



Anfragen zum Plenum zur Plenarsitzung am 27.10.2021 – Auszug aus Drucksache 18/18693 –

Frage Nummer 54 mit der dazu eingegangenen Antwort der Staatsregierung

Abgeordneter
**Franz
Bergmüller**
(AfD)

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Staatsregierung und das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) über das Robert Koch-Institut (RKI) und unter dem Narrativ „vorsichtige Vorgehensweise“ im Gesundheitswesen bisher allgemeingültige und gängige Definitionen, z. B. bei dem Begriff der Inzidenz/Inzidenzrate, als „die Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb einer definierten Population – beispielsweise den Einwohnern einer Stadt, eines Landes oder einer Region – in einem bestimmten Zeitraum“¹ bei COVID jedoch mithilfe einer Umdefinition den Begriff Inzidenz wie folgt erweitert hat: „Labordiagnostischer Nachweis mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung (E1) oder labordiagnostischer Nachweis mittels Antigennachweis (E2) bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).“ und damit ganz unabhängig von einer Infektion jeden Betroffenen eines positiven Antigen-/PCR-Tests mit in die Inzidenz einrechnet und diese Änderung erst ca. ein Jahr später, am 23.12.2020, unter dem Begriff „Falldefinition COVID“ öffentlich gemacht hat, wodurch die Inzidenz als „Prävalenz + Inzidenz“(Standard) umdefiniert wurde und hierdurch erheblich höhere Fallzahlen generiert wurden und vor dem Hintergrund der Tatsache, dass bei Impfdurchbrüchen dieses Vorsichtsprinzip gerade nicht zur Anwendung gebracht wird, sondern ganz im Gegenteil mit Hilfe der staatlichen Definitionsmacht die Zahlen umdefiniert werden, indem mithilfe von § 2 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung „eine geimpfte Person eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises ist,“ nur diejenigen Personen, die eine COVID-Impfung erhalten haben, die hiernach keine Symptome haben, als geimpft bezeichnet werden und Personen, die z. B. nach einer Infektion mit dem COVID-Virus dennoch Symptome haben, von dem so umdefinierten Begriff geimpft nicht abgedeckt werden, was gemäß Wochenbericht des RKI vom 21.10.2021, Tabelle 4, Zeile 1 seit KW 5 immerhin 89 988 + 782 349 + 156 506 = 1 028 843 „symptomatische COVID-19-Fälle (mit Angabe Impfstatus)“ betreffen dürfte und vor dem Hintergrund der Tatsache, dass zu diesem

¹ https://www.rki.de/DE/Content/Service/Publikationen/Fachwoerterbuch_Infektionsschutz.pdf?__blob=publicationFile

Zweck auch der Begriff des Impfdurchbruchs bei COVID, abweichend zur bisherigen Norm eine Neudefinition, erfahren hat, indem die im Fachwörterbuch Infektionsschutz des RKI aus dem Jahr 2015 enthaltene Definition für „Impfdurchbruch, Erkrankung trotz Schutzimpfung“, also ohne einen Zeitkorridor, in dem der Impfschutz aufgebaut wird, lautet, aber indem die vom RKI veröffentlichte Definition für „Impfdurchbruch bei COVID“ hingegen zeitlich erst ab dem Aufbau eines „vollständigen Impfschutzes“ greift, was mit zwei Wochen fingiert wird, also „wenn bei einer vollständig geimpften Person eine PCR-bestätigte SARS-CoV-2-Infektion mit Symptomatik festgestellt wird. Ein vollständiger Impfschutz besteht in der Regel, wenn nach der letzten erforderlichen Impfdosis 14 Tage vergangen sind (2-Dosen-Impfschema bei Comirnaty, Spikevax und Vaxzevria, 1-Dosen-Impfschema bei Janssen).“² wird, und vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die nach diesen 14 Tagen dann festgestellten Impfdurchbrüche noch einmal dadurch reduziert werden, indem man die bisherige Tatsache eines sekundären Impfversagens mit Hilfe einer weitere Definition in die Sphäre der Wahrscheinlichkeit wegrelativiert wird, indem die im Fachwörterbuch Infektionsschutz des RKI, von W. Kiehl aus dem Jahr 2015 enthaltene Definition für Sekundäres Impfversagen: „Ein ursprünglich erreichter Impfschutz nimmt im zeitlichen Verlauf schneller ab, als zu erwarten wäre“ bei COVID nun einfach wie folgt als „wahrscheinlicher Impfdurchbruch“ definiert wird „ein „wahrscheinlicher Impfdurchbruch“ ist definiert als SARS-CoV-2-Infektion mit klinischer Symptomatik, die bei einer vollständig geimpften Person mittels PCR oder Erregerisolierung diagnostiziert wurde.“, wodurch alle Geimpften mit klinischer Symptomatik ins Reich der Wahrscheinlichkeit wegdefiniert werden³, frage ich die Staatsregierung, aus welchem Grund beteiligen sich die Staatsregierung und das LGL an mindestens diesen, speziell für COVID geschaffenen Abweichungen von den für alle anderen Infektionskrankheiten geltenden Definitionsnormen und der damit ggf. verbundenen Fehlinformation der Öffentlichkeit (bitte vollzählig aufführen), aus welchen Gründen vergrößert die Staatsregierung mithilfe ihrer Macht bei COVID nicht die Zahl der Impfdurchbrüche, Impfreaktionen, Impfschäden und verkleinert auf der anderen Seite auf demselben Weg die Inzidenz, indem sie z. B. die Fallgruppe „E“ aus der „Falldefinition COVID“ nicht anwendet, sondern hält es im Gegensatz hierzu für angemessen / verhältnismäßig mit Hilfe der zitierten Definitionen bei COVID die Inzidenz mit Hilfe von Definitionen aufzublähen, aber die Zahl der Impfdurchbrüche, Impfreaktionen, Impfschäden mit Hilfe von Definitionen zu fragmentieren und kleinzurelativieren und wie der Staatsregierung, also mindestens den Gesundheitsbehörden der Landkreise, dem LGL, dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, dem LGL die im Zusammenhang mit COVID-Fällen vergebaren ICD-Code-Fallzahlen vorliegen (bitte

² https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVIDImpfen/FAQ_Liste_Wirksamkeit.html#:~:text=Ein%20Impfdurchbruch%20liegt%20vor%2C%20wenn,Infektion%20mit%20Symptomatik%20festgestellt%20

³ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-07-22.pdf?__blob=publicationFile

hierfür jeden im Zusammenhang mit COVID, also umfassend auch Impfdurchbrüche, trotz doppelter Impfung verstorben etc. vergebaren ICD-Code lückenlos mit den bisher dazu kumulierten Fallzahlen aufschlüsseln)?

Antwort des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

Der direkte oder indirekte Nachweis von Krankheitserregern gilt als Voraussetzung für eine Meldung gemäß § 7 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). In Veröffentlichungen des RKI, die nicht nach Falldefinitionskategorien differenzieren (z. B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden nur Fälle labordiagnostischer Nachweise mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung gezählt.

Labordiagnostische Nachweise mittels Antigennachweis werden nicht als Fälle gezählt (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Falldefinition.pdf?__blob=publicationFile). Die Ermittlung der Inzidenzen wurde also vom Autor der Anfrage zum Plenum falsch dargestellt. Durch die Falldefinition des RKI werden keine „erheblich höheren Fallzahlen“ generiert.

Gemäß der Definition des RKI liegt ein Impfdurchbruch vor, wenn bei einer vollständig geimpften Person eine PCR-bestätigte SARS-CoV-2 Infektion mit Symptomatik festgestellt wird. Ein vollständiger Impfschutz besteht in der Regel, wenn nach der letzten erforderlichen Impfdosis 14 Tage vergangen sind (2-Dosen-Impfschema bei Comirnaty, Spikevax und Vaxzevria, 1-Dosen-Impfschema bei Janssen).

Ein Impfdurchbruch würde also z. B. vorliegen, wenn eine Person, die vor einigen Monaten ihre zweite Impfung erhalten hat, sich nun mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ansteckt (positiver PCR-Test) und Symptome wie Halsschmerzen und Fieber entwickelt. Davon abzugrenzen sind asymptomatische Verläufe unter vollständig Geimpften, d. h. Personen sind PCR-positiv, zeigen aber keinerlei Symptome; diese gelten nicht als Impfdurchbrüche.

Die für die Erfassung von Impfdurchbrüchen verwendete Definition des RKI geht sogar über die Definition im RKI Handbuch Infektionsschutz und Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie: Fachwörter – Definitionen – Interpretationen (2015) hinaus, in der es heißt: „Eine Erkrankung nach Impfung einer bereits infizierten Person (Inkubationsimpfung) ist kein echter Impfdurchbruch.“, da auch solche Personen unter o. g. Voraussetzung zu der Statistik der Impfdurchbrüche gezählt werden.

Was das Erfassen von Impfreaktionen und Impfnebenwirkungen betrifft, ist eine originäre Zuständigkeit der Staatsregierung nicht gegeben. In Deutschland überwacht das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) die Sicherheit von Impfstoffen und biomedizinischen Arzneimitteln. Dazu werden Meldungen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen gesammelt und ggf. Maßnahmen ergriffen. Alle Meldungen werden zusammen mit verfügbaren Informationen zu dem Arzneimittel oder dem Impfstoff von Mitarbeitern der Bundesoberbehörden geprüft, um festzustellen, ob die übermittelten Informationen in der Meldung ein neues Risikosignal darstellen. Nach der Bewertung der neuen Informationen und aller verfügbaren Daten aus den wissenschaftlichen Veröffentlichungen können die Bundesoberbehörden gegebenenfalls risikominimierende Maßnahmen anordnen. Neben der Nebenwirkungsbeobachtung auf Basis eingehender Verdachtsfallmeldungen von Impfkomplicationen – die sogenannte Spontanerfassung von unerwünschten Wirkungen – engagiert sich das PEI mit aktiven Pharmakovigilanz-Studien für eine hohe Impfstoffsicherheit.

Nach § 6 Abs. 1 IfSG ist der Verdacht einer über das übliche Maß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung namentlich meldepflichtig. Dies gilt selbstverständlich auch für das Coronavirus SARS-CoV-2. Die Meldung erfolgt durch die Ärztin oder den Arzt an das Gesundheitsamt. Die Gesundheitsämter sind nach § 11 Abs. 4 IfSG verpflichtet, die gemeldeten Verdachtsfälle der zuständigen Landesbehörde und der zuständigen Bundesoberbehörde, dem PEI zu melden. Die Meldepflicht nach IfSG gilt in jedem Fall.

Unabhängig davon besteht die Möglichkeit, dass direkt an den Hersteller oder online direkt an das PEI gemeldet wird (<https://www.nebenwirkungen.bund.de>).