genommen, also T88.0 etc., um zu sagen: Überdurchschnittlich häufig tritt irgendeine Art von Nebenwirkung auf, die im Vergleich zur Benchmark, also zu dem BKK-Begriff, deutlich höher liegt als gegenüber dem Paul-Ehrlich-Institut. Übrigens, allen ist bekannt: Nachdem ein amerikanisches Gericht die Freigabe der Nebenwirkungen – –

Vors. Susanne Schaper: Ich bitte Sie, langsam zum Ende zu kommen. Die 10 Minuten sind um.

(Folie S. 20: Die permanente Nutzen-Risiko-Analyse/Kontrolle des Outcome ist ein Muss)

Dr. Elke Austenat: Ja, gern. – Aber Sie sehen, dass das PEI einfach Dinge wegfallen lässt und sagt: Das haben wir nicht erwartet, also zählen wir das nicht.

Demgegenüber steht – Sie haben hier die Vergleiche – Ioannidis, der zwei Auswertungen gemacht hat. Das heißt unterm Strich: Es ist eine Erkrankung, die nicht so gefährlich ist, dass sie rechtfertigt, dass wir die Menschen impfen.

Ich komme zum Schluss. Das Bundesgesundheitsblatt sagt: Impfstoffe werden zur Verhinderung von Infektionskrankheiten an Gesunden gegeben. Die Risiken müssen also daher kaum wahrnehmbar sein, das heißt, sie müssen auch eine Akzeptanz in der Bevölkerung haben. Wenn man einen falschen Marker willkürlich festlegt – PCR –, dann ist keine Akzeptanz vorhanden, und wenn die Menschen die Immunitätsnachweise liefern können, sollten diese anerkannt werden.

Ich danke Ihnen.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank. Als Nächster Herr Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

(Der Sachverständige referiert anhand einer PowerPoint-Präsentation.)

Erik Bodendieck: Herzlichen Dank. Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Frau Staatsministerin! Sehr geehrter Herr Landtagsvizepräsident! Ich bin – dies ist den meisten bekannt – im Ehrenamt Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. In meinem Hauptberuf bin ich Facharzt für Allgemeinmedizin in Wurzen und führe dort eine Praxis. Darauf möchte ich mich jetzt aber nicht kaprizieren, sondern das tun die anderen Sachverständigen.

(Folie: Daten in Sachsen)

Ich habe dort mittlerweile mehr als 6 000 Impfungen gegen Corona mit unterschiedlichen Impfstoffen durchgeführt. Die Nebenwirkungsrate ist tatsächlich so, wie wir sie im Paul-Ehrlich-Institut sehen können. Insofern kann ich relativ gut an Frau Dr. Austenat anschließen.

Wir haben im Zeitraum 2. März 2020 bis 28. Februar 2022 in Sachsen knapp 950 000 Corona-Infektionen gesehen und nachgewiesen, und es sind immerhin bis zum 28. Februar 2022 in Sachsen 14 392 Menschen verstorben. Das ist in Sachsen einer auf 66

Infizierte. Die Zahlen für Deutschland sehen Sie darunter. In Deutschland ist es im Schnitt einer auf 120 Infizierte, in Baden-Württemberg sogar nur einer auf 150 Infizierte. Bei den über 80-Jährigen verstirbt leider jeder Vierte der Infizierten, insofern sie nicht geimpft sind. 11,6 % der Corona-Toten kamen also in der Tat aus Sachsen, und unser Bevölkerungsanteil in Deutschland liegt bei insgesamt circa 5 %. Wir haben damit circa 10 % Anteil an den Zahlen. Dies liegt einfach daran, dass wir im hochaltrigen Bereich liegen. Wir sind mit 46,9 Jahren Durchschnittsalter in Sachsen wieder etwas nach unten gerutscht.

(Folie: Meldungen nach IfSG)

Zur Einordnung: Was ist überhaupt zu melden? Meldepflichtig nach § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz ist der Verdacht, wenn eine Impfreaktion über das übliche Maß hinausgeht. Dann erfolgt – anders als üblicherweise – die Meldung nicht sofort an das PEI, sondern hierfür sind eher die Landesuntersuchungsanstalt und das Gesundheitsamt zuständig. Dies bedeutet aber, dass Fieber, Müdigkeit, Schmerzen an der Einstichstelle, Gliederschmerzen usw. nicht zu melden sind, da dies übliche Reaktionen auf Impfungen sind, wie wir sie auch bei allen anderen Impfungen in mehr oder weniger starker Ausprägung erleben. Das hängt teilweise immer vom Impfstoff sowie von der Konstitution des Patienten ab. Dabei spielen viele Aspekte eine Rolle, und es ist völlig unterschiedlich, welches Alter und welche Vorerkrankungen der Patient hat. Dabei gibt es für mich – zumindest im Überblick in den 30 Jahren, in denen ich berufstätig bin und sehr viele Impfungen durchgeführt habe – keinen Zusammenhang.

(Folie: PEI – Sicherheitsbericht)

Der Unterschied ist aber – damit möchte ich kurz eine kleine Replik zu Frau Dr. Austenat geben –: Die Krankenkassen nehmen natürlich Abrechnungsdaten. Wenn ein Patient krankgeschrieben wird, braucht es eine Diagnose, und dazu gibt es die Verschlüsselung T88.0, Reaktion auf ein Arzneimittel. Das entspricht aber nicht eins zu eins den zu tätigenden Meldungen. Dann kommen natürlich wieder Fieber, Müdigkeit, Schmerzen an der Einstichstelle und Ähnliches zum Tragen, die dann zu dieser Verschlüsselung führen und diese Statistik erbringen, die aber nicht mit der tatsächlichen Nebenwirkungsstatistik des PEI zu vergleichen und überhaupt nicht aufeinanderzulegen ist. Daraus kann man auch nicht ableiten, dass das PEI Fälle unterschlägt.

(Folie: Wie werden NW beschrieben?)

Der Sicherheitsbericht aus dem PEI kommt regelmäßig. Die gemeldeten Zahlen müssen sich üblicherweise an den Produktinformationen anderer Arzneimittel messen lassen. Hierzu möchte ich noch einmal die Aufschlüsselung für Sie zur Erinnerung geben. Das sind die Nebenwirkungsbeschwerden, die wir in den sonstigen Produktinformationen finden, egal, was wir nehmen, ob es Arzneimittel sind, die „over the table counter“, also in der Apotheke frei verkäuflich sind, oder ob es rezeptpflichtige Arzneimittel sind. Bei allen steht es darin.

(Folie: Beispiel)

Ich habe Ihnen zwei Beispiele mitgebracht. Ibuprofen 200 können Sie täglich in der Apotheke kaufen. Dort sehen Sie eine Menge an Beschwerden, die bereits bei einem

bis zehn Behandelten pro Hundert auftreten – ganz wenig, sehr selten, eher zum Schluss.

(Folie: NW Anti-Baby-Pille)

Das zweite Beispiel ist eine Anti-Baby-Pille, die häufig gegen Akne eingesetzt wird. Auch hier sind nur die Nebenwirkungen aufgeschrieben, die in einer Häufigkeit von 1 : 1 000 auftreten. Wir haben also eine Menge an Medikamenten, die tagtäglich in Verwendung sind und wesentlich häufiger Nebenwirkungen haben, als wir es bei der Corona-Schutzimpfung haben, zumindest bei den vorhandenen Impfungen; denn dort ist es so, dass wir insgesamt 244 576 Meldungen bei 148 Millionen – also knapp 150 Millionen – verimpften Dosen hatten, über das übliche Maß hinausgehend. Die Meldung – darauf wird später noch Herr Dr. Pfeiffer eingehen – ist sehr einfach. Es ist überhaupt nicht problematisch; und es sind, wie gesagt, gemeldete Nebenwirkungen.

Wenn wir es einmal hochrechnen, so haben wir bei Comirnaty – das ist der Impfstoff von BioNTech – 0,13 % gemeldete Nebenwirkungen, bei Spikevax – das ist Moderna – 0,19 %, bei Janssen (Johnson & Johnson) ist allen klar: 0,26 %, und, Vaxzevria, das war AstraZeneca, 0,4 % der Meldungen; und „Meldung“ heißt nicht zwingend, dass auch immer etwas passiert ist.

(Folie: Todesfälle)

Wenn wir einmal auf die Todesfälle schauen, so wurden 2 255 Verdachtsfälle gemeldet. Davon ist in 85 Einzelfällen ein ursächlicher Zusammenhang zu Thrombosen oder Blutungen bei Immunthrombozytopenie und Myokarditis hergestellt worden. Setzen Sie das bitte immer ins Verhältnis zu 150 Millionen verabreichten Impfdosen. Wenn wir das dann in die allgemeine Todesstatistik setzen, dann ist ein statistischer Zusammenhang nicht zwingend nachweisbar. Insofern ist es schon so, dass wir ganz einfach – das mag jetzt platt klingen – aber feststellen müssen, dass eine Impfung trotzdem keinen Herzinfarkt, keinen Schlaganfall und auch sonst keine andere tödliche Erkrankung verhindern kann.

(Folie: Perikarditis/Myokarditis nach mRNA)

Wir haben noch einmal hineingeschaut – Perikarditis und Myokarditis: Dort gibt es 1 892 Meldungen, bei Comirnaty 1 : 73 000 Impfdosen, bei Spikevax 1 : 57 500. Sie wissen, dass wir Janssen in Sachsen lange schon nicht mehr verimpfen und AstraZeneca ebenfalls nicht mehr – eben wegen der etwas höheren, aber dennoch aus der Gesamtsicht geringen Nebenwirkungsrate –, und wir verimpfen Spikevax nicht, weil die Meldungen dort bei den unter 30-Jährigen höher sind.

(Folie: Immunthrombozytopenie)

Ähnliches können wir für die Thrombosen mit Thrombozytopeniesyndrom sehen. Ich würde Ihnen das alles im Einzelnen vorlesen; Sie können später noch darauf zurückkommen. Dasselbe gilt für Immunthrombozytopenien. Hierbei finden wir bei Comirnaty und Spikevax keinen statistischen Zusammenhang zu den Impfungen.

(Folie: Guillain-Barré-Syndrom GB)

Beim Guillain-Barré-Syndrom ist es genau dasselbe. Im Übrigen ist es in aller Regel so, dass alle Nebenwirkungen, die schwerwiegender sind, also die hier aufgeführten, zu einem sehr hohen Prozentsatz – fast zu 100 % – folgenlos ausheilen, zuweilen etwas länger bleiben, aber durchaus folgenlos ausheilen.

(Folie: Allergien-Level 1 bis 4)

Meist kommt die Frage nach den Allergien. Dort ist es so, dass bei genauer Anamnese lediglich bei Comirnaty eine Allergie auf 295 000 Impfdosen, bei Spikevax eine auf 510 000 Impfdosen erfolgte.

(Folie: AstraZeneca)

Bei AstraZeneca ist es etwas mehr, und bei Janssen waren es wiederum weniger.

(Folie: Sonstige Meldungen nach Impfungen [Transverse Myelitis])

Allerdings – schauen Sie bitte einmal nach, googlen Sie bitte den Zusammenhang zwischen Allergie und Weihnachtsgebäck –: Ich würde vom Weihnachtsgebäck viel eher abraten, dieses zu essen, denn dort sind die Allergien um ein Wesentliches höher, als wir sie nach den Impfungen haben – im Übrigen auch bei sehr vielen anderen Erkrankungen. Das einzige allergieauslösende Agens ist der Stoff, mit dem die mRNA umhüllt ist, um sie im Körper haltbar zu machen; das lässt sich aber relativ gut ausschließen. Dieser Stoff ist seit Langem in Verwendung: In verschiedenen Arzneimitteln, aber auch in handelsüblichen Salben und anderen Dingen finden wir Polyethylenglykol, und es gibt kaum einen Menschen, der eine Allergie dagegen entwickelt hat.

Für Lungenembolien, Herzinfarkte oder transversale Myositis – das sind seltene immunologische Erkrankungen – und auch für die Gürtelrose ist es tatsächlich so, dass die Zahl der aufgetretenen Erkrankungen geringer ist, als wir sie in der üblichen Bevölkerung finden. Auch die Chance, nach AstraZeneca eine Embolie zu erleiden, ist geringer, als Embolien im üblichen Leben zu erleiden. Das ist mittlerweile statistisch gut bewiesen.

Eines möchte ich auch noch dazu sagen: Jedes Medikament hat, wenn es wirkt, natürlich auch eine Nebenwirkung; das ist leider so. Deshalb forscht die Industrie sehr intensiv danach, für die Krankheit und für den Menschen spezielle Therapien zu finden. Das ist uns bisher noch nicht ausreichend gelungen, das müssen wir leider im Moment nach wie vor so konstatieren. Ich hatte Ihnen zu Ibuprofen und der Anti-Baby-Pille exemplarisch bereits Ausführungen dazu gemacht.

(Folie: Fazit:)

Die Corona-Impfstoffe haben, wenn wir es zusammenfassen, sehr selten schwere Nebenwirkungen; das ist richtig. Wir müssen also abwägen bei der Erkrankungslast, die wir hatten, bei den hochaltrigen Bevölkerungsgruppen, die wir in Sachsen haben. Aber – jeder hat mittlerweile genügend Beispiele in der Zeit der Corona-Pandemie erlebt – es trifft nicht nur hochaltrige, sondern auch junge, gesunde Menschen, die schwer erkranken und dann sterben. Jeder Einzelfall ist ein für mich schrecklicher Fall. Es sind in aller Regel Familien daran gebunden, vor allem, wenn es jüngere Menschen trifft.

Aus meiner Sicht – damit möchte ich schließen – rechtfertigen die geringen Nebenwirkungen der Impfung nicht, uns gegen eine Impfung zu wenden.

Herzlichen Dank.

Vors. Susanne Schaper: Recht herzlichen Dank, Herr Bodendieck. Als Nächsten hören wir Herrn Prof. Dr. Arne Burkhardt. Sie haben das Wort.

(Der Sachverständige referiert anhand einer PowerPoint-Präsentation.)

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Hohes Haus! Ich möchte mich zunächst dafür bedanken, dass ich eingeladen wurde. Ich möchte und werde hier als Wissenschaftler sprechen, nicht als Politiker. Das Einzige, das ich voranstelle, ist, dass ich keiner politischen Partei angehöre, dass ich in der 68er-Generation studiert und über viele Jahre eine Partei gewählt habe, die antiautoritär orientiert war und sich für die Umwelt eingesetzt hat.

Wie bin ich dazu gekommen, mich als Pathologe, der sich kurz vor dem Ruhestand – wohlgemerkt: nicht im Ruhestand – befindet, mich hiermit zu beschäftigen?

(Folie 1: Reutlinger Autopsie/Histologie-Studie ...)

Ich habe das getan, was ich 40 Jahre lang getan habe, wenn sich Angehörige an mich gewandt und gesagt haben: Können Sie diesen Befund noch einmal überprüfen? Ich hätte gern Gewissheit. – Dann habe ich immer gesagt: selbstverständlich. Ziemlich genau vor einem Jahr begannen sich zunehmend Angehörige an mich zu wenden und sagten: Ich kann nicht glauben, dass mein Angehöriger, meine Frau, meine Tochter, mein Sohn, eines natürlichen Todes gestorben sind.

(Folie: Tod im Zusammenhang mit Corona-Impfungen)

Sie sehen hier, dass die Absicht war, zunächst die Angehörigen zu beruhigen. Ich hätte ihnen gern gesagt: Ihr Vater ist an einem Herzinfarkt, einer Pneumonie usw. gestorben; aber es haben sich schon in den ersten fünf Fällen derartig beunruhigende Ergebnisse gezeigt, dass ich weitergemacht habe. Es sind dann eine Reihe von Fachkollegen und Wissenschaftlern dazugestoßen. Die wichtigen Daten sind hier aufgezählt.

Wichtig ist noch, dass es sich bei diesem Untersuchungsgut, bei den Organproben von Obduzierten und auch von einigen Lebenden – anders als bei den in Krankenhaus obduzierten Verstorbenen – überwiegend um solche Verstorbene handelte, die plötzlich und ohne irgendeine vorangegangene Therapie verstorben sind, das heißt, im Auto oder zu Hause einfach umfielen. Wir können somit Therapienebenwirkungen, die es vor allem bei Beatmung gibt, ausschließen.

Das Ergebnis unserer Untersuchungen ist hier zusammengefasst: Es sind jeweils unterschiedliche Kollektive, denn wir stehen in unterschiedlichen Stufen der Auswertung.

(Folie: Todesort – 20 Fälle)

Hier: 15 voruntersuchte obduzierte Fälle, achtmal Gerichtsmedizin, siebenmal Pathologie. In allen Fällen wurde die Todesursache in der Primärdiagnose als unklar und natürlich festgestellt, in der Gerichtsmedizin in der Regel ohne histologische Untersuchung.

(Folie 2: Tod in Zusammenhang mit Corona-Impfungen)

Unsere Untersuchungen mit mehreren Pathologen, die das beurteilt haben, zeigte einen Zusammenhang mit der Impfung sehr wahrscheinlich in fünf, wahrscheinlich in sieben, unklar bzw. möglich in zwei Fällen. Lediglich in einem Fall konnten wir feststellen, dass hier keinerlei Zusammenhang zu postulieren ist.

(Folie 2: Hauptbefunde)

Was haben wir gefunden? Gefäßschäden an den kleinen und großen Gefäßen, Milzveränderungen und eine Myokarditis, die inzwischen international anerkannt ist, lymphozytäre Lungenentzündungen, Lymphozyten-Ansammlungen in nicht lymphatischen Organen und Mikro- und Makroembolien unidentifizierter Fremdkörper.

(Folie 3: A venule in advanced … (case 18))

Ich will Ihnen die Histologie nur als Beleg zeigen, dass wir tatsächlich über diese Präparate verfüge. Die Qualität der Projektion lässt eine genauere Beurteilung sowieso nicht zu. Meine Präparate stehen jederzeit Pathologen, Wissenschaftlern und Laien zur Verfügung. Die Behauptung, ich verfüge über keine Belege, ist eine Verleumdung. Außerdem können Sie im Internet und demnächst im ZDF – „Frontal“ – und auf ServusTV ausführliche Berichte über diese Befunde sehen.

(Folie 3: Bild 2)

Hier sehen Sie eine Zerstörung eines kleinen Gefäßes durch lymphozytäre Infiltrate im Herzmuskel.

(Folie 4: Expression of the spike protein …)

Dann haben wir – weil wir das Spike-Protein als mögliche Ursache in Verdacht hatten – zunächst an Zellkulturen entsprechende Positiv- und Negativkontrollen durchgeführt. Rechts sehen Sie die deutlich angefärbten Zellen.

(Folie 4)

Wir konnten in den geschädigten Gefäßen zeigen, dass es eine deutliche positive Reaktion gibt. Das ist eine immunhistologische Methode. Der Nachweis ist durch eine braune Anfärbung gegeben. Sie sehen rechts Kapillaren und links eine Arteriole.

(Folie 4: Case 10)

Hier sehen Sie zwei Organe: die Leber und die Milz in einem Schnitt. Die Leber exprimiert kein Spike-Protein, demgegenüber die Milz diffus und dann betont. In diesen ringförmigen Strukturen sind die Gefäße.

(Folie 5: Case 25)

Das ist ein Beispiel dafür, wie leicht man zu dem Schluss kommt, dass eine natürliche Todesursache vorliegt. Hier haben wir eine Herzkranzarterie mit einer Thrombose. Wir haben auch arteriosklerotische Veränderungen, aber wir haben Entzündungen. Dieses Gefäß ist entzündet, und die Thrombose ist aufgrund der Entzündung entstanden und nicht aufgrund der Arteriosklerose. Sie sehen in der Umgebung am äußeren Ring die entzündlichen Infiltrate. Auch hier konnten wir in den Myofibroblasten Spike-Proteine nachweisen.

(Folie 6: Aorten-Dissektion – Bild 1 und 2)

Für diejenigen, die mit histologischen Präparaten nichts anfangen können, zeige ich hier die Aorta eines Verstorbenen. Hierzu muss ich die Innenfläche zeigen, wo das Blut fließt, das ist die äußere Schicht, und das ist, als wenn sich dort ein zweites Gefäß befindet. Dieses Gefäß ist aufgesplittet in zwei Gefäße. Wir sprechen hier von einer Dissektion.

Das nächste Bild zeigt es noch deutlicher: die äußere Schicht des Gefäßes, hier die innere und dazwischen die Blutung, an der der Patient verstorben ist.

(Folie 7)

Wir haben nicht nur obduzierte Personen untersucht, sondern auch lebende Patienten. Hier ein 22-jähriger Mann, der vorher gesund war und mit diesen doch recht eindrucksvollen Beinveränderungen kam.

Eine 43-jährige Frau, bis kurz vor der Impfung Marathonläuferin, ist jetzt praktisch bettlägerig und kaum gehfähig.

(Folie 8: Radiologischer Befund)

In diesem Fall haben wir einen radiologischen Befund. Man fand eine Gefäßwanddoppelung. Das ist etwas, wozu Radiologen mir sagten, das hätten sie noch nie gesehen. Das heißt, so wie die Aorta, die ich Ihnen gezeigt habe, in zwei Teilen aufgesplittet ist, ist hier auch die Beinarterie aufgesplittet.

(Folie 8: Inflammatory vascular lesions)

Wie oft haben wir das gefunden? Die kleinen Gefäße sind in elf von 20 Fällen, die größeren in zehn Fällen betroffen, davon fokal eine Wandnekrose mit dieser Aufsplitterung und dabei eine entzündliche Begleitreaktion in weiteren Fällen.

(Folie 9: Case 6, case 1)

Hier zeige ich Ihnen kurz die Myokarditis – sie ist inzwischen als Nebenwirkung international anerkannt –, die lymphozytäre Alveolitis, also Lungenaffektion, des Weiteren lymphozytäre Infiltrate in nicht lymphozytären Organen, vor allem in der Schilddrüse, in den Speicheldrüsen, in der Aorta – das habe ich schon gezeigt –, in Haut, Leber, Milz und schließlich in der Dura, also in der harten Hinhaut.

(Folie 10)

Hier sehen Sie als Beispiel eine Schilddrüse mit entsprechend dunklen lymphozytären Infiltraten.

(Folie 11)

Hier sehen Sie die Infiltration von Lymphozyten in der harten Hirnhaut, links normal, rechts diese Infiltrate, die praktisch sonst nie vorkommen. Ich habe sie in 40 Jahren nicht gesehen.

Auch die kleinen Gefäße im Gehirn zeigen eine Auflockerung und, wie Sie vielleicht sehen, lymphozytäre Infiltrate in der Wand. Hier kann es zu Blutungen kommen.

(Folie 12)

Wir haben auch hier das Spike-Protein nachgewiesen. Um es klar zu betonen: Wir haben auch das Nucleocapsid nachgewiesen. Wenn wir das nachweisen, dann handelt es sich um eine echte Infektion durch das Virus. Wenn wir nur das Spike-Protein nachweisen, dann bedeutet das, dass es eine Folge der Infektion ist. Das heißt, hier werden Hirnzellen dazu animiert, das Spike-Protein zu produzieren. Ich persönlich benutze meine Hirnzellen lieber zum Denken, und ich hätte es nicht so gern, wenn es noch als Nebenaufgabe dieses Spike-Protein produziert.

Das sind die unidentifizierten Strukturen, die wir in verschiedenen Organen und intravaskulär gefunden haben. Das ist ein Befund, der Pfizer-BioNTech bekannt ist.

(Folie 15)

Das ist der Bericht an die australische Regierung, in dem sie schreiben, sie finden increased large unstained cells. Sie finden Hepatozyten-Vakuolisierung, wahrscheinlich Vokuolen. Wenn ein Assistent mir einen Obduktionsbefund mit dieser Diagnose vorstellen würde, dann würde ich ihn sofort hinauswerfen und sagen: Jetzt machen Sie mal Ihre Hausaufgabe und weisen Sie nach, was das ist!

Wir haben also diese Strukturen hier im Gefäß wie in der Milz.

Vors. Susanne Schaper: Die 10 Minuten sind um.

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Wir hatten den Verdacht, das könnte ein embolisch verschlepptes Material aus dem Impfstoff sein. Die WHO und die STIKO haben eine Aspiration ausgeschlossen oder abgeraten, eigentlich mehr aus kosmetischen Gründen.

(Folie 13)

Sie haben behauptet, diese Gefäße in dem musculus deltoideus seien zu klein, –

Vors. Susanne Schaper: Bitte zum Ende kommen!

Prof. Dr. Arne Burkhardt: – als dass sie injiziert werden können. Diese Behauptung ist einfach falsch, sie wurde nie überprüft. Wir haben nachgemessen. Hier sehen Sie: Die Gefäße messen bis 1 und mehr Millimeter und die näheren 0,4 bis 0,6 Millimeter.

(Folie 14)

Sie sehen hier die Nadel, die über das Gefäß gelegt wurde; das kann ohne Weiteres in das Gefäß sein. Der Erfahrungswert von intravaskulären Injektionen ist 5 %. Wir sind bestätigt worden. Die STIKO hat diese Empfehlung widerrufen aufgrund eines Artikels, der am 20. August vorigen Jahres erschienen ist.

(Folie 15)

Die Widerrufung erfolgte am 18. Februar. Ich halte das für unverantwortlich.

Mein letztes Statement: Ich bin auch im Risikoalter. Ich werde lieber an einem ehrlichen – hoffentlich natürlichen – Virus versterben als an einem sogenannten Impfstoff, bei dem man auch nach Aussage der Hersteller nicht weiß, in welcher Zelle das überhaupt passiert und wann diese Spike-Protein-Produktion abgeschaltet wird –

Vors. Susanne Schaper: Okay, Ihre Zeit ist jetzt wirklich schon reichlich überzogen.

Prof. Dr. Arne Burkhardt: – und was diese unidentifizierten Stoffe sind.

Vielen Dank.

(Beifall von der Zuschauertribüne)

Vors. Susanne Schaper: *(an die Zuschauer auf der Tribüne gewandt)* Ich bitte Sie, das zu unterlassen. Sie dürfen gern die Ausschusssitzung verlassen, wenn Sie nicht willens sind, sich an die Regeln des Hohen Hauses zu halten. Tun Sie das bitte zukünftig, ansonsten würde ich den Gästen einige Minuten Zeit einräumen, damit sie gehen können. – Danke.

Als Nächster spricht Herr Dr. Grünewald.

(Der Sachverständige referiert anhand einer PowerPoint-Präsentation.)

Dr. Thomas Grünewald: Vielen Dank.

(Folie: Topics)

Ich habe es meinen Vortrag in vier verschiedene Bereiche aufgeteilt: Wirkt die Impfung? Das wurde schon einige Male angezweifelt. Haben wir wirklich Labortests, Biomarker, die die klinische Wirksamkeit tatsächlich prädiktieren, also diesen Immunitätsnachweis? Dann komme ich zu den atypischen Impfverläufen, Impfnebenwirkungen und Verdachtsfällen; diese bewerten wir. Dann sage ich drei Worte zu den gesetzlichen Grundlagen. Als SIKO haben wir eine entsprechende Empfehlung.

(Folie: [1] Mortalität und Anteil Geboosteter)

Ganz klar ist: Die Impfung wirkt; wir sehen das. Wir sehen es in Sachsen: Je mehr Menschen in einem Kreis oder in einer kreisfreien Stadt geboostert sind, desto weniger sterben. Das kann man als Erstes ganz klar sagen, und es wird von Monat zu Monat deutlicher. Ich führe diese Analyse jeden Monat durch und es wird deutlicher.

Vors. Susanne Schaper: Entschuldigen Sie bitte. – Herr Prof. Burkhardt, machen Sie bitte Ihr Mikrofon aus, denn sonst gibt es Rückkopplungen. Danke.

Dr. Thomas Grünewald: Korrelation heißt noch nicht Kausalität, aber man kann sehen: Wenn man Kausalitätstests durchführt, dann sieht man zumindest einen Trend. Auch das wird immer mehr. Das P ist 0,06 – es ist noch nicht signifikant –, aber es gibt einen ganz klaren Trend von 0,12 auf 0,08 und jetzt auf 0,06. Ich bin gespannt, wie es im nächsten und im übernächsten Monat sein wird.

Wir sehen: Es gibt klare Hinweise, dass die Boosterimpfung den Tod infolge der Erkrankung präventiert. Das finde ich sehr wichtig.

(Folie: [1] SARS-CoV-2-Impfung und Tod an COVID-19)

Alles, was ich Ihnen zeige, ist öffentlich zugänglich. Sie können es überall heraussuchen; die Quellen sind unten zu sehen. Das sind die amerikanischen Quellen, auch mit Omikron, auch mit der eingeschränkten Wirksamkeit der Infektionsverhinderung. Es gibt für die Geimpften, für die Geboosterten ganz klar ein 41-mal geringeres Risiko, an Covid-19 zu sterben.

Ich finde es sehr beeindruckend, 15-mal weniger ins Krankenhaus zu kommen. Es gibt tatsächlich Wirksamkeitsnachweise.

Wir müssen uns bitte davon verabschieden, dass wir glauben, Wirksamkeit heißt, ich präventiere eine Erkrankung oder eine Infektion.

Ich will es noch einmal kurz darstellen: Wir haben eine Infektion, und diese wird sicher mit der PCR nachgewiesen – weil Frau Austenat das völlig durcheinander geworfen hat. Wir haben eine Erkrankung, und sie ist das klinische Bild. Das ist wie die HIV-Infektion, die sich mit Antikörpern nachweisen lässt. Das heißt noch lange nicht, dass derjenige Aids hat. Genauso müssen Sie bitte auch die Diagnostik sehen.

Prävention der Hospitalisierung – auch das ist eindeutig. Selbst eine Krankheitsübertragung von Geimpften auf Geimpfte und Ungeimpfte oder eine Übertragung von einem Ungeimpften auf Geboosterte kann man mit einer Booster-Impfung signifikant vermeiden. Das ist nicht so wahnsinnig viel, aber es sind immerhin 27 bis 35 %, die vermieden werden und es ist wirksam. Wir haben diese Wirksamkeitsnachweise. Dänemark, wo man sehr kritisch mit den Impfstoffen umgeht, hat es jetzt ganz frisch publiziert.

(Folie: [1] Wirksamkeit vor Ansteckung [O–Subtypen])

Es ist richtig: Eine natürliche Immunität gibt es nach der Erkrankung. Der Beweis für die Krankheit ist der Antikörpertest, wenn er positiv ist. Auch wenn Sie geimpft sind, brauchen Sie den Nucleocapsid-Antikörpertest. Ich empfehle Ihnen unsere letzte Impfempfehlung der SIKO, in der ganz genau steht, was in welcher Situation zu

bestimmen ist, damit man die Krankheit diagnostiziert. Aber das Beste ist tatsächlich Infektion und Impfung. Die Impfung verbreitert das Repertoire der Immunantwort ganz gewaltig.

Das sehen wir an den klinischen Daten: Wie viele Menschen infizieren sich? Nichts anderes zählt für mich. Mir ist völlig egal, ob sie 10 000, 5 000 oder 100 Antikörper haben. Mir ist wichtig, dass die Erkrankung, die Infektion, gegebenenfalls die Hospitalisierung, der Tod klinisch präventiert werden, und das kann man sehr gut sehen.

(Folie: [1] einfach durchlaufen lassen – Durchseuchen?)

Ansonsten könnte man ja sagen, wir lassen es durchlaufen und wir haben so viele Infizierte. Chemnitz ist genannt worden. Wir hatten in der dritten und vierten Welle die höchste Zahl an Erkrankungen, angeblich mit der höchsten Zahl der Durchinfizierten. Das stimmt offenbar dann doch nicht.

Schauen wir uns das noch einmal an: Wir in Sachsen müssen ganz vorsichtig damit sein, dass man die Infektion einfach durchlaufen lässt und sagt, es wäre überhaupt kein Problem. Wir vergleichen uns mit Ländern, die eine viel, viel höhere Durchimpfungsrate haben. Ich denke, das ist ganz wichtig. Dort ist die Situation völlig anders. Schauen Sie sich Großbritannien an. Ich habe Dänemark genommen, aber ich hätte auch Norwegen, Spanien oder Portugal nehmen können. Sie alle haben andere Durchimpfungsraten.

Dieses Durchseuchenlassen sehen wir bei den Fünf- bis 14-Jährigen, die wieder ihre Angehörigen infizieren; die Attack rate mit Omikron ist relativ hoch.

(Folie: [2] Spike-Ak und Impfimmunität)

Zur Frage der Immunantwort. Was schützt denn wirklich? Dazu gibt es eine schöne Untersuchung von Herrn Goldblatt aus Israel, der vor Kurzem gezeigt hat, dass es eine gewisse Korrelation zwischen der Impfeffektivität – links, die Y-Achse – und der Zahl der Spike- Antikörper gibt. Aber Sie sehen schon: Für jede Variante hat er eine eigene Korrelationsgerade aufgetragen. Das heißt, sie können es überhaupt nicht sicher sagen.

(Folie: [2] O – die ersten breakthrough infections [RSA])

Nun zeige ich Ihnen die ersten Durchbruchsinfektionen aus Südafrika mit Omikron. Schauen Sie sich bitte die Antikörpertiter an: 10 000 – weit, weit über dem Cut-off von 1 000, den Wolfgang Preiser, der Kollege aus der Virologie vor Ort, tatsächlich zugrunde gelegt hat. Die waren alle super mit einer wunderbaren humoralen Antikörperimmunität ausgestattet.

Das Gleiche ist bei den ersten Impfdurchbrüchen bei uns im Klinikum. Wir haben sie auch durchdekliniert. Der Grenzwert liegt bei 340. Die Antikörper sind alle höher als 340. Was denen fehlt, ist eine T-Zellen-Immunität. Man könnte sagen: Ja, dann ist es überhaupt kein Problem. Aber die T-Zellen-Immunität ist nicht standardisiert, man kann sie nicht messen.

(Folie: [2] Ak-/T-Zell-Antwort – Bestimmung sinnvoll?)

Ich zeige Ihnen etwas, was ich sehr spannend finde – Labormediziner sind ziemlich unverdächtig, Tests abzulehnen, ganz im Gegenteil –: Das ist vom Labor Enders, eines der sehr vielen großen Labore, die wir in Deutschland haben. Es ist ganz klar: Weder die T-Zell-Immunität noch die Antikörper-Immunität prädiktiert tatsächlich einen biologischen Schutz, und das ist wichtig.

Schön wäre es, wenn wir es hätten. Wir haben es grob bei der Hepatitis, vorsichtig gesagt. Wir haben es bei Masern schon nicht richtig. Das Masernschutzgesetz gefällt uns als Ständige Impfkommission und als Impfkommission hier in Sachsen überhaupt nicht, weil das nicht prädiktiv ist für den Schutz vor Masern. Wir sehen es am letzten großen Ausbruch in Berlin: Ein substanzieller Anteil – 7 % der Menschen – waren zweimal geimpft, und das sehen wir normalerweise als natürliche Immunität an.

(Folie: [3] Faktencheck Todesfälle nach Impfung)

Schauen wir uns die Nebenwirkungen an. Ich will gar nicht alles wiederholen, ich möchte Ihnen eines zeigen: Das sieht dramatisch viel aus, aber es ist eine logarithmische Skala. Es sind 1,1 Millionen Nebenwirkungen gemeldet worden von 797 Millionen Impfungen – das darf man auch nicht vergessen –, und es gab 9 583 Todesfälle. Die EMA, Europäische Arzneimittelbehörde, gibt monatliche Checks heraus. Auch das ist für jeden jederzeit öffentlich zugänglich und nachrechenbar.

Wenn Sie das für 500 000 Impfungen berechnen, dann kommen Sie auf 1,23 mutmaßliche Todesfälle, die tatsächlich in Zusammenhang mit der Impfung aufgetreten sein könnten, bei Comirnaty usw. Sie sehen beim Novavax-Impfstoff null. Das sieht super aus – dann ist dieser Impfstoff viel, viel besser als alle anderen. Schauen Sie sich bitte die Gesamtzahl der Geimpften an: Es ist nämlich gar keiner geimpft. Immer die Zahlen aus dem Zusammenhang zu reißen, das geht nicht. Sie müssen sie in einen Kontext setzen. Das ist das Entscheidende, was wir machen müssen.

(Folie: [3] SMR für Tod [Sachsen])

Ich habe Ihnen einmal aufgezeigt: Wie ist die standardisierte Sterblichkeit im Vergleich zu einer Normalbevölkerung, die ungeimpft ist, wenn man die Impfung anschaut? Wir haben in Sachsen, zusammen mit Kollegen der Landesuntersuchungsanstalt, alle Todesfälle genommen, die auch nur im Entferntesten als Impfnebenwirkung gemeldet worden sind. Die Standard-Mortalitätsratio, die SMR, beträgt in den ersten 14 Tagen 0,05. In den ersten 28, 30 Tagen beträgt sie 0,01.

Für die Krankheit habe ich es ebenfalls ausgerechnet, damit man diese Differenz sieht. Sie beträgt 25 bzw. 13 nach 14 und nach 28 Tagen. Das heißt: 5 178-mal höher ist das Risiko, an der Krankheit zu versterben als an der Impfung.

Ich finde, es ist eine ziemlich hohe Zahl, und das würde mich zumindest zum Nachdenken bewegen.

Die vermeintliche Sterblichkeit im Zusammenhang mit der Impfung ist nach 14 Tagen tatsächlich zweihundertmal niedriger und nach 28 Tagen immer noch hundertmal niedriger. Wenn ich nach sechs Monaten schaue, so nivelliert sich das natürlich; es darf nur nicht über 1 gehen, und das tut es nicht.

Das Gleiche gilt für Schlaganfälle – hier sind die Impfungen, das sehen Sie alles unterhalb dieser 1; Blau ist die Gesamtzahl – und für Lungenembolien. Thrombosen, Embolien, Schlaganfälle: Wir sehen auch in Sachsen – nicht nur das, was das Paul-Ehrlich-Institut zeigt und was Ihnen Herr Bodendieck gezeigt hat – entsprechend keine Daten.

Das sind noch einmal die Daten aus dem letzten Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts, auch für alle öffentlich zugänglich. Was wir wissen: Die schweren Nebenwirkungen nach Vektorimpfstoffen – Sinusvenenthrombosen, viszerale Thrombosen – sind vorhanden, und sie sind auch lebensbedrohlich, das wissen wir. Sie sind zum Glück sehr, sehr selten, trotzdem sind sie vorhanden, und sie sind auch mehr vorhanden, als wenn man die Nichtgeimpften damit vergleicht.

Trotzdem: Für beide mRNA-Vakzine, die wir hauptsächlich verimpfen – auch das haben Sie von Herrn Bodendieck gehört –, ist das gemeldete Auftreten für Schlaganfälle und Lungenembolien hundertmal niedriger als das, was wir in der Bevölkerung erwarten würden; man nennt das die „standardisierte Morbiditätsrate“. Das passt zu den Daten der USA und der europäischen Datenbank EudraVigilance, das können Sie sich ebenfalls anschauen. Das kann man alles herunterladen und sich selbst durchrechnen.

Zum Schluss noch kurz die berühmte ProVita-Geschichte. 2,3 % der ProVita-Versicherten sind wegen Impfnebenwirkungen zum Arzt gegangen. Ich enthalte mich einmal des Kommentars, was die T88.0 betrifft. Infektion nach Impfung ist, wenn nicht sauber gearbeitet wurde. Dann bekommen sie nach der Impfung eine Wundrose. Das sollte überhaupt nicht passieren. Aber nehmen wir es einmal für bare Münze. Dann ist gesagt worden: Ja, das Paul-Ehrlich-Institut unterschlägt.

Bitte schauen Sie weltweit: Die australischen Kollegen haben sich die Zahl der Notaufnahmen und der Arztbesuche angeschaut, und Sie sehen: Zwischen 0,7 und 1,3 % für Comirnaty bis zu 3 % bei Spikevax und in den Zulassungsstudien – das braucht man nur noch einmal nachzulesen – bis 2,6 %. Das heißt, die Arztbesuche, die bei der ProVita aufgefallen sind, das ist die ganz normale Zahl an Arztbesuchen, die wir auch erleben und die wir schon von den Zulassungsstudien her kennen, weil Nebenwirkungen wie Fieber, Gelenk- oder Gliederschmerzen tatsächlich häufig auftreten, nämlich bis zu 70 %.

Noch einmal zum PEI: Auch dazu würde ich Ihnen gern die internationalen Zahlen geben. Schauen Sie sich bitte die Impfdosen an, die dazu erfasst worden sind: Kanada scheint deutlich robuster zu sein als wir alle. CDC meldet 0,5 % über das normale Maß hinaus, die HSA, die Health Security Agency in Großbritannien, und das Statens Serum Institut in Dänemark melden 0,5 %; sie liegen alle im gleichen Level. Es ist nicht so, dass hier irgendetwas unterschlagen wird, und ich finde dies auch unfair den Kolleginnen und Kollegen des Paul-Ehrlich-Instituts gegenüber, die sich sehr viel Mühe geben, sehr transparent zu sein.

Gesetzliche Grundlagen haben Sie schon gesehen. Wir bieten allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Krankenhausärzten in Sachsen über die E10, die Empfehlungsgruppe 10, den Bogen an – und bitte, ich möchte nicht hören, dass man eine halbe Stunde brauche, um die drei DIN-A4-Seiten anzukreuzen. Das ist ein Witz.

Man kann das gut machen, und wenn wir in unseren Ambulanzen Patienten sehen, dann machen wir auch noch die nachträglichen Meldungen.

Kurz noch einmal zur mangelnden Transparenz: Wir haben auch Obduktionen durchgeführt. Wir haben in Chemnitz, Dresden und Zwickau die Obduktionen wirklich erzwungen. Das ist nämlich nicht so ganz trivial, wenn die Angehörigen nicht wollen. Trotzdem haben wir amtsärztlich angeordnete Obduktionen. Wir haben von zehn dieser zwölf Obduktionen Ergebnisse. Dabei können wir keinen Zusammenhang mit der Impfung sehen, auch wenn Sie sehen: In Chemnitz war ein junger Mensch von 28 Jahren dabei. Es ist nicht so, dass wir dort intransparent sind.

Was ich mir wünschen würde: dass die Daten dort noch einmal peer reviewed publiziert werden, wie es die Kollegen in Italien gemacht haben.

Auf dieser Folie sehen Sie: Sie haben alle die weltweit publizierten Fälle an Impfverdachtstodesfällen angeschaut sowie die Studien, die peer reviewed sind, also von Experten noch einmal nachkontrolliert worden sind, und haben von 38 Fällen, die überhaupt in diese engere Auswahl gekommen sind, 20 gefunden, und Sie sehen: Der allergrößte Teil, nämlich 17 von diesen 20, sind die Vektorimpfstoffe, von denen wir wissen, dass sie schwere, zum Teil tödliche Nebenwirkungen hervorrufen können. Das finde ich sehr wichtig, und es betrifft ein Portfolio von knapp einer Milliarde Impfungen. Es ist wichtig, dass man diese Aspekte in einen Kontext setzt. – Damit möchte ich es bewenden lassen.

Vielen Dank.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank. Das war zeitlich fast eine Punktlandung. – Als Nächster spricht Herr Prof. Dr. Josten, Medizinischer Vorstand und Sprecher des Vorstands des Uniklinikums Leipzig.

Prof. Dr. Christoph Josten: Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Frau Staatsministerin! Ich spreche jetzt nicht direkt als Fachmann für das Impfen, auch nicht, was die immunologischen Fragen betrifft. Ich bin von Haus aus Chirurg, habe 25 Jahre eine Klinik geleitet und bin seit knapp drei Jahren Vorstand des Universitätsklinikums Leipzig. Daneben war ich auch verantwortlich als einer der drei Clusterkoordinatoren hier in Sachsen und habe 18 Kliniken koordiniert, was die Corona-Daten betrifft. Ich beschränke mich in meinem Vortrag ein wenig auf die Gesamtzahlen und wie ich diese im Zusammenhang mit den Impfungen sehe.

15 Millionen Menschen haben in Deutschland eine Corona-Infektion erlangt. Ich möchte nicht weiter darauf eingehen, weil die Kollegen Grünewald und Bodendieck es viel ausführlicher beschrieben haben. Insgesamt sind nach den aktuellen Daten vom 6. März knapp 125 000 verstorben; das sind, grob gerechnet, 0,8 %.

Wenn man nun in die Vergleiche der verschiedenen Wellen hineingeht und die erste Welle im April 2020 betrachtet, die eigentlich keine war, so hatten wir etwa in der Woche in der Hochphase eine Fallzahl von 5 000, und etwa 200 sind verstorben, also eine Letalitätsrate von 4 %. Geht man dann in die erste große Welle im Dezember 2020 auf 2021, so waren es etwa 25 000 je Woche und 800 Verstorbene, etwa 3 %.

Parallel dazu begann die Impfkampagne, also im Januar 2021. Das haben wir auch sehr gut gemerkt; denn es gab ein Shift, was den Mutationskeim, das Mutationsvirus betraf. Wir kamen dann in die Deltawelle, in der wir, grob gerechnet, eine Hochphase von fast 60 000 pro Woche und 400 Todesfälle hatten. Das sind schon deutlich weniger, es sind etwa 0,6 bis 0,7 %.

Wir persönlich führen diesen guten Effekt auf die einsetzende Impfwirkung zurück. Dies verdeutlicht sich noch einmal, wenn man Omikron betrachtet, wo wir in der Hoch-Zeit etwa 150 000 pro Woche hatten, aber nur etwa 200 Todesfälle. Damit liegen wir bei etwa 0,2 %. Dies einmal auf Sachsen hochgerechnet, wenn man 2021 mit 100 % ansetzt und darauf schaut, wie sich die Delta-Welle in Sachsen ausgewirkt hat, hatten wir zwar in der Delta-Welle etwa dreimal so viele Neuinfektionen, aber die Verstorbenenzahl betrug nur 55 % dessen, was wir in der ersten Welle hatten.

Wenn wir auf Omikron schauen, so haben wir zwar immer noch das Dreifache an Neuinfektionen, aber nur 30 % der stationären Aufnahmen und 28 % der ITS-Aufnahmen und insgesamt, ganz grob gerechnet, nur 8 % der Todesfälle im Vergleich mit der ersten Welle. Das sind sehr positive Zahlen, die zum Glück nicht das bestätigt haben, was Epidemiologen gesagt haben, die teilweise auch Infektionsquoten von 4 000 pro Woche in Sachsen für Omikron vorausgesehen haben.

Wie gut wir insgesamt aufgestellt waren, spiegelt sich einerseits in den Daten wider, die Kollege Grünewald gezeigt hat, was das Impfen, die Impfreaktion betraf; aber ich beschränke mich auf die Todesfälle. Die USA hatten, Stand 4. März 2022, je Million Einwohner knapp 3 000 Todesfälle, wir: 1 050, also 50 % der Todesfälle pro Million im Vergleich zu den USA. Ich ziehe den Vergleich weiter zu England, das Gesundheitssystem in England ist zitiert worden: Dort haben wir nur 60 % der Todesfälle, England hat 2 400. Im Vergleich zu Frankreich haben wir 70 % der Todesfälle. Irgendetwas können wir also nicht ganz verkehrt gemacht haben. Auch muss gesagt werden, dass fast 90 % der Corona-Toten älter als 70 Jahre waren, also immer begleitet von einer hohen Komorbidität.

Wir selbst haben auch geimpft, ich habe geimpft, nicht ganz so viele – 6 000 wie Kollege Bodendieck –, aber einige Hundert habe ich auch geimpft. Wir haben in unserem Klinikum etwa 10 000 Impfungen durchgeführt. Dafür geht noch einmal der Dank an die Staatsregierung, dass wir im Gesundheitswesen so mit Impfstoffen bedacht worden sind. Wir haben ganz akribisch, da wir die Verantwortung für unsere Mitarbeiter, auch die Studenten, haben, die Nebenwirkungen aufnehmen lassen, und es blieb alles bei den Nebenwirkungen, die eben vom Kollegen Bodendieck beschrieben worden sind. Wir haben ähnliche Vergleiche wie grippale Infekte, durchaus auch mit ein oder zwei Tagen Krankheitsgefühl – aber all das, was man auch mit der Influenza-Impfung in Verbindung bringen kann. Wir hatten eine schwerwiegende Komplikation bei einer Studentin, die wir geimpft haben, aber nicht mit dem mRNA-Impfstoff. Das war eine von jenen, die wir auch an das PEI gemeldet haben, weshalb dieser Impfstoff dann nicht mehr für die jungen Menschen eingesetzt worden ist.

Wir glauben auch, da wir eine enge Kontrolle über unsere Mitarbeiter haben, dass wir ohne die Impfung einen viel größeren Ausfall an Mitarbeitern haben. Momentan beschäftigt uns nicht so sehr die Hospitalisierung von Corona-Patienten. Diese ist momentan medizinisch absolut beherrschbar. Wenn wir aktuell Corona-Patienten auf der Intensivstation haben, so sind diese unverändert ungeimpft. Wir haben nach der

Analyse im Moment einen Omikron-Intensivpatienten, der ernsthaft behandelt werden muss. Wir sehen es aber auch bei den Mitarbeitern – aktuell knapp 260 –, die alle eine nachweisliche Infektion haben; aber niemand von ihnen muss aktuell stationär behandelt werden.

Wir sehen durch diese Impfung nicht nur einen hohen Schutz im Hinblick auf die Bevölkerung, sondern auch für unsere Mitarbeiter. Insofern bin ich sicher, dass wir auch weiterhin impfen müssen. Wir wissen natürlich nicht, wie sich die Mutationen weiterhin entwickeln werden, aber ich als Vertreter des Clusters – ich spreche auch für die übrigen Clustervertreter – sehe die Impfung als eine ganz essenzielle Maßnahme an, dieser Corona-Pandemie zumindest bisher so weit Herr geworden zu sein.

Vielen Dank.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank, Herr Prof. Josten. Als Nächster bitte Herr Dr. Pfeiffer.

Dr. Thomas Pfeiffer: Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Frau Staatsministerin! Vielen Dank für die Einladung. Ich bin hier als Praktiker, als Hausarzt eingeladen, auch wenn ich im früheren Leben Anästhesist war bzw. dies noch bin, möchte ich mich etwas mehr an die beiden Vorgaben bzw. die Fragestellungen halten, die an mich herangetragen wurden.

Vorab möchte ich aber eine Bemerkung zu Herrn Prof. Burkhardt machen, da ich finde, seinen Vortrag kann man nicht so stehen lassen; denn alles, was er in seinen histopathologischen Funden beschreibt, werden Sie auch bei jeder Corona-Infektion finden, das muss man so sagen. Die Stichprobe mit 15 Probanden ist bei mehr als 150 Millionen Geimpften nicht repräsentativ, sollte also einem Peer-Review-Verfahren zugeführt werden. Während bei der Impfung nur das Spike-Protein geimpft wird, haben Sie bei der Infektion das Spike-Protein und noch 20 weitere Antigene, die risikobehaftete Patienten infizieren, und wir wissen – auch noch einmal zu den histopathologischen Daten –: Covid-19 ist eben keine Erkältung, Covid-19 ist eine generalisierte Entzündungsreaktion mit einer ausgeprägten Vaskulitis im schweren Verlauf, und genau das, eine Vaskulitis, hat uns Herr Prof. Burkhardt in den Bildern gezeigt. – So viel dazu.

Zur ersten Drucksache: Eine Infektion mit SARS-CoV-2 hinterlässt eine antikörperbasierte humorale und eine T- und B-Zell-basierte Immunantwort. Eine Aussage, inwieweit eine messbare Immunität im Anschluss an eine Infektion besteht, lässt sich nicht pauschal beantworten. Aktueller Wissensstand ist, dass die humorale Antwort auf eine Infektion mit zunehmendem Abstand zur Infektion abnimmt. Aktuell scheint das Absinken der humoralen Antikörper unter der Omikron-Variante im Vergleich zur Wildtyp- und Delta-Variante schneller zu gehen. Es gibt Hinweise, dass rohr(?)humorale Antikörper den Schutz vor einer Infektion erhöhen – also, ich spreche von einer Infektion. Aus dieser Erkenntnis resultierte die Empfehlung zur Booster-Impfung.

Eine Impfung kann die humorale Immunantwort nach vorausgegangener Infektion oder Impfung erneut anstoßen. Die zellbasierte Immunantwort scheint im Vergleich zur humoralen längerfristiger zu bestehen. Sie ist nach aktueller Datenlage hauptsächlich für den Schutz vor schweren Krankheiten verantwortlich. Inwieweit eine Infektion mit

Wildtyp-, Delta- oder Omikron-Variante oder eine nach mehreren Impfungen einen langfristigen Schutz bieten, ist Gegenstand aktueller Forschungen. Nach Preprint-Daten scheint die Kombination einer durchgemachten Infektion mit anschließender Impfung den besten Schutz vor erneuter Infektion und schwerem Krankheitsverlauf zu bieten. Abschließend gesichert sind diese Daten jedoch nicht.

Es gibt verschiedene Nachweisverfahren: einmal den Nachweis von Antikörpern gegen SARS-CoV-2. Dazu kann man sagen: Der Antikörpernachweis kann einen Hinweis auf eine bereits durchgemachte Infektion mit SARS-CoV-2 geben bzw. eine Antikörperantwort nach einer Covid-19-Impfung anzeigen. Zur Kontrolle nach den derzeitig verfügbaren Impfungen sind nur Tests geeignet, die Antikörper gegen das Spike-Protein S von SARS-CoV-2 nachweisen. Es existiert kein Schutzgrenzwert für SARS-CoV-2-spezifische Antikörper. Die quantitative Bestimmung von IGG-Antikörpern gegen das Spike-Protein wird in BAU, Binding Antibody Units, angegeben. Die Tests werden in der Regel mit dem neuen First WHO International Standard for Anti-SARS-CoV-2-Immunglobulin kalibriert, sind also in diesem Fall standardisiert. Kosten pro Test: circa 20 Euro – da in der Frage auch aufgetaucht war, wer das finanzieren soll.

Es gibt auch Tests wie den SARS-CoV-2-spezifischen T-Zell-Test. Es ist nach wie vor unklar, zu welchem Grad die Titer der Antikörper, die SARS-CoV-2-Spike- bzw. Nucleocapsid-Proteine binden, mit einem Schutz vor einer Infektion oder schweren Erkrankung korrelieren. Dies gilt ebenso für die T-Zell-Antwort.

Die Tests für die Messung der SARS-CoV-2-spezifischen T-Zell-Antwort sind nicht standardisiert. Die Ergebnisse unterschiedlicher Tests sind nicht direkt vergleichbar. Je nach Test, den ein Labor einsetzt, gibt es Unterschiede in den eingesetzten Peptiden für die T-Zell-Stimulation, die Inkubationsbedingungen und die Beurteilung der Stimulationsantwort. Eine Bewertung von T-Zell-Tests in Bezug auf das Vorhandensein oder die Dauer einer Immunität kann daher nicht erfolgen. Der T-Zell-Test kann nur die Frage beantworten, ob SARS-CoV-2-spezifische T-Zellen gebildet werden. Kosten: circa 160 Euro pro Test in der Selbstzahlerleistung.

Zur zweiten Frage zu den Meldungen und dem Umgang mit Impfnebenwirkungen; ich beziehe mich auf die einzelnen Punkte:

Zu 1. Die Impfkampagne der Bundesrepublik Deutschland und des Freistaates Sachsen wurde von Beginn an mit einer breiten medialen Aufklärungskampagne durch das Robert-Koch-Institut und die Ständige wie auch die Sächsische Impfkommission begleitet. Die Aufklärung erfolgte stets kritisch unter Einbeziehung des aktuellen wissenschaftlichen Standes. Nicht erst seit der Impfung gegen Covid-19 ist bekannt, dass jegliche Impfung zunächst einen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit darstellt. Deshalb besteht eine ärztliche Aufklärungspflicht, und vor der Impfung muss diese Aufklärung von ärztlicher Seite sowie vonseiten des Impflings schriftlich bestätigt und in die Impfung eingewilligt werden.

Bei der Corona-Schutzimpfung wurde dieser Prozess von Anfang an in besonders sorgfältiger Weise durchgeführt, exemplarisch: Merk- und Aufklärungsblatt zur Corona-Schutzimpfung. Wer es nicht kennt: Ich habe es hier mitgebracht. Alles ist aufgeführt.

(Der Redner hält ein Exemplar hoch.)

Zu 2. Die Impfung erfüllt die an sie gestellten Erwartungen. Sie schützt in hohem Maße vor Hospitalisierung und schwerem Krankheitsverlauf. Es war von Anfang an zu erwarten, dass eine einmalige Impfung gegen ein neuartiges Virus allein nicht ausreichen wird. Mehrere Impfungen zur Erlangung einer Grundimmunität sind auch bei anderen Infektionskrankheiten Standard. Keine Impfung erzeugt eine gesicherte sterile Immunität, daher war dies auch nicht von der Impfung gegen SARS-CoV-2 zu erwarten.

Zu 3. Impfnebenwirkungen: Aus dem Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts bis 31. Dezember 2021 kann man herauslesen – ich zitiere –: „Die Melderate betrug für alle Impfstoffe zusammen 1,64 Meldungen pro 1 000 Impfdosen, für schwerwiegende Reaktionen 0,2 Meldungen pro 1 000 Impfdosen“; das hat Herr Grünewald schon alles dargestellt.

Weiter: Ein Vergleich der Anzahl der gemeldeten Verdachtsfälle von Nebenwirkungen mit tödlichem Ausgang im Abstand von einem Tag bis sechs Wochen nach der Covid-19-Impfung mit der im gleichen Zeitraum statistisch zufällig zu erwartenden Anzahl der Todesfälle ergab für keinen der vier bisher in Deutschland eingesetzten Covid-19-Impfstoffe ein Risikosignal.

Das gilt auch für die Booster-Impfung und für plötzlich unerwartete Todesfälle. Da nicht in allen Meldungen der Abstand zwischen Impfung und ersten Symptomen bzw. dem Todeszeitpunkt mitgeteilt wurde, wurde eine weitere Analyse unter der Annahme durchgeführt, dass alle Todesfälle – auch solche mit unbekanntem oder sehr langem Abstand nach der Impfung – in einem 30-Tage-Zeitfenster stattgefunden hätten. Auch hier zeigte sich kein Risikosignal für eine erhöhte Sterblichkeit für alle vier Impfstoffe mit einem standardisierten Mobilitätsverhältnis deutlich unter 1. In einer Studie in den USA wurde bei Patienten, die mit den dort zugelassenen Covid-19-Impfstoffen geimpft wurden, keine erhöhte Mortalität festgestellt.

Von Nebenwirkungen Betroffene können sich jederzeit in ärztliche Behandlung begeben. Die Nebenwirkungen der Impfung gegen SARS-CoV-2 sind in der Regel bekannte, allgemeine, zum Teil bekannte schwerwiegende Nebenwirkungen oder bekannte medizinische Symptomkomplexe, zum Beispiel die schon genannte Myokarditis oder das Guillain-Barré-Syndrom. Es besteht hinsichtlich dieser Symptomkomplexe keine mangelnde Fachexpertise. Gerade Ärztinnen und Ärzte, wie Allgemeinmediziner(innen) oder Internist(inn)en haben diesbezüglich Expertise und Erfahrung, die immer auch mit den Ergebnissen aktueller Forschung abgeglichen wird.

Zu viertens: Patient(inn)en und Mediziner(innen) können von der Online-Meldung bei Verdacht auf Impfkomplikationen Gebrauch machen. Oft wird das von Ärztinnen und Ärzten übernommen; die Meldung ist unkompliziert. Der Zeitaufwand beläuft sich auf circa fünf Minuten, den Meldebogen haben wir schon gesehen. Ich habe ihn mitgebracht; es sind im Prinzip zwei Seiten auszufüllen, mehr ist es nicht. Der Zeitaufwand liegt bei circa fünf Minuten und ist als Leistung mit dem Impfhonorar abgegolten. Von einer hohen Dunkelziffer ist nicht auszugehen; das ist rein hypothetisch. Betroffene werden sich üblicherweise in ärztliche Behandlung begeben. Aus meiner Praxisgemeinschaft kann ich berichten, dass sich bei mehr als 6 000 durchgeführten Impfungen im Zeitraum März 2021 bis heute lediglich drei Patient(inn)en mit schwerwiegenden Impfkomplikationen in der Praxis vorstellten. Alle Fälle wurden an das Paul-Ehrlich-Institut gemeldet.

Zu fünftens: Aus meiner täglichen Praxis und meiner persönlichen Wahrnehmung kann ich nicht feststellen, dass unzureichend über Corona-Schutzimpfungen aufgeklärt oder berichtet wurde bzw. wird. Alle Veröffentlichungen des RKI, der STIKO und der SIKO waren immer an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst und wurden sehr transparent kommuniziert. Vor jeder Impfung steht prinzipiell ein ärztliches Aufklärungsgespräch, in dem alle Fragen besprochen werden können. Erst dann erfolgt eine persönliche Impfentscheidung. Des Weiteren speisen sogenannte Impfgegner ihre Meinung oft aus alternativen Quellen, die oft keiner wissenschaftlichen Prüfung standhalten.

Aus medizinisch-epidemiologischer Sicht muss weiterhin als oberstes Ziel in der Pandemie gelten, eine möglichst hohe Impfquote mit Schließen der Impflücken – vor allen Dingen in vulnerablen Bevölkerungsgruppen – zu erreichen, um erneute Einschränkungen des gesellschaftlichen Lebens zu verhindern, den Immunescape mit der Entstehung neuer Variants of concern zu reduzieren und Leben- und Lebensqualität auch hinsichtlich von vielen chronisch Kranken durch Long-Covid zu schützen. Wie Impflücken geschlossen werden können, ist eine politische Entscheidung.

Danke schön.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank, Herr Dr. Pfeiffer. Als Letzter spricht Herr Dr. Reuther per Video.

(Der Sachverständige referiert anhand einer PowerPoint-Präsentation.)

Dr. Gerd Reuther: Guten Morgen, Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bedanke mich zunächst für die Einladung und möchte dazu sagen, dass ich für meine Person jegliche Interessenskonflikte ausschließen kann. Ich spreche also nur in eigener Sache.

(Folie 2: Impfvoraussetzungen)

Es geht um die beiden Drucksachen, die hier bereits angegeben worden sind. Die Impfvoraussetzungen sind allgemein anerkannt: Impfstoffe müssen verhindern, dass sich Geimpfte infizieren, sich ein Virus oder ein Bakterium als Folge in den Geimpften vermehren und von diesen Geimpften weitergegeben werden kann.

Die Frage ist zunächst – es gibt diese immer wieder beschriebene oder herbeizitierte Herdenimmunität –: Wie viele Mitglieder einer Gemeinschaft müssen tatsächlich immun sein, damit diese Gemeinschaft einen Schutz hat? Das ist auch das grundsätzliche Ziel, wenn man einen Impfzwang fordert, dass man eine Zahl von 85, 90, 95 % haben möchte. Dazu gibt es drei Arbeiten: Die Herdenimmunität ist erstmals von Fox und Mitarbeitern im Jahr 1971 postuliert worden und es gibt zwei aktuelle Studien aus dem Jahr 2020.

An diesen drei Kurven sehen Sie den Verlauf für die drei verschiedenen Arbeiten: Wie viel Prozent Herdenimmunität braucht man bei welchem R-Faktor einer Erkrankung? Sie sehen: Je infektiöser die Erkrankung ist bzw. der R-Faktor ist, umso höher muss dieser Prozentsatz sein. Wir sprechen von Covid-19 allerdings nicht von einer sehr infektiösen Erkrankung. Ich nenne zum Vergleich einmal die Masern; diese Krankheit hat einen R-Faktor von 17 bis 18. Der R-Faktor bei Covid-19 hat durchgängig meist bei

1 gelegen. Hier ist die Linie bei einem R-Faktor von 2 eingezogen. Bei der ursprünglichen Studie, die einige Fehlannahmen macht, kommen Sie auf eine Herdenimmunität von 50 % und hier auf 10 bis 20 %.

Das heißt, Sie dürfen bei einem R-Faktor von 1 bis 1,5 – wie bei Covid-19 – davon ausgehen, dass – wenn Sie das Konzept der Herdenimmunität verwenden – tatsächlich nicht mehr als 10 bis 20 % einer Bevölkerung immun sein müssten. Man könnte es dabei mit dem Thema des Impfzwanges schon bewenden lassen; denn diese Zahlen sind bekanntermaßen längst erreicht. Die Frage ist – es wurde bereits mehrfach angesprochen –, ob die Impfstoffe, die momentan bei uns verabreicht werden, tatsächlich wirken und ob das gesichert ist.

Hierzu ein Vergleich, in dem wir den sogenannten „Impfweltmeister“ Israel, Deutschland, England und Länder, in denen kaum geimpft wird, wie Indien und Südafrika, haben: Man sieht, wie mit der sogenannten Omikron-Welle in Israel mit der vierten Injektion die Fallzahlen erst einmal richtig hochgegangen sind. Wenn wir diese Fallzahlen als Gradmesser nehmen, kann man aufgrund solcher Vergleiche – wir sehen hier, wie die Zahlen trotz einer gesteigerten Impfung hochgegangen sind, zum Beispiel im Vereinigten Königreich – nicht davon ausgehen, dass diese Impfung tatsächlich einen Schutzeffekt hat. Diesen Schutzeffekt hat das Paul-Ehrlich-Institut inzwischen von seiner Website gestrichen; dort wird nur noch von einer Grundimmunisierung gesprochen.

(Folie 3: Covid-Fälle und Impfstatus)

Doch sehen wir uns an, wie der Impfstatus und die Covid-Fälle tatsächlich aussehen. Ich zeige Ihnen Daten aus Schottland, da wir in Deutschland keine vernünftige Datenbasis haben. Sie haben zwar von mehreren Referenten sehr viele Zahlen um die Ohren geworfen bekommen, die sicherlich statistisch gut verrechnet und grafisch schön aufbereitet sind, doch sie haben alle das Problem, dass die Datenbasis, die Rohdaten schlecht sind, da sie nicht systematisch erfasst werden – weder beim RKI noch beim PEI. Das ist sehr erratisch, vieles wird nicht gemeldet. Das ist in anderen Ländern besser, wie wir im Vergleich wissen. Hier sehen Sie in Schottland, mit einer relativ hohen Impfquote, dass die Zahl der Erkrankungen überwiegend die Geimpften und nur sehr wenig – hier grün dargestellt – die Ungeimpften betrifft. Wenn man sagt, da waren die meisten geimpft, dann müsste sich im Verlauf trotzdem etwas ändern. Sie sehen im Folgezeitraum vom 8. Januar bis 4. Februar, dass die Zahl der Fälle bei den Ungeimpften abnimmt und die Zahl der Geimpften weiter zunimmt. Eine Schutzwirkung kann man daraus sicher nicht ableiten.

(Folie 4: Pandemie Geimpfter)

Betrachten wir die Hospitalisierungen – also die Argumentation, dass die Impfung zwar keine Infektionen, aber wenigstens einen schweren Verlauf verhüten würde –, dann sehen wir auch hier, dass der große Anteil der Hospitalisierungen bei den Geimpften stattfindet und diese im zeitlichen Verlauf zunehmen und der Anteil der Ungeimpften abnimmt. In Deutschland hat man das immer als Pandemie der Ungeimpften dargestellt, wobei für einige Bundesländer wie Bayern oder Hamburg ermittelt worden ist, dass die Zahlen grob manipuliert gewesen sind. Warum sind sie manipuliert? – Diejenigen, die kurz – nämlich innerhalb von 14 Tagen – nach der Impfung erkrankt sind, werden einfach als Ungeimpfte gezählt, was natürlich grob falsch ist.

Nochmals zur Erinnerung: Die einzige Zulassungsstudie, die die Firma Pfizer zu ihrem Präparat Comirnaty durchgeführt hat, hat eine Schutzwirkung von 0,7 % ermittelt. Die 95 % waren immer nur die relative Wirksamkeit, die keine Aussage hat. Die absolute Schutzwirkung waren 0,7 %. Das ist das, was wir tatsächlich an diesen Zahlen sehen: dass die überwiegende Zahl der Fälle bei 90 % bei den Geimpften liegt, die Hospitalisierung und auch die Todesfälle. Weder werden Infektionen noch Hospitalisierungen und die Todesfälle verhindert.

Eine statistische Beziehung, die Sie vielleicht auch selten sehen, ist: Es sind nicht nur Alte und Vorerkrankte, die für Krankheitsverläufe und schwere Verläufe verantwortlich sind, sondern es ist zum Beispiel auch die immer wieder empfohlene Grippeimpfung. Sie sehen hier auf der Y-Achse aufgetragen den Anteil der Grippe-Geimpften gegenüber der Zahl der schweren Fälle. Nach rechts sehen Sie: Die Zahl der schweren Fälle korreliert sehr hoch mit dem Anteil der Grippe-Geimpften. Eine Korrelation muss, wie wir wissen, noch keine Kausalität ausmachen, aber es ist doch ein sehr auffälliger Zusammenhang, der nahelegt, dass gerade die jetzt forcierten Grippeimpfungen die Pandemie bei Covid noch befeuert haben.

(Folie 5: Covid-„Impfstoffe“: Schadensbilanz)

Die Schadensbilanz ist nicht vernachlässigbar, wie es in mehreren Ausführungen dargestellt worden ist. Die Universität Uppsala, die die Datenbank für die WHO betreut, spricht im Februar von 3,2 Millionen unerwünschten Wirkungen, die gemeldet worden sind. Pro Tag der letzten Woche sind 45 Tote zeitnah zur Covid-Impfung gemeldet worden. In der Pfizer-Studie, die ja für 75 Jahre der Öffentlichkeit vorenthalten werden sollte, aber auf gerichtliches Dekret hin freigegeben werden musste, finden Sie die Daten, dass man allein in den USA in den ersten beiden Monaten 1 200 Todesfälle zu verzeichnen hatte.

Jetzt kann man sagen: Wir wissen nicht, ob das auch wirklich kausal ist. Aber wenn wir uns einmal die Kurven aus Neuseeland anschauen – in dunkler Farbe die Linie der Sterbefälle in Neuseeland über das Jahr 2021 und die Impfintensität, die Zahl der Impfungen –, dann sehen wir hier einen sehr klaren Zusammenhang. Wir sehen sogar, dass immer dann, wenn die Impfungen zurückgegangen sind, auch die Todesfälle abgenommen haben. Das ist schon ein sehr starker Hinweis auf eine Kausalität, zumal viele der schweren Reaktionen in den ersten vier Tagen auftreten. In Deutschland sehen wir als rote Linie die Impfintensität über das Jahr 2021 und die Zahl der Todesfälle. Das heißt, auch hier können wir den gleichen Zusammenhang sehen. Wir haben schlichtweg keinen anderen Faktor, der diese Modulation in den Todesfällen ausmachen könnte. Das wurde von offizieller Seite zugegeben. Es sind nicht Covid-Wellen, die das verursacht haben, und irgendwelche anderen Umwelteinflüsse konnten bisher auch nicht identifiziert werden.

(Folie 8: Covid-„Impfstoffe“: Schadensbilanz)

Das heißt, die Schadensbilanz ist nicht so niedrig. Schwere Nebenwirkungen gibt selbst das Paul-Ehrlich-Institut bei einer von 5 000 Injektionen zu. Ich darf daran erinnern, dass bei der Schweinegrippe ein Präparat, das Pandemrix, wodurch bei einer Häufigkeit von 1 : 20 000 bis 1 : 30 000 schwere Nebenwirkungen wie die Schlafkrankheit aufgetreten sind, vom Markt genommen worden ist. Nach Codierung der

Klinikabrechnungen – es gibt nicht nur die Datenbank der BKK, wie vorhin zitiert wurde – haben wir also doch über 14 000 Fälle von Covid-19-Impfschäden, 1 652 davon auf der Intensivstation, und 170 Menschen sind verstorben. Die BKK-Daten lassen, wenn man sie hochrechnet, auf 31 000 Tote durch die Impfungen und über 412 000 schwere Nebenwirkungen mit Hospitalisierung schließen.

Dies kann man nicht so einfach wegwischen; denn wir haben für das Jahr 2021 tatsächlich eine Übersterblichkeit in der Größenordnung von 30 000 bis 40 000 Todesfällen, wofür bisher von keiner Seite andere plausible Erklärungen geliefert wurden. Wir haben dieses drastische Ansteigen sowohl bei den Meldungen der BKK als auch beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhauswesen, wozu wir sagen müssen: Das ist eine auffällige Häufung, die hier passiert ist, die eigentlich eine sofortige Handlungskonsequenz erfordert, um hierzu weitere Studien durchzuführen.

Wie man das so einfach mit der linken Hand beiseite wischen kann, das kann ich, ehrlich gesagt, nicht nachvollziehen. Denn die Verschiedenheit der Reaktionen, die auftreten können, sind überwiegend sehr schwere Erkrankungen, und das heißt nicht, dass sich die Mehrzahl dieser Erkrankungen tatsächlich zurückbildet. Wir haben auch Betroffene, wie vom Paul-Ehrlich-Institut zugegeben wurde, in einer Gruppe, in der wir gesunde Säuglinge, gesunde Minderjährige haben, die für Covid-19 bekanntermaßen ein Risiko von null für Tod oder eine schwere Erkrankung haben. Da ist jeder Todesfall, jede schwere Erkrankung einer bzw. eine zu viel. Das alles dürfte es nicht geben bei einer Erkrankung, die für diese Kinder letztendlich, wenn sie sie durchmachen, zu einer vermutlich sehr anhaltenden ausgezeichneten Immunität führt.

Wenn wir jetzt über Impfauswirkungen sprechen, dann müssen wir beachten, dass wir nicht nur die Spitze des Eisberges sehen, weil ja längst nicht alle Reaktionen auf Impfstoffe so codiert werden. Viele werden von den Ärzten leider Gottes nicht erkannt, wie Beobachtungen zeigen. Man müsste es schon systematisch untersuchen. Solch ein systematischer Vergleich ist zum Beispiel beim amerikanischen Militär gemacht worden. Die haben im Jahr 2021 gegenüber den Vorjahren eine massive Zunahme bei Fehlgeburten, der weiblichen Unfruchtbarkeit, angeborenen Missbildungen, Herzinfarkten, Krebsdiagnosen, Gesichtslähmungen und Lungenembolien, und zwar ist das eine sehr umschriebene Gruppe. Sie ist dafür gut ausgewertet. Das, was vorhin präsentiert worden ist, dass angeblich keine Häufung gegenüber der allgemeinen Bevölkerung besteht, ist ja nicht aussagekräftig. Die allgemeine Bevölkerung enthält ja auch sehr viele Kranke in den Krankenhäusern, wo diese Dinge auch ohne Impfung auftreten. Man muss schon Äpfel mit Äpfeln vergleichen und nicht Äpfel mit Birnen. Es sind jedenfalls alarmierende Daten.

Vors. Susanne Schaper: Herr Dr. Reuther, bitte denken Sie an die Zeit.

Dr. Gerd Reuther: Deswegen ist für mich als Fazit klar: Der Impfzwang hat derzeit überhaupt keinen Nutzen. Das gibt ja auch das Paul-Ehrlich-Institut zu, wenn es den Ausdruck „Schutzwirkung“ von der Website genommen hat. Das Robert Koch-Institut gibt inzwischen auch klar zu, dass das Ausmaß, inwieweit die Virusverbreitung bei einem Geimpften reduziert ist, nicht quantifiziert, also nicht gemessen werden kann. Aufgrund der vorliegenden alarmierenden Auswirkungen und Todesfälle ist es aus meiner Sicht geboten, diese Impfstoffe dringend vom Markt zu nehmen.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

Vors. Susanne Schaper: Danke. Damit haben wir alle Sachverständigen angehört und kommen zur Fragerunde. Wir beginnen mit Frau Petzold für die AfD-Fraktion.

Gudrun Petzold, AfD: Danke, Frau Vorsitzende. Mein Name ist Gudrun Petzold. Ich bin Diplomingenieur für Umweltschutz und Hygiene und war über 30 Jahre im Hygieneinstitut in Leipzig als Leiterin Operativer Infektionsschutz/Epidemiologie tätig. Ich bin also grundsätzlich mit dieser Frage betraut.

Meine Frage richtet sich an Herrn Bodendieck und Herrn Grünewald. Herr Bodendieck, Sie als Präsident der Sächsischen Landesärztekammer haben im „Ärzteblatt Sachsen“, 1/2021, unter Berufung auf Immanuel Kant ihre Kolleginnen und Kollegen aufgerufen, Mut zu haben, sich des eigenen Verstandes zu bedienen, sich aktiv zu informieren, Informationen auf Wahrheitsgehalt zu untersuchen und verschiedene Informationen gegeneinander abzuwägen. Sie sagten auch, Irren sei keine Schande und das Beharren des Beharrens willen führe letztendlich zur Spaltung der Gesellschaft.

Nun meine Anfrage: Sie haben sicherlich den offenen Brief der Gesellschaft der Mediziner, Wissenschaftler für Gesundheit, Freiheit, Demokratie e. V. „Wir fordern einen Ausstieg aus der Corona-Pandemie und legen ein Konzept vor“ vom 24.01.2022 erhalten, der an die Bevölkerung ging, an alle politischen, administrativen Entscheidungsträger der Judikative, der Exekutive und der Legislative im Bund, bei den Ländern und auf kommunaler Ebene.

Dieser offene Brief ist von 20 – ich will jetzt einmal mit Ihren Worten sprechen – mutigen, hochrangigen, national und international anerkennten Wissenschaftlern und Ärzten unterzeichnet worden, und sicherlich haben Sie ihn auch gelesen.

Vors. Susanne Schaper: Wir würden uns jetzt über eine Frage freuen.

Gudrun Petzold, AfD: Ja, es geht gleich los. Lassen Sie mich doch mal ausreden.

Vors. Susanne Schaper: Wir würden uns jetzt über eine Frage freuen. Es ist eine Fragerunde und keine Statementrunde.

Gudrun Petzold, AfD: Ich möchte Sie gern fragen, ob Sie es aus medizinischer, wissenschaftlicher und ethischer Sicht als notwendig erachten, sich mit diesen honorigen Wissenschaftlern und Ärzten zusammenzusetzen und in Erfahrungsaustausch zu folgenden Themen zu treten: keine Impfpflicht, sofortiger Stopp der mRNA-Impfungen, sofortige Beendigung aller Corona-Maßnahmen und die Forderung des Rücktritts der bisherigen beratenden Experten. Wenn Sie sich nicht mit ihnen auseinandersetzen möchten: warum, bitte? Und wenn Sie schon den Kontakt gesucht haben: mit welchem Ergebnis? – Danke.

Vors. Susanne Schaper: Herr Bodendieck.

Erik Bodendieck: Herzlichen Dank, sehr geehrte Frau Abgeordnete. Ich kenne den Brief natürlich genauso wie sehr viele andere Schreiben und habe mich auch entsprechend meiner Einlassung, die Sie genannt haben – wie sollte es anders sein, als dass ich selbst nach meinen Einlassungen handle? –, mit den angesprochenen Fragen auseinandergesetzt, und sehe, das will ich an dieser Stelle so sagen, im Moment

keinen Grund, mich mit den Kolleginnen und Kollegen weiter auseinanderzusetzen, mit ihnen zusammenzusetzen, weil die dort aufgeführten Argumente keine neuen Argumente sind. Sie sind sämtlich, das hat Herr Dr. Grünewald bewiesen, durch die aktuelle Datenlage national wie international widerlegt.

Wir sehen es auch aus persönlicher Erfahrung heraus und wissen, dass persönliche Erfahrung immer etwas anderes sein kann als internationale Datenlagen, nach gut klingenden Practice-Studien angefertigt, die dann auch reviewed werden müssen. Es muss veröffentlich werden, der Wissenschaftler muss sich auch der anderen Auseinandersetzung stellen. Da wir es hier allein immer wieder mit Wiederholungen bereits bekannter falscher Aussagen zu tun haben und die Gegenseite ebenso keinen Sinn darin sieht, sich auseinanderzusetzen, werde ich dieses in der Tat so nicht tun. Die Gründe hatte ich genannt. Die Datenlage ist klar, sie ist international bewiesen. Sie ist reviewed, sie ist von einer großen Zahl an Wissenschaftlern – von deutlich mehr als den 20 – nach wie vor nachvollzogen und wird entsprechend auch in der Praxis so umgesetzt.

Aus diesem Grund nehme ich das wahr und schaue mir das an. Es ist nicht so, dass ich das weglege, sondern wir prüfen alles, was wir in unserem Haus bekommen – das ist auch so –, immer wieder nach. Das ist ein Riesenaufwand, der am Ende durch nichts finanziert ist außer aus den Beiträgen der Ärzteschaft, auf die wir unsere finanzielle Sicherheit gründen. Aber es ist nicht so, dass wir dann regelmäßig in Gespräche gehen, sondern wir hinterfragen das – erst einmal zu dem, was uns vorliegt, also im Sinne einer Aktenüberprüfung – und kommen dann zu einem Schluss. Sollten wir neue Argumente finden, nachvollziehbare Argumente, die sich auf der Grundlage heutzutage weltweit üblicher wissenschaftlicher Datenerhebungen beweisen lassen, dann gibt es natürlich überhaupt keine Frage, dann setzen wir uns mit all diesen Kolleginnen und Kollegen auseinander.

(Gudrun Petzold, AfD: Danke!)

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank, Herr Bodendieck. Herr Dr. Grünewald, Sie waren auch angesprochen. Möchten Sie antworten? Sie müssen nicht.

Dr. Thomas Grünewald: Doch, das kann ich schon. Zum einen: Natürlich schauen wir uns das alles an. Ich habe mir auch die Sachen von Herrn Burkhardt angesehen. Was wir fordern, das hat Herr Bodendieck ganz klar gesagt: Unabhängige wissenschaftliche Gremien müssen die Behauptungen von uns allen, nicht nur von Herrn Burkhardt, sondern auch von mir und von Herrn Bodendieck, überprüfen und es muss offen und transparent ein Peer-Review-Verfahren laufen. – Das fehlt mir. Sie haben auf allen meinen Folien Quellenangaben gesehen, Sie können alles selbst überprüfen. Alles das wird überprüft. Ich mag keine Folien ohne Quellenangaben.

Zu dem, was Sie selbst sagen, zu der Auseinandersetzung bzw. der Diskussion, die ja sehr fruchtbar sein kann, das ist vollkommen richtig: Ich kann Ihnen sagen, dass ich zwischen 50 und 200 Mails pro Tag bekomme. Dabei sind sicherlich auch sehr kritische Mails. Ich bemühe mich, alle mindestens einmal höflich, freundlich und mit entsprechenden Argumenten zu beantworten. In der Regel ist es so: Ab der zweiten, meistens ab der dritten Mail wird man beschimpft. Das ist dann allerdings auch der Moment, wo ich die Diskussion beende. Es macht ja keinen Sinn. Sie wollen ja eine

vernünftige, sachliche Auseinandersetzung. Das machen wir, wir versuchen es, wir beraten.

Das betrifft übrigens die Sächsische Impfkommission per se, dass wir beraten und sagen: Wir schauen und zeigen unsere Argumente. Wenn ich dann aber grundsätzlich zurückbekomme – das passiert nicht immer, aber sehr häufig –, dass ich ein Lügner sei, dann brauche ich nicht weiterzureden. Das macht keinen Sinn, wenn man mir grundsätzlich nicht glaubt. Es ist schwierig, eine Diskussionsebene zu finden. Wenn wir sie haben, machen wir es gern – ich denke, das macht auch Herr Bodendieck –, ohne dass es um eine große Podiumsdiskussion geht. Aber per Mail versuchen wir, allen eine vernünftige Antwort zu geben und in die Diskussion einzutreten. Es hat aber gewisse Grenzen, nämlich dort, wo sozusagen die Nonchalance nicht mehr vorhanden ist.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank. Für die CDU-Fraktion Frau Kollegin Kuge.

Daniela Kuge, CDU: Recht herzlichen Dank auch im Namen der CDU-Fraktion, besonders an die Kollegen Bodendieck, Dr. Grünewald, Prof. Dr. Josten und Dr. Pfeiffer für die ruhigen, besonnenen, sehr sachlichen und fundierten Aussagen.

Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Prof. Dr. Burkhardt. Sie haben ja nur 0,012 % der Fälle an Todeszahlen untersucht. Welche Vorerkrankungen hatten die Patienten? Wurden die Vorerkrankungen auch pathologisch untersucht? Litt der 22-jährige Patient unter Adipositas? Wo sind Ihre Quellenangaben? Warum widersprechen Ihnen anerkannte Pathologen, und wo haben Sie Ihr Wissen publiziert?

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Zunächst einmal wurde schon in einem anderen Vortrag auf meine Ausführungen eingegangen – was eigentlich nicht ganz korrekt ist, denn das gehört in die Diskussion. Aber wir wollen gern diskutieren. Ich habe nie behauptet, dass die Anzahl von inzwischen 30 Patienten repräsentativ für die Gesamtanzahl der Geimpften ist. Aber alle waren putzmunter und gesund, und nur deshalb waren die Angehörigen dazu motiviert, eine Zweitmeinung einzuholen.

Die Schnittpräparate wurden von mehreren Pathologen, die sich vorher nicht kannten und die nicht irgendwie einer Verschwörungstheorie angehören, untersucht. Insofern ist schon von daher ein Peer-Review gegeben, denn Peer-Review bedeutet nichts anderes als „von Kollegen überprüft“. Dass das Ganze publiziert wird, ist selbstverständlich, aber die Befunde waren so beunruhigend, dass wir nicht glaubten, das abzuwarten, denn bei solchen Publikationen dauert es oft Jahre, bis sie dann durchkommen.

Ganz nebenbei an dieser Stelle vielleicht noch der Hinweis: Es wird immer von so vielen Wissenschaftlern und Politikern der Begriff „evidenzbasiert“ verwendet: Eine Publikation nimmt man nur dann wahr, wenn sie evidenzbasiert ist. In Deutschland herrscht der weitverbreitete Irrtum, Evidenz bedeute Beweis. Das ist nicht der Fall. Evidenz leitet sich von ex video ab, das bedeutet „augenscheinlich“. Das heißt, das sind augenscheinliche Ergebnisse, die aber auch nicht unbedingt der Wahrheit entsprechen. Plinius der Ältere, einer der ersten Naturforscher im Römischen Reich, der den Vesuv-Ausbruch beobachtete und dabei starb, hat ausdrücklich als Gegenbegriff zu Evidenz „obskur“, also dunkel, gewählt; und ich kann Ihnen sagen: Es ist nicht Aufgabe der Wissenschaft, evidente Dinge zu überprüfen, sondern es ist Aufgabe der Wissenschaft, obskure Dinge zu überprüfen, und das tun wir.

Wenn ein neuartiges Virus und ein neuartiger Impfstoff auf die Menschen treffen, dann ergeben sich auch neuartige Krankheitsbilder, und dazu muss erst ein Fachwissen erworben werden. Wenn Sie meine Ausführungen in den Pathologiekonferenzen gesehen haben, dann war das eine Aufforderung an meine Kollegen, vor allem an die Pathologen, diese neuartigen Veränderungen im Gewebe, die wir jetzt gut dokumentiert haben, weiterzuverfolgen.

Ich darf noch sagen: Natürlich haben wir – das ist eigentlich selbstverständlich – Positiv- und Negativkontrollen nicht nur an Gewebekulturen durchgeführt, sondern wir haben natürlich auch eine echte Corona-Infektion ausgeschlossen, indem wir als Kontrolle Nucleocapsid nachgewiesen haben. Wenn dieser vorhanden ist, ist es eine echte Infektion, und wenn nicht, ist es eine Impffolge.

Ich muss sagen: Natürlich weiß ich, dass meine Ergebnisse und unsere Untersuchungen – es sind inzwischen über zehn international, auch aus Kanada –sehr häufig als fragwürdig bezeichnet werden. Für mich ist das das größte Lob, das man mir aussprechen kann, denn es bedeutet, es ist würdig, nachzufragen, und darum bitte ich die ganze Welt und alle Ärzte.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank. Es wäre gut, wenn wir versuchen würden, die Fragen präzise zu stellen und auch präzise darauf zu antworten. – Als Nächste für die Linksfraktion Frau Schaper.

Auch vonseiten der Linksfraktion vielen Dank an die Sachverständigen für Ihre Einlassungen. Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Reuther, Frau Dr. Austenat und Herrn Prof. Burkhardt: Inwieweit sind Sie aktiv im Dienst? – Herr Dr. Reuther.

Dr. Gerd Reuther: Ich bin im Ruhestand, das heißt aber nicht, dass ich untätig bin, sondern ich betreibe seit Beginn meines Ruhestands eine sehr intensive Literaturrecherche, in der ich die Zeit habe, die man als praktisch tätiger Mediziner meistens nicht hat, um Studien zu lesen, und verfolge das daher auf eine sehr intensive Art und Weise. Ich habe auch Bücher zu diesem Thema geschrieben, nicht nur speziell zu Corona. Aber wenn Ihre Frage bedeutet, inwieweit Sachkompetenz zu den Themen besteht, kann ich Ihnen versichern: Es dürfte kaum Personen geben, die mehr Studien zu diesem Thema gelesen haben als ich.

Vors. Susanne Schaper: Frau Dr. Austenat.

Dr. Elke Austenat: Zu Herrn Bodendieck oder Herrn Grünewald, die gesagt haben, ich würde etwas durcheinanderbringen: Vielleicht sollten die Herren einmal selbst in sich gehen und überlegen, ob sie irgendetwas durcheinanderreden, bevor sie derartig haltlose Bemerkungen aufstellen. – Vielleicht so weit dazu.

Ich bin aktiv, und zwar mit Privatpatienten. Ich mache internationale Studien und habe noch bis 2020 eine internationale Studie – in diesem Fall auf meinem Fachgebiet Diabetes Mellitus. Übrigens: Bevor jemand diese Pandemie ins Leben gerufen hat, war Diabetes die häufigste nicht übertragbare Seuche dieser Welt, falls Ihnen das bekannt ist. Es hat extrem viel mit Epidemiologie, mit Immunologie zu tun, und wenn der Stoffwechsel unzureichend ist, dann haben wir so ziemlich mit allem zu tun inklusive nosokomialen Keimen oder Mikrobiomen.

Trotzdem muss ich einmal eines fragen: Was veranlasst Sie zu dieser Frage? Wollen Sie hier eine Ehrenrührigkeit aufstellen, die dahin geht, dass ein Präsident der Sächsischen Ärztekammer vielleicht wichtigere Dinge – – Denn es kam der Hinweis, dass sie ganz ruhig und sachlich Dinge argumentiert haben. Wir reden hier von Bereichen, dass man normalerweise sagt – dabei muss ich vielleicht ein wenig Herrn Burkhardt präzisieren: David Sackett hat die Evidence Based Medicine ins Leben gerufen – was wir heute machen, ist eine, wie der Nachfolger von – –

Vors. Susanne Schaper: Danke. Sie haben ja die Frage beantwortet.

Dr. Elke Austenat: Nein, lassen Sie mich bitte ausreden, denn wir sind in einer Diskussion.

Vors. Susanne Schaper: Nein, ich lasse Sie ausreden. Ich bin die Herrin des Verfahrens. – Vielen Dank.

Dr. Elke Austenat: Ja, gerne.

Vors. Susanne Schaper: Sie haben die Frage beantwortet. Ich denke, wir kommen noch weiter in die Diskussion, und warum ich Fragen stelle, obliegt mir genauso, wie es Ihnen obliegt, zu behaupten, Sie sind noch aktiv.

Wir kommen in der Fragerunde als Nächstes zu den GRÜNEN. Frau Kollegin Kuhfuß.

Kathleen Kuhfuß, BÜNDNISGRÜNE: Herzlichen Dank an all die Experten, die uns hier konstruktiv und wissenschaftlich basiert Auskunft gegeben haben. – Wir haben keine Fachfragen. Wir glauben auch, dass das Thema ausreichend hier im Hohen Haus erörtert worden ist. Ich würde mich sehr freuen, wenn wir auf ein gewisses Niveau zurückkehrten – in den Fragen, aber auch in den Antworten.

Vors. Susanne Schaper: Das obliegt natürlich … Das kann man sich wünschen, aber ob das dann so wird? – Frau Kollegin Lang für die SPD.

Simone Lang, SPD: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank an die Sachverständigen. Ich werde jetzt versuchen, die Fragen entsprechend zu stellen. Ich habe mehrere Fragen und hoffe, dass sie dann genauso, vielleicht auch in kurzen Sätzen beantwortet werden können.

Ich habe mir aufgeschrieben, Frau Dr. Austenat hat gesagt, dass eine natürliche Immunität besser wäre. Die vergangenen Monate haben uns gelehrt, dass Infektionen mit dem Virus ohne einen Impfschutz durchaus zu schweren Krankheitsverläufen und auch zum Tode führen können. Meine Schlussfolgerung wäre – bzw. bestätigen Sie, dass wir vulnerable Gruppen lieber dem aussetzen und eine hohe Sterberate hinnehmen, anstatt zu sie zu impfen? – Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage geht an Herrn Dr. Grünewald. Herr Dr. Reuther hat in seinem Redebeitrag gesagt, was Herdenimmunität ist. Für mich wäre es wichtig, dass Sie noch einmal erläutern könnten, was Herdenimmunität ist; denn ich glaube, darin gibt es ein wenig Diskrepanz. Jeder versteht es so, wie er es verstehen will. Das würde ich mir wünschen.

Die dritte Frage geht an einen von den Herren. Antikörper sind nicht gleich Antikörper, haben wir heute gehört. Das wissen auch viele. Meine Frage ist trotzdem: Können Sie noch einmal erläutern, welche Faktoren eine Rolle spielen und weshalb es trotz einer durch einen PCR-Test nachgewiesenen Infektion sinnvoll ist, sich impfen zu lassen? – Danke.

Vors. Susanne Schaper: Die erste Frage ging an Frau Dr. Austenat. Sie haben das Wort.

Dr. Elke Austenat: Wenn ich die Frage in den vielen Fragen einfach noch einmal rekapituliere, so lautet sie: Sollten wir die Risikogruppen einfach mal der Infektion aussetzen und darauf hoffen, dass sie dann überleben? Habe ich die Frage richtig verstanden?

Simone Lang, SPD: Jawohl.

Dr. Elke Austenat: Dazu kann ich Ihnen nur sagen: Unter der Voraussetzung, dass ein Virus oder eine Mikrobe ankommt, die einem Ebola entspricht oder sogar noch schlimmer ist: natürlich nicht. Ich bin Schulmedizinerin, ich liebe Medikamente, unter anderem Insulin. Wenn sich allerdings herausstellt, dass dies nicht der Fall ist, sollte man überlegen, welche Formen der sonstigen Schutzwirkung man in Kauf nimmt.

Dabei würde ich nur eine Risikogruppe ansprechen: die älteren Leute, die in den Pflegeheimen liegen. Ich denke, Sie kennen die WHO-Dokumentation aus dem Jahr 2003, dass in isolierten Häusern Pflegebedürftige oder Palliativerkrankte, wenn sie abgeschottet werden, extrem überdurchschnittlich häufig erkranken bzw. sogar versterben. Sie kennen die Arbeit von Ioannidis, der nachweist, dass die Sterberate, sobald die Menschen draußen herumlaufen und aktiv sind – auch unabhängig vom Alter –, mehr oder minder bei ungefähr 3,5 ab einem Alter von über 80 Jahren liegt.

Das heißt, Ihre Frage beantwortend: nein, unter der Voraussetzung, dass eine Impfung oder ein anderes Medikament nahezu wirklich hilfreich ist und die Gefährlichkeit vorhanden ist. Übrigens: nach Jeffrey Rose – das ist derjenige, der die Stadien der Pandemiebekämpfung irgendwann einmal beschrieben hat – entweder die Universalstrategie: Wir schlagen alle tot; das ist die grundsätzliche Lockdown-Angelegenheit, also Isolation. Dann muss eine permanente Überprüfung stattfinden, das heißt: Wie behandelt man Risiko- bzw. Hochrisikogruppen? Wenn Sie in das Jahr 2003 zurückgehen und die Arbeit der WHO – ich nenne nur einmal Amoy Gardens – ansehen, dann darf man nicht isolieren, weil Michael Gormley – das ist ein Wissenschaftler – nachgewiesen hat, dass die Zirkulation in einem abgeschlossenen System – ähnlich wie bei nosokomialen Keimen in Krankenhäusern – dafür sorgt, dass sich Menschen überdurchschnittlich häufig infizieren oder sogar erkranken.

Insofern impliziert diese Art der Fragestellung bereits eine subjektive Situation: Würden Sie sterben lassen? – Natürlich nicht. Doch genau das, was Herr Laschet gemacht hat, dass er sich entschuldigt hat, indem er sagte, dadurch, dass wir isoliert haben, haben wir Leute sterben lassen, das geht nicht. Es heißt „Primum non nocere“ – zuerst nicht schaden.

Zu der Situation, wenn bezüglich der Impfung nur die Dinge, die über das übliche Maß hinausgehen, gemeldet werden sollen, dann muss man sagen, dass wir hier von einer neuen Impfung sprechen. Ihnen muss bekannt werden, dass – auch hier kam die Frage; Sie bringen irgendwie Träger und Nicht-Träger durcheinander – ein Blutzuckerträger nicht unbedingt ein Diabeteserkrankter ist. Sie sollten Thure von Uexküll nachlesen.

Um darauf zurückzukommen: Wir haben eine neue Impfung. Diese neue Impfung muss mit jeder Nebenwirkung erfasst werden – mit jeder Nebenwirkung und nicht nur mit den das übliche Maß übersteigenden Nebenwirkungen; denn wir können dort gegebenenfalls sogar schaden. Das ist bewiesen, wenn Sie bei sogenannten Risikogruppen nach Vorerkrankungen fragen. Diabetes ist eine Risikogruppe und wir wissen, wenn die Leute stoffwechselmäßig gut eingestellt sind, ist es keine Risikogruppe.

Ich denke, das reicht. Ich will nicht töten, und zwar auch nicht durch Impfstoffe.

Vors. Susanne Schaper: Okay, es ging jetzt um Covid-19 und nicht um Diabetes – um beim Antrag zu bleiben. Frau Lang, Sie haben eine Nachfrage.

Simone Lang, SPD: Nein, ich wollte nur sagen, dass sich die letzte Ausführung nicht auf meine Frage bezog. Ich wollte wissen, ob wir vulnerable Gruppen nicht so sehr schützen bzw. nicht impfen müssen. Das war meine Frage.

Dr. Elke Austenat: Nein, in dieser Form können wir vulnerable Gruppen nicht schützen; denn Sie sind nicht geschützt. Es gibt internationale Studien, die das beweisen. Die wichtigste Studie ist Ioannidis bzw. finden Sie derartige Studien, wenn Sie das auswerten, auch bei Destatis und beim RKI. Nein, in dieser Form können wir diese Menschen nicht schützen.

Es wurde vorhin gesagt, wir reden nicht über Covid-19, sondern über ein Virus, welches den ACE2-Rezeptor – übrigens habe ich dazu gearbeitet, falls jemand noch einmal fragt – angreift, das heißt generell einen Schutzmechanismus aus dem Angiotensin-Renin-System. Insofern ist die Kausalität auch zu dem SARS-1 von 2003 gegeben, welches ebenfalls am ACE2-Rezeptor anzapft, und nicht nur Covid-19. – Danke.

Vors. Susanne Schaper: Herr Dr. Grünewald, bitte.

Dr. Thomas Grünewald: Nur ganz kurz: Die Ioannidis-Studie ist aus dem Jahr 2020, und damals gab es noch keine Impfung – damit wir das wissenschaftlich klarstellen.

Zur Herdenimmunität: Es gibt die berühmte R0 – die mittlerweile jeder kennt –, den Reproduktionsindex oder die Reproduktionszahl. Diese ist bereits erwähnt worden; das ist richtig. Das RKI hat diese wöchentlich berechnet und sie lag immer zwischen 1,0 und 1,5 – mit Lockdown-Maßnahmen. Wenn man das genau betrachtet – und das gehört in der Wissenschaft zur Redlichkeit –, dann schaut man, wie die R0 liegt, wenn keine Maßnahmen getroffen sind; so wie wir es bei allen anderen machen, bei Masern kann ich die auch auf 0 drücken. Dann liegt sie bei ungefähr 3 für den Wildtyp und die Alpha-Variante, bei 6 bis 8 für die Delta-Variante und bei 11 bis 12 für die Omikron-Variante.

Wie kommen wir nun auf das Wort Herdenimmunität? Das ist sehr spannend und ziemlich simpel. Es ist ein Dreisatz, den jeder nachrechnen kann. Wenn Sie einen Menschen haben, der infiziert ist – nicht erkrankt, aber infiziert – und das Ganze im Durchschnitt an drei weitergibt, dann müssen Sie mehr als zwei geschützt haben, damit Sie tatsächlich mehr Geschützte haben, als dass die Krankheit weitergegeben werden kann. Zwei von drei macht 66 %. Das heißt, bei einer R0 von 3 ist die Herdenimmunität – und das waren die ersten Aussagen; nicht nur von Herrn Drosten, sondern von vielen anderen, auch von uns – 66 %; größer 66 % Herdenimmunität.

Wenn wir das auf die Impfung translatieren, dann gehen wir von einer Wirksamkeit der Impfung von 100 % aus. Dann mag es stimmen, dass wir 66 bis 67 % der Menschen geimpft haben müssen. Gehen wir zu Delta: Delta hat 6 bis 8. Das heißt, wir müssen mehr als sieben Achtel geschützt haben, dann kommen wir schon auf 92 bis 93 %. Gehen wir zu Omikron: 11 bis 12 – dann müssen wir mehr als 11 von 12 geschützt haben, das heißt, wir sind bei 98 %. Genau so kommen diese Berechnungen zustande.

Ein zweiter Punkt: Herdenimmunität bei Atemwegserregern, bei respiratorischen Erregern ist eine Illusion. Keine der Impfungen, die wir für respiratorische Erreger haben – und das ist auch nicht richtig dargestellt worden – bringt eine sterilisierende Immunität. Das gilt nicht für die Pneumokokken, aber wir wissen, dass es vor den schweren Krankheitsverläufen – vor der schweren Pneumokokken-Lungenentzündung, -Hirnhautentzündung und -Sepsis – schützen kann. Das gilt für die Influenza. Auch hier ist es so: Schwere Verläufe werden präventiert – viel weniger, als wir gerne hätten. Aber das kennen wir seit Jahrzehnten, und wer sich mit Impfstoffen auskennt, der wird das nie anders erzählen. Schauen Sie sich die Podcasts an, die wir im Februar 2020 oder November 2020 gemacht haben, denn dort sagen wir genau das Gleiche: Es wird keine sterilisierende Immunität geben. Was wir vermeiden wollen, so wie bei den anderen Atemwegserregern, sind schwere lebensbedrohliche Erkrankungen und Todesfälle. Und das können wir weltweit unabhängig, nachvollziehbar, nachprüfbar tatsächlich nachweisen.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank. Herr Dr. Pfeiffer, bitte.

Dr. Thomas Pfeifer: Ich habe eine kurze Anmerkung zu den Ausführungen von Frau Dr. Austenat und vulnerablen Gruppen; denn das kann man so nicht stehen lassen. Ich spreche hier als Praktiker und beziehe mich nun auf Evidence-based-Daten. Diese sind sehr einfach für jeden nachvollziehbar: In der ersten Welle mit dem Wildtyp ist dieses Virus durch Altenheime, durch die vulnerable Gruppe grassiert und hat massiv Tote gebracht. Davor kann man nicht die Augen verschließen. Das war so. Die Altenheime hatten freie Betten wie nie. Das war dramatisch.

In der zweiten Welle gab es eine Impfung. Das Virus ist auch in der zweiten und dritten Variante, der Delta-Variante, wieder durch diese Heime gezogen und hat diese Verwüstung nicht mehr hinterlassen. Die Menschen sind zwar zum Teil erkrankt und haben sich auch infiziert, aber sie sind kaum hospitalisiert worden oder verstorben. Das zeigt eindeutig, wie gut diese Impfung wirkt. Mehr gibt es dazu eigentlich nicht zu sagen. Da kann man nicht wegsehen. Das ist Fakt.

Vors. Susanne Schaper: Herr Reuther, Sie hatten sich gemeldet. Ist das richtig?

Dr. Gerd Reuther: Ja, ich möchte hierzu Stellung nehmen. Herr Pfeiffer hat gesagt: Die Impfung wirkt. Das hat nicht einmal die Pfizer-Studie für die Zulassung ausgesagt. Absolute Risikoreduktion 0,7 % – und das war noch eine Studie, bei der inzwischen klar nachgewiesen ist, dass sie erheblich manipuliert worden ist. Wie Sie dann von der Wirksamkeit ausgehen können, ist mir schleierhaft; denn die Firma Pfizer hat ihre Daten sicherlich nicht unterschätzt.

Zum Thema Herdenimmunität – –

(Dr. Thomas Pfeiffer: Haben Sie Augen zum Sehen, oder haben Sie Augen zum Lesen?)

Vors. Susanne Schaper: Herr Dr. Pfeiffer, wir lassen bitte alle ausreden.

(Dr. Thomas Pfeiffer: Entschuldigung.)

Dr. Gerd Reuther: – Ja, ich habe Augen zum Sehen und zum Lesen, aber lassen Sie mich bitte ausreden.

Die Herdenimmunität ist ein Konzept, welches bis heute nicht bewiesen ist. Ich habe das nur eingeführt, weil es von vielen sogenannten Experten frühzeitig in die ganze Covid-Diskussion hineingebracht wurde und man die Zahlen von 60, 80, 90 usw. usf. irgendwie hochgejazzt hat, ohne eine Datenbasis dafür zu nennen. Ich habe mit den drei Studien eine Datenbasis genannt. Sie sagten jetzt, Herr Grünewald, der R-Wert würde nicht stimmen. Dazu muss ich Ihnen sagen: Erstens ist durch mehrere Studien nachgewiesen worden, dass die Lockdown-Maßnahmen nichts gebracht haben. Von daher: Die Lockdown-Maßnahmen haben den R-Faktor sicherlich nicht nach unten gesenkt. Das ganz Wichtige dabei ist – weswegen sich Ihre Daten so stark von denen, die ich hier präsentiert habe, unterscheiden; das ist für alle Zuhörer ganz wichtig –, dass Sie von einer anderen Datenbasis ausgehen. Sie gehen davon aus, dass die Zahl der positiven PCR-Tests tatsächlich Infektionen sind.

Und dann haben Sie bei der Delta- und der Omikron-Welle eine scheinbar viel höhere Infektiosität als bei Alpha. Das stimmt aber nicht. Sie müssen ja bedenken, wie viel falsch positive Tests durchgeführt werden. Die Zahl der falsch positiven Tests liegt sicher bei 97, 98, 99 %. Die Leute sind ja nicht krank. Viele Geimpfte, vielleicht auch alle, bleiben sogar lange Zeit positiv, ohne dass sie irgendwie krank sind.

Wenn ich das auf diese Datenbasis beziehe, dann bekomme ich natürlich riesige Wellen, die ja schon deswegen unlogisch sind: Die erste Welle im März 2020 sehen Sie heute gar nicht mehr, wie Herr Josten richtig gesagt hat. Das ist eigentlich keine Welle mehr. Spätere Wellen mit weniger aggressiven Erregern wären dann viel höher, zehn-, 20-, 30-mal so hoch. Das hat nichts mit dem Erreger zu tun, sondern nur mit der Zahl der Tests. Die Tests haben die ganzen Wellen produziert und sie produzieren dann auch scheinbar R-Faktoren von 3, 6 und 8, Herr Grünewald. Das sind die Fakten. Die Grippe ist immer genauso infektiös wie Covid gewesen. Das werden Sie auch im praktischen Leben festgestellt haben, dass sehr viele Covid-Patienten 50 bis 100 Kontakte hatten und keiner der Kontaktpersonen ist angesteckt worden. Also, von wegen mehr als der R-Faktor von 1!

Vors. Susanne Schaper: Ich möchte noch einmal um präzise Antworten bitten. Wenn wir offene Fragen stellen, dann ist das halt so. Frau Kollegin Lang, Sie haben noch eine Nachfrage.

Simone Lang: Ich dachte, ich hätte mich klar ausgedrückt, und ich habe auch gesagt, an wen die Frage gerichtet ist. Meine letzte Frage ist noch nicht beantwortet worden.

Vors. Susanne Schaper: Ihre dritte Frage ging an alle.

Simone Lang: Genau, aber diese ist noch nicht beantwortet worden, sondern es wurde über alles Mögliche geredet. Es ging darum, dass Antikörper nicht gleich Antikörper sind und dass man noch einmal erklärt, welche anderen Faktoren dort eine Rolle spielen und ob eine Impfung sinnvoll ist oder nicht. Danach hatte ich gefragt.

Dr. Elke Austenat: Ich kann gern darauf antworten.

Vors. Susanne Schaper: Aber ich bitte Sie, die Frage jetzt kurz und präzise zu beantworten.

Dr. Elke Austenat: Ja, gern. Antikörper ist nicht gleich Antikörper; das ist völlig richtig. Ich hatte am Anfang gezeigt, dass die Abwehrkräfte des Körpers so groß sind, dass man nicht wegen jeder Mikrobe oder dem, was draußen herumgeht, krank wird. Das ist auch die WHO-Definition. Keine Krankheiten bzw. nur milde oder asymptomatische Formen treten auf. Das ist der Grund zu fragen: Müssen wir in solchen Fällen überhaupt impfen – ja oder nein –, wenn eine Impfung – auch wieder aus der Drucksache der Bundesrepublik von 2014 – eigentlich kein Risiko haben sollte, weil wir Gesunde impfen? Das ist das, was Herr Reuther zeigte: wie viele Kinder versterben bzw. schwer erkrankten.

Zu der Fragestellung. Es ist gesagt worden, Ioannidis hat das Ganze 2020 ausgewertet, das heißt vor der Situation, dass es eine Impfung gab. Das heißt wiederum: 99,9 % überleben. Also, welche Art von Antikörper oder Abwehrmechanismen das sind – nur um ein Beispiel zu nennen: unser Körper baut Ozon in den Neutrophilen-Zellen –, ist völlig egal. Wenn wir Blutgruppe 0 haben und gegen Covid gefeit sind, was nachgewiesen worden ist, dann brauchen wir für solche Menschen keine Impfung. Jeder kann sich impfen lassen, wer möchte, aber wir reden hier über die Situation, wer nicht möchte. Wieso muss er gezwungen werden? – Danke. – Noch ein Wort. Sterile Immunität – ich weiß nicht, wer das Ganze erfunden hat – –

Vors. Susanne Schaper: Die Frage ging jetzt leider nicht an Sie.

Dr. Elke Austenat: Es gibt keine sterile Immunität. Steril heißt „keimfrei“.

Vors. Susanne Schaper: Ich habe bis jetzt auch niemanden gehört, der das behauptet hätte.

Dr. Elke Austenat: Doch, Herr Grünewald hat gesagt „sterile Immunität“.

Vors. Susanne Schaper: Nein, hat er nicht. Jetzt Herr Dr. Grünewald, bitte.

Dr. Thomas Grünewald: Also noch einmal: Es gibt keine sterilisierende Immunität bei der Impfung, wie ich es seit zweieinhalb Jahren und schon länger sage; ich bin immerhin seit 30 Jahren in dem Verein.

Nichtsdestotrotz noch einmal ganz kurz zu der Frage der Antikörperimmunität. Ich will es nur ganz kurz grob darstellen. Die erste Auseinandersetzung eines Erregers mit dem Menschen erfolgt durch die innate Immunität. Das ist eine völlig unspezifische Immunreaktion. Dazu gehören bestimmte Eiweiße und bestimmte Zellen des Immunsystems, die schon reagieren, wenn sie etwas als fremd erkennen.

Als Zweites werden über einen Mechanismus der Immunzellen B-Zellen aktiviert, die Antikörper produzieren. Diese sollen versuchen – das schafft der Körper bei vielen Erkrankungen nicht so ohne Weiteres, wie Sie es bei der HIV-Infektion sehen – die Infektion zu vermeiden.

Nach mehreren, in der Regel zwei bis drei Auseinandersetzungen – das ist die Zahl der Impfungen, die wir in der Regel für jeden Erreger mindestens brauchen – kommt das Immungedächtnis, und das sind Gedächtniszellen. Es gibt welche, die ein Jahr leben, und es gibt welche, die 50, 60, 70, 80, 90 Jahre leben. Das wissen wir von der Pockenimpfung. Die sorgen dafür, dass man nicht schwer krank wird, aber sie verhindern nicht die Infektion.

Das sind diese drei Schienen des Immunsystems, wie eine Infektion abgewehrt wird. Das heißt aber nicht immer, dass eine Infektion – das heißt die Besiedlung des Erregers und die darauffolgende Immunreaktion – komplett abgewehrt wird. Was wir bei vielen Dingen versuchen ist, dass wir die Krankheit abwehren. Das ist mir wichtig und deswegen sage ich es auch noch einmal in die Runde: Infektion ist nicht Krankheit und vice versa. Das ist sehr wichtig. Wir reden hier darüber und schmeißen es zum Teil sehr stark zusammen. Das sind zwei unterschiedliche Dinge.

Noch einmal sei gesagt: HIV-Infektion, Aidserkrankung, das sind zwei völlig unterschiedliche Dinge. Deshalb bringe ich noch einmal diese drei Säulen der Immunabwehr, damit Sie eine Vorstellung haben, wovon wir hier gerade reden.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank. Möchte die Frage von Frau Lang noch jemand beantworten? – Nein. Dann gehe ich weiter in der Fragerunde; für die CDU-Fraktion Frau Kuge.

Daniela Kuge: Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Grünewald. Vielleicht können Sie noch einmal auf die sogenannten 0,7 % eingehen, was Pfizer betrifft. Nebenwirkungen sind ja bis zu sechs Wochen nach einer Impfung beim Paul-Ehrlich-Institut angezeigt. Bedeutet dies im Umkehrschluss, dass mehr Nebenwirkungen registriert werden, die eventuell nichts mit der Impfung zu tun haben? – Vielen Dank.

Dr. Thomas Grünewald: Ich beginne mit der einfachen Antwort. Wir unterscheiden ja zwischen der absoluten und der relativen Risikoreduktion. Das heißt, wenn eine Krankheit 1,4 % der Menschen betrifft, dann impft man einen Teil in einer Studie, wie es bei den Zulassungsstudien passiert ist, und dann bekommen nur noch 0,7 % die Krankheit. Das ist eine absolute Risikoreduktion von 0,7. 1,4 minus 0,7 macht 0,7. Das ist ganz klar die Risikoreduktion.

Wenn man aber schaut, dann haben nur noch 50 % der Menschen tatsächlich die Erkrankung bekommen. Das ist die relative Risikoreduktion. Das hat nichts mit Covid, sondern mit allen Impfungen zu tun. Dies wird weitläufig als VE oder Vaccine effectiveness bezeichnet. Das ist der gängige Standard seit zehn, 20, 30, 40, 50 Jahren, an dem Impfstoffe gemessen werden, und das gilt für alle Impfstoffe. Das ist noch einmal wichtig.

Aber es ist vollkommen richtig: Vakzine Effektivität beruft sich nicht nur auf die relative, sondern auch auf die absolute Reduktion, und dann hat man eine zweite Zahl und – das ist ganz spannend – die kann man auch errechnen. Das kann ich nur empfehlen; die britischen Daten sind dabei sehr hilfreich, weil sie sehr ausführlich sind. Es handelt sich um die Number needed to vaccinate. Wie viele Menschen muss ich impfen, damit ich eine Krankheit verhindere, eine Intensivstation verhindere, einen Todesfall verhindere?

Die neuesten Zahlen von letzter Woche – das ist die gleiche Datenbasis wie von Herrn Reuther; deswegen sage ich das noch mal; es sind die Daten von der Health Security Agency, die auch veröffentlicht worden sind – lauten: Bei den über 60-Jährigen müssen Sie 3 000 Menschen impfen, um einen Todesfall zu vermeiden. Das klingt erst einmal viel, aber wenn Sie sehen, wie viele alte Menschen wir haben, dann macht das schon Sinn. Das sind die kruden Daten. Es ist wichtig, dass man das so ein bisschen auseinanderdividiert. Vakzine Effektivität gibt es absolut und relativ. Die VE, die immer genannt wird – nämlich diese 95 % –, hat tatsächlich etwas mit der relativen zu tun. Deswegen ist immer die Number needed to vaccinate oder Number needed to treat dazu zu nehmen, damit man wirklich sagen kann: Wie viele muss ich denn wirklich impfen, damit einer davon profitiert? Ich finde dies als einen sehr handhabbaren Parameter, mit dem man sehr gut arbeiten kann.

Was war die zweite Frage, bitte?

Daniela Kuge, CDU: Die Nebenwirkungen bis zu sechs Wochen und wie viele davon eventuell.

Dr. Thomas Grünewald: Das ist eine ganz wichtige Sache. Natürlich ist nicht am Tag 43 eine Nebenwirkung weg, und sie wird auch trotzdem erfasst. Das heißt, das Paul-Ehrlich-Institut – dies sagt auch § 6 des Infektionsschutzgesetzes ganz klar: machen und erfassen – erfasst und bewertet sie; und wenn es länger dauert, schaut man auch weiter, das ist selbstverständlich. Lieber etwas zu viel melden. Es sind ja Verdachtsmeldungen, die nochmals geprüft werden, und es macht Sinn, zu schauen. Deshalb gibt es auch 90-Tage-Daten, also Drei-Monats-Daten; und es gibt sogar Daten, die es bis zu einem halben Jahr hochrechnen.

Wir haben das für die Todesfälle in Sachsen – das hatte ich Ihnen gezeigt – für vier Monate gemacht. Wir haben allerdings nach drei Monaten keine Todesfallmeldungen mehr, die im Zusammenhang mit der Impfung erfasst worden sind, als Verdachtsmeldung. Wir stoppen das nicht, das macht auch keinen Sinn, sondern wir wollen langfristig schauen: Gibt es Probleme? Die 42 ist nicht in Stein gemeißelt.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank. Herr Prof. Burkhardt.

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Zunächst einmal möchte ich noch die im Raum stehende Frage beantworten, die mir gestellt wurde, wenn ich darf.

(Daniela Kuge, CDU: Ich hatte keine Frage an Herrn Burkhardt!)

Vors. Susanne Schaper: Ihnen wurde aber, soweit ich das jetzt verfolgt habe, keine Frage gestellt. Die Frage ging an Herrn Dr. Grünewald; das ist vielleicht ein Missverständnis.

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Einen Moment. Es wurde die Frage gestellt, ob der junge 24-jährige Patient adipös war. Das habe ich bisher nicht beantwortet.

Vors. Susanne Schaper: Ach so, noch aus der ersten Fragerunde? Alles klar. Dann, bitte, beantworten Sie sie.

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Jetzt an Sie die Frage: Darf ich auch an meine Koexperten Fragen stellen?

Vors. Susanne Schaper: Nein, das geht leider nicht.

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Gut.

(Daniela Kuge, CDU: Mir reicht ein einfaches Ja oder Nein!)

Vors. Susanne Schaper: Sie können jetzt die Frage aus der ersten Runde beantworten.

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Ich denke, in der Wissenschaft ist Ja und Nein nicht die korrekte Antwort. Ich möchte Ihnen sagen: Das ist kein Einzelfall. Dieser Patient war jung und athletisch. Ich war in der letzten Woche zu einem ähnlichen Fall von der Staatsanwaltschaft in Italien, dem Fall eines Sportlers, der mit 24 Jahren an einer Hirnblutung verstorben ist, als Experte geladen, bei der Obduktion dabei zu sein. Vielleicht interessiert es Sie: Ich wurde mit Wagen und Fahrer in Stuttgart abgeholt, nach Verona gefahren, und – deshalb sage ich das – man gab mir einen Bodyguard mit. Daran sehen Sie, wie diese Probleme unsere Gesellschaft zerstören können, wenn wir darüber nicht offen reden.

Zum Schluss lade ich noch einmal alle ein: Kommen Sie zu mir. Haben Sie die Sachen gelesen? Wo sind die unidentifizierten Stoffe, die ich gesehen habe? Jeder ist eingeladen, jeder darf einen Pathologen mitnehmen, jeder.

Vors. Susanne Schaper: Es geht weiter in der Fragerunde. Herr Wendt.

André Wendt, AfD: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank an die Sachverständigen. – Ich möchte zunächst feststellen, dass es gut ist, dass heute verschiedene Wissenschaftler und Mediziner öffentlich ihre – auch unterschiedlichen – Meinungen bekunden können. Das kommt in der Öffentlichkeit meines Erachtens viel zu kurz, und wir sollten uns die Zeit nehmen, zuzuhören. Auch wenn ab und zu einmal die Gemüter etwas erhitzt sind, sollten wir trotzdem Ruhe bewahren.

Ich beginne mit zwei Fragen, zunächst auf die Aussage von Herrn Dr. Pfeiffer eingehend. Er sagte, dass – ich würde einmal behaupten, dass Herr Dr. Reuther, Frau Dr. Austenat und Herr Prof. Burkhardt nicht Impfgegner, aber vielleicht

Impfpflichtgegner sind – deren Argumente keiner wissenschaftlichen Prüfung standhalten würden.

Die erste Frage: Mich würde einmal interessieren, was Frau Dr. Austenat, Herr Dr. Reuther und Herr Prof. Burkhardt von der Aussage halten, dass ihre Aussagen wissenschaftlich nicht standhaft seien. Natürlich darf Herr Dr. Pfeiffer diesbezüglich auch zu Wort kommen. – Danke schön.

Die zweite Frage: Es ist ja so, auch bezogen auf unseren Antrag, dass wir sagen, wir möchten gern Immunitätsnachweise ins Leben rufen. Dazu die Frage an Frau Dr. Austenat: Frau Dr. Austenat, Sehen Sie einen Widerspruch in folgender Formulierung: Immunitätsnachweise werden nicht anerkannt, aber Impfungen, die eine Ansteckung, eine Weiterverbreitung des Virus nicht verhindern? – Danke schön.

Vors. Susanne Schaper: Danke. Wir beginnen mit der Beantwortung der ersten Frage durch Frau Dr. Austenat.

Dr. Elke Austenat: Ich sage einmal: Es ist schon eine gewisse Keckheit, zu sagen, dass unsere oder meine Aussagen einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhalten würden; denn auf meinem Manuskript stehen jeweils die entsprechenden Zitate oder Literaturhinweise, und ich denke, wenn man „The Lancet“, „Nature“, „British Medical Journal“ oder von mir aus auch die WHO, die sich für mich in vielen Teilen permanent widerspricht, aber von der Regierung geliebt wird, als nicht evident bezeichnet, dann bin ich doch einigermaßen erstaunt. – Das zum ersten Teil.

Immunitätsnachweise: Das RKI schreibt ja selbst auf seiner Seite, dass Antikörper – in diesem Fall ausschließlich Antikörper – einem PCR-Test gleichzusetzen seien. Wie auch immer, für mich ist der PCR-Test nach wie vor ein hervorragender Test: als Biomarker, als Surrogate, aber er ist nicht krankheitsbeweisend. Antikörper sind schutzbeweisend, das ist der Bereich. Also sollte man die Immunitätsnachweise ihnen zumindest gleichstellen. Das heißt aber im Umkehrschluss, dass endlich die Genesenen-Zertifikate mit QR-Code angepasst und in den Apotheken oder bei Ärzten oder wo auch immer ausgestellt werden. Wer es hat, muss gleichgestellt sein.

Ich verweise zum Schluss nur noch darauf: Wenn das RKI – es stellt wöchentlich seine Daten mit den PCR-Erhebungen ein – zeigt, dass von 98 Millionen der mittlerweile, glaube ich, bis Ende des Jahres 2021 erhobenen PCR-Tests zu 91 % negativ seien, dann bestätigen sie auch damit indirekt, dass das keine Korrelation zu dem eigentlichen Ziel ist.

Darum – egal, ob es falsch ist – eine Frage: Woher nimmt eigentlich die Regierung das paternalistische Bedürfnis, Menschen zu schützen und den Nürnberger Kodex n, die Menschenrechte, die Selbstentscheidung außer Kraft zu setzen? Zumal Ioannidis 2020 mit zwei Studien an 15 bzw. 14 Staaten nachgewiesen hat, dass die Leute ohne Impfung zu 99 % überleben.

Ich bin nicht gegen Impfung, ganz im Gegenteil. Jeder soll sich von mir aus spicken lassen, wie immer er möchte. Ich würde sie sogar im Einzelfall empfehlen. Es gibt Impfungen, die machen Sinn – gegen Gelbfieber etc. –, aber hier sollten Immunitätsnachweise primär ausreichen, um die Selbstentscheidung mehr zu fördern. – Danke.

Vors. Susanne Schaper: Herr Dr. Reuther.

Dr. Gerd Reuther: Zunächst ebenfalls noch zur Frage der Wissenschaftlichkeit: Sie haben als Nichtmediziner hier ganz unterschiedliche wissenschaftliche Daten bekommen, und ich kann mir vorstellen, dass eine gewisse Verwirrung auftritt, wieso diese Daten so unterschiedlich sein können. Aber das liegt einfach an der Datenbasis, und wir hätten dieses ganze Problem nicht, wenn man mit Beginn der Impfungen ein Monitoring eingesetzt hätte – das, was man für die Zulassungsstudie gemacht hätte; das Paul-Ehrlich-Institut wäre eigentlich dafür verantwortlich gewesen, aber das hat es bis heute unterlassen – und eine Gruppe von 20 000 bis 30 000 Menschen genommen hätte – das hätte man leicht finanzieren können –, die dann in einem Monitoring nach der Impfung konsequent überwacht werden.

Dann hätten wir saubere Zahlen und müssten jetzt nicht anhand von Zahlen von irgendwelchen zufällig gemachten oder unterlassenen Meldungen auf eine Zahl von Impfungen schließen, die wir auch nicht wissen. Vorhin wurde die Zahl von 148 Millionen Impfungen genannt. Ich weiß nicht, woher Herr Bodendieck sie hat. Wir kennen die Zahl der gelieferten Impfdosen von den Impfstoffherstellern, aber auch das RKI sagt: Wie viele tatsächlich verabreicht worden sind, wissen wir nicht. Das heißt, wir haben lauter Unbekannte darin, und die große Frage, die sich jeder stellt, der wissenschaftlich arbeitet, lautet: Warum ist bis heute – nach über einem Jahr – unterlassen worden, eine konsequente Studie zu den tatsächlichen Impfauswirkungen, zum Schutz bzw. auch zu den Nebenwirkungen zu machen?

Das Zweite, das ich zu der Sache mit den Impfgegnern sagen möchte: Man kann leicht Impfgegner sein, weil man beim genaueren Nachlesen feststellt, dass Impfstoffe wesentlich schlechter als andere Medikamente evaluiert werden und es praktisch keine Placebo-kontrollierten Studien gibt. Deshalb haben Impfgegner in den meisten Fällen leider recht.

Zur individuellen Impfentscheidung ist mein klares Konzept, dass ich sage: Jede medizinische Maßnahme ist eine individuelle Abwägung, und ich erschrecke ein wenig über die Kollegen, die hier so leichtfertig einer Impfpflicht, einem Impfzwang das Wort reden; denn jede medizinische Behandlung, die wirkt – darauf wurde richtigerweise hingewiesen –, kann auch schaden. Es ist eine Einzelfallentscheidung, eine Risikoentscheidung, die jemand für sich trifft, vielleicht auch eine, die ich als beratender Arzt anders getroffen hätte. Aber jeder Mensch ist individuell. Nehmen wir nur das Beispiel des Fallschirmsprunges. Jemand sagt: Was soll da passieren? Die Technik ist sicher. Ein anderer stirbt fast vor Angst. Das müssen wir hinnehmen, und dazu sollte man niemanden zwingen.

Es ist die Basis jeder ärztlichen Arbeit, dass man sagen muss: Wir behandeln nicht irgendwie eine Gruppe, eine Herde, sondern wir behandeln den einzelnen Menschen, den wir körperlich und in seiner seelischen Verfassung nach vorn stellen und ernst nehmen müssen, vor allem, wenn es keine Belege dafür gibt, dass eine Entscheidung in einer gewissen Richtung durch diesen Patienten seine Mitbürger gefährden würde – was ständig suggeriert wird, dass das verantwortungslos sei. – Das ist es eben nicht, es ist nur eine Behauptung.

Vors. Susanne Schaper: Herr Prof. Burkhardt, die Frage wurde auch an Sie gestellt.

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Kann man die Frage wiederholen? Mir war nicht bewusst, dass sie an mich ging.

Vors. Susanne Schaper: Doch, sie ging an Sie.

André Wendt, AfD: Ich kann die Frage gern wiederholen, Frau Vorsitzende, wenn Sie gestatten.

Vors. Susanne Schaper: Ja.

André Wendt, AfD: Herr Prof. Burkhardt, Herr Dr. Pfeiffer hat geäußert, dass die Argumente der sogenannten Impfgegner wissenschaftlich keinen Bestand hätten, sprich: sich der wissenschaftlichen Grundlage entziehen würden. Was sagen Sie dazu?

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Zunächst: „Impfgegner“ ist ein Oberbegriff, zu dem ich mich nicht zähle. Ich bin geimpft, meine Kinder sind auch geimpft. Hierbei handelt es sich im Grunde genommen um eine Falschetikettierung. Das ist keine Impfung, sondern eine prophylaktische Gentherapie. Aber das ist ein weites Feld, das wir diskutieren können.

Warum sollen diese wissenschaftlichen Publikationen dazu nicht valide sein? Die Wissenschaft lebt davon, von Diskussionen, das habe ich vorhin schon gesagt, und wenn von einer Seite schon von Anfang an gesagt wird, „dies darf nicht hinterfragt werden“, dann sind das keine wissenschaftlichen Menschen. Wie gesagt, ich lade alle ein, über alles zu diskutieren, auch über die einzelnen Publikationen, soweit sie morphologisch-pathologische Befunde darstellen.

Es ist bisher nicht beantwortet worden, wie das RKI oder die zuständigen landeseigenen Behörden die sehr fragwürdigen Angaben von BioNTech/Pfizer zu ihren Präparaten gegeben hat. Es sagt, es seien unbekannte große vakuoläre Zellen im Körper – in diesem Fall von Ratten – bzw. in der Leber gefunden worden, vielleicht Lipidvakuolen.

Wenn Sie behaupten, Sie hätten das alles so genau gelesen: Haben Sie das nicht hinterfragt? Da muss man doch anfragen. Wir haben bei BioNTech/Pfizer mit zehn Fragen nachgefragt. BioNTech/Pfizer kann nicht sagen, in welchen Zellen die Produktion von Spike-Proteinen angekurbelt wird. Es wurde nicht beantwortet, und das ist für mich einfach bodenlos und vollkommen unwissenschaftlich.

Vors. Susanne Schaper: Die Frage hat sich auch an Herrn Dr. Pfeiffer gerichtet, sodass er nun darauf antworten kann.

Dr. Thomas Pfeiffer: Sehr geehrter Herr Wendt, ich habe mich mit diesem einen Satz eigentlich direkt auf Ihren Antrag bezogen. In Punkt 5 schreiben Sie nämlich: „Die Bürger haben ein Recht auf ein objektives Lagebild, welches auf transparente Art und Weise den Nutzen sowie die Risiken einer Corona-Schutzimpfung abbildet, Desinformationen korrigiert sowie Vorurteilen von unberechtigten Bedenken begegnet [...]“

Das Wort „Desinformation“ habe ich aufgegriffen, und mein Satz lautete daraufhin: „Desinformation herrscht oft aufseiten von sogenannten Importgegnern“ –

Desinformation –, „die ihre Meinung aus alternativen Quellen speisen, die oft keiner wissenschaftlichen Prüfung standhalten.“ Ich habe nicht behauptet, dass die Quellen nicht wissenschaftlich geprüft werden, sondern sie werden wissenschaftlich geprüft. Sie sind Bestandteil eines wissenschaftlichen Prozesses, und die wissenschaftliche Meinung ist, dass sie nicht korrekt sind. Darauf wird sich aber trotzdem weiterhin berufen.

Der wissenschaftliche Diskurs findet immer statt, weltweit, und genau jetzt auch, immer; und es gibt einen Konsens. Wissenschaft ist auch immer im Wandel. Es wird möglicherweise in vier Wochen einen anderen Konsens geben, aber momentan ist das, was vier von diesen sechs Experten behaupten, wissenschaftlicher Standard, und das, was die anderen drei Experten behaupten, ist nicht wissenschaftlicher Standard.

Dr. Elke Austenat: Sorry, das ist eine Unverschämtheit. Also, ich muss mich hier wirklich einschalten.

Vors. Susanne Schaper: Danke. – Das Wort erteile ich. Danke.

Dr. Elke Austenat: Nein, Verzeihung, das geht nicht, –

Vors. Susanne Schaper: Ich schalte Sie jetzt stumm.

Dr. Elke Austenat: – wenn hier behauptet wird, weil man der Regierung nahesteht, kann man reden, kann man antworten, und Herr Burkhardt darf – –

(Die Vorsitzende schaltet das Mikrofon der Sachverständigen ab.)

Vors. Susanne Schaper: Danke, Frau Dr. Austenat. Sie sind jetzt nicht mehr zu hören, denn die Frage ging nicht an Sie. – Wir würden jetzt so verfahren, wie es vorgesehen ist. Wer ist jetzt noch auf der Frageliste offen? – Die zweite Frage, die Herr Wendt gestellt hatte, ging an Sie, Frau Dr. Austenat, sodass Sie dafür jetzt das Wort bekommen.

(Zurufe von der Zuschauertribüne: Das ist eine Unverschämtheit! Undemokratisch! – Weitere Zurufe – Einige Zuschauer verlassen den Saal.)

Frau Dr. Austenat, Sie haben das Wort, Sie können reden, obwohl die Fanbase schon – – Probieren Sie bitte einmal, zu reden. Sie haben Ihr Mikrofon ausgeschaltet, Frau Dr. Austenat. Sagen Sie bitte mal etwas.

Dr. Elke Austenat: Es war abgestellt. Ich habe festgestellt: Wenn Herr Grünewald behauptet, dass wir sozusagen unsolide Literatur zitieren würden – womit ich dem nicht unrecht gebe, die WHO könnte unsolide sein –, dann weise ich das aufs Schärfste zurück.

Vors. Susanne Schaper: Wir bitten Sie, noch die Frage zu beantworten, die an Sie gestellt wurde; und ich würde Sie bitten, dann zu sprechen, wenn wir Sie auffordern, und nicht einfach reinzureden. Es ist noch eine Frage an Sie offen.

Dr. Elke Austenat: Wiederholen Sie Ihre Frage noch einmal.

André Wendt, AfD: Ich kann die Frage gern wiederholen. Ich denke mal, dass sie zum Teil schon beantwortet worden ist, aber vielleicht nicht in Gänze. Ich hatte gefragt, ob ein Widerspruch besteht, wenn man Immunitätsnachweise nicht anerkennt, aber Impfungen, die eine Ansteckung bzw. eine Weiterverbreitung des Virus nicht verhindern.

Dr. Elke Austenat: Diese Frage habe ich bereits beantwortet. Ich hatte gesagt, dass Immunität das ist, was auch mit einer Impfung erreicht werden soll. Das ist auch bei den Zulassungsstudien so. Auf Immunität kommt es an. Das heißt, es ist ein Widerspruch zu sagen, ich setze mich wie in Hollywood in ein Auto und lasse die Leinwand hinter mir fahren. Wir müssen Immunitätserhebungen durchführen und diese sind unisono in der Gleichstellung für alle anzuerkennen. Habe ich damit Ihre Frage beantwortet?

André Wendt, AfD: Vielen Dank.

Vors. Susanne Schaper: Herr Reuther.

Dr. Gerd Reuther: Ich will versuchen, den Diskurs in eine sachlichere Richtung zu lenken. Der Einwand von Herrn Pfeiffer war leider nicht wirklich qualifiziert; den vergessen wir mal besser.

Ich knüpfe eher an den Erläuterungen von Herrn Grünewald zu der absoluten und relativen Risikoreduktion an. Das ist absolut korrekt; darin sind wir vollkommen einer Meinung. Ich denke, es sind gute Beispiele, dass dieselben Daten unterschiedlich gesehen werden können und zu unterschiedlichen Konsequenzen führen.

Er hat ja dieses Beispiel von der Studie gebracht. Man hat bei 20 000 Teilnehmern in den Gruppen einer Zulassungsstudie 200 Ungeimpfte, die krank werden, und von den Geimpften werden zehn krank. Dann hat man diese relative Risikoreduktion von 95 %. Wenn jemand sagt, das ist mir wichtig, wenn das tatsächlich stimmen würde, dass ich zu denen gehöre, die dann krank werden können und ich nicht krank werde, dann halte ich diese 95 % für wichtig. Wenn man es aber auf jemanden bezieht, der sagt, okay, von den 20 000 Leuten sind auch in der ungeimpften Gruppe nur 200 krank geworden und in der anderen waren es zehn, dann ist das quantitativ so wenig und man kommt eben auf diese 0,7 %. Das ist eine individuelle Risikoabwägung, die jemand vornimmt, genauso wenn jemand sagt, ich spiele Lotto, obwohl die Chance sehr gering ist, dass ich gewinnen kann. Der andere sagt, ich spiele Lotto, die Chance ist zwar gering, aber die Möglichkeit besteht doch. Ich glaube, das ist wichtig, dass diese individuelle Entscheidungsfreiheit grundsätzlich bestehen sollte. Man muss nur die Daten objektiv auf den Tisch legen, wie das jetzt in dem Fall der Zulassungsstudie mit der absoluten und relativen Risikoreduktion gemacht worden ist.

Vors. Susanne Schaper: Ich schaue nochmals in die Runde, ob es weitere Fragen gibt, und bitte die Ausschussmitglieder, ein wenig auf die Uhr zu schauen. – Herr Prantl, bitte.

Thomas Prantl, AfD: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an Herrn Bodendieck und an Herrn Grünewald, um zum Kernanliegen unseres Antrages zurückzukommen: Gibt es eine mögliche oder tatsächliche Dunkelziffer nicht erfasster bzw. ungenügend erfasster Impfkomplikationen?

Sie kennen – das ist heute angesprochen worden – die Aussagen der BKK ProVita, die von einer acht- bis zehnfachen Untererfassung ausgeht. Wir vergleichen uns mit den Nachbarländern Dänemark und Niederlande, die viermal häufiger Meldungen erfassen, katalogisieren und verarbeiten. Es gibt eine Übersichtsarbeit, die im „Bundesgesundheitsblatt“ im Jahr 2002 veröffentlicht worden ist, die regelmäßig davon ausgeht, dass bei Impfnebenwirkungen maximal 5 % gemeldet werden. Das würde einer Untererfassung des 20-fachen Faktors entsprechen.

Das sind die Fakten, auf die ich mich beziehe. Schließlich komme ich auf den Schweinegrippe-Impfstoff Pandemrix zurück, der wegen Langzeitfolgen, die man vorher nicht gesehen hat oder nicht gesehen haben wollte, extra vom Markt genommen worden ist.

Meine Frage an Sie lautet: Halten Sie vor dem Hintergrund all dieser Tatsachen die Forderung unseres Antrages für gerechtfertigt, dass wir deutlich genauer hinschauen müssen und ein objektives Lagebild brauchen, weil das den Bürgern bei der Nutzen-Risiko-Abwägung zusteht? Müssen wir deutlich stärker an einer verbesserten Überwachung arbeiten, um eine gesicherte valide Datengrundlage über Impfnebenwirkungen zu haben?

Kurz und knapp: Sehen Sie dafür Bedarf, oder sehen Sie keinen Bedarf, weil alles in Ordnung ist? – Das ist Frage 1.

An Herrn Dr. Grünewald geht die Frage: Sie hatten im Februar dieses Jahres dafür geworben, Kinder zu impfen. Wir wissen, dass Kinder im Infektionsgeschehen keine Rolle spielen, nicht schwer erkranken, extrem selten an Covid-19 leiden oder gar versterben. Wovor wollen wir also Kinder mit einer Impfung schützen, von der wir inzwischen auch wissen, dass sie gar nicht so gut wirkt, wie wir es erwartet haben, und wir vermuten müssen, dass sie doch eine große Zahl an Nebenwirkungen, auch Langzeitkomplikationen, hervorruft, die uns vielleicht noch gar nicht bekannt sind? Sie wissen auch, dass Kinder aufgrund ihrer Lebensspanne, die sie noch vor sich haben, das höchste Risiko haben, Impfnebenwirkungen erleiden zu müssen.

Was genau beabsichtigen Sie damit, dieses Vakzin massenhaft an Kindern zu verabreichen? Halten Sie die Maßnahme des sächsischen Gesundheitsministeriums, das durch einen Impfclown, der auf den etwas sonderbaren Namen „Prof. Knaller“ hört, an den Mann zu bringen und zu vermitteln, für sinnvoll? Wie sinnvoll ist der Impfclown in Sachsen? Das möchte ich gern von Ihnen wissen. – Danke.

Dr. Thomas Grünewald: Ich will mit der letzten Frage beginnen. Zunächst bringe ich das nicht unter die Leute, sondern wir sind die Sächsische Impfkommission. Wir geben Empfehlungen nach dem Stand der Wissenschaft. Ich bekomme kein Geld von Pfizer oder von wem auch immer, sondern wir bewerten die Daten. Dazu gehört auch, dass wir Ihnen sagen, dass der Pandemrix-Impfstoff nicht vom Markt genommen worden ist. Die Narkolepsie ist keine Schlafkrankheit, sondern eine Infektionskrankheit. Die Narkolepsie ist eine Epilepsieform, die genetisch determiniert und autoimmunologisch hervorgerufen wird. Die Nebenwirkungen sind tatsächlich innerhalb der ersten zwei Wochen aufgetreten. Nur über die geringe Zahl ist die Häufung im Zusammenhang mit dem Impfstoff später aufgefallen, erst als viele Menschen geimpft worden sind. Das Auftreten dieser Nebenwirkung kam in den ersten 14 Tagen. Das will ich noch einmal sagen.

Zu den Kindern. Es gibt klare Daten, dass Kinder vor einer Infektion geschützt werden, dass es einen individuellen Schutz für die Kinder gibt. Es gibt aber auch einen Schutz der Allgemeinheit. Das heißt, auch die Weitergabe von Infektionserregern ist dadurch erschwert. Beides ist nachweisbar; das können wir auch sehen. Aus den USA haben wir mittlerweile 9,4 Millionen Impfungen an Kindern dokumentiert.

Das, was Sie sagen, stimmt leider nicht. Die Zahl der Nebenwirkungen bei den Kindern ist um ein Vielfaches geringer. Dazu gibt es kontrollierte Studien. Das, was Herr Reuther gefordert hat – kontrollierte Untersuchungen –, dafür gibt es den Vaccine Safety Datalink. Es sind über 4,5 Millionen Erwachsene und jetzt noch einmal knapp 1 Million Kinder, die regelmäßig von ihren Versicherungen, von den Kinderärzten prospektiv gesehen werden, um Nebenwirkungen der Impfungen zu erfassen.

Es gibt noch mehrere solcher Systeme. Die USA und Großbritannien sind deutlich weiter als wir. Darin gebe ich Ihnen vollkommen recht, und dort müssen wir nachschärfen. Ich stimme mit Ihnen überein: Wir müssen Dinge offen und wahrhaftig kommunizieren, das finde ich sehr wichtig. Aber es ist auch entscheidend, dass wir auf einer vernünftigen, gleichen Datenbasis mit der entsprechenden Ruhe dort herangehen, um zu sagen: Was haben wir?

Ich finde es schade, dass man behauptet, wir hätten keine Daten. Wir haben Daten von mehreren Millionen, mittlerweile über zehn Millionen Menschen, die in den USA überprüft und prospektiv auch angeschaut worden sind. Das machen dort die Versicherer; Kaiser Permanente ist eine der größten Versicherungen in den USA. Sie haben ein großes Netzwerk erstellt, um prospektiv genau solche Nebenwirkungen zu erfassen. Von Ihnen können wir viel lernen, und davon kann auch die BKK ProVita einiges lernen, weil diese Daten öffentlich verfügbar sind. Sie müssen nur unter Healthy Meetings in den USA schauen, dann sehen Sie all diese Daten. Sie sind nachvollziehbar, überprüfbar. Das heißt, wir sehen es.

Um wieder den Bogen zu den Kindern zu spannen: Wir sehen einen individuellen Vorteil für die Kinder, und es ist nicht so, dass wir nur von Covid-19 reden. Sie kennen vielleicht das PIMS oder das MIS-C, dieses Hyperinflammationssyndrom von Kindern. 95 % dieser Hyperinflammationssyndrome – 50 % der Kinder gehen auf die Intensivstation, 20 bekommen eine Organersatztherapie; es ist also mitnichten eine Kleinigkeit und geht in die Richtung eines Kawasaki-Syndroms, das wir schon von anderen Krankheiten und Infektionen kennen – können tatsächlich verhindert werden. Es gibt einen ganz klaren individuellen Vorteil für die Kinder.

Wir wissen auch, dass gerade die Fünf- bis Elfjährigen – das war immer in der Diskussion – mit Abstand die geringsten Nebenwirkungen haben. Dazu gibt es die prospektiven Untersuchungen, und ich finde sie sehr eindrücklich. Ich denke, es ist wichtig, dass man sie auch vermittelt, genauso wie wir vermitteln, dass es Myokarditis gibt.

Sie haben gesagt, das Aspirieren wird nicht empfohlen. Das ist Unsinn. Das wird in Sachsen seit 20 Jahren empfohlen. In jedem Impfkurs, den wir von der Sächsischen Impfkommission durchführen, sagen wir: Bitte ziehen Sie die Spritze an, damit sie kein Blut drin haben. Ich habe nun wirklich seit 30 Jahren geimpft, aber das haben Sie vielleicht einmal auf 5 000 Impfungen, 5 % sicherlich nicht.

Ich will damit sagen: Wir kümmern uns genau um diese Dinge. Wir haben in Sachsen als Allererste gesagt: Spikevax bitte nur bei über 30-Jährigen. Wir bleiben auch dabei, auch wenn die EMA diese Zulassung macht. Wir haben als Allererste gesagt, die Vektorimpfstoffe nur bei über 60-Jährigen, weil wir diese Risikokonstellation gesehen und rechtzeitig reagiert haben. Ich halte das auch für wichtig.

Es ist nicht so, dass wir nur sagen: Lasst euch impfen, lasst euch impfen! Wir schauen auch kritisch nach den Problemen, die auftreten können. Diese kommunizieren wir. In drei von unseren letzten sechs Impfempfehlungen steht: Bitte meldet die Impfung, ihr seid nach dem Infektionsschutzgesetz – Herr Pfeiffer hat es zu Recht gesagt – dazu verpflichtet. – Das zur Untererfassung.

Bitte schauen Sie sich noch einmal im Handout die Serumdaten des Instituts in Dänemark an. Sie haben nicht 4- bis 6-mal so viel, sondern sie haben 0,5 % statt der 0,3 % beim Paul-Ehrlich-Institut. Das sind Daten von letzter Woche. Bitte schauen Sie genau hinein. Ich habe es Ihnen extra gegeben, damit wir uns international vergleichen können.

Vors. Susanne Schaper: Danke. Herr Bodendieck.

Erik Bodendieck: Zum Thema Meldung muss ich nichts hinzufügen. Es gibt nur einen allgemeinen Punkt, aber daran krankt es insgesamt in Deutschland und das fordert die Ärzteschaft schon über viele Jahre: dass wir die Forschung auch von Staats wegen etwas mehr ausweiten müssten. Das gilt auch für viele andere Bereiche. Wir können uns aber mit gutem Gewissen auf viele andere Daten beziehen, die andere Länder erhoben haben, mit sehr viel mehr Impfmengen und entsprechend anderen Meldesystemen.

Ich denke aber auch – das will ich gern zurückgeben, lieber Herr Dr. Reuther –: Die knapp 150 Millionen Impfungen, die verabreicht worden sind, basieren auf den tatsächlich gemeldeten Impfzahlen. Ich will hoffen, dass sie auch alle ordnungsgemäß verimpft worden sind und dass nicht der Impfstoff weggeschüttet und dafür physiologische Kochsalzlösung oder anderes geimpft worden ist. Es sind nicht die gelieferten Mengen, sondern die tatsächlich verimpften Mengen. Wir haben uns wöchentlich – Frau Staatsministerin Köpping weiß das – darüber gestritten, wie wir diese Zahlen abgleichen können und dass wir diesbezüglich auch valide sind. Das sind die tatsächlich verimpften Zahlen. Die Mehrheit der Kolleginnen und Kollegen hat das auch so getan. Ich sage bewusst „die Mehrheit“ und schließe nicht alle ein; leider kann ich das nicht. Die Mehrheit hat die Impfstoffe BioNTech-, AstraZeneca, Johnson & Johnson oder Moderna ordnungsgemäß geimpft, so wie es vorgeschrieben war.

Ich will noch einen letzten Punkt nennen. Es wird sehr viel von Freiheit und freiwilliger Impfentscheidung gesprochen, es wird sehr viel auf das Individuum abgehoben. Wir haben dabei zwei Punkte zu beachten. Individuell ist gut und schön, solange ich dabei nicht sage: Ich treffe meine individuelle Entscheidung so lange, wie es mir passt, und dann muss die Gesellschaft aber für mich einstehen. Nein, Gesellschaft und Individuum haben in einer Gesamtgesellschaft Rechte und Pflichten. Das heißt am Ende auch, dass ich nicht immer nur auf meinen individuellen Status pochen kann, sondern dass ich dann, wenn mir die Individualität gegeben wird – so wie es passiert ist –, auch selbst melden konnte, wenn ich meine, eine Impfreaktion oder eine Nebenwirkung gehabt zu

haben. Ich konnte mich bei einem Arzt oder bei einer Ärztin melden. Das ist dann wieder der Anspruch, den ich an die Bevölkerung habe. Solange sie auf Individualität pocht, muss sie ihre Individualität auch entsprechend wahrnehmen und sich in der Gesellschaft so verhalten, wie wir das von allen erwarten.

Ich kann nicht bei jedem Impfling jede Woche nachfragen, ob er eine Impfreaktion hatte. Ich muss es auch nicht; denn sämtliche Impfungen – Dr. Grünewald hatte auf das Pandemrix hingewiesen – hatten ihre Impfreaktionen nach sechs Wochen bis maximal ein halbes Jahr später, und dann war die Sache durch. So ist es international bis jetzt immer gewesen. Einen längeren Zeitraum gab es dazu nicht.

Danke schön.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank. Gibt es weitere Fragen? – Herr Schaufel, bitte.

Frank Schaufel, AfD: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Sehr geehrte Damen und Herren! Mir wurde folgender Fall angetragen: Eine Frau um die 40, im medizinischen Außendienst, zweimal geimpft, vor einem Monat geboostert, ist gerade so nach Hause gekommen, hat nach der Boosterung heftigen Schüttelfrost bekommen, hatte eine ganze Woche Grippesymptome und lag flach. Jetzt könnte man sagen, wie Herr Dr. Bodendieck, das ist eine normale Impfreaktion und keine Impfnebenwirkung nach Definition. Ich würde das nicht so verharmlosen. Hätte man diese unerwünschte Reaktion vermeiden können, wenn zum Beispiel der Antikörper-Titer ermittelt und die Boosterung verschoben worden wären? Das ist meine erste Frage.

Die zweite Frage: Welche Daten des Immunschutzes in der Bevölkerung für Geimpfte, Genesene, nach erkannt und nicht erkannt, liegen in Sachsen vor?

Die dritte Frage: Was spricht dagegen, den Genesenenstatus auf zwölf Monate zu erhöhen, wie in der Schweiz, und mit Antikörpertests sogar noch einmal zu verlängern?

An Herrn Dr. Grünewald möchte ich noch eine Frage stellen: Es ging darum, dass nicht alle Nebenwirkungsfälle womöglich von den Ärzten ans PEI gemeldet werden. Es wurde lapidar gesagt: Nun ja, man braucht für die drei Formulare nicht drei Stunden. Ich frage Sie: Ist es mit dem Ausfüllen der Formulare abgeschlossen, oder könnte es sein, dass das Paul-Ehrlich-Institut vielleicht in den nächsten Tagen nachfragt, wie es dem Patienten geht und wie die Aussicht ist?

Die letzte Frage geht an Herrn Dr. Grünewald, die Frage zum Impfstatus in Sachsen an die Herren Dr. Grünewald und Bodendieck. Bei den anderen beiden Fragen wäre es mir recht, wenn auch Herr Dr. Reuther dazu Stellung nehmen würde. – Danke.

Vors. Susanne Schaper: Wer beginnt mit der Antwort? – Herr Dr. Grünewald.

Dr. Thomas Grünewald: Als Erstes: Wenn Sie sagen, jemand hat eine Woche mit Schüttelfrost krank gelegen, dann ist es – E 10, die Empfehlung der Sächsischen Impfkommission – bei länger als 48 bis 72 Stunden meldepflichtig. – Nummer 1.

Nummer 2 ist: Wenn ich melde, dann muss ich damit rechnen, dass nachgefragt wird. Das machen wir übrigens derzeit relativ häufig bei Impfmeldungen. Wir erleben gerade sehr eigenwillige Dinge, dass wir überhaupt keine Informationen bekommen. Wir

versuchen dann, die Daten zu sammeln. Man ist dann manchmal hartnäckig. Da haben Sie recht, das dauert dann länger als 5 Minuten. Das Ausfüllen der Schadensfallmeldung selbst dauert tatsächlich nicht länger als 5 bis 10 Minuten.

Trotzdem kann es sein, dass nachgefragt wird. Das ist auch richtig so. Es ist ja Ihre Forderung, dass man schauen sollte. Das ist meines Erachtens ein wesentlicher Punkt für die Pharmakovigilanz-Studien. Das nennt man übrigens Phase-IV-Studien. Das gilt für alle Impfstoffe, die in den letzten Jahrzehnten zugelassen worden sind, und das muss man auch machen.

Zu den Impfzahlen in Sachsen und den Immunitätszahlen. Ich habe versucht, Ihnen aufzuzeigen und es ist wirklich wissenschaftlicher Konsens: Die Höhe der Antikörper korreliert nicht mit den klinischen Shots. Wir wissen: Wer keine Antikörper produziert, hat mutmaßlich auch keine zelluläre Immunität und ist weiterhin empfänglich. Davon gibt es mehr als genug, und davon sehen wir auch mehr als genug Menschen, zum Beispiel immungeschwächte.

Wie hoch die Antikörper sind, besagt nicht, wie gut Sie geschützt sind. Wenn sie nach einem halben Jahr noch vorhanden sind, dann heißt das nicht, dass Ihr Schutz noch nach einem halben Jahr besteht. Wir wissen um dieses sogenannte Waning – so nennt man das wissenschaftlich –, die Abschwächung der Immunität. Das gilt sowohl für die Impfung als auch für die natürliche Immunität. Wo man die Grenze setzt – drei, neun oder zwölf Monate –, ist schwierig. Das ist eine politische Entscheidung – ich sage es ganz klar – und keine wissenschaftliche Entscheidung.

Das, was wir sagen können, ist: Wir sehen ab einem halben Jahr signifikant mehr. Das sind die Daten von Herrn Goldblatt aus Israel, wo man es sehr gut untersucht hat. Wir sehen ab einem halben Jahr deutlich mehr Impfdurchbrüche bei allen, bei den Geimpften, bei denen die Impfung ein halbes Jahr her ist, genauso wie bei den Genesenen, bei denen die Krankheit, die Infektion ein halbes Jahr her ist. Das ist die Grenze, die man in vielen Ländern zieht. Andere Länder verfahren anders; das ist vollkommen richtig. Aber das ist tatsächlich eine politische Entscheidung. Wir können ganz klar sagen: Es steigt nach einem halben Jahr deutlich an.

Noch einmal sei gesagt, weil mir das wichtig ist: Wenn ich Ihnen sage, dass ungefähr 25 bis 26 % der Menschen in Sachsen Antikörper durch eine natürliche Immunität haben dürften – in Großbritannien sind es sogar 90 % –, und Sie schauen sich die Infektionszahlen an, dann sehen Sie, dass diese Antikörper und die Infektionszahlen überhaupt nichts miteinander zu tun haben. Machen Sie sich frei von der Tatsache, dass Antikörper einen Schutz zeigen. Das haben wir für diese Krankheit leider noch nicht. Uns fehlt der Laborwert – das ist traurig; ich hätte ihn auch gern, das würde mir das Leben deutlich erleichtern –, um zu sagen: Mit diesem Laborwert bist du geschützt, mit jenem Laborwert entsprechend nicht.

Das haben wir für andere Krankheiten, zum Beispiel für die Hepatitis, bis zu einem gewissen Grad; aber wir haben es hier nicht, und das ist unser Problem. Es ist immer die landläufige Idee: Wer Antikörper hat, ist geschützt. Das ist schlicht und ergreifend falsch, anders kann man es nicht sagen. Man kann es auch wissenschaftlich sagen; aber das ist das große Problem.

Immunitätsnachweise: Schauen Sie sich die Zahlen aus Großbritannien an. Dort haben 99 % der Menschen über 60 nachweisliche Antikörper, großen Untersuchungen mit mehreren Hunderttausend zufolge. Trotzdem werden auch sie krank – sei es durch Impfung, sei es durch Genesung, also durch die durchgemachte Infektion –, trotzdem sind sie wieder empfänglich; das ist das große Problem. Vor dieser Schwierigkeit stehen wir, und das müssen wir auch vermitteln und klar sagen.

Das ist einer der Gründe, warum wir sagen: Nicht eine Auseinandersetzung mit dem Erreger – ich sage bewusst: Auseinandersetzung mit dem Erreger –, sondern mehrere Auseinandersetzungen mit dem Erreger sind erforderlich. Wir machen das üblicherweise bei kleinen Kindern mit vier Impfungen; jetzt haben wir aber auch die Möglichkeit, Infektionen zusammenzunehmen. Aber es ist nicht das, was den absoluten Schutz bietet.

Vors. Susanne Schaper: Herr Bodendieck.

Erik Bodendieck: Nur kurz dazu noch: Eine kommunikative Schwäche war vielleicht – diese bringt uns vielleicht in derartige „Schwulitäten“ –, dass wir sehr früh davon ausgegangen sind: Eine Impfung, und du bist erst mal geschützt; oder vielleicht noch eine zweite Impfung, und dann ist es erst mal gut. Das gilt in aller Regel – Herr Dr. Grünewald sagte es gerade – für keine Impfung, die wir haben: dass wir mit einer oder gar zwei Impfungen jemals einen längeren Schutz erreichen konnten. Das ist bisher so bewiesen und ändert auch hier nichts. Unser Immunsystem ist nun einmal so. Auf die wissenschaftlichen Grundlagen dessen müssen wir jetzt sicher nicht eingehen.

Der zweite Punkt passt wieder genau zu dem, was ich vorhin gesagt habe: Natürlich müssen wir melden. Die Meldung ist kurz, und natürlich wird es Nachfragen geben. Wie sollte es auch anders sein? Der Fall muss ja aufgeklärt werden, wenn eine Verdachtsmeldung stattfindet. Es ist aber gutes wissenschaftliches Arbeiten von Ärztinnen und Ärzten, dem dann auch nachzugehen und weiter zu folgen. Das ist nicht der Grund, warum dann gesagt wird: Dann melde ich das mal lieber nicht.

Wenn ich als Arzt den Verdacht habe, dort passiert etwas bzw. ist etwas passiert, dann melde ich das und werde auch entsprechende Aussagen machen. Das gehört zum ärztlichen Arbeiten dazu. Wenn unterstellt wird, die Ärztinnen und Ärzte würden das so nicht tun, dann wird ihnen falsches Arbeiten unterstellt, und das möchte ich entschieden zurückweisen.

Vors. Susanne Schaper: Herr Schaufel.

Frank Schaufel, AfD: Ich hatte noch Herrn Dr. Reuther angefragt, ob das so ist mit dieser – –

Vors. Susanne Schaper: Ja, das weiß ich. Ich wusste nur nicht, was Herr Wendt möchte und ob er jetzt eine Nachfrage hat. – Danach. – Nun zu der anderen Frage noch Herr Dr. Reuther, bitte.

Dr. Gerd Reuther: Ich denke, es geht noch um den ersten Fall mit der Reaktion nach der Booster-Impfung. Ich persönlich bin ein großer Gegner der Übermedizin und dessen, dass ständig Menschen, die sich gesund fühlen, irgendwie mit Tests überzogen werden. Es wurde richtig ausgeführt, dass diese ganzen Tests auf eine Immunität oder

verringerte bzw. nicht mehr vorhandene Empfänglichkeit für eine Erkrankung so nicht stimmen können und wir sie auch nicht wirklich überprüfen können. Denn wenn jemand wieder Erkältungssymptome bekommt, obwohl er eigentlich Antikörper hätte, heißt das noch lange nicht, dass er jetzt einen Durchbruch hat und er hat wieder Covid. Es kann auch eine Influenza sein, denn der PCR-Test ist nicht spezifisch; das müssen wir immer wieder klar sehen, und das ist in der ganzen Diskussion leider seit zwei Jahren mehr oder weniger untergegangen.

SARS-CoV-2 wird ja mit dem PCR-Test nicht nachgewiesen, das heißt, wir wissen überhaupt nicht konkret, was die Leute haben. Von den 120 000 Menschen, die in Deutschland angeblich mit Covid gestorben sind – wir wissen es aus anderen Ländern – hatten 95 % auf jeden Fall gar kein Covid. Das heißt, wir werden immer mit Erkältungserkrankungen zu tun haben, ob das nun Corona, RS-Viren, Influenzaviren sind. Das Leben ist in gewisser Weise lebensgefährlich, und eine ständige Kontrolle mit irgendwelchen Immunitätstests können wir, denke ich, auch nicht bezahlen. Es ist auch nicht sinnvoll, denn man wiegt sich dann in falschen Sicherheiten oder auch in falschen Ängsten.

Vors. Susanne Schaper: Danke schön. Herr Wendt.

André Wendt, AfD: Vielen Dank. Eine letzte Frage. Ich denke, dass es die letzte Frage in Rahmen dieser Anhörung ist. Ich richte sie an alle Sachverständigen als Abschluss. Ich möchte mich noch einmal auf die Aussagen von Herrn Prof. Burkhardt beziehen, der selbst Obduktionen durchgeführt hat und feststellen konnte, dass in zwölf von 20 Fällen tatsächlich ein Zusammenhang mit der Corona-Impfung bestand. Ich beziehe mich zudem auf die IMEG-Daten, die ganz klar Auskunft darüber geben, dass sich seit der Einführung der Impfpflicht die Hospitalisierungen aufgrund von Impfnebenwirkungen verzehnfacht haben, und auf die Aussagen von Herrn Dr. Reuther, der auf die Schadensbilanz eingegangen ist, die er sehr eindrucksvoll dargelegt hat.

Deshalb die Frage und, damit verbunden, auch die Aussagen der PKK-Vorstands, der vor Kurzem seines Amtes enthoben worden ist: Ist es aufgrund dieser Aussagen und dieser Datenlage nicht vonnöten, dass wir uns nicht auf ausländische Studien konzentrieren, sondern dass wir in Deutschland und vielleicht auch in Sachsen eigene Studien, eine eigene Datengrundlage schaffen und dafür sorgen, dass wir ein kontinuierliches Monitoring initiieren, damit wir tatsächlich auch – daraus schlussfolgernd – Maßnahmen ergreifen können?

Zudem: Ist es aufgrund dieser Datenlage nicht vonnöten, die einrichtungsbezogene Impfpflicht komplett zurückzunehmen und gar nicht erst über die allgemeine Impfpflicht zu diskutieren? Diese Frage geht an alle Sachverständigen. – Vielen Dank.

Vors. Susanne Schaper: Wir gehen wieder per Alphabet in die Beantwortung. Als Erste Frau Dr. Austenat.

Dr. Elke Austenat: Zu dem zweiten Teil: Ja, es ist sinnvoll, die allgemeine Impfpflicht einfach auszusetzen. Wir sitzen – das sieht man ja auch hier – auf einen Dissens von zahlreichen Studien, die bewertet werden. Mal sind sie richtig, mal sind sie falsch. Das heißt mit anderen Worten: Wir sind eigentlich noch nicht richtig im Klaren darüber: Was macht diese Impfung wirklich, gemessen an der Situation, dass viele Leute sagen, sie

sei nicht erfolgreich? Ohne Impfung lebt man genauso gut oder überlebt man genauso gut und entlastet auch das Krankenhaus.

Gleichzeitig zu der ersten Fragestellung: Macht es Sinn, national etwas aufzubauen, und zwar ohne Wenn und Aber? Wir sprechen hier von einer völlig neuen Impfform. Jeder weiß, dass 2015 bei HIV-Trägern mRNA-Impfungen versucht worden, aber fallen gelassen worden sind, weil sie AIDS und auch Todesfälle ausgelöst haben. Insofern wird immer wieder behauptet: Nein, wir können Land A nicht mit Land B vergleichen, weil völlig andere Bedingungen vorhanden sind, und wir müssen eigentlich hier die Besonderheiten der Örtlichkeit betrachten, was unterm Strich heißt: Es wäre längst überfällig, dass nationale, und zwar unvoreingenommene, jede Nebenwirkung zählende Register aufgebaut werden. – Danke.

Vors. Susanne Schaper: Als Nächster Herr Bodendieck, bitte.

Erik Bodendieck: Ich glaube, dass zum jetzigen Zeitpunkt die Datenlage ausreichend ist. Wir kämen jetzt zu spät, um noch etwas Neues einzurichten. Das bringt uns auch nicht so sehr viel weiter. Wir können uns sehr gut aufgrund des internationalen Forschungsnetzwerks auf die Daten in den anderen Ländern beziehen. Sie sind ausreichend valide. Sie sind in der Tat evidenzbasiert, und ich empfehle jedem, mit den Kolleginnen und Kollegen vor Ort zu sprechen, mit jenen, die die Patientinnen und Patienten in den Pflegeheimen behandelt haben, die in den Notfallaufnahmen und auf den Intensivstationen tätig gewesen sind. Ich glaube, das ist das Valideste, was ich unternehmen kann.

Wenn ich dann sehe – und diese Aussagen sind gemacht worden –, dass die Impfung dazu geführt hat, dass wir kaum noch jemanden auf den Intensivstationen haben – und das liegt nicht an Omikron –, dann wird es schon relativ offensichtlich, dass ich Äpfel mit Birnen vergleiche. Ich kann am Ende auch nicht sagen, die Geburten seien zurückgegangen, weil die Storchenpopulation abgenommen hat. Auch solche Korrelationen sind gemacht worden.

Ich verweise nur darauf, dass auch offizielle Studiendaten zurückgezogen worden sind. Wir hatten das in Thüringen. Da gab es eine etwas eigenartige Auswertung, die am Ende nach wissenschaftlicher Intervention unter Wissenschaftlern ohne Zuhilfenahme der Politik wieder zurückgezogen worden ist, nachdem klar wurde, dass hier Äpfel mit Birnen verglichen wurden. Das fehlt mir in den Diagrammen, die wir immer haben. Dort steht zwar „Impfungen“ und „Todesfälle“, aber dahinter steht nichts; es fehlt die Kurve für die Infektionen, die wir haben. Ich glaube schon, dass der PCR-Test sehr deutlich Influenza von SARS-CoV-2 unterscheiden kann. Das ist eine Aussage, die wir auch nicht so im Raum stehen lassen können: dass er das nicht kann. Deshalb hat es auch ein wenig gebraucht, bis wir in allen Laboren einen klaren PCR-Test für die Allgemeinheit zur Verfügung hatten.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank. Herr Prof. Burkhardt, bitte.

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Zunächst einmal: Wir haben inzwischen 40 Fälle in unterschiedlichen Stadien untersucht. Die eigentliche Aussage dieser Studie ist, dass die konventionelle Obduktion, die konventionelle Leichenschau keine zuverlässige Aussage darüber treffen kann, ob ein Tod im Zusammenhang mit der Impfung erfolgte. Das Todesgeschehen ist multifaktoriell. Zumindest ab etwa 50 Jahren sind immer

Grundkrankheiten vorhanden. Wir haben nicht behauptet, dass diese Zahl von Erkrankten tatsächlich an der Impfung verstorben ist. Wir haben gesagt, in dem multifaktoriellen Sterbegeschehen dieser Patienten, die wir untersucht haben, hat die Impfung eine Rolle gespielt. Welche Rolle sie gespielt hat, muss in jedem Fall einzeln durch ein Gutachten abgeklärt werden. Wir können hier keine klinisch-pathologischen Konferenzen abhalten, auf denen wir über die Vorerkrankungen und Ähnliches im Detail sprechen.

Was aber festzuhalten ist: dass alle Aussagen, die hier zu Todesfällen gemacht wurden, absolut unzuverlässig sind, solange wir nicht eine allgemeine Obduktionspflicht haben, und zwar nach standardisierten Methoden mit Nachweis des Spike-Proteins, das wir noch vier Monate nach dem Tod nachweisen können. Wenn wir schon eine Impfpflicht implementieren oder daran denken, dann wäre eine Obduktionspflicht das Allermindeste, um hier wirklich klare Tatsachen zu schaffen.

Um noch auf die Verdachtsfälle einzugehen: Seitdem ich hier ganz gegen meinen Willen in die Öffentlichkeit geraten bin, bekomme ich am Tag ungefähr 20 Telefonanrufe. Es melden sich Angehörige, und der häufigste Satz, den ich höre ist: Mit den Ärzten kann man ja nicht sprechen. – Das ist eine Perversion unseres Systems. Die Menschen sprechen mit den Pathologen und nicht mehr mit den Ärzten.

Vors. Susanne Schaper: Danke. Als Nächster bitte Herr Dr. Grünewald.

Prof. Dr. Arne Burkhardt: Ja, ich bin ein Arzt. Entschuldigung, ja. Aber ich meinte die Subspezialitäten, die hier verantwortlich sind.

Dr. Thomas Grünewald: Ich würde gern noch einmal sagen: Wir fordern es schon relativ lange, und auch mein Vor-Vorgänger Herr Diegel hat allen schon wegen eines Impfregisters in den Ohren gelegen. Ich glaube schon, dass dies Sinn macht – darin sind wir uns alle einig –, nicht erst seit diesen Impfungen, seit Covid-19, nicht erst seit der Pandemie, sondern auch schon vorher, weil es ganz wichtig ist, eigene Daten zu erfassen. Ich sehe das ganz genauso.

Wir kaprizieren uns ja nicht, weil wir nicht anders wollen, sondern weil wir nicht anders können, auf Daten aus den USA, aus Spanien oder aus Großbritannien. Großbritannien hat zum Beispiel ein zentrales Impfregister und ein zentrales Nebenwirkungsregister. Das wird über die Krankenkassen-ID der einzelnen Patienten zusammengeführt. Sie haben ein zentralisiertes Gesundheitssystem, da ist es etwas leichter als bei uns mit der Diversifizierung der Krankenkasse; aber das ist tatsächlich etwas, was uns in Deutschland fehlt. Darin sind wir im Nachteil – nicht umsonst, wenn Sie sich auch die Kommentare der STIKO angehört haben.

Wir warten auf die Daten aus den USA, aus anderen Ländern. Ich würde auch gern eigene Daten haben. Wir versuchen, sie in Sachsen zu generieren. Das ist nicht ganz trivial, es ist auch nicht so simpel, wie Sie sagen: dass die Ärzte nicht wollen. Sondern bei den allermeisten Obduktionen, die wir derzeit amtsärztlich angeordnet haben, wollen es die Angehörigen nicht, obwohl wir ganz klar sagen, wir möchten gern transparent sein. Ich finde das extrem wichtig und gehe dabei ganz mit Ihnen mit: Wir müssen transparent sein, nur so schaffen wir Vertrauen. Das gilt für viele andere Sachen auch, aber auch in der Medizin. Vertrauen gibt es nur, indem man offen ist, aber, ehrlich gesagt, wir scheitern tatsächlich zum Teil an den Angehörigen. Drei Viertel

derjenigen, die wir obduziert haben, sind amtsärztlich angeordnet worden, gegen den Willen der Angehörigen. Auch das ist ein Weg, den wir anders machen.

Die Akzeptanz für die Kontrolle in der Medizin ist nicht so hoch. Das müssen wir verbessern; das hat Herr Bodendieck auch zu Recht gesagt. Wir sind ja willens; es ist nicht so, dass wir nicht wollen, aber das ist ein ganz entscheidender Punkt. Dann gewinnen wir auch Vertrauen, und dann sehen wir auch, dass die Impfung ein wesentlicher Punkt ist, wie wir eine Pandemie bekämpfen.

Ich möchte auch noch sagen: Wir haben eine Pandemie. Niemand von Ihnen und von uns hat jemals eine Pandemie erlebt. Die Fragestellungen einer Pandemie sind völlig andere als das, was wir üblicherweise über das Impfen, über Begrenzungsmaßnahmen sagen. Dass wir uns jetzt eher gegen Ende dieser Pandemie befinden, darüber bin ich ganz froh; so sieht es ja aus. Nichtsdestotrotz müssen wir bitte mit ins Kalkül ziehen und adäquat kommunizieren, dass wir eine Situation haben, die in den letzten 105 Jahren so nicht aufgetreten ist. Die letzte große Pandemie mit einer solchen Ausdehnung war die Spanische Grippe, aus dieser kann man viel lernen. – Vielen Dank.

Vors. Susanne Schaper: Danke schön. Herr Prof. Josten.

Prof. Dr. Christoph Josten: Zum Ersten: Es wurde auch der Wissenschaftler angefragt, der ich ja auch war. Natürlich hätten wir uns alle eine prospektive Erfassung gewünscht. Natürlich wäre es wissenschaftlich extrem sinnvoll und hilfreich gewesen, von Anfang an eine richtige, umfassende Datenakquise zu machen. Aber wir waren mit die Ersten, die geimpft haben. Wir waren froh, Impfstoff zu bekommen, haben gegen eine Pandemiewelle angekämpft und an vielen Fronten geimpft. Insofern ist natürlich eine prospektive Erfassung schlecht möglich gewesen.

Das Zweite – ein ganz anderes Thema: Wir sind in der Digitalisierung so weit hintendran, dass es schlichtweg auch nicht umsetzbar gewesen wäre, in einem akzeptablen Zeitraum Millionen prospektiv zu erfassen. Das ist auch etwas, was für das gesamte Gesundheitswesen wichtig wäre, es zum Anlass zu nehmen, die Vernetzung über unsere föderalen Systeme, wenn es diese Fragen betrifft, einfach etwas mehr zu ertüchtigen.

Aber noch einmal: Prospektiv wäre wünschenswert gewesen, aber in der damaligen Pandemiesituation mit den vielen Toten waren wir froh, den Impfstoff zu haben und diese Welle zu brechen.

Vors. Susanne Schaper: Vielen Dank. Herr Dr. Pfeiffer.

Dr. Thomas Pfeiffer: Ich schließe mich Herrn Grünewald an. Das nationale Impfregister macht sicher Sinn; das fordern und wünschen wir alle. Es löst aber nicht akut unser Problem und wird sich auch nicht schnell umsetzen lassen. Wir sind laut WHO immer noch in einer weltweiten pandemischen Notsituation – das ist noch nicht abgeändert worden –, die uns seit zwei Jahren stark belastet. Die aktuelle Datenlage zu den Impfstoffen und zu dem, was Covid-19 bei den Menschen verursachen kann, ist eigentlich hinreichend vorhanden. Sie steht auch weiterhin im wissenschaftlichen Diskurs.

Mir ist es noch einmal wichtig, etwas zum Thema Einrichtungsbezogene Impfpflicht zu sagen, die jetzt vom Gesetzgeber so erlassen wurde. Ich denke, wir Ärzte bzw. im Gesundheitswesen Tätigen haben allein schon eine moralisch-ethische Selbstverpflichtung unseren schutzbedürftigen Patienten gegenüber, dass wir alles Mögliche dafür tun, sie nicht anzustecken oder zu gefährden. Deshalb allein ist es aus meiner Sicht schon selbsterklärend, dass man sich im Gesundheitswesen impfen lässt.

Das Zweite: Es gibt eine erhebliche Impflücke vor allem im vulnerablen Bereich, auch bei den über 60-Jährigen, also gerade bei den Patienten, die die schweren Verläufe bekommen, die dann wiederum das Gesundheitswesen belasten können, die die Intensivstationen belasten. Wir werden mit Sicherheit im Herbst eine weitere Welle bekommen. Wie schwer sie wird, hängt davon ab, wie gut die Impflücken geschlossen werden können. Ich appelliere nach wie vor an Freiwilligkeit. Jeder sollte von der wertvollen Impfung überzeugt werden. Inwieweit die Impflücken ansonsten politisch geschlossen werden, das überlasse ich auch der Politik.

Vors. Susanne Schaper: Herr Dr. Reuther.

Dr. Gerd Reuther: Zum Schluss: Zum Impfzwang ist die Aussage ganz klar: Sowohl für bestimmte Gruppen als auch insgesamt für die Bevölkerung halte ich ihn für völlig inakzeptabel; denn jede medizinische Maßnahme muss ein Nutzen-Risiko-Verhältnis haben, und wir kennen weder den Nutzen noch die Risiken genau, weil wir jetzt gesehen haben, dass die Zahlen auf einer ganz wackeligen Datenbasis stehen.

Letztendlich haben wir keine vernünftige Datenbasis. Da lasse ich die Entschuldigung für das Paul-Ehrlich-Institut auch nicht zu. Das Paul-Ehrlich-Institut hatte von Beginn der sogenannten Pandemie im März bis zum Beginn der Impfungen im Januar monatelang Zeit, um ein prospektives Monitoring zu machen. Sie sind personell gut aufgestellt. Sie haben das schlichtweg nicht machen wollen. Also, sie sind extrem in der Bringschuld.

Was den Nutzen betrifft, so muss man auch wieder sehen: Die pandemische Notlage ist zwar noch nach der WHO aufrecht, aber schauen wir uns doch mal die Zahlen an: Nach zwei Jahren haben wir in Deutschland offiziell 15,9 Millionen Covid-Fälle von 83 Millionen. Das heißt 20 % Fälle, und davon sind viele Tests falsch positiv gewesen. Das heißt, von irgendeiner Pandemie kann man wirklich nicht ernsthaft reden und von den vielen Toten, die angesprochen wurden, kann man eben auch nicht reden. Die hat es nicht gegeben. Wir hatten bis zum Dezember 2020 nachweislich keine Übersterblichkeit in Deutschland und in vielen anderen Ländern auch nicht, und dann nur im Dezember und Januar, in zwei Monaten. Das hatte aber andere medizinische Gründe durch Maßnahmen, durch ausbleibendes Pflegepersonal.

(Widerspruch der Abg. Kathleen Kuhfuß, BÜNDNISGRÜNE)

Wir kennen jedenfalls Nutzen und Risiken nicht, und solange wir diese nicht kennen, kann man Menschen nicht zu irgendeiner Maßnahme zwingen. Das ist, glaube ich, ganz klar.

Der Rückgang der Fälle, von dem erzählt worden ist, der auf die Impfungen zurückzuführen wäre, ist eine sehr kühne Vermutung, die Herr Bodendieck geäußert hat. Erstens hat man sehr, sehr viele Fehler in der Intensivbehandlung gemacht, mit viel zu vielen aggressiven Behandlungen, die man jetzt – Gott sei Dank! – weitgehend

unterlassen hat. Viele Menschen – Herr Ioannidis hat es ja gesagt: ein Drittel etwa – sind damals durch die Behandlung gestorben, aber nicht durch Covid. Und wir haben natürlich, wenn ein Erreger da ist, im Laufe von Monaten mehr Immunität. Das heißt, dass wir jetzt Fälle haben, die überwiegend falsch positive Testfälle sind, und trotzdem eine erhöhte Immunität. Na, da müssen ja weniger Menschen ins Krankenhaus kommen; das ist völlig klar. Das ist aber kein Impfeffekt.

Zum Abschluss zur Spanischen Grippe: Auch das war keine Pandemie, Herr Grünewald, wenn Sie sich die Fakten mal durchlesen. Die Diagnose einer Pandemie steht auf etwa 15 oder 20 obskuren Obduktionen von Permafrostleichen, nach denen man dann gesagt hat, dass in dieser Zeit zwischen 20 und 50 Millionen Menschen mit ganz unterschiedlichen Krankengeschichten an einem H1N1-Virus gestorben seien. Das hat damals schon nicht gestimmt und die Sache stimmt auch jetzt nicht. Wir haben keine Notlage, die eine derartige Einschränkung der Freiheitsrechte und einen Impfzwang rechtfertigen würde.

Vors. Susanne Schaper: Ich sehe jetzt keine weiteren Wortmeldungen. Ich möchte grundsätzlich zum Ablauf dieser Anhörung etwas sagen, da Frau Petzold mir zum Beispiel vorwarf, ich sei frech.

(Gudrun Petzold, AfD: Ich habe gesagt: Das ist frech!)

– Ja, Sie reden jetzt wieder rein, und genau das ist das Problem. Genauso wie vorhin unaufgefordert Sachverständige einfach losreden, um andere wiederum zu reglementieren.

Auch jetzt in den Einlassungen wird sich von jedem auf jeden bezogen. Darin macht hier niemand eine Ausnahme. Organisiert im Gästeblock hatten wir Dinge, die absehbar waren, Hineinrufe und Beschimpfungen uns gegenüber, dass das hier keine Demokratie sei. Hier wurden Parolen geschrien.

Es gibt bei uns Regeln. Derjenige erhält das Wort, der aufgerufen worden ist. Das ist auch so, wenn die AfD Ausschusssitzungen oder Landtagssitzungen leitet. Dass das dann ausgelegt wird je nachdem, wie man das gern möchte, ist einfach eine ganz unfaire Geschichte. – Das sei ganz grundsätzlich gesagt.

Ich bedanke mich bei allen Sachverständigen, die hier sachlich vorgetragen und argumentiert haben.

(Schluss der Anhörung: 13:24 Uhr)

Sächsischer Landtag

AUSSCHUSS FÜR SOZIALES UND
GESELLSCHAFTLICHEN ZUSAMMENHALT

Anhörung

Drs 7/8312 „Impfdruck endlich abbauen – Allen Bürgern valide und standardisierte Immunitätsnachweise anbieten und vollständig anerkennen“
Antrag der AfD-Fraktion

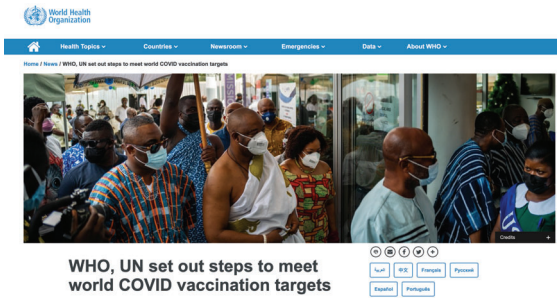
und

Drs 7/8500 „Nebenwirkungen und Komplikationen in Folge der Corona-Schutzimpfungen in vollem Umfang erfassen, die Bürger sachlich informieren und die Geschädigten unterstützen“
Antrag der AfD-Fraktion

am 7. März 2022, 10:00 Uhr, Plenarsaal

Sachkundige (in alphabetischer Reihenfolge)

Name	**Funktion** und/bzw. **Institution**
Dr. Austenat, Elke (per Videozuschaltung)	Internistin/Diabetologin International Medical Adviser Diabetes mellitus Berlin
Bodendieck, Erik	Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
Prof. Dr. med. Burkhardt, Arne	Pathologie-Praxis und Labor Reutlingen Pathologe (Facharzt)
Dr. med. Grünewald, Thomas	Klinikum Chemnitz / Sächsische Impfkommission (SIKO) Klinikleiter Infektions- und Tropenmedizin / SIKO-Vorsitzender
Prof. Dr. Josten, Christoph	Universitätsklinikum Leipzig Medizinischer Vorstand und Sprecher des Vorstands
Dr. med. Pfeiffer, Thomas	Facharzt für Allgemeinmedizin/Anästhesiologie/Notfallmedizin
Dr. med. Reuther, Gerd (per Videozuschaltung)	Facharzt für Radiologie, Buchautor Saalfeld/Saale



WHO Ziele

https://www.who.int/news/item/07-10-2021-who-un-set-out-steps-to-meet-world-covid-vaccination-targets

„Das **unmittelbare Ziel** der globalen COVID-19-***Impf****strategie* ist es, **Todesfälle, schwere Krankheiten und die allgemeine Krankheitslast zu minimieren**, die Auswirkungen des Gesundheitssystems zu beschneiden, die sozioökonomische Aktivität vollständig wieder aufzunehmen und das Risiko neuer Varianten zu verringern“

Wer nicht geimpft ist, wird sich unweigerlich früher oder später infizieren. Impfung oder Infektion – das ist die Wahl für jeden Einzelnen.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn - 25. Juni 2021 (Bundesministerium für Gesundheit - Chronik Coronavirus)

Ungeimpfte bis März "geimpft, genesen oder leider verstorben"

Bundesminister Karl Lauterbach - 28.10.2021 (Lockdown: "Das ist auch davon abhängig, ob noch Virus-Varianten auftreten werden.“)

Ziel bei potentiell gefahrvoller mikrobieller Erkrankung

Ziel

- **Präventiven Schutz (Immunität)** durch Verabreichung einer Substanz vor einer ansteckenden Krankheit mit schweren Nebenwirkungen oder tödlichen Folgen erzielen, die bei einer Vielzahl von Menschen anzunehmen ist.

  (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen_node.html)

  Definition Impfstoff: biologisches Produkt, das verwendet werden kann, um sicher **eine Immunantwort** auszulösen, die bei späterer Exposition gegenüber einem Erreger Schutz vor Infektionen und/oder Krankheiten bietet

  *Nature Reviews Immunology, 22. Dezember **2020**: Oxford Vaccine Group, Department of Paediatrics, University of Oxford, Oxford, UKA guide to vaccinology: from basic principles to new developments*

  https://www.nature.com/articles/s41577-020-00479-7#Fig2

- **Herdenimmunität mittels Impfung**| Herdenschutz: Präventiv in kurzer Zeiteinheit eine Vielzahl von Menschen vor ansteckenden Krankheiten mit schweren Nebenwirkungen oder tödlichen Folgen zu schützen

  http://rocs.hu-berlin.de/D3/herd/musketierprinzip/
  https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Bedeutung/bedeutung_node.html
  https://www.nature.com/articles/s41562-017-0056

- **Natürliche Herdenimmunität**| Herdenschutz: Erwerb der Immunität durch die natürliche Auseinandersetzung des Körpers mit dem Agenz, dadurch Bildung von Abwehrkräften (angeboren - adaptiv: per humoraler, zellulärer Immunreaktionen)

  https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/herd-immunity-and-coronavirus/art-20486808

Erfolgsprüfung bei potentiell gefahrvoller mikrobieller Erkrankung

Kriterien zur objektiven Bewertung von Nutzen und Risiken

(Bundesgesundheitsbl 2014 - PEI, RKI)

Erfolgsprüfung:

- Traditionelle Methode: Beurteilung der klinischen Endpunkte
  - ➡ Status der Hilfsbedürftigkeit (Krankheitsstatus = Genesenenstatus = Rekonvaleszenz): Symptome, Organbeeinträchtigungen
- Zeitgenössische Methode: Bestimmung von Immunmarkern in Verbindung zu den klinischen Endpunkten
  - ➡ Nachweis von humoralen und/oder zellulären Antikörpern (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen_node.html)
  - ➡ Expert Review of Vaccines (09. Januar 2014): „Keine Regulierungsbehörde wird einen Impfstoff vorantreiben, der nicht stark gereinigt ist und eine **Immunitätsinduktion** nachweisen kann.“ https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/erv.10.61
- Permanente Überprüfung der Sicherheit, Wirksamkeit, Qualität
  - ➡ Dauer des Schutzes
- ***Permanente Nutzen-Risiko-Gewichtung***

Vor Zulassung und während gesamter Vermarktungsphase

Corona-Virus Sachverständigen Anhörung- Sächsischer Landtag 7. März 2022

Sachverständigen Aussage zur 1. Fragestellung

„Impfdruck endlich abbauen – Allen Bürgern **valide** und standardisierte Immunitätsnachweise anbieten und vollständig anerkennen“

valide (gültig/zuverlässig):
es wird wirklich das gemessen, was gemessen werden sollte bzw. die erhobenen Daten beschreiben tatsächlich die Fragen, die erforscht werden sollten.

Mittels PCR Test wird der Nachweis geführt lt. SchAusnahmV:

- für das Bestehen einer Infektion = Erkrankung (siehe RKI - Covid-19-Dashboard)
- für den Genesenenstatus nach einer Coronavirus SARS-CoV-2 Infektion (siehe Fachliche Vorgaben des RKI für COVID-19-Genesenennachweise)

Der PCR Test ist kein alleinstehendes, zielführendes Instrument für den Nachweis einer Erkrankung, sondern ein Biomarker /Surrogatparameter - 1983 Kary Mullis

Wertung des PCR Testes ist an die klinische Symptomatik zu binden

Diagnostic tests 2: predictive values

Douglas G Altman, J Martin Bland

The whole point of a diagnostic test is to use it to make a diagnosis, so we need to know the probability that the test will give the correct diagnosis. The sensitivity and specificity[1] do not give us this information. Instead we must approach the data from the direction of the test results,using predictive values.

Positive predictive value is the proportion of patients with positive test results who are correctly diagnosed.

Negative predictive value is the proportion of patients with negative test results who are correctly diagnosed.

Using the same data as in the previous note,[1] we know that 231 of 263 patients with abnormal liver scans had abnormal pathology, giving the proportion of correct diagnoses as 231/263=0·88. Similarly, among the 81 patients with normal liver scans the proportion of correct diagnoses was 54/81=0·59. These proportions are of only limited validity, however. The predictive values of a test in clinical practice depend critically on the prevalence of the abnormality in the patients being tested; this may well differ from the prevalence in a published study assessing the usefulness of the test.

In the liver scan study the prevalence of abnormality was 0·75. If the same test was used in a different clinical setting where the prevalence of abnormality was 0·25 we would have a positive predictive value of 0·45 and a negative predictive value of 0·95. The rarer the abnormality the more sure we can be that a negative test indicates no abnormality, and the less sure that a positive result really indicates an abnormality. Predictive values observed in one study do not apply universally.

The positive and negative predictive values (PPV and NPV) can be calculated for any prevalence as follows:

$$PPV = \frac{\text{sensitivity} \times \text{prevalence}}{\text{sensitivity} \times \text{prevalence} + (1 - \text{specificity}) \times (1 - \text{prevalence})}$$

$$NPV = \frac{\text{specificity} \times (1 - \text{prevalence})}{(1 - \text{sensitivity}) \times \text{prevalence} + \text{specificity} \times (1 - \text{prevalence})}$$

If the prevalence of the disease is very low, the positive predictive value will not be close to 1 even if both the sensitivity and specificity are high. Thus in screening the general population it is inevitable that many people with positive test results will be false positives.

The prevalence can be interpreted as the probability before the test is carried out that the subject has the disease, known as the prior probability of disease. The positive and negative predictive values are the revised estimates of the same probability for those subjects who are positive and negative on the test, and are known as posterior probabilities. The difference between the prior and posterior probabilities is one way of assessing the usefulness of the test.

For any test result we can compare the probability of getting that result if the patient truly had the condition of interest with the corresponding probability if he or she were healthy. The ratio of these probabilities is called the *likelihood ratio*, calculated as sensitivity/(1−specificity).

The likelihood ratio indicates the value of the test for increasing certainty about a positive diagnosis. For the liver scan data the prevalence of abnormal pathology was 0·75, so the pre-test odds of disease were 0·75/(1−0·75)=3·0. The sensitivity was 0·895 and the specificity was 0·628. The post-test odds of disease given a positive test is 0·878/(1−0·878)=7·22, and the likelihood ratio is 0·895/(1−0·628)=2·41. The post-test odds of having the disease is the pre-test odds multiplied by the likelihood ratio.

A high likelihood ratio may show that the test is useful, but it does not necessarily follow that a positive test is a good indicator of the presence of disease.

1 Altman DG, Bland JM. Diagnostic tests 1: sensitivity and specificity. *BMJ* 1994;000:00000.

Correction

Diet and cancer

A printer's error occurred in this article, the fourth in the series on cancer prevention in primary care by Joan Austoker (18 June, pp 1610-4). In table I the first mention of a possibly increased risk of cancer associated with increased fat intake (in the second column) should have applied to breast cancer and not to lung cancer as published.

BMJ VOLUME 309 9 JULY 1994

WHO: 13. Januar 2021

„Wenn die PCR-Testergebnisse nicht mit der klinischen Präsentation übereinstimmen, sollte eine neue Probe entnommen und mit derselben oder einer anderen NAT-Technologie erneut getestet werden"

https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05

Verweis der WHO auf

Altman & Bland, BMJ, 1994

Douglas G Altman, J Martin Bland:

„Ein hohes Wahrscheinlichkeitsverhältnis kann zeigen, dass der Test nützlich ist, aber daraus folgt nicht unbedingt, dass ein positiver Test ein guter Indikator für das Vorhandensein einer Krankheit ist."

Erkenntnis für Covid-19 bestätigt:

7. Juli 2020: nur 22% haben am Tag der PCR Testung Symptome

BBC - Office for National Statistics, UK

14. Dezember 2021 - 95 Studien mit 29 776 306 Personen: ∅ **40,5%** PCR positiv Getesteter **ohne** klinische Symptomatik (asymptomatisch)

Global Percentage of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infections Among the Tested Population and Individuals With Confirmed COVID-19 Diagnosis, JAMA

Corona-Virus Sachverständigen Anhörung- Sächsischer Landtag 7. März 2022

Sachverständigen Aussage zur 1. Fragestellung: valide = Krankheit

Der PCR ist:

- ➡ **kein Beweis für eine Immunantwort**
- ➡ **kein Immunitätsnachweis**
- ➡ **kein Beweis für einen Genesenenstatus = Rekonvaleszentenstatus**
- ➡ **kein Beweis für das Vorliegen einer Krankheit**

Der PCR-Test ist:

eine Polymerase-Kettenreaktion, die eine künstlich herbeigeführte Vervielfältigung von bewusst ausgewählten DNA-Sequenzen (genetische Bruchstücke eines vermehrungsfähigen Organismus) ermöglicht.

Rationale Forderung: Allen Bürgern **Immunitätserhebungen** anbieten, bezahlen und vollständig anerkennen.

Sachverständigen Aussage zur 1. Fragestellung:

„Impfdruck endlich abbauen – Allen Bürgern valide und **standardisierte** Immunitätsnachweise anbieten und vollständig anerkennen“

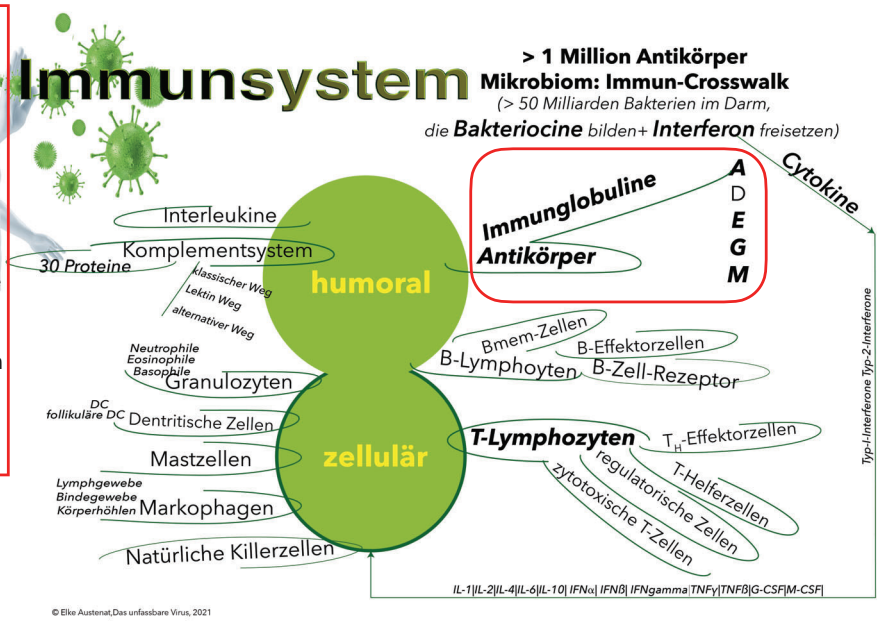
standardisiert (normiert):
nach einem genormten Muster vereinheitlicht.

Besser: Immunitätsnachweise durch **akkreditierte** Labore = evidente Erhebungen des Schutzes vor Covid-19 auf der höchsten Qualitätsnorm für medizinische Laboratorien (DIN ISO EN 15189)

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-48986-4_897
https://www.vde.com/resource/blob/952076/d445c60cccbefa06961dae360a36f713/2015-02-expertenbeitraege-spitzenberger-qualitaetsmanagement-data.pdf

Evidenz für die Änderung der Forderungs-Formulierung

RKI - Stand: 16.02.2022:
https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Genesene_Impfdosis.html
Der **Nachweis einer gesicherten, durchgemachten SARS-CoV-2-Infektion** kann durch direkten Erregernachweis (PCR) zum Zeitpunkt der Infektion oder **durch den Nachweis von spezifischen Antikörpern** erfolgen, die eine durchgemachte Infektion beweisen. Die labordiagnostischen Befunde sollen in einem nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiLiBÄK) arbeitenden oder nach DIN EN ISO 15189 akkreditierten Labor erhoben worden sein.



Immunität (Schutz) zu erzielen, ist vielfältiger als das RKI anerkennt!
SARS-CoV-2-spezifische Antikörper (IgA, IgG, IgM)
Maßeinheit BAU/ml (WHO standardisierte Umrechnung)
https://www.rki.de/DE/Content/Service/Publikationen/Fachwoerterbuch_Infektionsschutz.pdf?__blob=publicationFile

Kreuzimmunität gegen pandemische Coronaviridae

Untersuchung	Ergebnis	Einheit	Referenzbereich*
Infektionsdiagnostik			
Corona-IgG-Blot i.S.			
SARS-CoV-2-S1	negativ		negativ
SARS-CoV-2-S2	negativ		negativ
SARS-CoV-2-Nc	negativ		negativ
HCOV-HKU1-Nc	positiv		negativ
HCOV-OC43-Nc	positiv		negativ
HCOV-NL63-Nc	positiv		negativ
HCOV-229E-Nc	positiv		negativ

Durch kreuzreaktive Immunität lassen sich die Ziele der WHO mittels natürlicher Immunität stabiler als durch Impfung erreichen

Beispiele:

14.10.2020: Weniger schwerer Verlauf von COVID-19 bei erhöhtem Antikörperspiegeln gegen saisonale menschliche Coronaviren OC43 und HKU1 (HCoV OC43, HCoV HKU1)

https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.12.20211599v1

01. 3. 2021: Je stärker die Exposition/Reaktion auf frühere CoV-Infektionen, desto geringer die Chancen einer SARS-CoV-2-Infektion/Krankenhausaufenthalt

https://www.nature.com/articles/s41392-021-00490-x

12. 9.2021: Kreuzprotektive Immunität: Hinweis, der Reduktion von Übertragung oder den Schweregrad der Krankheit

https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(21)00373-X/fulltext

8.10.2021: Cross-reactive CD4+ T cells enhance SARS-CoV-2 immune responses upon infection and vaccination -

Immunologische Gedächtnis nach Infektion mit saisonalen menschlichen Coronaviren (hCoVs):

bei 20% nicht exponierter Personen, plus mehr als 50% der SARS-CoV-2-Rekonvaleszenten

https://www.science.org/doi/10.1126/science.abh1823

Beispiele: angeborener/ adaptiver Schutz vor schweren hCoV Verläufen ➠ Immunologischer Nachweis

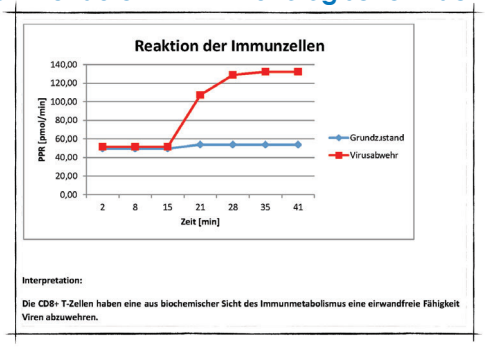
Ergebnis / Kommentar:

NKG2C-Rezeptor vorhanden

NKG2C ist ein aktivierender NK-Zell-Rezeptor, der durch das KLRC2-Gen auf Chromosom 12 kodiert wird und an HLA-E auf infizierten Zellen bindet, was zu einer NK-Zellaktivierung führt. Heterozygote oder homozygote KLRC2-Deletion kann natürlich vorkommen und ist mit einem signifikant niedrigeren oder fehlenden NKG2C-Expressionsniveau verbunden.
Diese genetischen Varianten können zum Schweregrad von COVID-19 beitragen. NKG2C positive NK-Zellen sind potente antivirale Effektorzellen, die das Ausmaß von SARS-CoV-2-Infektionen begrenzen können.
Das Fehlen von NKG2C ist ein unabhängiger Risikofaktor für schwere COVID-19 Verläufe. Es ermöglicht die Identifizierung von Patienten mit hohem Risiko für einen schweren COVID-19 Verlauf.

*Moraru M et al, (18. June **2012**):*
„Unsere Ergebnisse sollten für die Erforschung der Bedeutung von NKG2C und seiner Löschung für die Immunität erleichtern“
(https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-0039.2012.01911.x)

*Hannes Vietzen et al, (26. Januar **2021**):*
„Unsere Daten zeigen, diese genetischen Varianten in der NKG2C/ HLA-E-Achse haben einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung schwerer SARS-CoV-2-Infektionen und dazu beitragen können, Patienten mit hohem Risiko für schweres COVID-19 zu identifizieren“
(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33500568/)

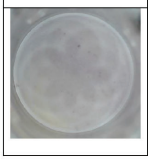
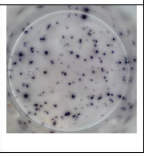
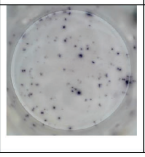
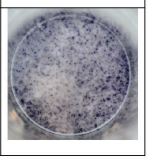


*Takuya Sekine et al, (1. Oktober **2020**):*
„Robuste T-Zell-Immunität bei rekonvaleszenten Personen mit asymptomatischem oder mildem COVID-19“
(https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)31008-4?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867420310084%3Fshowall%3Dtrue)

*Anastasia Gangaev et al (8. September **2020**):*
„…überzeugende Beweise dafür vorgelegt, dass SARS-CoV-2-spezifische CD8-T-Zellreaktionen ein tiefgreifendes Ausmaß sein können, insbesondere bei Patienten mit einem milderen Krankheitsverlauf. Die Tatsache, dass ein Großteil der SARS-CoV-2-spezifischen CD8-T-Zellreaktion gegen einen Teil des Virusgenoms gerichtet ist, der nicht in der Mehrheit der derzeit entwickelten Impfstoffkandidaten enthalten ist, kann möglicherweise ihre klinische Aktivität und ihr Toxizitätsprofil beeinflussen“
(https://www.researchsquare.com/article/rs-33197/v1/PMC7919723/)

*Young Kim et al, (18 Juli **2021**):*
„Relationship between blood type and outcomes following COVID-19 infection“
(https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-0039.2012.01911.x)

Immunität durch Impfung nur partiell: z.B. kein NC-positiver Nachweis

Negative Kontrolle	S Spike Antigen	N Nucleocapsid Antigen	Positive Kontrolle (Phytohemagglutinin)
			

Ergebnis: POSITIV

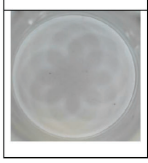
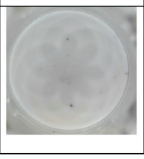
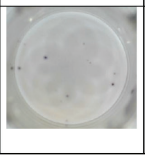
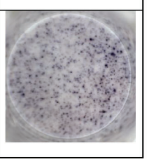
S-Spike Antigen: **Positiv mehr als 100 Spot (Cut-off ≥6 Spots)**

Nucleocapsid Antigen: **Positiv mehr als 100 Spots (Cut-off ≥6 Spots)**

Interpretation:

Nachweis einer SARS-CoV-2 spezifischen T-Zellantwort.

Das Ergebnis ist vereinbar mit einer zurückliegenden Infektion mit SARS CoV 2. Das Ergebnis schließt eine **zusätzliche** gegen SARS CoV 2 durchgeführte Impfung nicht aus.

	SARS-CoV-2 spezifische Antigene		
Negative Kontrolle	S Spike Antigen	N Nucleocapsid Antigen	Positive Kontrolle (Phytohemagglutinin)
			

Ergebnis: POSITIV

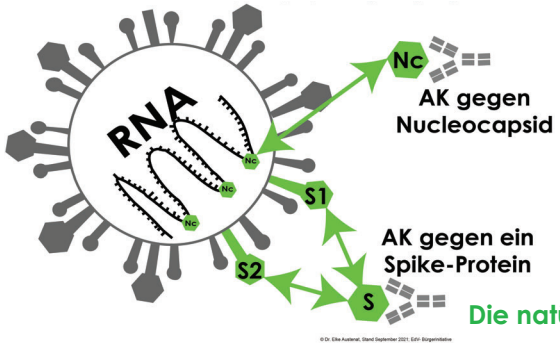
NTC: 3 Spots

S-Spike Antigen: **Negativ 8-3=5 Spot (Cut-off ≥6 Spots)**

Nucleocapsid Antigen: **Positive 11-3=8 Spots (Cut-off ≥6 Spots)**

Interpretation:

Hinweis auf eine SARS-CoV-2 spezifische T-Zellantwort hervorgerufen durch eine Infektion mit SARS-CoV-2.



RKI plus Blutspendedienste (SeBluCo-Studie):

Serologische Untersuchungen von Blutspenden auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 - Datenstand 16.12.2021

„Im September 2021 lag der Anteil der **Positiven ohne nachweisbare Antikörper gegen das Nukleokapsidprotein** bei 81,7%. Das legt nahe, dass der überwiegende Anteil der Blut spendenden Personen im September 2021 bereits geimpft war.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/SeBluCo_Zwischenbericht.html

Die natürliche Immunität ist umfassender und stabiler!

Corona-Virus Sachverständigen Anhörung- Sächsischer Landtag 7. März 2022

Israelische retrospektiven Beobachtungsstudie SARS-CoV-2-naive **Geimpfte ein 13,06-mal erhöhtes Risiko für eine Durchbruchinfektion** - Gazit et al (2021)

Fakten:

Covid-19 mutiert wie die anderen bisher bekannten Coronaviridae

Phylodynamische Studien deuten darauf hin, dass die Mutationsrate von SARS-CoV-2 im Bereich 1,05\mal10−31, 05\mal10−3 bis 1,26Mal10−31,26\mal10−3 Substitutionen pro Standort und Jahr liegt, **etwa 1,5% Variationsanstieg pro Monat** (1), was mit den Mutationsraten übereinstimmt, die für andere *Coronaviridae bekannt sind*(2)

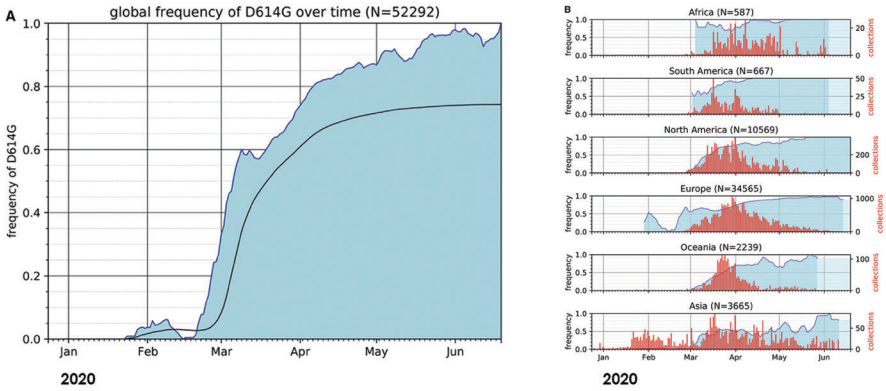
(1) Hill, V. & Rambaut, A. Phylodynamische Analyse von sars-cov-2 | Update 2020-03-06. virological.org (2020)

(2) Gytis, D. und al. Mers-Cov-Spillover an der Kamel-Mensch-Schnittstelle. eLife 7, e31257 (2018)

Cotten, M. et al. Ausbreitung, Zirkulation und Entwicklung des Coronavirus des Nahost-Atemsyndroms. MBio 5, (2014)

Baric, R. S. und al. Die episodische Evolution vermittelt den Transfer eines murinen Coronavirus zwischen den Arten. J. Virol. 71, 1946-1955 (1997)

Die SARS-CoV-2-Spike (S)-Proteinvariante D614G verdrängte das Stammvirus weltweit und erreichte innerhalb weniger Monate eine nahezu vollständige Ausrottung



Yurkovetskiy, L. et al. Structural and functional analysis of the D614G SARS-CoV-2 spike protein variant. Cell 183, 739–751 (2020)

© Elke Austenat, Das unfassbare Virus, 2021

Lauterbach 27.10.2021 Positionspapier Ampel:

„Im Frühjahr werde sich aber erst noch zeigen müssen,
ob ab 21. März wirklich alle Corona-Maßnahmen fallen könnten.
Das ist auch davon abhängig, ob noch Virus-Varianten auftreten werden."

18.1.2022 RKI:

„Je mehr Personen in einer Bevölkerung geimpft sind,
umso mehr Impfdurchbrüche beobachtet man"- siehe Fokus online

Schützende Immunität nach Erholung von SARS-CoV-2-Infektion ohne Impfung

https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00676-9/fulltext

Zusammenfassung der Bestimmung des Immunstatus:
durchschnittlicher Antikörper Immunschutz >14 Monate (PEI, Januar 2022),
bei T-Zell-Immunität Jahre bis Jahrzehnte (SARS 2003- 17 Jahre 15.7.2020, nature)

- Biologische, epidemiologische und klinische Beweise zeigen auf, eine frühere COVID-19-Infektion verringert das Risiko einer Reinfektion
  - Beobachtungsstudie auf Bevölkerungsebene (**80,5%** Schutz) - Hansen et al (März 2021)
  - österreichische retrospektiven Beobachtungsstudie- nationale österreichisch SARS-CoV-2-Infektionsdaten (**91%**) - Pilz et al (April 2021)
  - restrospektive Kohortenstudie USA (**100%**) - Shrestha et al (Juni 2021)
  - retrospektiven Beobachtungskohorte von Labormitarbeitern (**100%**) - Kojima et al (Juli 2021)
  - multizentrischen, prospektiven Kohortenstudie (**84%**) - Hall et al (April 2021)
  - prospektive Kohorte von US-Marines (**82%**)
  - Eine SARS-CoV-2-Infektion induziert langlebige Knochenmarkplasmazellen beim Menschen - Turner et al (Mai 2021)
  - Antikörperreaktion auf SARS-CoV-2 über mehr als ein Jahr - Heinrich Scheiblauer et al (Januar 2022) **PEI**

Immunitätsdaten Deutschland

Zahlreiche AK- Studien:

- Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung (HZI):über 26.000 Menschen in sieben Landkreisen Juli 2020 - August 2021: „Multilokale und Serielle Prävalenzstudie zu Antikörpern gegen *SARS*-CoV-2-Coronavirus in Deutschland“ (MuSPAD)

Tenor deutscher Studien (hier als Metapher die Angaben der Helmhotz Erhebungen):

„**Eine Tücke des Coronavirus *SARS*-CoV-2 ist seine Eigenschaft, bei vielen Infizierten nur milde Erkältungssymptome zu verursachen oder sogar völlig unbemerkt zu bleiben.** Genau darin liegt sein großer Erfolg: Das Virus lässt den überwiegenden Teil seiner Wirte nur leicht oder gar nicht erkranken und wird ungehemmt weitergetragen. Trotzdem erkrankt eine Minderheit schwer an Covid-19, vor allem Menschen mit geschwächtem Immunsystem aufgrund ihres Alters oder einer Vorerkrankung.

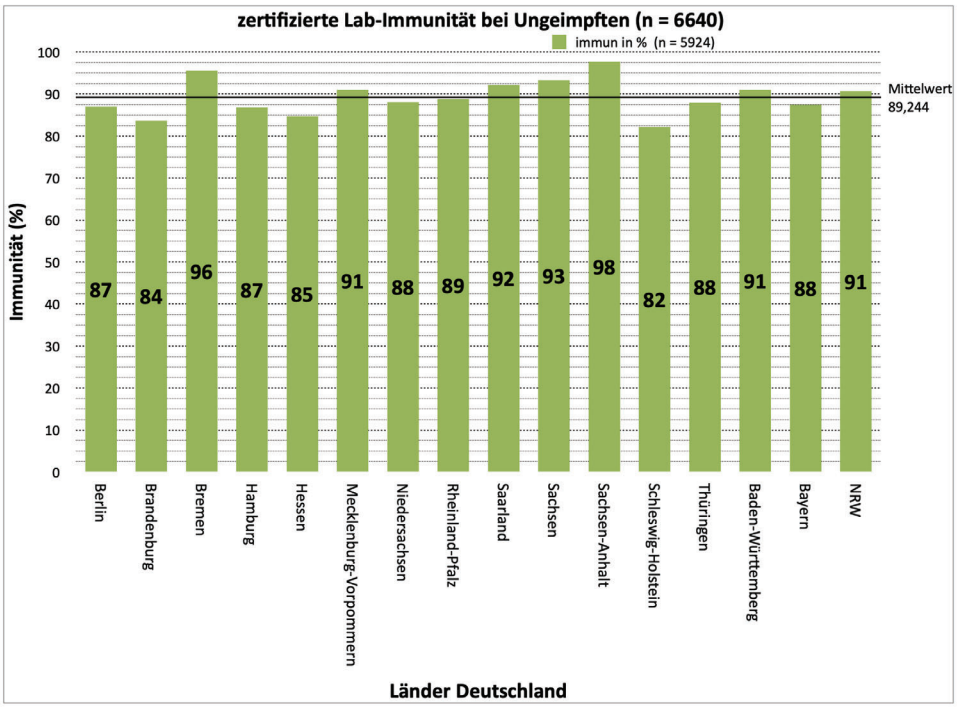
Der letzte Studienort war **Chemnitz im Juli 2021**. Dort lag die gewichtete Seroprävalenz bei den noch **nicht geimpften Teilnehmenden bei 32,4 Prozent**.

Durch den Abgleich unserer Befunde mit den bereits erhobenen NAKO-Daten zum Gesundheitszustand, Lebensstil oder zu Erbfaktoren der Teilnehmenden können wir möglicherweise Aussagen über langfristige Auswirkungen einer Coronavirus-*Infektion* ableiten. Erste Ergebnisse seien aber erst 2022 zu erwarten.“

1. Ergebnisse Bürgerinitiative EdV: Immunität bei Ungeimpften (n= 6.640)

Sachsen
n = 537, davon immun ohne Impfung n = 501

Repräsentative Stichprobe **n = 385** bezogen auf 4.056.941 Einwohner
Konfidenzintervall 95%; Fehlerquote: 5%



Corona-Virus
Sachverständigen Anhörung- Sächsischer Landtag 7. März 2022

Ungleichstellung Immunität: Genesenen Zertifikat

Die Verweigerung der Anerkennung der Immunitätsparameter Geimpfte/Ungeimpfte verletzt den Gleichheitsgrundsatz gem. Art 3 GG.

Damit steht § 2 Nr. 5 SchAusnahmV aufgrund des Widerspruchs zu medizinischen Erkenntnissen der Immunität und zum Bundesrecht, welches bei anderen Erkrankungen den Immunitätsnachweis anerkennt.

vgl. u.a.: Masernschutzgesetz (https://www.masernschutz.de)

Sachverständigen Einschätzung und Empfehlung

1. Die erworbene Immunität ist im Vergleich zur Immunität durch Impfung sicherer und langfristiger
2. Antikörper (Immunglobuline) sind mindestens für ein Jahr anzuerkennen. Schutz durch EbM-Literatur ausreichend belegt.
   - Individuelle Immunitätskontrollen können in Abhängigkeit von der Fragestellung (z. B. bei Entwicklung klinischer Symptome) geboten sein.

Schlussfolgerung:

1. Im Rahmen der Vorsorge vor ansteckenden Erkrankungen sind über die Krankenkassen die Immunitätsmarker zu erheben und zu bezahlen
   - Präventionsgesetz
     - https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html
   - DMP-Integration
     - rechtliche Grundlage §§ 137f und g des SGB V
2. Arbeitgeber sollten angehalten werden, statt des PCR (willkürliche Größe ohne Krankheitsbeweis) dem Arbeitnehmer Immunstatus Erhebungen bezahlt anzubieten
   - gesetzlich obliegende Sorgfaltspflicht und Fürsorgepflicht (11 ArbSchG, 3 ArbMedVV)

Sachverständigen Aussage zur 2. Fragestellung

Nebenwirkungen und Komplikationen in Folge der Corona-Schutz-impfungen in vollem Umfang erfassen, die Bürger sachlich informieren und die Geschädigten unterstützen

Fakten vs. propagandistischer Schlagzeilen

1.2.2022: Tel Aviv – Eine 4. Dosis von BNT162b2 hat in Israel innerhalb weniger Wochen **die Zahl der Infektionen und vor allem der schweren Erkrankungen unter geimpften Senioren und anderen Risikopersonen deutlich gesenkt**

Omikron: Israel macht gute Erfahrungen mit 4. Dosis

18.1.2022: „Schwere Verläufe nach Impfungen selten nur bei Risikogruppen auftretend— siehe Fokus online

12.1.2021: Epigenetische Veränderung der DNA- Reduktion der epigenetischen Horvath-Uhr - ≥ 50 Jahre Ø signifikante Reduktion der Lifetime um 3,91 Jahre nach Moderna Vaccination

6.5.2021: Umbau des angeborenen und adaptiven Immunsystems

11.12.2021: "Der Impfstoff wird zwar mit gentechnischen Methoden hergestellt, aber beim Geimpften findet keine Änderung des Genoms statt – und das kann man sich auch kaum vorstellen- Prof. Mertens, STIKO siehe WDR

Israelische retrospektiven Beobachtungsstudie SARS-CoV-2-naive **Geimpfte ein 13,06-mal erhöhtes Risiko für eine Durchbruchinfektion** - Gazit et al (2021)

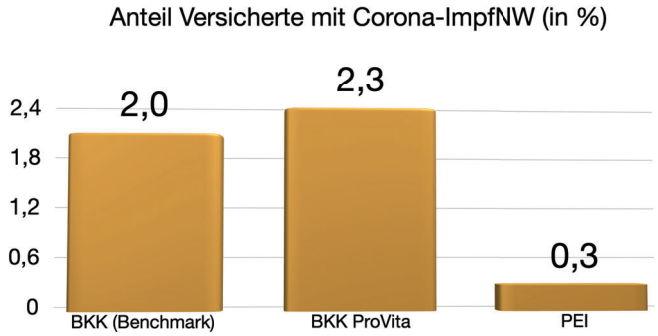
18.1.2022: „Je mehr Personen in einer Bevölkerung geimpft sind, umso mehr Impfdurchbrüche beobachtet man“, RKI - siehe Fokus online

EbM-Literatur Auswahl für Risiken und NW hier und im „Das unfassbare Virus“:

Myocarditis
Manifestation / Exazerbationen von Autoimmunerkrankungen:
MS / Rheuma, Schilddrüse, Lupus erythemadodes, Erythema multiforme, Psoriasis, Diabetes Typ 1, Fazialisparesen, Guillain-Barré-Syndrom; Immunnephritis, Immunhepatitis
Th2 Immunopathologien
Asthma bronchiale
ADE
Karzinome
Thrombocytopenien, Thrombosen
Allergien, Anaphylaxien
sudden death

Nebenwirkungen Impfungen: Häufigkeit unklar

Erfasser der Meldungen	Jahr	• T88.0 (Infektion nach Impfung [Immunisierung] Sepsis nach Impfung [Immunisierung • T88.1 Sonstige Komplikationen nach Impfung • Y59.9 Komplikationen durch Impfstoffe oder biologisch aktive Substanzen. Unerwünschte NW • U12.9 Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet	Anzahl Corona Impf-NW	Anzahl sonstige Impf-NW
Benchmark (BKK) Versicherte **10.937.716**	2020	12.264		
	2021 2,5 Quartale	224.360	216.695	7.665
BKK Pro Vita Versicherte **125.478**	2020	132		
	2021 2,5 Quartale	2.924	2.742	83
PEI Geimpfte: **148.760.720**	2021 4 Quartale	244.576		



PEI Sicherheitsbericht (Langen 07.2.2022)
„Nach derzeitigem Kenntnisstand sind schwerwiegende Nebenwirkungen, sehr selten und ändern nicht das positive Nutzen-Risiko-Verhältnis der Impfstoffe."

Cave: Willkürliche Gewichtungen sind wissenschaftlich obsolet

Beispiele vom PEI:

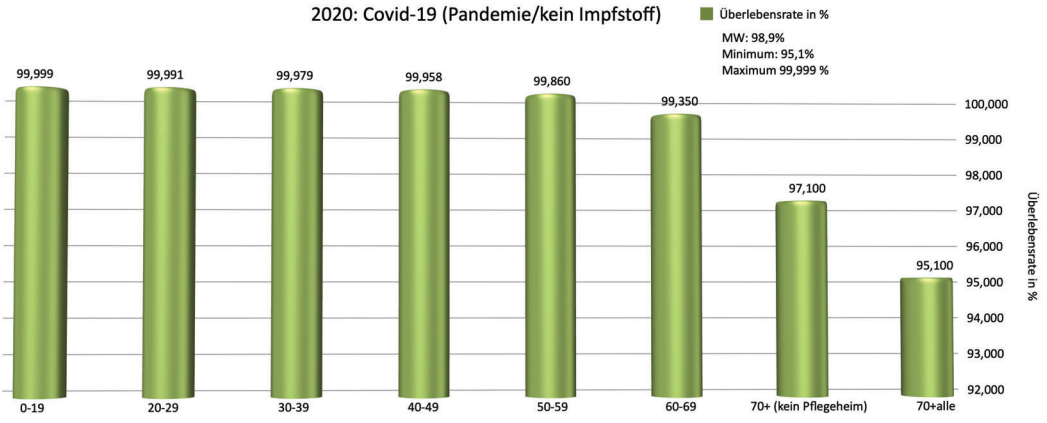
- ➡in einem Fall wurde 40 Tage nach der Comirnaty-Impfung ein **Hodgkin-Lymphom** diagnostiziert, **das nicht ursächlich auf die Impfung zurückzuführen ist**.
- ➡In fünf Fällen wurde ein Diabetes Mellitus Typ 1 (zwei weibliche und drei männliche Jugendliche) zwischen drei und 26 Tagen nach der Comirnaty-Impfung festgestellt. **Bei einer Inzidenz für Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern und Jugendlichen von 24 auf 100.000 Kinder/Jugendliche pro Jahr ist die gemeldete Anzahl nach Comirnaty deutlich geringer als erwartet und weist nicht auf ein Risikosignal hin**
- ➡Insgesamt 22 Meldungen bezogen sich auf eine **Fazialisparese** (Gesichtslähmung) innerhalb von sechs Wochen nach Impfung. Ein Risikosignal besteht nicht, da in der Gruppe der geimpften Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren aufgrund der publizierten Inzidenz rein zufällig mehr Fazialisparesen erwartet worden wären (**Erwartungswert** 92,83 Fälle, SMR 0,15-0,36)
- ➡Sechs Fälle wurden als Enzephalitis kodiert, davon ein Fall mit Enzephalopathie ohne klinische Diagnose einer Enzephalitis, ein Fall eines Pädiatrischen Inflammatorischen Multiorgansyndroms (MIS-C, PIMS) mit Enzephalitis als Organmanifestation (siehe unten), drei Fälle einer Enzephalitis 3 bis 30 Tage nach Impfung und ein Fall einer akuten disseminierten Enzephalomyelitis (ADEM). **Die sechs Fälle zeigen kein einheitliches klinisches Muster, sodass ein ursächlicher Zusammenhang mit der Impfung nicht erkennbar ist**

Die permanente Nutzen-Risiko-Analyse/Kontrolle des Outcome ist ein Muss

- 2020 IFR: destatis 0,05%; RKI 0,06%
- 2021 IFR: destatis ?; RKI 0,07%
- 2020 destatis: 70% der Toten >80% (polymorbide)

Vergleich Ioannidis 2020

- 1. Studie (61 Studien plus 8 National Reports)
  ➡IFR im Mittel bei 0,15%
- follow up Auswertung (25 Seroprävalenzstudien aus 14 Ländern)
  ➡IFR median 0.0013%, bis 0.14% (alterabhängig)



Überlastung der Krankenhäuser und ICT Betten mit Beatmung

- **2020/2021: Gesamtzahl** erhobener SARI-Fälle (Sammelbegriff für Mikroben ausgelöste Infektionen der Atemwege), der Intensivfälle und der Beatmungsfälle im Untersuchungszeitraum **unter** den **Zahlen aus 2019**
- **2020:** insgesamt **13,3% weniger** Patienten im Krankenhaus behandelt **als 2019**.
- **2021** (erste 23 Kalenderwochen) **Fallzahl 21,6% niedriger** als zum Vergleichszeitraum **2019.**

https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/effekte-der-sars-cov-2-pandemie-auf-die-stationaere-versorgung-im-ersten-halbjahr-2020
https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_320_12.html
https://service.destatis.de/DE/bevoelkerung/sterbefallzahlen_bundeslaender.html

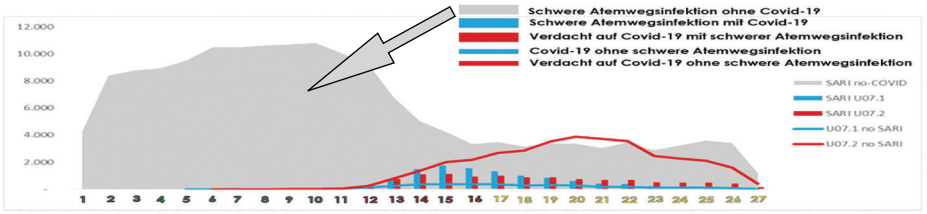


Abb. 4.: Wöchentlicher Verlauf der SARI-Fälle in den unterschiedlichen Kategorien: SARI no-COVID für das SARI (ICD J09-J22) ohne COVID Kodes; SARI U07.1 und SARI U07.2. bei gleichzeitig vorliegenden COVID Kode; U07.1 no SARI, U07.2 no SARI bei COVID Kodes ohne SARI Kodierung.

x Achsen: KW 1bis 11 kein Lockdown; 12 bis 16 Lockdown; 17 bis 27 Teileinschränkungen

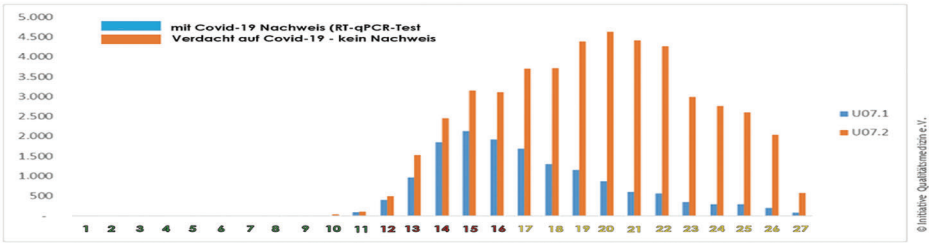


Abb. 2.: Anzahl der nachgewiesenen COVID-Krankenhausfälle (U07.1) und der COVID-Verdachtsfälle (U07.2) in den teilnehmenden Kliniken.

2020:
76% intuitive Verdachtsdiagnose

2021
43% intuitive Verdachtsdiagnose

Corona-Virus Sachverständigen Anhörung- Sächsischer Landtag 7. März 2022

Sachverständigen Einschätzung und Empfehlung

Jede Therapie ist auf Outcomes - inklusive Nebenwirkungen und Komplikationen - zu objektivieren und ohne Gewichtung zu erfassen.

Bundesgesundheitsbl 2014: „**Impfstoffe werden zur Verhinderung von Infektionskrankheiten an Gesunden und nicht zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt. Die Risiken, die mit der Anwendung von Impfstoffen verbunden sind, dürfen daher kaum wahrnehmbar sein**…Bei der Entscheidung, ob und wie ein zugelassener Impfstoff in ein Impfprogramm integriert wird, kommen Kriterien zum Tragen, die sich von den Zulassungskriterien unterscheiden bzw. über die Kriterien der Sicherheits- und Wirksamkeitsprüfung hinausgehen. Diese Entscheidung sollte zusätzlich auch Bevölkerungseffekte und den lokalen Kontext berücksichtigen (z. B. lokale Epidemiologie, Kosten-Effektivität oder **Akzeptanz in der Bevölkerung**) -

Covid-19: **CFR** - wenig belastbare Daten

2,17% (Deutschland RKI Daten)
2,14% (global - Worldometer, Juli 2021)

2,1% global181 Ländern
(John Hopkins University https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality)
0,1% (Laos/Burundi) bis 19,6% (Yemen)

Deutschland:
70 % der an COVID-19 Verstorbenen über 80 Jahre
mit vielfältigen Vorerkrankungen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Meldungen nach IfSG

Erik Bodendieck

07.03.2022 Anhörung Landtag

DATEN IN SACHSEN

- Sachsen hatte insgesamt seit 02.03.2020 bis 28.02.2022 946.989 Coronainfektionen
- Bis 28.02.2022 sind 14.392 Menschen an Corona verstorben.

Also ist in Sachsen 1 auf 66 Infizierte gestorben!

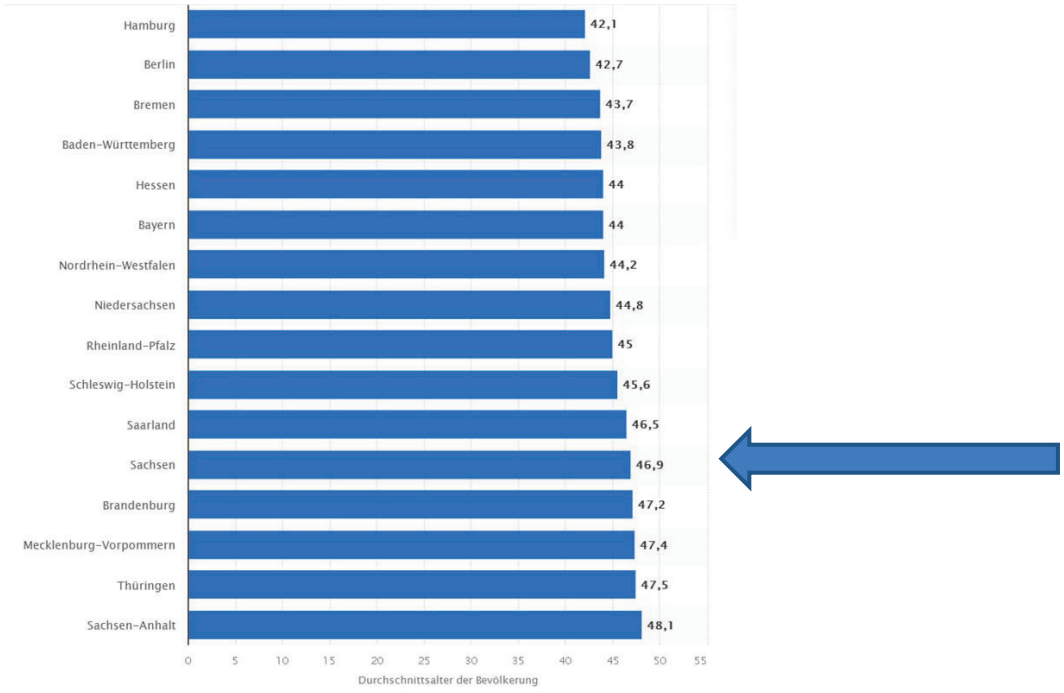
(zum Vergleich: Bei der normalen Influenza stirbt höchstens 1 auf 1.000 Infizierten…)

- In Deutschland insgesamt starb nur 1 auf 120 Infizierte, in BW nur 1 auf 150 Infizierte
- Bei über 80-Jährigen Ungeimpften verstirbt leider einer von 4 Infizierten…
- **11,6% der Coronatoten in Deutschland waren Sachsen!** Auch aktuell liegt der Anteil der täglichen Coronatoten aus Sachsen bei ca. 10% (Bevölkerungsanteil liegt bei 5%)

Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

DURCHSCHNITTSALTER BUNDESLÄNDER

(STAND 31.12.2020)



MELDUNGEN NACH IFSG

Meldepflichtig ist nach § 6 Abs. 3:

„der Verdacht einer **über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion** hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“

Meldung erfolgt ans zuständige Gesundheitsamt. Von dort werden die Meldungen ans PEI weitergegeben.

Das bedeutet, dass Fieber, Müdigkeit, Schmerzen an der Einstichstelle, Gliederschmerzen usw. NICHT zu melden sind, da sie völlig normale Reaktionen auf eine Impfung sind.

ABER diese Reaktionen können ein Grund für Kontakte mit Ärzten sein und werden daher in den Abrechnungsdaten kodiert.

PEI-SICHERHEITSBERICHT

Das PEI gibt regelmäßig einmal monatlich einen Sicherheitsbericht heraus, der öffentlich zugänglich ist und in dem sämtliche gemeldete Fälle (egal ob es tatsächlich „über das normale hinausgehende“ NW waren oder nicht) ausgewertet werden.

Die dort gemeldeten Zahlen müssen sich messen lassen an den üblicher Weise in den Produktinformationen aufgelisteten Nebenwirkungen eines jeden Medikamentes:

WIE WERDEN NW BESCHRIEBEN?

Bezeichnung	in Prozent	Beschreibung
Sehr häufig	> 10 %	mehr als 1 Behandelter von 10
Häufig	1 – 10 %	1 bis 10 Behandelte von 100
Gelegentlich	0,1 – 1 %	1 bis 10 Behandelte von 1.000
Selten	0,01 – 0,1 %	1 bis 10 Behandelte von 10.000
Sehr selten	**< 0,01 %**	**weniger als 1 Behandelter von 10.000**
Nicht bekannt		Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar

Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

BEISPIEL BEIPACKZETTEL IBUPROFEN 200

- 4.1.j) Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts
- **Häufig = 1-10 Behandelte von 100**: Magen-Darm- Beschwerden wie Sodbrennen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Durchfall, Verstopfung und geringfügige Magen-Darm-Blutverluste, die in Ausnahmefällen eine Blutarmut (Anämie) verursachen können.
- **Gelegentlich =1-10 auf 1.000**: Magen/Zwölffingerdarm-Geschwüre (peptische Ulzera), unter Umständen mit Blutung und Durchbruch. Ulzerative Stomatitis, Verstärkung einer Colitis oder eines Morbus Crohn, Magenschleimhautentzündung (Gastritis).
- **Sehr selten = weniger als 1 auf 10.000**: Entzündung der Speiseröhre (Ösophagitis) und der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis).
- **Sehr selten**: Ausbildung von membranartigen Verengungen in Dünn- und Dickdarm (intestinale, diaphragmaartige Strikturen).

Das sind nur die NW auf den Magen-Darm-Trakt, es gibt noch (gelegentlich bis sehr selten) Hirnentzündungen, Schlaganfälle, Depressionen, Psychosen, Thrombozytopenien, Agranulozytosen, Autoimmunerkrankungen, Sehstörungen, Hörstörungen, uvm….

- Kontaktlinsenintoleranz
- Gefäßverschluss durch z.B. Blutpfropf (Embolie)
- Autoimmune Gefäßentzündung mit roten Knötchen (Erythema nodosum)
- Gefäßentzündung mit Hautablösung (Erythema multiforme)
- Scheidensekretsveränderungen
- Brustwarzenabsonderung
- Gewichtsabnahme
- Verschlimmerung einer Spontan auftretende (Schleim-) Haut-Schwellung (Angioödem)
- Erhöhte Fettkonzentration im Blut (Hypertriglyzeridämie)
- Verschlimmerung von unwillkürlichen Bewegungen der Gliedmaßen, des Gesichts oder Rumpfes (Chorea)
- Blutdruckanstieg
- Leberfunktionsstörungen
- Hormonbedingte fleckige Hautfärbung (Chloasma)
- Stark abgeschwächte Menstruationsblutung
- Zwischenblutung#Durchbruchblutung

Nebenwirkung einer Antibabypille, die häufig gegen Akne eingesetzt wird

(nur Nebenwirkungen benannt, die mindestens mit einer Häufigkeit 1:1.000 auftritt)

Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

NW-MELDUNGEN BIS ENDE DEZEMBER

- Insgesamt 244.576 Meldungen (148.760.720 Dosen)
  - Verdachtsfälle von Nebenwirkungen
  - Verdachtsfälle von Impfkomplikationen
- **Comirnaty: 0,13 %** (141.894 Meld. bei 110.533.639 Impf.)
- **Spikevax: 0,19 %** (41.193 Meld. bei 21.912.123 Impf.)
- **Janssen: 0,26 %** (9.426 Meld. bei 3.576.464 Impf.)
- **Vaxzevria: 0,4 %** (51.130 Meld. bei 12.738.494 Impf.)

Insgesamt 164 Meldungen pro 100.000 Impfstoffdosen, davon

- Schwerwiegende Reaktionen: 20 Meldungen pro 100.000

Vorsicht: „Meldungen“ heißt nicht zwingend, dass auch was passiert ist…

TODESFÄLLE

2.255 **Verdachts**fälle wurden gemeldet

- In **85** Einzelfällen war ein ursächlicher Zusammenhang mit der Impfung sehr wahrscheinlich (Thrombosen oder Blutungen bei Immunthrombozytopenie, Myokarditis)

Aber:

„Ein Vergleich der Anzahl der gemeldeten Todesfälle im Abstand von einem Tag bis sechs Wochen nach einer COVID-19-Impfung mit der im gleichen Zeitraum statistisch zufällig zu erwartenden Anzahl der Todesfälle (Daten des Statistischen Bundesamtes) ergab für keinen der vier bisher in Deutschland eingesetzten COVID-19-Impfstoffe ein Risikosignal.“

(Was jeder von uns schon wusste: eine Impfung kann nicht **verhindern,** dass Sie einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall oder sonst eine tödliche Erkrankung bekommen…)

PERIKARDITIS/MYOKARDITIS NACH MRNA

- In Deutschland insgesamt 1.892 Meldungen:
  - Comirnaty 1:73.000 Impfdosen
  - Spikevax: 1:57.500 Impfdosen

Da 50% aller Meldungen bei Spikevax bei den unter 30-Jährigen auftraten (bei Comirnaty nur 40% aller Meldungen) wird Spikevax (Moderna) nicht bei unter 30-Jährigen verimpft, da Comirnaty einen kleinen Vorteil bietet.

TTS* NACH VEKTORIMPFSTOFF

Definition: Auftreten einer venösen oder arteriellen Thrombose plus Auftreten eines Mangels an Blutplättchen (Thrombozytenzahl < 150 G/L)

- Voraussetzung ist, dass eine vorhergehende Behandlung mit Heparin ausgeschlossen werden kann.

In Deutschland nach Vaxzevria 205 gesicherte TTS-Meldungen, davon 34 Todesfälle.

- **1 TTS auf 62.000 Impfdosen**

In Deutschland nach Johnson&Johnson 27 gesicherte TTS-Meldungen, davon 9 Todesfälle

- **1 TTS auf 133.000 Impfdosen**

Bei den anderen Impfstoffen kein statistischer Zusammenhang.

* Thrombose mit Thrombozytopenie-Syndrom

IMMUNTHROMBOZYTOPENIE

Nach Comirnaty 379 gesicherte ITP-Meldungen

» 1 ITP auf 300.000 Impfdosen

Nach Spikevax 30 gesicherte ITP-Meldungen

» 1 ITP auf 730.000 Impfdosen*

Nach Vaxzevria 294 gesicherte ITP-Meldungen

» 1 ITP auf 43.000 Impfdosen

Nach Johnson&Johnson 27 gesicherte ITP-Meldungen

» 1 ITP auf 132.000 Impfdosen

* In grau kein statistischer Zusammenhang

GUILLAIN-BARRÉ SYNDROM GBS

GBS ist eine akute Entzündung des peripheren Nervensystems und der Nervenwurzeln (Polyradikuloneuritis). In den meisten Fällen bildet sich die Symptomatik zurück. Allerdings kommt es bei manchen Patienten zu einem verlängerten Krankheitsverlauf, neurologischen Restsymptomen oder relevanten bleibenden Schädigungen.

» BioNTech (Comirnaty): 1 GBS auf 660.000 Impfdosen

» Moderna (Spikevax): 1 GBS auf 1,2 Mio. Impfdosen*

» Astrazeneca (Vaxzevria): 1 GBS auf 108.000 Impfdosen

» Janssen (Johnson&Johnson): 1 GBS auf 71.000 Impfdosen

* In grau kein statistischer Zusammenhang

ALLERGIEN LEVEL 1-4

Insgesamt 489 Meldungen (also unglaublich wenig allergische Reaktionen, wenn man das auf knapp 150 Mio. Impfstoffdosen bezieht)

- BioNTech (Comirnaty): 1 auf 295.000 Impfdosen
- Moderna (Spikevax): 1 auf 510.000 Impfdosen
- Astrazeneca (Vaxzevria): 1 auf 208.000 Impfdosen
- Janssen (Johnson&Johnson): 1 auf 400.000 Impfdosen

(googeln Sie mal „Allergie“ und „Weihnachtsgebäck“, das scheint echt gefährlich zu sein…)

SONSTIGE MELDUNGEN NACH IMPFUNG

Für

- Lungenembolie,
- Herzinfarkt,
- Transverse Myelitis (ist eine seltene neuroimmunologische Erkrankung, bei der es zu einer Entzündung des Rückenmarks kommt)
- Gürtelrose

war die berichtete Anzahl der Meldungen nach 14, 30 und 42 Tagen sogar niedriger als statistisch zufällig zu erwarten gewesen wäre…

Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

„Wenn behauptet wird, dass eine Substanz keine Nebenwirkung zeigt, so besteht der dringende Verdacht, dass sie auch keine Hauptwirkung hat.“

Gustav Kuschinsky, deutscher Pharmakologe (1904–1992)

FAZIT

- Ein Medikament, das eine Wirkung hat, hat immer auch eine Nebenwirkung.
- Die Coronaimpfstoffe **haben sehr selten schwere Nebenwirkungen**.
- Jeder Mensch muss also abwägen, was für ihn gefährlicher ist: die Impfung oder die Erkrankung.
- Nach den derzeit vorliegenden Daten ist das Risiko bei einer Impfung für alle Altersgruppen geringer als die Risiken bei einer Erkrankung, **bei den Menschen über 60 Jahren um ein Vielfaches** .

Anlage 4

Reutlinger Autopsie/Histologie-Studie Impfnebenwirkungen und -Todesfälle

9 Kooperierende Pathologen/ Rechtsmediziner/ Biologen Physiker international
25 Todesfälle / 3 Proben von Lebenden

- 15 Fälle ausgewertet Stufe1: Routine Histologie
- 1 Fall Stufe 2: Spezialmethoden

7 Männer, 8 Frauen; 28 bis 95 Jahre alt
Tod 7 Tage bis 6 Monate nach letzter Injektion
Impfstoffe:
Comirnaty/Pfizer-BioNTech 8, Moderna 2, Janssen 1, Astra-Zeneca 2, unbekannt 2

Todesort (20 Fälle)

• Zu Hause	5 (1,5,15,17,20)
• Auf der Straße	1 (11)
• Im Auto	1 (2)
• Am Arbeitsplatz	1 (13)
• Betreutes Wohnen / palliativ	1 (3)
• Krankenhaus / Intensvmedizin	4 (4,9,14,19)
• Krankenhaus / 1-2Tage	4 (6,18.10,12)
• Unbekannt (noch)	2 (7.8)

Tod in Zusammenhang mit Corona-Impfungen

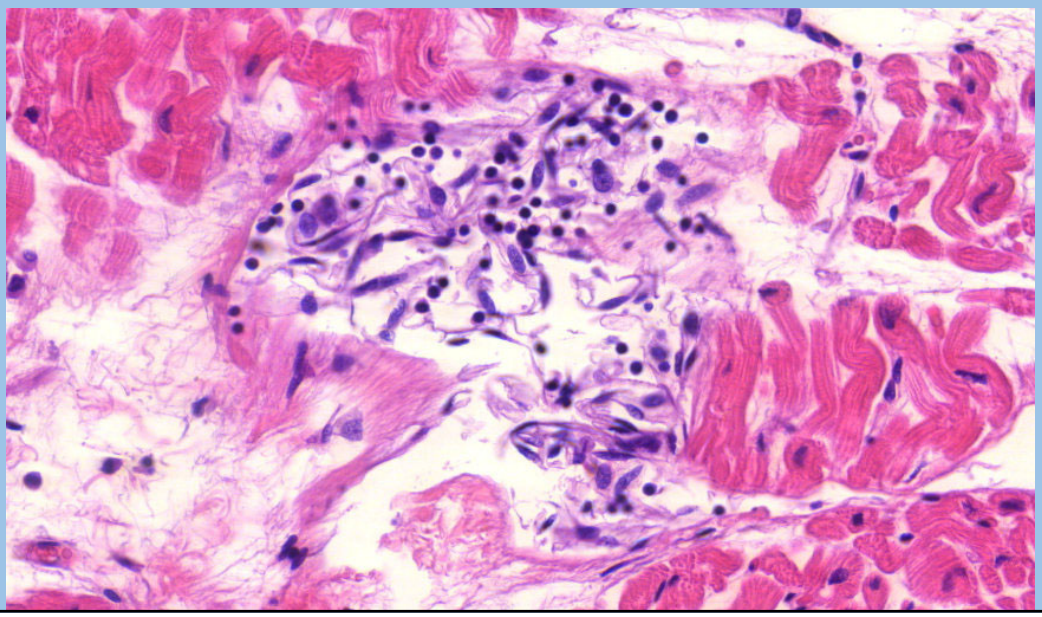
15 Voruntersuchte obduzierte Fälle
(8mal Gerichtsmedizin, 7 mal Pathologie)
Todesursache unklar / „natürlich“

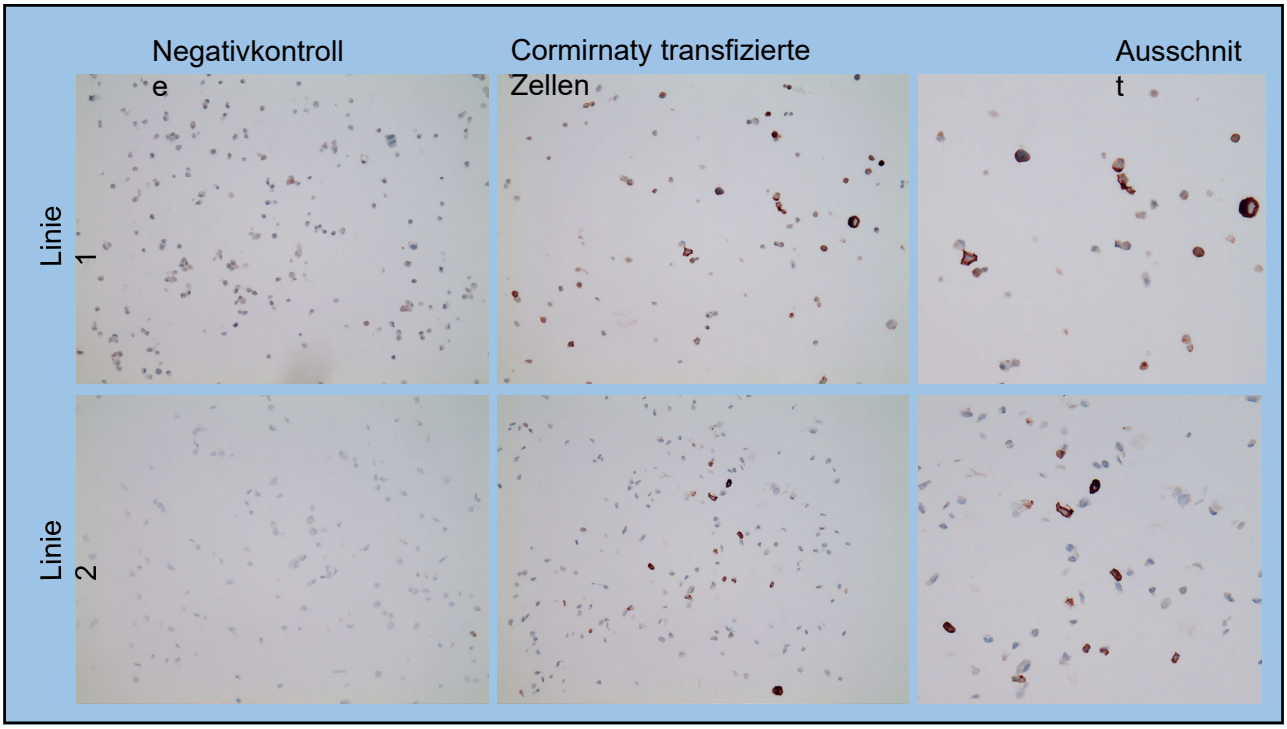
- Nachuntersuchung RT:
- Zusammenhang sehr wahrscheinlich 5
- Zusammenhang wahrscheinlich 7
- Zusammenhang unklar/möglich 2
-
- kein Zusammenhang 1
-

Hauptbefunde

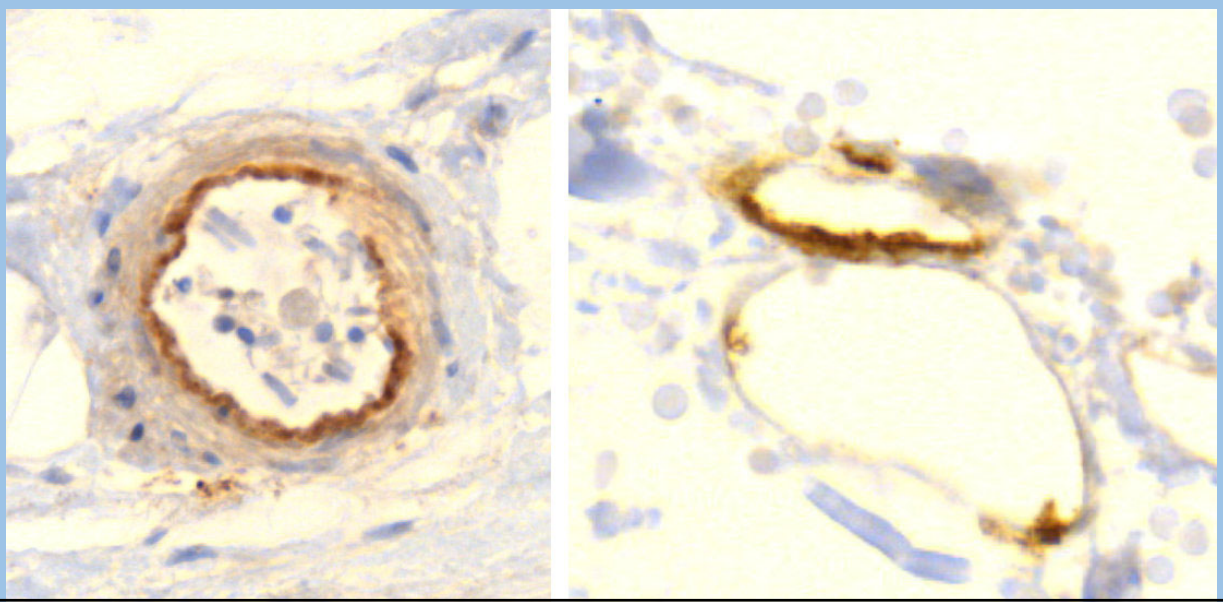
1. Gefäßschäden
   - Endothel (sog. Endothelitis) der Kapillaren v.a. Herz und Lunge
   - Texturstörungen und Entzündung von Hauptschlagader, großen und kleinen Arterien, lymphozytäre Vaskulitis und Perivaskulitis
   - Langstreckige thromböse Gefäß-“Ausgüsse“ (Ausguss-Thrombosen)
2. Milz-Schäden
   - „Onion-skin“ Arteriolitis der Zentralartrien
   - fokale Wanddefekte der Zentralrterien mit Follikelprolaps
   - Nekrosen und Infarkt
3. Myokarditis – Herzmuskelentzündung mit/ohne Destruktion
4. Lymphozytäre Lungenentzündung – Alveolitis (endogen-allergisch?)
5. Lymphozyten-Amok „Lymphozytose“ außerhalb lymphatischer Organe – mögliche Assoziation mit Autoimmunerkrankungen
   FokaleL Lymphknoten Nekrosen
6. Mikro- und Makroembolien unidentifizierter Fremdkörper

A venule in advanced stage of disintegration, filled with lymphocytes and desquamated endothelia (case 18)

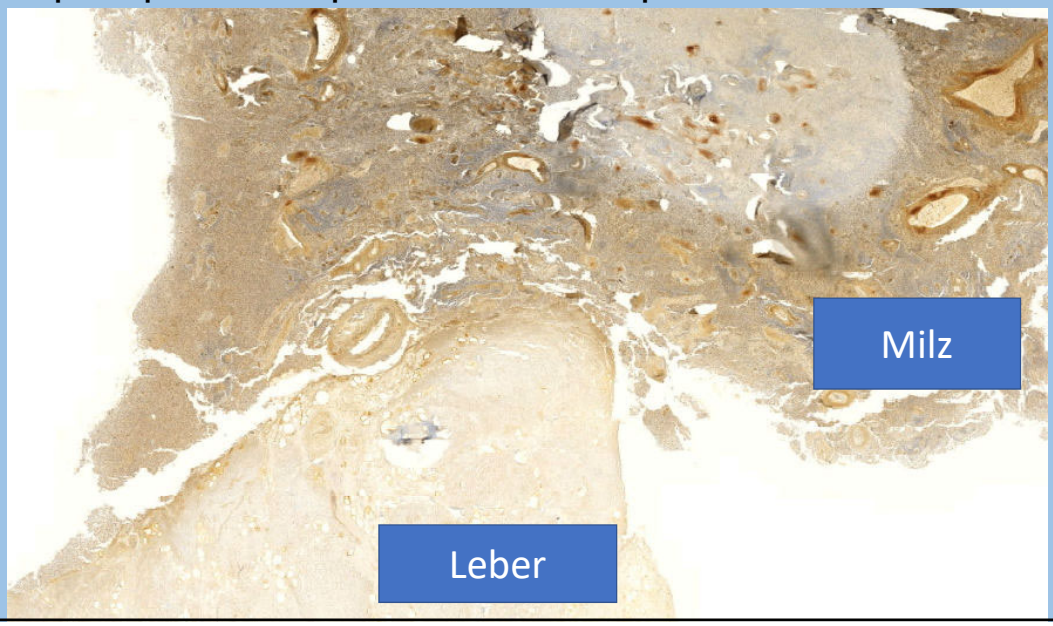




Expression of the spike protein detected in capillaries, small arteries, and veins (case 25)

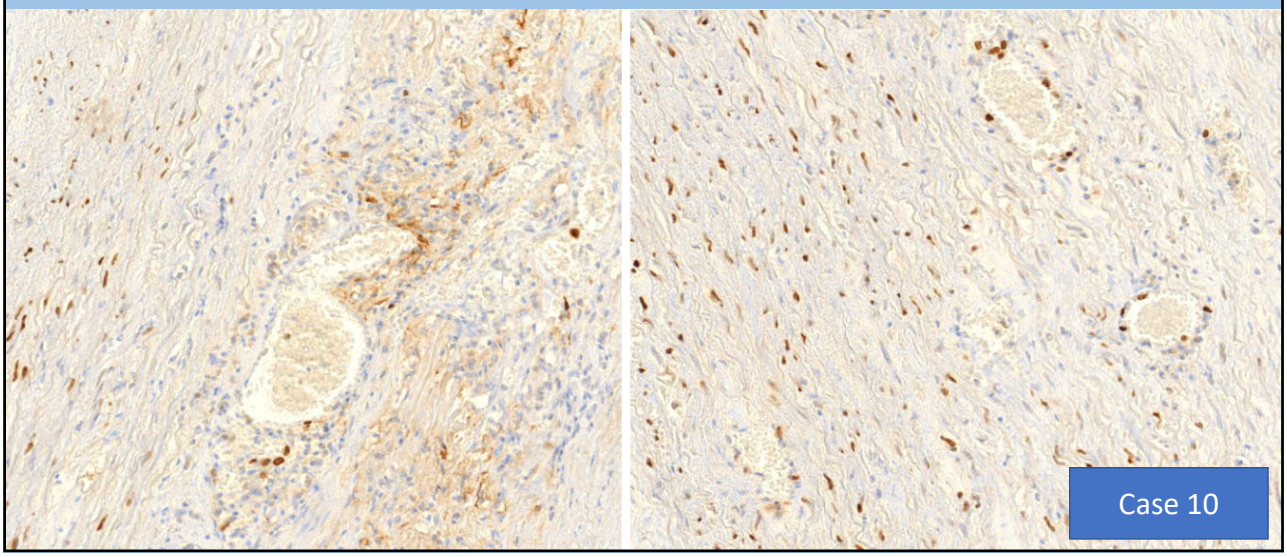


Case 10: spleen and liver at low magnification: high level of spike protein expression in the spleen



Case 25: cross section of coronary artery

Spike protein is expressed in myofibroblasts near the lymphocyte infiltrates within the aorta



Aorten-
Dissektion
56 Jahre,
Mann
46/21 dpi

22 Jahre
alter Mann

Radiologischer Befund

„Auch in der A.poplitea……
Gefäßwanddoppelunguierung der dorsalen Gefäßwand mit, wie schon beschriebener
Gefäßwanddoppelung.“

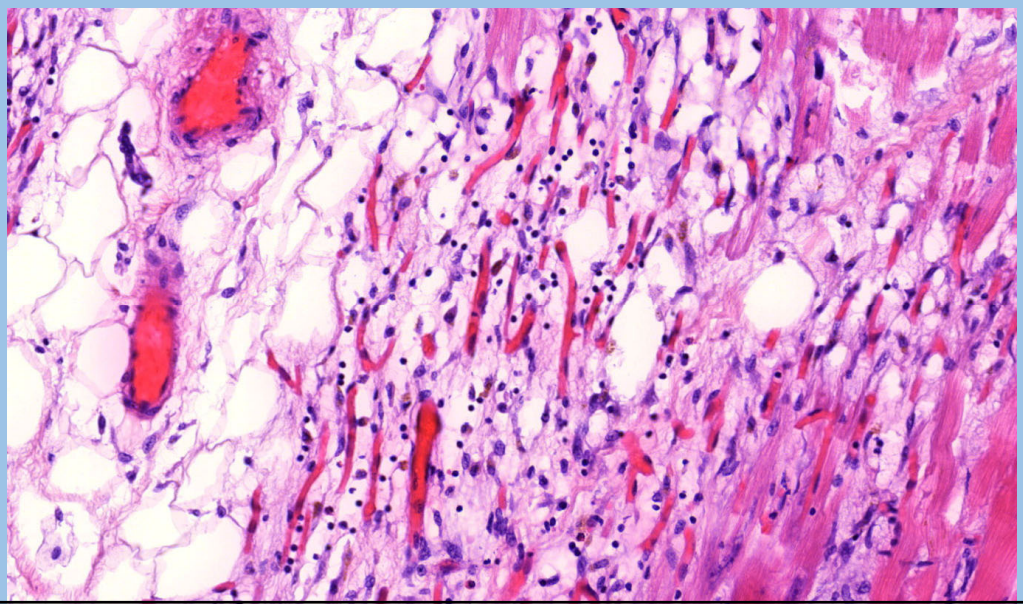
Hinweise auf erhöhten peripheren Widerstand im weiteren Kapillarbett

Inflammatory vascular lesions – features and occurence based on 20 cases

Similar lesions observed in intoxication (cytostatic drugs, Lathyrism)

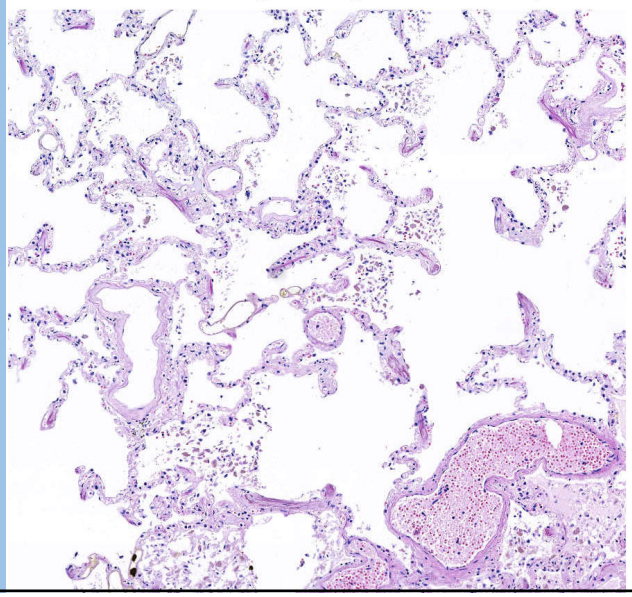
Endothelialitis - endothelial swelling and desquamation - focal lymphocytic infiltration - mainly found in heart and lungs	11 cases	
Vasculitis/perivasculitis Perivasculitis, lymphocytic infiltration of adjacent small vessels	10 cases	
- Focal vessel wall necrosis, with inflammatory reaction	6 cases	
- Inflammation accompanied by thrombosis	2 cases	

Heart muscle infiltrated with lymphocytes, in advanced stage of disintegration of muscle fibers (case 6)

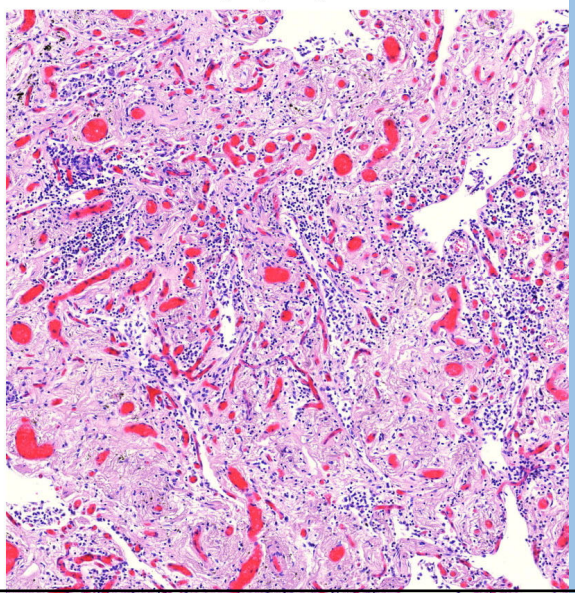


Lung alveolitis (case 1)

normal lung tissue (air-filled alveoli)

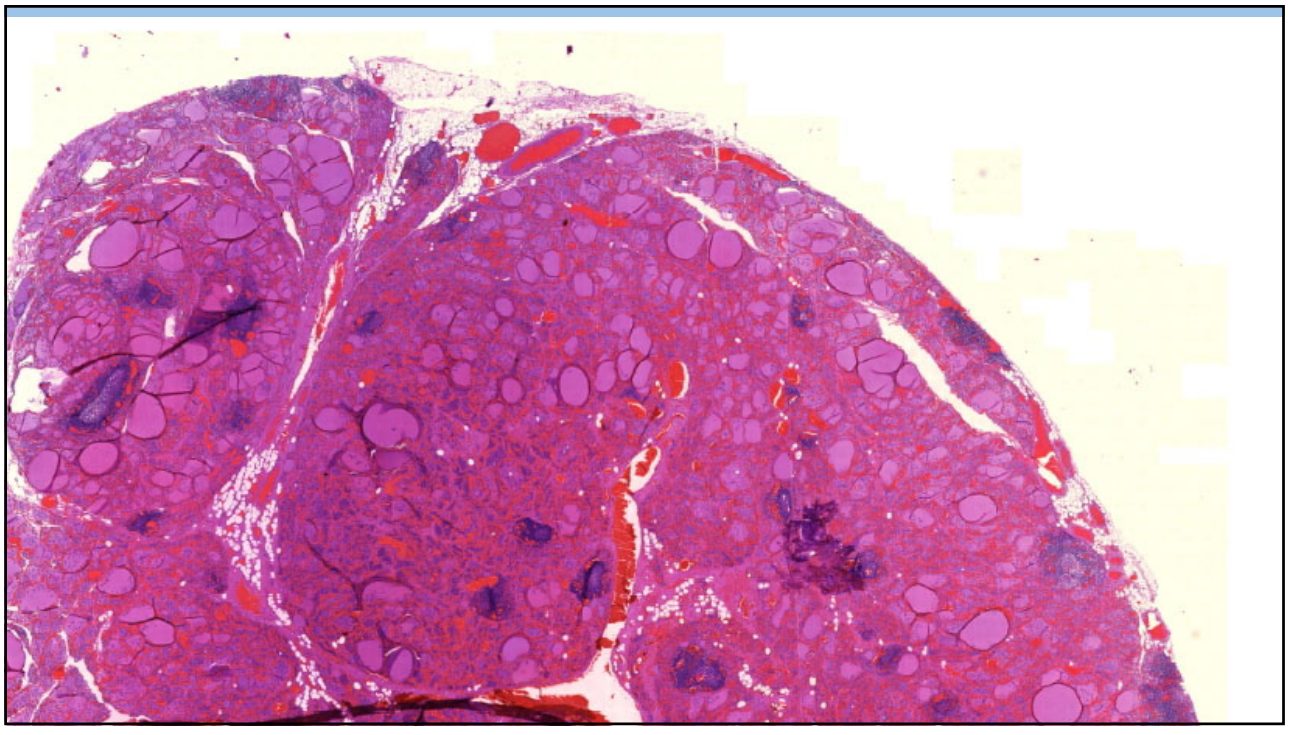


alveolitis with lymphocytes and fibrosis



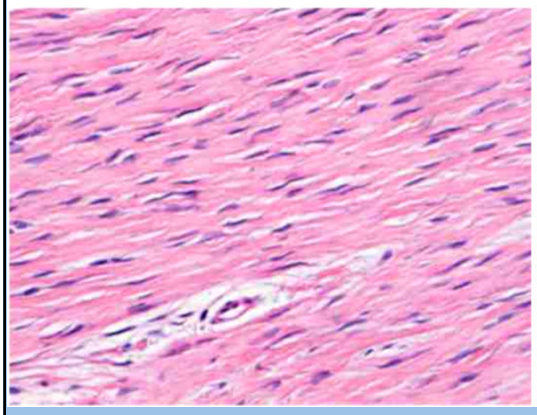
Lymphocytic Infiltration outside the Heartmuscle and Lung

Thyroid Gland	2 Cases (5,13)
Salivary Glands	2 Cases (7, 15)
Aorta, larger Vessels	7 Cases (3,6,7,9,13,19,20)
Skin	2 Cases (4,20)
Liver /NASH	1 Case (8)
Kidney	3 Cases (12,14,19)
Lymphocytic Pyelonephritis/Nephritis/Ureteritis	1Case (19)
Dura	1 Case (19)

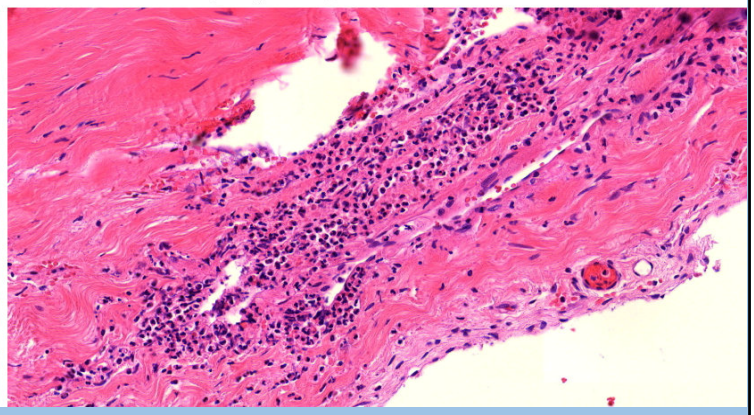


Lymphocytic infiltration of the dura mater

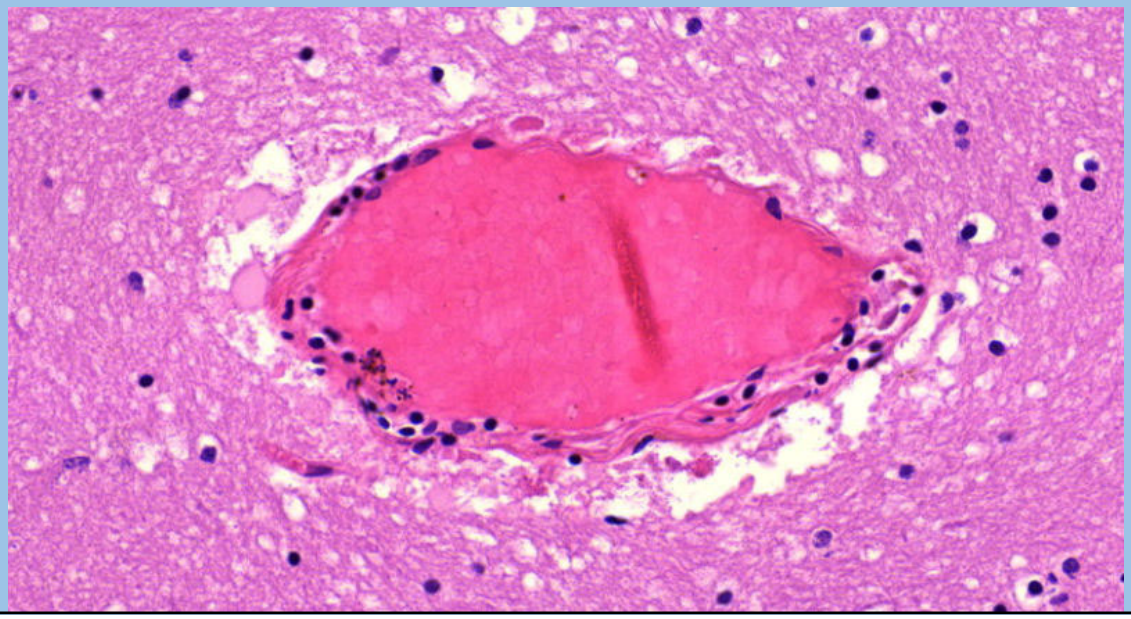
normal dura mater



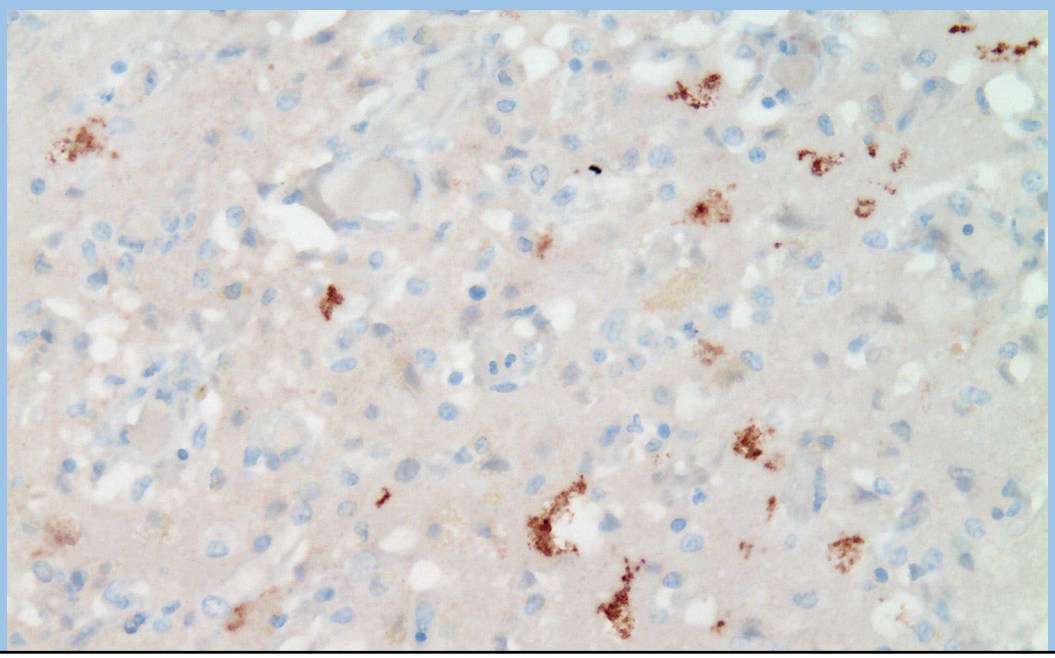
Lymphocytic infiltration



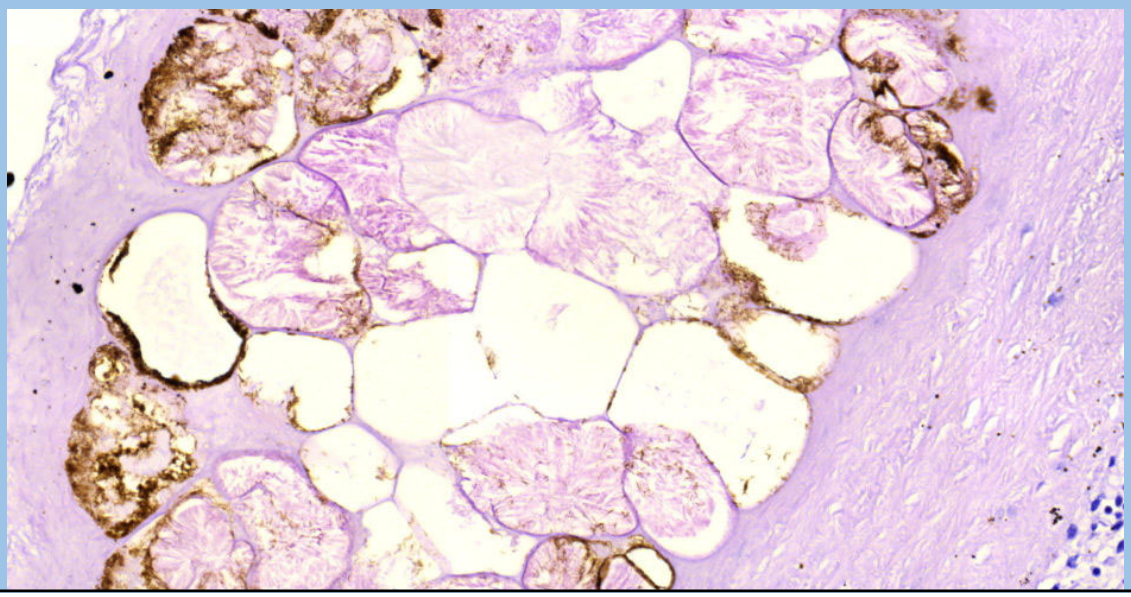
Vasculitis of a brain blood vessel (case 18)



Epression of spike protein in brain tissue

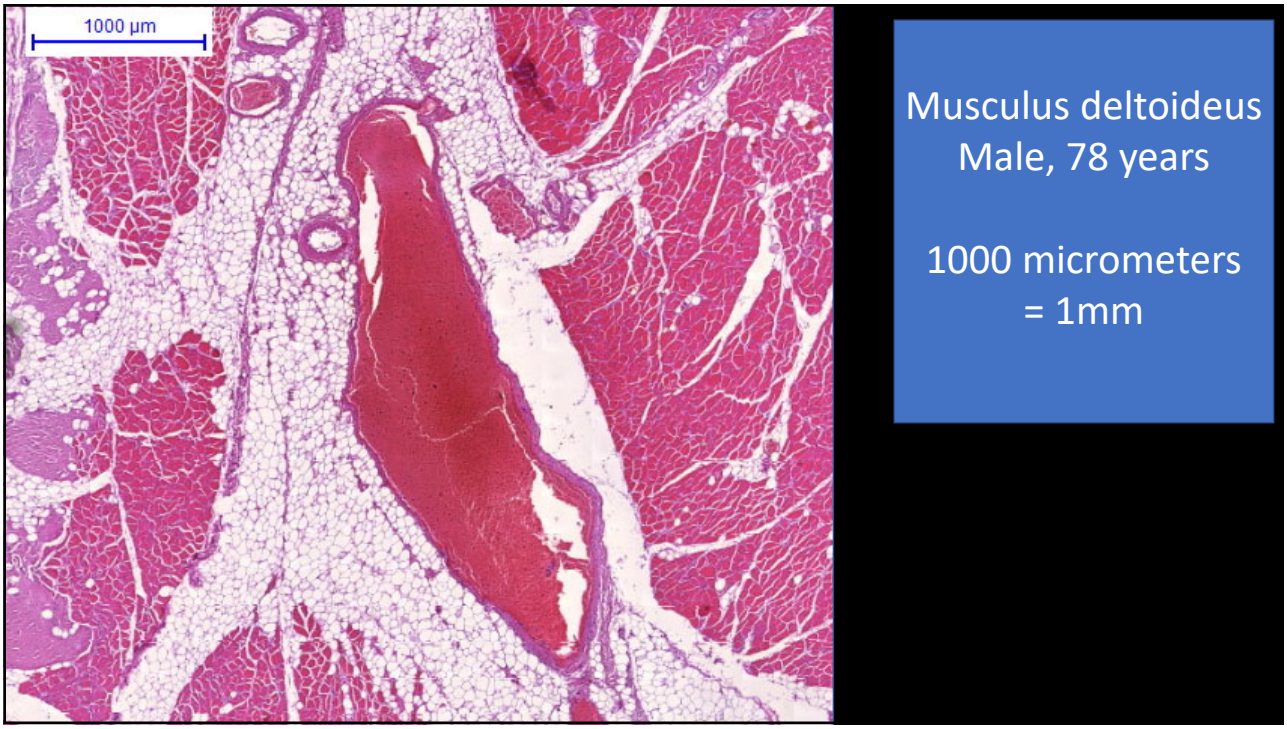


Unidentified foreign material, deposited inside a blood vessel (5 cases overall)
case 13, death 6 days after injection



Weltgesundheits-Organisation (WHO, 2016) von der StIKO unkontrolliert übernommen

- „In den letzten Jahren sind international mehrere evidenzbasierte Empfehlungen für schmerz- und stressreduziertes Impfen publiziert worden, die Hinweise zu bestimmten Injektionstechniken, altersabhängigen Ablenkungsmethoden und anderen Verhaltensweisen beinhalten. Die STIKO hat diese Hinweise aufgegriffen und 2016 erstmals Hinweise zur Schmerz- und Stressreduktion beim Impfen in ihre Empfehlungen mit aufgenommen. Die STIKO weist darauf hin, dass eine Aspiration vor der Injektion nicht notwendig ist und bei intramuskulären Injektionen vermieden werden soll, um Schmerzen zu reduzieren. Die Blutgefäße an den Körperstellen, die für die Injektion von Impfstoffen empfohlen sind (musculus vastus lateralis oder musculus deltoideus) und in Reichweite der Nadel liegen, sind zu klein, um eine versehentliche intravenöse Gabe zu ermöglichen. Berichte über Verletzungen von Patienten auf Grund unterlassener Aspiration gibt es nicht.“



Blutaspiration bei intramuskulärer Injektion

Erfahrungswert : 5%

Angabe eines Kinderarztes: bei 2 von 5 Kindern (40%)

Ursache für Makro und Mikroembolien ?

Fragestellung Pathologie Konferenz 20.09. und 04.09.2021

18.August 2021

Clinical Infectious Diseases
MAJOR ARTICLE

Intravenous Injection of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) mRNA Vaccine Can Induce Acute Myopericarditis in Mouse Model

Can Li,[1,a] Yanxia Chen,[1,a] Yan Zhao,[1,a] David Christopher Lung,[2] Zhanhong Ye,[1] Wenchen Song,[1] Fei-Fei Liu,[1] Jian-Piao Cai,[1] Wan-Man Wong,[1] Cyril Chik-Yan Yip,[1] Jasper Fuk-Woo Chan,[1,3,4] Kelvin Kai-Wang To,[1,2] Siddharth Sridhar,[1,3] Ivan Fan-Ngai Hung,[3,5] Hin Chu,[1] Kin-Hang Kok,[1] Dong-Yan Jin,[6] Anna Jinxia Zhang,[1,b] and Kwok-Yung Yuen[1,3,4,b]

[1]State Key Laboratory of Emerging Infectious Diseases, Carol Yu Centre for Infection, Department of Microbiology, Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong Special Administrative Region, China; [2]Department of Pathology, Queen Elizabeth Hospital and Hong Kong Children's Hospital, Hong Kong, Hong Kong Special Administrative Region, China; [3]Department of Clinical Microbiology and Infection Control, The University of Hong Kong-Shenzhen Hospital, Shenzhen, Guangdong, China; [4]Hainan Medical University-The University of Hong Kong Joint Laboratory of Tropical Infectious Diseases, The University of Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong Special Administrative Region, China; [5]Department of Medicine, Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong Special Administrative Region, China; and [6]School of Biomedical Sciences, Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong Special Administrative Region, China

Background. Post-vaccination myopericarditis is reported after immunization with coronavirus disease 2019 (COVID-19) messenger RNA (mRNA) vaccines. The effect of inadvertent intravenous injection of this vaccine on the heart is unknown.

Methods. We compared the clinical manifestations, histopathological changes, tissue mRNA expression, and serum levels of cytokine/chemokine and troponin in Balb/c mice at different time points after intravenous (IV) or intramuscular (IM) vaccine injection with normal saline (NS) control.

Results. Although significant weight loss and higher serum cytokine/chemokine levels were found in IM group at 1–2 days post-injection (dpi), only IV group developed histopathological changes of myopericarditis as evidenced by cardiomyocyte degeneration, apoptosis, and necrosis with adjacent inflammatory cell infiltration and calcific deposits on visceral pericardium, although evidence of coronary artery or other cardiac pathologies was absent. Serum troponin level was significantly higher in IV group. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) spike antigen expression by immunostaining was occasionally found in infiltrating immune cells of the heart or injection site, in cardiomyocytes and intracardiac vascular endothelial cells, but not skeletal myocytes. The histological changes of myopericarditis after the first IV-priming dose persisted for 2 weeks and were markedly aggravated by a second IM- or IV-booster dose. Cardiac tissue mRNA expression of interleukin (IL)-1β, interferon (IFN)-β, IL-6, and tumor necrosis factor (TNF)-α increased significantly from 1 dpi to 2 dpi in the IV group but not the IM group, compatible with presence of myopericarditis in the IV group. Ballooning degeneration of hepatocytes was consistently found in the IV group. All other organs appeared normal.

Conclusions. This study provided in vivo evidence that inadvertent intravenous injection of COVID-19 mRNA vaccines may induce myopericarditis. Brief withdrawal of syringe plunger to exclude blood aspiration may be one possible way to reduce such risk.

Keywords. mouse model; SARS-CoV-2; mRNA vaccine; intravenous; COVID-19.

Safe and effective whole-population vaccination against severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) is the (COVID-19) pandemic [1], which has caused about 200 million cases of COVID-19 globally and over 4 million deaths by

Downloaded from https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab707/6353927 by g

Ärzteblatt.de Freitag 18 Februar 2022

Politik: Die STIKO empfiehlt Aspiration bei COVID-19-Impfung als Vorsichtsmaßnahme

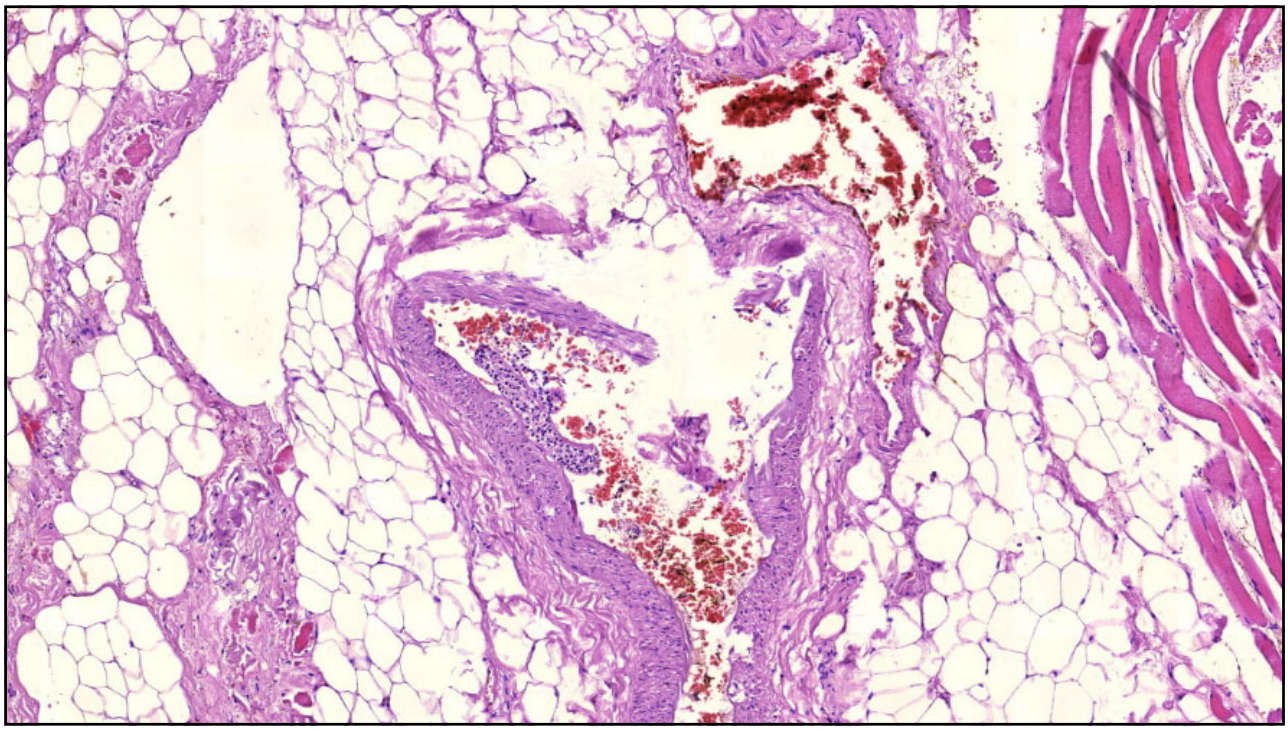
Berlin - entgegen den allgemeinen Empfehlungen für Impfungen rät die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut zu einer Aspiration bei der intramuskulären Applikation eines COVID-19-Impfstoffs. So soll die Impfstoffsicherheit weiter erhöht werden.

Darauf weist die STIKO in der 18. Aktualisierung der COVID- 19-Impfempfehlung vom 15. Februar hin. Im Tiermodell seien nach direkter Intravenöser Gabe eines mRNA-Impfstoffs Perimyokarditiden aufgetreten. Sie ließen sich sowohl klinisch als auch histopathologisch nachweisen.

Die Impfung sollte strikt intramuskulär erfolgen, betonte die STIKO in den Empfehlungen. Intradermale, subkutane oder intravaskuläre Applikationen seien zu vermeiden.

Für alle anderen Impfungen, außer der COVID- 19 -Impfung empfiehlt die STIKO prinzipiell keine Aspiration bei Impfstoffgabe. Bei intramuskulärer Applikation würden so Schmerzen reduziert.

Berichte, wonach Patienten aufgrund einer fehlenden Aspiration verletzt worden sind, lägen nicht vor. C aks/aezteblatt.de



klinischer Beurteilung anhand der medizinischen Vorgeschichte und des klinischen Status einzelner Personen festgelegt werden.

1.) In welchen Zellen welcher Organe oder Gewebe sollte nach der intramuskulären Injektion von Cormirnaty die Bildung der Spike Proteine und die Immunantwort ausgelöst werden?

Die SmPC für den COVID-19-mRNA-Impfstoff von BioNTech-Pfizer enthält die folgenden relevanten Informationen:[1]

Der COVID-19-mRNA-Impfstoff von BioNTech-Pfizer wird nach Verdünnung intramuskulär in einer primären Impfserie von 2 Dosen (je 0,3 ml) verabreicht. Es wird empfohlen, die zweite Dosis 3 Wochen nach der ersten Dosis zu verabreichen.

5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften

Wirkmechanismus

Die Nukleosid-modifizierte Boten-RNA (mRNA) in Comirnaty (Tozinameran) ist in Lipid-Nanopartikeln formuliert, die es ermöglic [redacted] *die transiente Expression des* [redacted] *membranverankertes S in* [redacted] *Helix. Die Mutation dieser beiden Ar* [redacted] *bevorzugten Prä-Fusions-K* [redacted] *ger als auch zelluläre Immunantworten gegen das Spike (S)-Antigen aus, was zum Schutz gegen COVID-19 beitragen kann.*

16. Februar 2022

Das SARS-CoV-2-Spike-Protein ist an der Erkennung von Rezeptoren, der Anheftung des Virus und dem Eindringen in Wirtszellen beteiligt und stellt aufgrund seiner entscheidenden Rolle bei der Infektion eine wichtige Zielstruktur für COVID-19-Impfstoffe dar.[2] In BNT162b2 ist nicht-infektiöse SARS-CoV-2-Spike-Protein-mRNA von Lipid-Nanopartikeln (LNP) eingekapselt.[3,4,5]

Nach Verabreichung mittels intramuskulärer Injektion gelangt die BNT162b2-mRNA in das Cytosol der Zellen, ohne in den Zellkern einzudringen oder sich in das Wirtsgenom zu integrieren.[6] Im Cytosol wird die BNT162b2-mRNA von Ribosomen in das nicht-infektiöse Spike-Protein translatiert.[4,5] Das intrazelluläre Spike-Protein wird vom Proteasom des Wirts prozessiert und von den Molekülen des Haupthistokompatibilitätskomplexes (MHC) I und MHC II aufgenommen. Diese wandern zur Zellmembran und präsentieren das prozessierte Spike-Protein dem Immunsystem.[4,5] Dadurch wird eine spezifische, T-Zell-vermittelte Immunantwort ausgelöst, die sich gegen das Virus und die infizierten Zellen richtet.[7]

2.) Kann ausgeschlossen werden, dass die Spike Proteine außerhalb der von Ihnen unter Punkt 1 angegebenen Zellen gebildet werden? Falls Ja, auf Grundlage welcher wissenschaftlich gesicherten Daten kann dies ausgeschlossen werden?

Uns liegen keine Informationen über andere Zellen vor, die das Spike-Protein exprimieren könnten.

3.) Wie lange besteht die Codierungsfähigkeit der mRNA im Körper der geimpften Person? Kann diesbezüglich ausgeschlossen werden, dass dieses über Wochen/Monate persistiert?

Die aktuell zugelassene SmPC für den COVID-19-mRNA-Impfstoff von BioNTech-Pfizer gibt keine Auskunft über die Bioverfügbarkeit der modifizierten mRNA. Wir wissen, dass die Translation der in vitro-transkribierten mRNA schnell nach der Injektion beginnt, um die transiente Antigenexpression in Gang zu bringen.[8,9] Nach der Translation wird die in vitro-transkribierte mRNA durch normale physiologische Prozesse abgebaut.[9]

4.) Nach welcher Zeit sollte sich die mRNA aus den Lipidnanopartikeln spätestens im Körper der geimpften Person abgebaut haben?

Es wurden keine Ausscheidungsstudien mit dem COVID-19-mRNA-Impfstoff BNT162b2 durchgeführt. Aus der PK-Studie geht hervor, dass 50 % von ALC-0159 unverändert mit den Faeces ausgeschieden wurden. Der Stoffwechsel spielte bei der Ausscheidung von ALC-0315 eine Rolle, da wenig bis gar kein unverändertes Material im Urin oder in den Faeces nachgewiesen wurde. Untersuchungen von Urin, Kot und Plasma aus der PK-Studie an Ratten ergaben eine Reihe von Esterspaltprodukten von ALC-0315. Dies ist wahrscheinlich der primäre Clearance-Mechanismus, der auf dieses Molekül wirkt, obwohl keine quantitativen Daten zur Bestätigung dieser Hypothese vorliegen. In vitro wurde ALC-0159 langsam durch hydrolytischen Metabolismus der Amid-Funktionalität metabolisiert.[7]

5.) Ist sichergestellt, dass sich das Spike-Protein, das in den transfizierten Zellen der geimpften Person gebildet wird, ausschließlich in die Membranen der betroffenen Zellen einbaut („verbleibt an der Impfstelle") und nicht löslich im Körper zirkuliert?

Es wurden Studien durchgeführt, um die Bioverteilung der LNP-formulierten modRNA zu bestimmen, wobei eine Surrogat-Luciferase-modRNA verwendet wurde, die mit einem LNP mit identischer Lipidzusammensetzung wie in BNT162b2 formuliert wurde (Mausstudie), oder eine [3H]-markierte Lipidnanopartikel-mRNA-Formulierung (Rattenstudie).[10]

In der Mausstudie war die Luciferase-Expression vorübergehend und nahm mit der Zeit ab. Die

Impfnebenwirkungen und Todesfälle

- Makroskopische Beurteilung mit Fallgruben
- Nur bei **histologischer Untersuchung** der Organe und Gewebe beurteilbar; neue komplexe Schädigungsmuster
- Sehr **häufig** und mit unterschiedlicher Relevanz als todesursächliche (Mit-)Faktoren
- Schwere akute Nebenwirkungen und Todesfälle möglicherweise durch Impftechnik bedingt; Erklärung des Impfparadox
- Akute, schwere Nebenwirkungen nur vorgezogene Langzeitwirkung ?

- „Du sollst Dir die Pflichten des Arztes immer gegenwärtig halten, der nicht nur das einzelne Individuum im Auge hat, sondern die gesamte Bevölkerung, in dem das Einzelindividuum nur ein Baustein, nur eine Zelle des Gesamten, der gesamten Bevölkerung ist“

„Der Arzt muss seine alten humanitären Überzeugungen ablegen. Er hat nur einen Patienten, die Bevölkerung. Der Einzelne ist nicht mehr als eine Zelle der Gesamtbevölkerung. Die Bevölkerung ist transzendent: es ist ein der einzige Körper. Dieser aber muss erhalten und behandelt werden, um ihn gesund zu halten, ist kein Opfer zu groß. Ebenso, wie ein Arzt nicht zögern wird, einen Finger zu amputieren, um einen Arm zu retten oder einen Arm, um ein Leben zu retten, ist der verantwortungsvolle bereit, jede Aggression gegen den Einzelnen durchzuführen, der die Bevölkerung bedroht; gegen einzelne Menschen und mit noch größerem Recht gegen andere Menschen.“

KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH Klinik für Infektions- und Tropenmedizin

Sächsische Impfkommission (SIKO) Freistaat SACHSEN

Sächsischer Landtag

Hearing
7. März 2022

BIOMARKER DER SARS-COV-2-IMMUNITÄT

UMGANG MIT ATYPISCHEN IMPFVERLÄUFEN / IMPFNEBENWIRKUNGEN

Dr. Thomas Grünewald

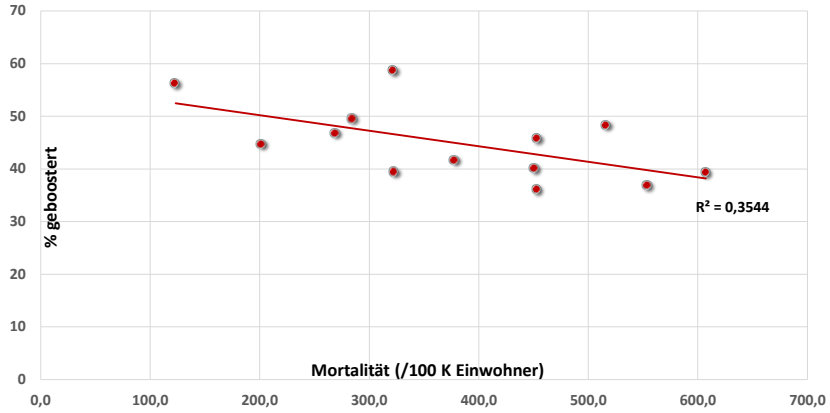
KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH
Klinik für Infektions- und Tropenmedizin

Freistaat SACHSEN
Sächsische Impfkommission (SIKO)

Topics

(1)	wirkt die Impfung ?
(2)	kann die klinische Protektion durch Labortests prädiktiert werden ?
(3)	Bewertung gemeldeter Verdachtsfälle atypischer Impfverläufe / Impfnebenwirkungen
(4)	gesetzliche Grundlagen und Procedere bei der Meldung

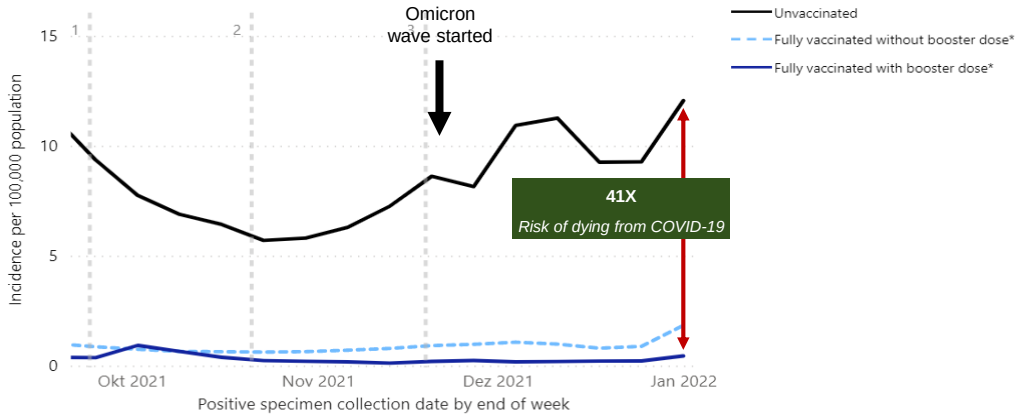
(1) Mortalität und Anteil Geboosteter



 kompiliert nach Daten des RKI und des SMS. 22. Februar 2022

KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH
Klinik für Infektions- und Tropenmedizin
Freistaat SACHSEN
Sächsische Impfkommission (SIKO)

(1) SARS-CoV-2-Impfung und Tod an COVID-19

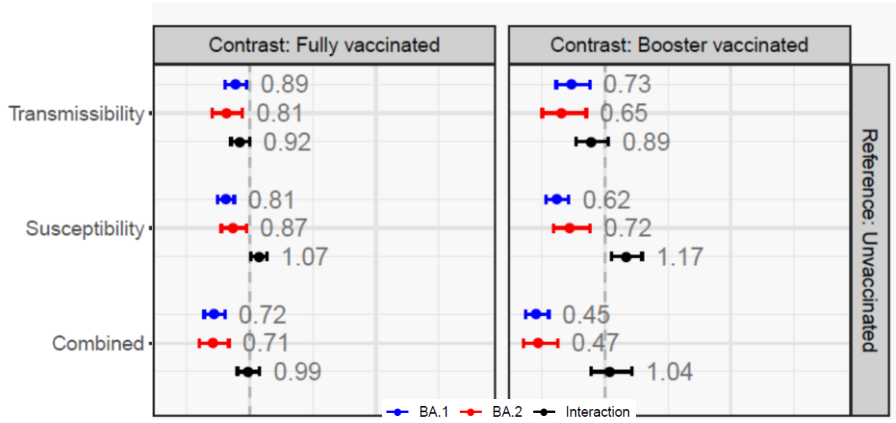


 kompiliert n. https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#rates-by-vaccine-status

KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH
Klinik für Infektions- und Tropenmedizin

Freistaat SACHSEN
Sächsische Impfkommission (SIKO)

(1) Wirksamkeit vor Ansteckung (O–Subtypen)

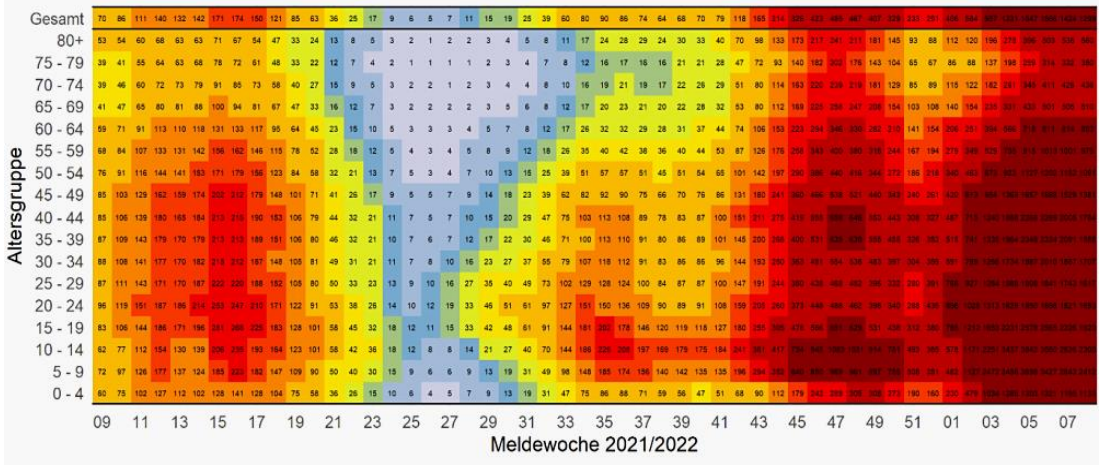


Lyngse FP et al. medRxiv 2022; doi 10.1101/2022.01.28.22270044

KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH
Klinik für Infektions- und Tropenmedizin

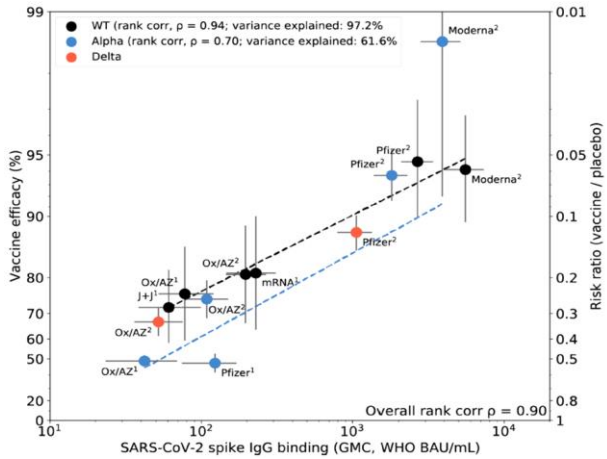
Freistaat SACHSEN
Sächsische Impfkommission (SIKO)

(1) einfach durchlaufen lassen – Durchseuchen ?



Quellen: RKI. 3. März 2022

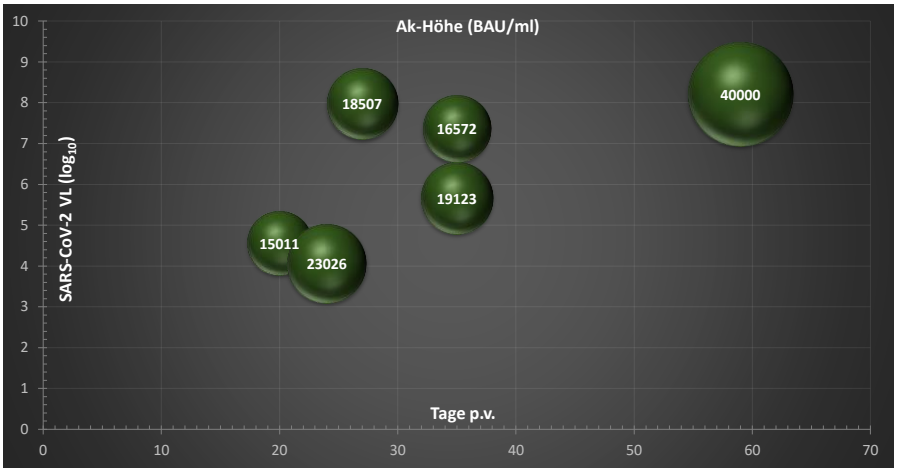
(2) Spike-Ak und Impfimmunität



 Goldblatt D et al. Vaccine 2022; 40: 306-315

KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH
Klinik für Infektions- und Tropenmedizin
Freistaat SACHSEN
Sächsische Impfkommission (SIKO)

(2) O – die ersten breakthrough infections (RSA)



 Kuhlmann C et al. Lancet 2022; doi: 10.1016/S0140-6736(22)00090-3

(2) Ak-Titer und Schutz vor Infektion

SARS-CoV-2-Ak

sind

- qualitativ (pos./neg.) prädiktiv für Impfdurchbrüche und schwere Verläufe (Hospitalisierungen und Tod)
- **quantitativ kein Korrelat für das Ausmaß des klinisch-epidemiologischen Schutzes vor SARS-CoV-2**

BAU impliziert einen internationalen Standard

- **ja, aber gemessen an SARS-CoV-2 wt**
- nicht 1:1 übertragbar auf Δ und O VOC !

(2) Ak-/T-Zell-Antwort – Bestimmung sinnvoll ?

SARS-CoV-2 spezifischer T-Zelltest

17. Dezember 2021 von Dr. rer. biol. hum. Thomas Meier

Neben der humoralen Immunabwehr (Antikörperbildung) führt eine SARS-CoV-2 Infektion auch zur Ausbildung einer zellulären Immunantwort (T-Zellantwort). Nach Infektionen mit Coronaviren scheint die zelluläre Immunantwort länger anzuhalten im Vergleich zur Antikörperantwort. Antworten auf die wichtigsten Fragen zu unserem T-Zelltest finden Sie in der folgenden Übersicht.

Bitte beachten Sie: Für den SARS-CoV-2 spezifischen T-Zelltest, wie er in unserem Labor durchgeführt wird, gilt:

Dieser Test ist nicht geeignet zum Nachweis einer "Kreuzimmunität" oder "Grundimmunität" gegenüber SARS-CoV-2!
Ein positives Ergebnis unseres T-Zelltests ist kein Nachweis einer Immunität gegenüber SARS-CoV-2!

Aktuell kann der SARS-CoV-2 spezifische T-Zelltest nur nach vorheriger telefonischer Voranmeldung durchgeführt werden!

Alle FAQ öffnen
Alle FAQ schließen

˅Wofür kann ich den T-Zelltest einsetzen?

^Zeigt ein positiver T-Zelltest, dass ich vor SARS-CoV-2 geschützt bin?

Bislang nicht geklärt.

Es ist nach wie vor unklar, zu welchem Grad die Titer der Antikörper, die das SARS-CoV-2 Spike- bzw. Nukleocapsid-Protein binden, mit einem Schutz vor einer Reinfektion oder schweren Erkrankung korrelieren. Dies gilt ebenso für die T-Zellantwort.

 https://www.labor-enders.de/2021/12/17/sars-cov-2-spezifische-t-zellantwort-2/

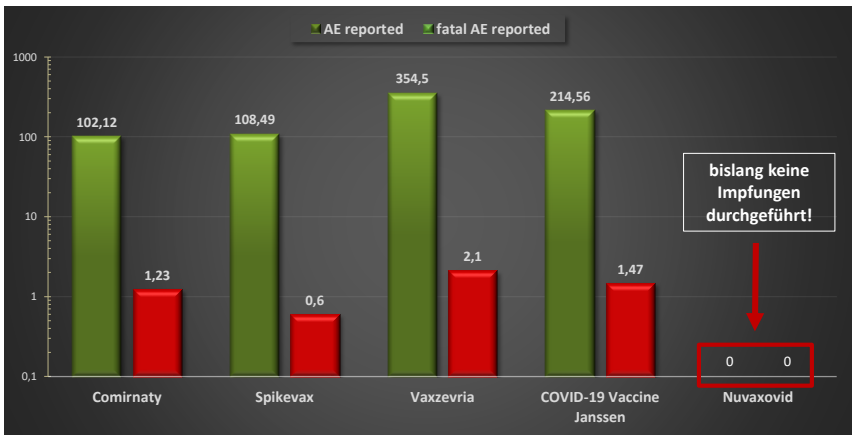
(3) Faktencheck Todesfälle nach Impfung

Verdachtsmeldungen für (tödliche) AE

KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH
Klinik für Infektions- und Tropenmedizin
Freistaat SACHSEN
Sächsische Impfkommission (SIKO)

(3) Faktencheck Todesfälle nach Impfung

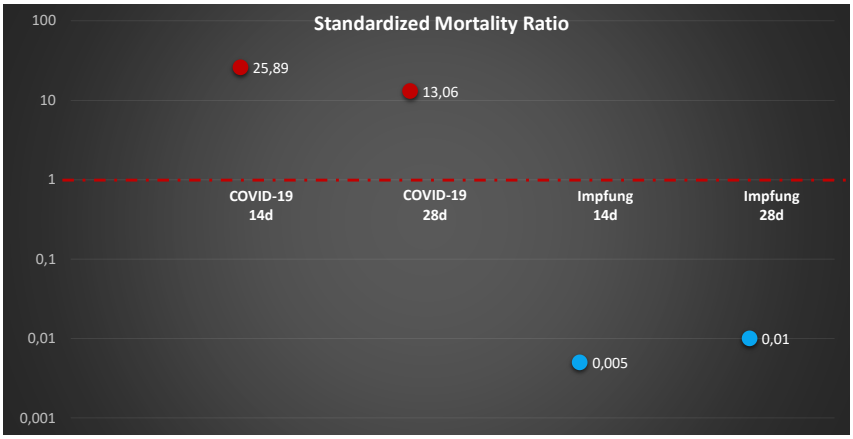
Verdachtsmeldungen für (tödliche) AE (/100.000 Geimpfte)



Dr. Thomas Grünewald
SÄCHSISCHER LANDTAG – HEARING – 7. MÄRZ 2022
EMA vaccine safety update February 2022

(3) SMR für Tod (Sachsen)

O:E-Analyse für Sterblichkeit COVID-19-bedingt vs. Impf-assoziiert



KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH
Klinik für Infektions- und Tropenmedizin
Freistaat SACHSEN
Sächsische Impfkommission (SIKO)

(3) Sterblichkeit – O:E-Analyse Sachsen

Conclusio

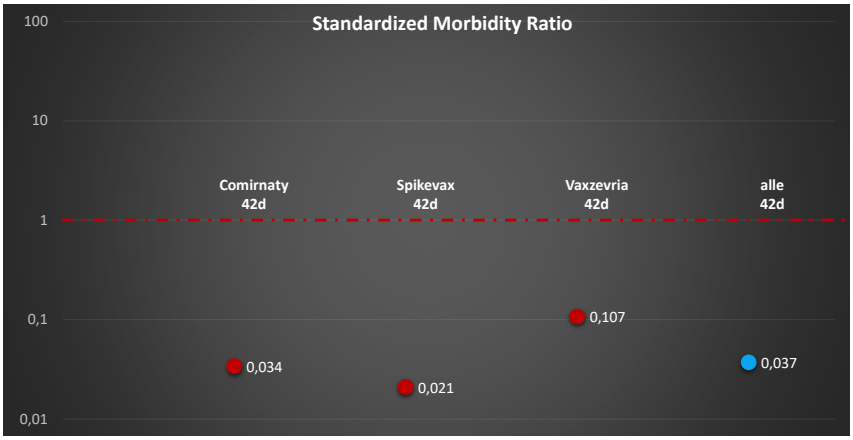
- die beobachtete COVID-19-bedingte Sterblichkeit ist
  - in einem Beobachtungszeitraum von 14 Tagen p.v. **5178 x höher**
  - in einem Beobachtungszeitraum von 28 Tagen p.v. immer noch **1312 x höher**
- als die vermeintliche Sterblichkeit im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Impfung

- die vermeintliche Sterblichkeit im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Impfung ist
  - in einem Beobachtungszeitraum von 14 Tagen p.v. **200 x niedriger**
  - in einem Beobachtungszeitraum von 28 Tagen p.v. immer noch **100 x niedriger**
- als die zu erwartende Sterblichkeit in der Bevölkerung (für alle Sachsen ab dem 5. LJ)

Dr. Thomas Grünewald SLT – HEARING Grünewald Th, Schmiedel L, Merbecks S für SIKO und LUA. Stand 16.02.2022

(3) SMR für Apoplex / Schlaganfall (Sachsen)

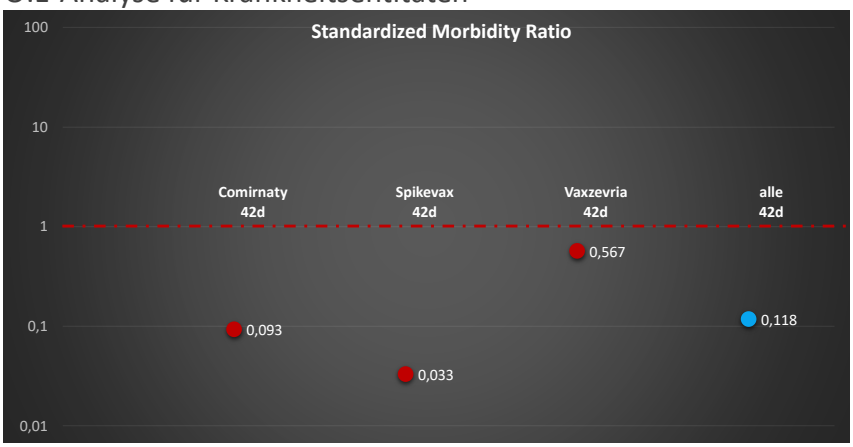
O:E-Analyse für Krankheitsentitäten



KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH
Klinik für Infektions- und Tropenmedizin
Freistaat SACHSEN
Sächsische Impfkommission (SIKO)

(3) SMR für Lungenembolien (Sachsen)

O:E-Analyse für Krankheitsentitäten



Dr. Thomas Grünewald SLT – HEARING Grünewald Th, Schmiedel L, Merbecks S für SIKO und LUA. Stand 16.02.2022

(3) Morbidität – O:E-Analyse Sachsen

Conclusio

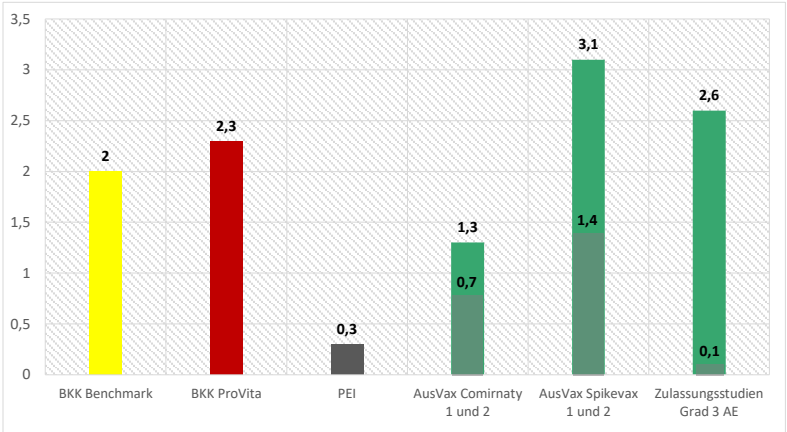
- für die vier zugelassenen Impfstoffe gibt es **kein Signal** im Hinblick auf das vermehrte Auftreten von Lungenembolien oder Schlaganfällen

- für beide mRNA-Vakzinen ist das gemeldete Auftreten jeweils **mehr als 100 x niedriger** als das für die Bevölkerung zu erwarten wäre

- Diese Datenlage und die daraus resultierende Einschätzung ist konkludent mit den Daten der EMA (EudraVigilance) sowie des PEI (deutsches Register)

(3) die Daten im weltweiten Vergleich

Arzt- oder Notaufnahmebesuche wegen Impfnebenwirkungen



(4) Wie meldet man ?

Gesetzliche Grundlagen

- **Infektionsschutzgesetz §6, 1 (3)**
  - (1) namentlich zu melden ist:

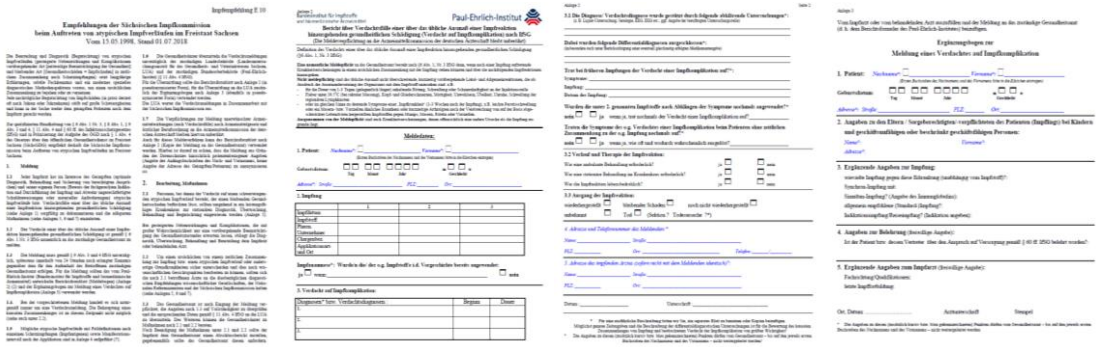
    . . . 3. der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung, . . .

- **Infektionsschutzgesetz §60 Versorgung bei Impfschaden und bei Gesundheitsschäden durch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe**
  - (1) Wer durch eine Schutzimpfung oder durch eine andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe, die . . . 1a. gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 . . . vorgenommen wurde, . . . eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält . . . wegen des Impfschadens auf Antrag Versorgung . . .

KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH
Klinik für Infektions- und Tropenmedizin
Freistaat SACHSEN
Sächsische Impfkommission (SIKO)

(4) Wie meldet man ?

SIKO E10 – Vorgehen bei atypischen Impfverläufen



Dr. Thomas Grünewald SLT – HEARING 7. MÄRZ 2022

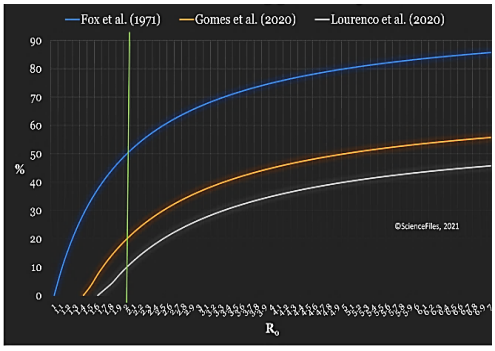
Drucksache 7/8312
Impfdruck endlich abbauen – Allen Bürgern valide und standardisierte Immunitätsnachweise anbieten und vollständig anerkennen

Drucksache 7/8500
Nebenwirkungen und Komplikationen in Folge der Corona-Schutzimpfungen in vollem Umfang erfassen, die Bürger sachlich informieren und die Geschädigten unterstützen

Stellungnahme Univ.-Doz.(Wien) Dr. med. Gerd Reuther

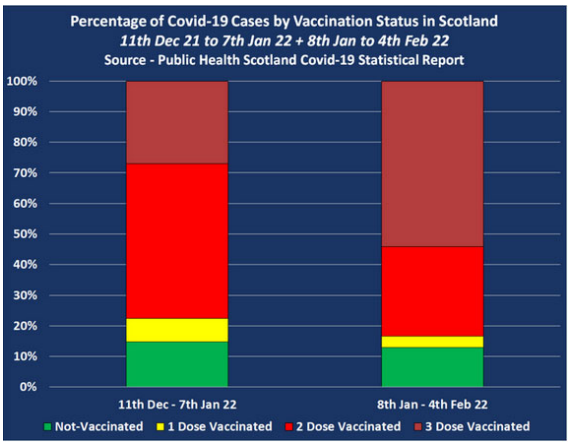
Impfvoraussetzungen

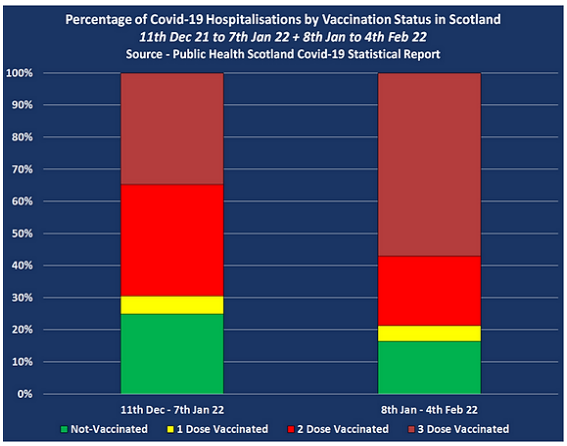
Impfstoffe **MÜSSEN verhindern, dass sich Geimpfte infizieren**, dass sich ein Virus oder ein Bakterium als Folge in Geimpften replizieren und von Geimpften weitergegeben werden kann



2

Covid-Fälle und Impfstatus

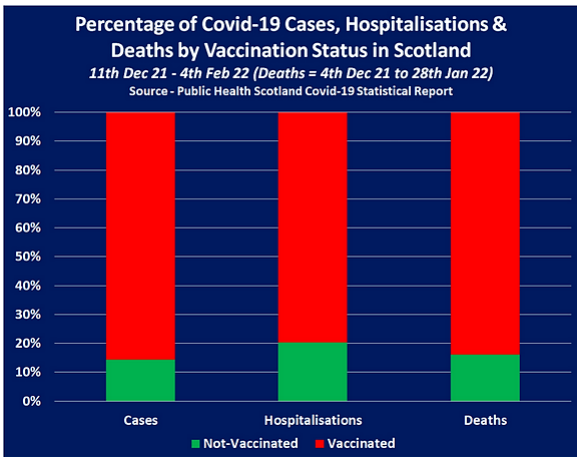




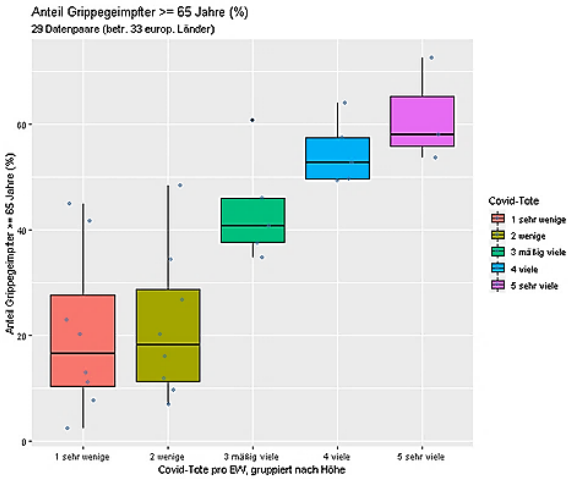
Quelle: The Exposé; Datenquelle: Public Health Schotland

3

Pandemie Geimpfter



Quelle: The Exposé; Datenquelle: Public Health Schotland



https://coronakrise-blog.jimdofree.com/start/07-07-20-keine-korrelation-zwischen-lockdown-und-covid/

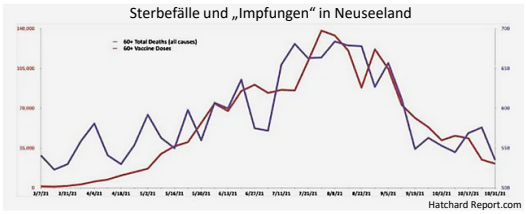
4

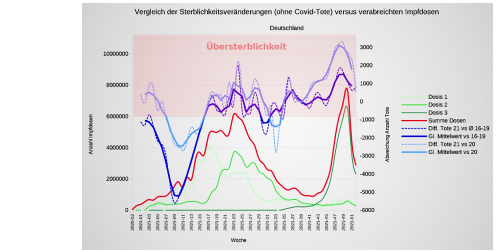
Covid-“Impfstoffe“: Schadensbilanz

Universität Uppsala (02/22):
3,2 Millionen unerwünschte Wirkungen weltweit

pro Tag der letzten Woche
45 Tote zeitnah zu einer COVID-“Impfung“

in den ersten beiden Monaten 2021
in den USA 1200 Todesfälle zeitnah





Die zur Berechnung verwendeten Todeszahlen wurden auf die Bevölkerungsanzahl und Alterstruktur des Jahres 2021 standardisiert
Quellen: Destatis & RKI, Berechnungen & Grafik: Thorsten Wiethöfter

5

Covid-“Impfstoffe“: Schadensbilanz

Schwere Nebenwirkungen bei Covid-19-“Impfstoffen“
selbst gemäß Paul-Ehrlich-Institut 1:5000 Injektionen

nach Kodierung in Klinikabrechnungen (INEK):
14.367 Fälle mit Covid-19-Impfschäden
1.652 Fälle davon auf der Intensivstation
170 Menschen verstarben

gemäß Daten der BKK über 31.000 Tote und über 412.000 schwere und schwerste Nebenwirkungen mit Hospitalisierung

8

Schäden durch Covid-“Impfstoffe“

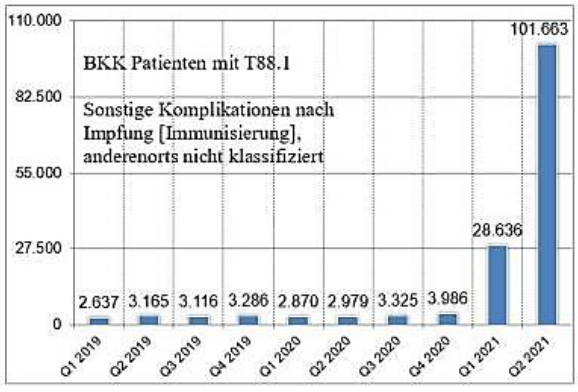
Paul-Ehrlich-Institut: Eine Viertelmillion Verdachtsfälle mit 2.255 Toten.
20 Säuglinge betroffen.
Ein Viertel der 3.732 Meldungen zu Minderjährigen schwerwiegend

»Insgesamt wurden 244.576 Verdachtsfälle einer Nebenwirkung nach Comirnaty, Spikevax, Vaxzevria und COVID-19 Vaccine Janssen gemeldet. Die Melderate betrug für alle Impfstoffe zusammen 1,64 Meldungen pro 1.000 Impfdosen, für schwerwiegende Reaktionen 0,20 Meldungen pro 1.000 Impfdosen.«

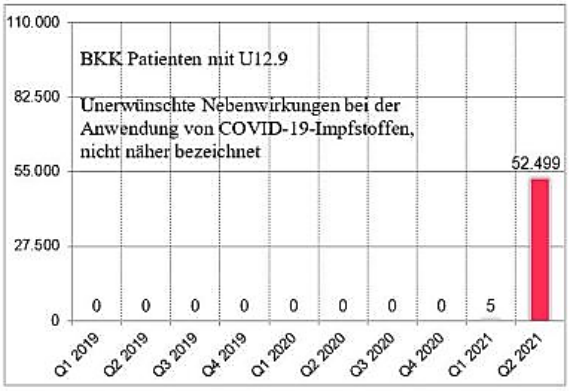
Acht tote Kinder und Jugendliche, bei weiteren zehn bleibende Schäden

Drucksachen 7/8312 und 7/8500; Stellungnahme Univ.-Doz.(Wien) Dr. med. Gerd Reuther

Sicherheit der Covid-“Impfstoffe“



Grafische Darstellung nur für Quartal1 und Quartal 2 in 2021.



Grafische Darstellung nur für Quartal1 und Quartal 2 in 2021.

Impfauswirkungen

Im Jahr 2021 (ohne November und Dezember!) – verglichen mit dem Fünfjahresdurchschnitt im US-Militär:

Fehlgeburten +300%
Krebsdiagnosen + 300%
neurologische Erkrankungen + 1000%
Herzinfarkte + 269%
Gesichtslähmungen +291%
angeborene Missbildungen +156%
weibliche Unfruchtbarkeit +471%
Lungenembolien +477 Prozent

9

Drucksachen 7/8312 und 7/8500; Stellungnahme Univ.-Doz.(Wien) Dr. med. Gerd Reuther

Fazit

- ein Impfzwang für Covid-19 hat keinerlei Nutzen
- die Injektionen mit den „Impfstoffen“ müssen umgehend eingestellt werden, um weitere Todesopfer und Gesundheitsschäden zu verhindern

10