

Ärztliche Stellungnahme

[REDACTED]
M.Sc. (Hilfsmittel) [REDACTED]
[REDACTED]

Landratsamt
Gemeinsame Dienststelle SER

Versorgungsamt SER
21. Sep. 2023
Gem. Dienststelle Rotweil

Datum 15.09.2023

Versorgungsärztliche Stellungnahme

[REDACTED]

Az.: [REDACTED]

Mit Aktenverfügung vom 10.07.2022 wird um eine Stellungnahme entsprechend der Verfg. vom 21.01.1987 zu §51 Abs. 1 BSeuchG, welches auch bei §60 Abs. 1 IfSG Gültigkeit hat, gebeten; und zwar, ob bei Frau [REDACTED] 1. eine Kausalität zwischen Impfung und Impfreaktion und 2. eine Kausalität zwischen Impfreaktion und Impfschadensfolge vorliegt.

Frau [REDACTED] wurde am 28.02.2021 zunächst mit dem Covid-19-Vakzin Vaxzevria® (AstraZeneca, Chargennummer: ABV3374) geimpft. Die zweite Impfung erfolgte am 07.05.2021 mit dem Impfstoff Comirnaty® (BioNTech, Chargennummer: ET3045), ebenso wie die Booster-Impfung (Chargennummer: ACB8967) am 19.01.2022.

An Vorerkrankungen bekannt waren bei Frau [REDACTED] lediglich eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine Neurasthenie.

Am 05.05.2021 wurde aufgrund von neu aufgetretenen Sensibilitätsstörungen im Bereich L5 eine MRT der Lendenwirbelsäule durchgeführt. In der Bildgebung zeigten sich leichte Bandscheibenprotrusionen in den unteren Segmenten der Lendenwirbelsäule sowie ein diskreter Reizzustand der Facettengelenke der Wirbelkörper LWK4/5 und LWK5/SWK1. Außerdem fand sich eine Sklerose am linksseitigen Iliosakralgelenk (ISG) wie nach durchgemachter Sakroiliitis. Weder ein Bandscheibenprolaps noch eine spinale oder neuroforaminale Stenose konnten nachgewiesen werden.

Am 07.10.2021 erfolgte bei Verdacht auf Multiple Sklerose bzw. eine cerebrale Raumforderung eine CT des Hirnschädels. Diese war unauffällig ohne Nachweis einer Blutung, Raumforderung oder Liquorzirkulationsstörung.

Am 15.10.2021 stellte sich Frau [REDACTED] bei dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. med. [REDACTED] vor (Bericht vom 04.11.2021). Sie berichtete über LWS-Beschwerden, Verspannungen im Schulter-/Nackebereich, Kribbeln am linken Unterarm und in der linken Hand, Taubheit des linken Beines, Schwindel, Kopfschmerzen sowie Gesichtsfeldausfälle. Die Symptomatik hatte anamnestisch etwa zwei bis drei Wochen nach der ersten Impfung begonnen. Sie war bereits augenärztlich untersucht worden, was jedoch keinen wegweisenden Befund erbrachte. Auch eine orthopädische Untersuchung war unauffällig. Es fanden sich keine Hinweise für eine Synovitis oder Tendosynovitis. Die Wirbelsäule war insgesamt ausreichend beweglich. Das Viererzeichen war links angedeutet positiv, die Hüftgelenke waren ansonsten frei beweglich. Nach grober Orientierung lagen keine neurologischen oder muskulären Ausfälle vor.

Am 29.10.2021 stellte sich Frau [REDACTED] bei der Fachärztin für Neurologie Dr. med. [REDACTED] vor (Brief vom 19.11.2021). Dort berichtete Frau [REDACTED], dass vor ca. einem halben Jahr Schmerzen im Bereich des linken Beines verbunden mit Taubheit aufgetreten waren. Bisher war lediglich der Verdacht auf eine Sakroiliitis geäußert worden. Zu diesem Zeitpunkt litt sie unter lumbalen Schmerzen und Verspannungen im Nacken mit „Schwummrigkeitsgefühl“, welches als Folge falscher Bewegungen ausgelöst wurde. Vor ein paar Wochen waren erneut Kribbelparästhesien und Hypästhesien im linken Arm und Bein sowie eine diskrete Schwäche aufgetreten. Seit einigen Wochen kam es außerdem zu blitzartigem Einschießen entlang der gesamten Wirbelsäule. Insgesamt war sie sehr müde. Darüber hinaus beschrieb sie Sehstörungen. Bereits im Jahr 2014 war sie bei ähnlicher Symptomatik von der Augenärztin Frau Dr. med. [REDACTED] untersucht worden. Diese hatte den Verdacht auf eine MS geäußert, ohne jedoch die weitere Abklärung voranzutreiben. Nach 3-4 Monaten waren die Sehstörungen regredient. In der klinischen Untersuchung bei Dr. med. [REDACTED] imponierte im Bereich der unteren Extremitäten eine fragliche spastische Tonuserhöhung links sowie eine proximal betonte Paraparese mit einem Kraftgrad von 4-5/5 rechts und 4/5 links. Einbeinstand und -hüpfen waren von einem deutlichen Muskelzittern, links stärker als rechts, begleitet. Es wurde eine weiterführende kernspintomographische Untersuchung geplant.

In der Labordiagnostik vom 07.12.2021 war HLA-B27 negativ. Eine genetische Prädisposition für einen Morbus Bechterew bestand demnach nicht.

Am 05.01.2022 erfolgte eine MRT des Schädels und des zervikalen Spinalkanals bei Verdacht auf eine entzündliche ZNS-Erkrankung. In der koronaren T2-gewichteten Sequenz zeigten sich eine leichte Auftreibung und Signalanhebung des Sehnervs. Dieser Befund könnte Ausdruck einer abgelaufenen Optikusneuritis sein. Die übrige Bildgebung war unauffällig, insbesondere konnten keine fokalen, entzündlichen Veränderungen nachgewiesen werden.

Am 14.01.2022 stellte sich Frau [REDACTED] erneut bei Dr. med. [REDACTED] vor (Bericht vom 19.01.2022). Insgesamt hatte sich die Symptomatik weiter zurückgebildet, war allerdings noch diskret wahrnehmbar. Dr. med. [REDACTED] erläuterte Frau [REDACTED] den zuletzt erstellten MRT-Befund und wollte zunächst den weiteren Spontanverlauf abwarten.

In einer laborchemischen Untersuchung vom 21.01.2022 wurde ein Folsäuremangel festgestellt. Ein Vitamin B12-Mangel konnte nicht sicher ausgeschlossen werden. Hinweise auf eine monoklonale Gammopathie fanden sich nicht.

Am 07.03.2022 stellte sich Frau [REDACTED] in der allgemeinen psychosomatischen Videosprechstunde des Universitätsklinikums [REDACTED] vor. Sie beschrieb den Verlauf ihrer Symptomatik als „wellenförmig“. Die Beschwerden waren insgesamt rückläufig. Die verantwortlichen Ärzte fanden keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine psychosomatische Erkrankung.

Im Rahmen einer erneuten Untersuchung durch Dr. med. [REDACTED] am 14.03.2022 zeigte sich der Einbeinstand beidseits wackelig, links mehr als rechts. Außerdem zitterte die Muskulatur der Oberschenkel/Beine. Die Beschwerden waren weitgehend unverändert. Eine neurologische Vorstellung wurde angeraten.

Am 04.04.2022 stellte sich Frau [REDACTED] in der Notaufnahme des Universitätsklinikums [REDACTED] vor. Sie beschrieb stärkste Schmerzen in den Beinen, links mehr als rechts. Die Beschwerden waren in Füßen und Unterschenkeln stärker als in den Oberschenkeln, besserten sich bei Bewegung, waren jedoch auch dann nicht gänzlich weg. Anamnestisch berichtete sie von einer postentzündlichen Läsion im Rückenmark. In der klinische Untersuchung fand sich kein Anhalt für eine Akutpathologie in Form von Paresen oder zentralen Sensibilitätsstörungen. Die Schmerzen wurden am ehesten als neuropathisch eingeordnet. Auch ein Restless-Legs-Syndrom wurde differentialdiagnostisch als möglich erachtet. Schließlich wurde symptomatisch mit Schmerzmitteln therapiert.

In einer laborchemischen Untersuchung vom 13.05.2022 fand sich eine Vitamin-D-Mangel.

Am 17.05.2022 stellte sich Frau [REDACTED] bei dem Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie Dr. med. [REDACTED] zur Durchführung eines Langzeit-EKGs vor. Sie berichtete von mehrmals täglich auftretendem Schwindel und Sehstörungen sowie von rezidivierendem Herzrasen. Zusammenfassend lag ein durchgehender Sinusrhythmus ohne Tachykardien oder höhergradige Herzrhythmusstörungen vor. Einmal zeigte sich ein SA-Block ohne signifikante Pause.

Am 19.05.2022 stellte sich Frau [REDACTED] bei der Fachärztin für Augenheilkunde Dr. med. [REDACTED] vor. Sie klagte über Kopfschmerzen und trockene, brennende Augen sowie Druckgefühl. Außerdem berichtete sie über eine Eiterstelle am Lid vor ein paar Tagen. Im Vorfeld war der Verdacht auf eine Neuritis nervi optici links geäußert worden. In der klinischen Untersuchung fand sich hierfür kein Hinweis. Zu einer Gesichtsfelduntersuchung fühlte sich Frau [REDACTED] nicht in der Lage. Die Beschwerden waren laut Dr. med. [REDACTED] auf trockene Augen zurückzuführen.

Am 15.06.2022 wurde bei unklaren thorakalen Beschwerden ein Röntgen-Thorax veranlasst. Der Befund war alters- und habitusentsprechend unauffällig.

Frau [REDACTED] stellte sich am 26.06.2022 erneut in der Notaufnahme des Universitätsklinikums [REDACTED] vor. Sie war nach einer Präsynkope mit dem Rettungsdienst dorthin verbracht worden. Frau [REDACTED] war im Verlauf des Nachmittags im Stuhl zusammengesackt. Das Bewusstsein hatte sie nicht verloren. Ähnliche Sensationen waren bereits vorgekommen, jedoch niemals so ausgeprägt. Frau [REDACTED] war kreislaufstabil. Sie beschrieb ein thorakales Druckgefühl, welches in der Vergangenheit schon häufiger aufgetreten war. Alle durchgeführten Untersuchungen waren unauffällig. Unter Flüssigkeitssubstitution/Schmerztherapie kam es zur deutlichen Besserung der Symptomatik.

Am 08.07.2022 stellte sich Frau [REDACTED] erneut in der psychosomatischen Sprechstunde des Universitätsklinikums [REDACTED] vor. Seit zwei bis drei Monaten entwickelte sie zunehmend depressive Symptomatik und Angst. Die körperlichen Beschwerden waren unverändert. Im Zusammenhang mit der Angst kam es immer wieder zu Herzrasen, Druck auf der Brust, vermehrtem Schwitzen, Magen-Darmbeschwerden und Zittern am Körper. Einmalig war auch eine Panikattacke aufgetreten. Ihre Stimmung war insgesamt gedrückt. Frau [REDACTED] berichtete von Interessenverlust und zunehmendem sozialem Rückzug. Sie fühlte sich oft angespannt und grübelte viel. Der Schlaf war sehr unruhig und ihr Appetit reduziert. Ihr waren bereits mehrere Medikamente verordnet worden, welche sie jedoch aus Angst vor möglichen Nebenwirkungen nach kurzer Zeit abgesetzt hatte. Aufgrund der Symptomatik war ihr zuletzt Amitriptylin rezeptiert worden, jedoch hatte sich Frau [REDACTED] zur Einnahme des Medikaments nicht überwinden können. Mitunter hatte sie Angst, die Medikation könne das Herzrasen verschlimmern. Schließlich wurde eine zweiwöchige stationäre Psychodiagnostik geplant.

In einer serologischen Untersuchung vom 26.07.2022 waren die anti-HBs Antikörper auffällig (Bericht vom 20.09.2022). Am 10.08.2022 konnte sowohl eine zurückliegende EBV- als auch HSV-Infektion nachgewiesen werden.

Am 12.08.2022 stellte sich Frau [REDACTED] bei linksseitigen Beinschmerzen in der phlebologischen Ambulanz des Universitätsklinikums [REDACTED] vor. Darüber hinaus hatte sie in letzter Zeit eine netzartige Hautveränderung im Brustbereich nach regelmäßigem Auflegen einer Wärmflasche bei Brustschmerzen festgestellt. Duplexsonografisch konnte linksseitig eine tiefe Beinvenenthrombose ausgeschlossen werden (die zweite Seite des Befundberichts fehlt).

Am 18.08.2022 stellte sich Frau [REDACTED] in der Praxis [REDACTED] vor. Die Erstvorstellung war bereits im Juli 2022 erfolgt (Befund fehlt). Dieses Mal standen vor allem Schmerzen im Brustkorb und im linken Bein, teilweise auch in beiden Beinen, in den MCP-Gelenken, der Wirbelsäule, sowie eine deutliche Beschwerdezunahme unter Belastung im Vordergrund. Anamnestisch war eine Covid-19-Infektion nicht erinnerlich, die Nukleocapsid-Antigentests waren grenzwertig bzw. negativ. Die Untersuchung ergab keinen sicheren Hinweis auf eine rheumatisch-entzündliche Erkrankung. Der Ausschluss eines Post-Vac-Syndroms wurde empfohlen.

Am 23.08.2022 stellte sich Frau [REDACTED] in der Hautklinik der Universität [REDACTED] vor. Sie beschrieb Verfärbungen des Dekolletés, die nach mehrmaliger Verwendung einer Wärmflasche aufgetreten waren. Sie war von ihrem Hausarzt geschickt worden, um eine Hautprobe zum Ausschluss einer Small-Fiber-Neuropathie entnehmen zu lassen. Laut des behandelnden Hautarztes handelte es sich am ehesten um eine durch die Anwendung der Wärmflasche induzierte Hyperpigmentierung. Eine Salbentherapie wurde empfohlen. Eine Biopsie wurde nicht durchgeführt, da hierzu die neurologischen Kollegen die Indikation stellen müssten.

Frau [REDACTED] stellte sich am 06.10.2022 bei dem Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. med. [REDACTED] vor (Bericht vom 15.10.2022). Dort berichtete sie von retrosternalem Brennen und Mundgeruch. In der Ösophago-Gastroskopie zeigte sich eine Refluxösophagitis, welche medikamentös behandelt wurde.

Am 08.12.2022 stellte sich Frau [REDACTED] erneut bei Dr. med. [REDACTED] vor. Weiterhin litt sie unter brennenden Dysästhesien mit Hitzegefühl linksbetont im Bereich der Beine. Sie hatte das Gefühl, dass nachts die Beine zappelten. In Bewegung war die Symptomatik geringer ausgeprägt. Frau [REDACTED] war der Ansicht, dass am wahrscheinlichsten eine Small-Fiber-Neuropathie vorläge. Aufgrund eines starken Pulsanstiegs konnte sie sich nicht mehr körperlich belasten. Derzeit konnte sie lediglich 15-20 Minuten lang spazieren gehen. Außerdem war ihr eine veränderte Hautmarmorierung aufgefallen, teilweise mit weiß-roten vertikalen Striemen und diversen Exanthenen am Rücken. Des Weiteren berichtete sie von einem retroaurikulären Abszess links. Das ausgeprägte Zittern in den Beinen war nicht mehr aufgetreten. Morgens waren die Beine jedoch linksbetont taub. Auch war ihr häufig schwindelig und sie litt unter ausgeprägter Fatigue-Symptomatik. Aufgrund des morgendlichen Drucks auf der Brust war ein weiteres Langzeit-EKG und eine Langzeit-Blutdruckmessung vorgesehen. In der elektrophysiologischen Untersuchung zeigte sich im Vergleich zur Voruntersuchung ein stabiler, tendenziell etwas verbesserter Befund. Dr. med. [REDACTED] empfahl aufgrund der brennenden Dysästhesien die weitere neurologische Abklärung zum Ausschluss einer Small-Fiber-Neuropathie.

Die Langzeit-Blutdruckmessung wurde am 04.02.2023 von Dr. med. [REDACTED] veranlasst. Es fand sich eine ausgeprägte Neigung zur Hypotension. Das ambulante Schlafmonitoring war grenzwertig, ein therapiebedürftiges Schlafapnoe-Syndrom lag jedoch nicht vor.

Am 08.03.2023 stellte sich Frau [REDACTED] in der Long-Covid-Sprechstunde des Universitätsklinikums [REDACTED] vor. Sie berichtete zu diesem Zeitpunkt von Herzrasen, schneller Erschöpfbarkeit, intermittierendem linksthorakalen Stechen, brennenden Schmerzen in den Beinen, teils mit Schwellung, Nadelstichen am gesamten Körper sowie von enormer Lichtempfindlichkeit. Der IgM-Antikörpertiter gegen EBV war grenzwertig erhöht bei positivem Nachweis von IgG-Antikörpern, sodass eine EBV-Reaktivierung angenommen wurde. Die übrigen Untersuchungen waren unauffällig. Die behandelnden Ärzte gingen von einem Post-Covid-Syndrom bei gegebenenfalls gleichzeitiger EBV-Reaktivierung aus. Außerdem

bestand der Verdacht auf eine myalgische Enzephalomyelitis/ein chronisches Fatigue-Syndrom.

Am 17.04.2023 war Frau [REDACTED] zur weiteren Abklärung in der neurologischen Tagesklinik in [REDACTED]. Eine Biopsie der Haut bestätigte letztlich eine Small-Fiber-Neuropathie. Des Weiteren konnten Antikörper gegen Serotonin nachgewiesen werden. Die Medikation wurde umgestellt und eine kombinierte neurologisch/psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahme empfohlen.

Am 02.06.2023 erfolgte eine laborchemische Untersuchung im MVZ Berlin. Es fanden sich ein vermindertes IFN- γ -Spiegel sowie ein erhöhter IL-4-Spiegel. Diese Befundkonstellation ist laut Bericht typisch für eine atopische Immundeprivation. Des Weiteren waren IL-1 β und IL-6 erhöht, was auf eine systemische Entzündungsreaktion hinweisen kann.

Es liegt ein ärztliches Attest des Facharztes für Innere Medizin [REDACTED] vom 09.08.2023 vor. Demnach sollte aufgrund einer ausgeprägten post-exertional Malaise (PEM) eine Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung erfolgen, welche auf myalgische Enzephalomyelitis/chronisches Fatigue-Syndrom spezialisiert ist.

Vom 02.08. bis zum 04.08.2023 befand sich Frau [REDACTED] in stationärer Behandlung in der Asklepios Klinik. Eine Kortison-Stoßtherapie sowie eine medikamentöse Behandlung wurden geplant. Im Befundbericht wird ein möglicher Zusammenhang der Impfung mit der Bildung von Autoantikörpern sowie eine Behandlung mittels Immunadsorption diskutiert. Eine weitere Impfung gegen Covid-19 hielten die behandelnden Ärzte für kontraindiziert.

Für den Fall, dass bei Frau [REDACTED] das **impfbedingte Auftreten** einer **Fatigue**, von **Muskelzittern, Tremor, Spastik der Beine und des linken Armes, Kopfschmerzen, Augenschmerzen, Rückenschmerzen, Herzrhythmusstörungen, Hautausschlägen** angenommen wird, müssten bestimmte Bedingungen erfüllt sein, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgegeben wurden. Dazu zählen:

1. der zeitliche Zusammenhang
2. das Fehlen anderer Auslöser
3. die für den jeweiligen Impfstoff typischen Symptome
4. die für den jeweiligen Impfstoff pathophysiologisch erklärbaren Symptome

zu 1.) Impfschäden treten typischerweise im Zeitraum der maximal zu erwartenden Immunreaktion nach der Impfung auf. Dieser beträgt in der Regel wenige Wochen. Anamnestisch waren erste Beschwerden bereits unmittelbar nach der Impfung aufgetreten. In den vorliegenden Befundberichten sind die Sensibilitätsstörungen und Schmerzen im Bein sowie die Sehstörung erstmals 04/2021, circa 5-9 Wochen nach der ersten Impfung, fachärztlich dokumentiert. Der zeitliche Zusammenhang scheint daher gegeben. Hautveränderungen wurden erstmals 08/2022, über sieben Monate nach der Booster-Impfung, beschrieben. Hier scheint der zeitliche Zusammenhang nicht gegeben.

Herzrhythmusstörungen wurden nicht diagnostiziert.

zu 2.) Im Februar 2020 wurde bei Frau [REDACTED] eine Neurasthenie diagnostiziert. Dies bezeichnet eine vermehrte geistige Ermüdbarkeit bzw. Erschöpfung nach geringer körperlicher Anstrengung. Diese könnte einen Teil der geltend gemachten Beschwerden erklären.

Im Jahr 2018 wurde bei Frau [REDACTED] eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) diagnostiziert. Dabei handelt es sich um eine psychische Erkrankung, welche durch ein Trauma ausgelöst wird. Die Klinik umfasst Symptome des Wiedererlebens sowie Vermeidungsverhalten. Des Weiteren können vegetative Reaktionen auftreten, unter anderem Schlafstörungen, Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen. Auch die PTSD könnte einen Teil der geltend gemachten Beschwerden erklären.

Außerdem war bei Frau [REDACTED] eine EBV-Reaktivierung diagnostiziert worden. Ausgelöst wird diese infolge eines geschwächten Immunsystems, beispielsweise durch Stress, Mangelerscheinungen, Medikamente, Infektionen oder aber auch Impfungen. Typische Symptome sind unter anderem Müdigkeit, Kopfschmerzen, Fieber oder Schlafstörungen. EBV wurde auch mit anderen Erkrankungen assoziiert, darunter myalgische Enzephalomyelitis/chronisches Fatigue-Syndrom, MS, Encephalitis, Alzheimer, rheumatoide Arthritis. Damit könnten die beschriebenen Symptome auch durch die EBV-Reaktivierung bedingt sein. Eine bereits im Jahr 2014 aufgetretene, ähnliche Symptomkonstellation stützt diesen Verdacht. Eine asymptomatische Infektion mit SARS-CoV-2 kann ebenfalls eine EBV-Reaktivierung auslösen. Eine Untersuchung auf das Nukleocapsid-Protein war einmalig grenzwertig, weshalb eine Infektion nicht sicher ausgeschlossen werden kann.

Die Augenschmerzen sind am ehesten auf Trockenheit der Augenschleimhäute zurückzuführen. Dies kann vielfältige Ursachen haben. Häufig ist die Produktion der Tränenflüssigkeit vermindert oder diese verbleibt nicht lange genug auf dem Auge. Auch Umweltbelastungen, trockene Heizungsluft und Klimaanlage können diese Beschwerden mitverursachen.

Die Sensibilitätsstörungen werden durch eine Small-Fiber-Neuropathie verursacht. Diese tritt begleitend bei verschiedenen Erkrankungen auf. Dazu gehören Diabetes mellitus, verschiedene Autoimmun- und Bindegewebserkrankungen sowie virale Infektionen, aber auch Vitamin B12-Mangel. Letzterer wurde bei Frau [REDACTED] nachgewiesen, was die Genese der Small-Fiber-Neuropathie erklären könnte.

zu 3.) Muskelschmerzen und Müdigkeit sowie Kopfschmerzen treten häufig vorübergehend innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung auf. Das Paul-Ehrlich-Institut erhält zurzeit einige Meldungen über Long-Covid ähnliche Beschwerden nach der Impfung. Dazu zählen unter anderem anhaltende Müdigkeit und Kopfschmerzen. Weitere Untersuchungen zeigten, dass etwa 50% aller weltweit registrierten Verdachtsfälle mit diesen Gesundheitsstörungen aus Deutschland berichtet wurden. Demgegenüber wurden in Deutschland keineswegs 50% aller Impfdosen verabreicht. Gemessen an den bislang verimpften Dosen und der Anzahl der gemeldeten Verdachtsfälle ergibt sich eine Melderate von 0,76 pro 100.000 Impfungen. Derzeit kann kein Risikosignal detektiert werden. Auch in der aktuellen Literatur ergeben sich hierzu keine weiteren Erkenntnisse.

In der wissenschaftlichen Literatur wird von einigen Fällen berichtet, bei denen es nach Impfung mit einem Covid-19-Impfstoff zur EBV-Reaktivierung kam (Navarro-Bielsa A, Gracia-Cazaña T, Aldea-Manrique B, Abadías-Granado I, Ballano A, Bernad I, Gilaberte Y.

COVID-19 infection and vaccines: potential triggers of Herpesviridae reactivation. *An Bras Dermatol.* 2023 May-Jun;98(3):347-354. doi: 10.1016/j.abd.2022.09.004. Epub 2023 Feb 10. PMID: 36803914; PMCID: PMC9915050.). Diese Studie bezieht sich unter anderem auf 12 Fälle nach Impfung mit Vaxzevria® bzw. 38 Fälle nach Impfung mit Comirnaty®. Eine aktuellere Studie kommt zu dem Schluss, dass noch weitere Untersuchungen notwendig sind, um einen Zusammenhang zwischen einer Covid-19-Impfung und einer EBV-Reaktivierung belegen zu können (Shafiee A, Amini MJ, Arabzadeh Bahri R, Jafarabady K, Salehi SA, Hajishah H, Mozhgani SH. Herpesviruses reactivation following COVID-19 vaccination: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res.* 2023 Aug 10;28(1):278. doi: 10.1186/s40001-023-01238-9. PMID: 37559096; PMCID: PMC10413536.).

Auch in Bezug auf die Small-Fiber-Neuropathie finden sich in der aktuellen Literatur nur wenige Fallberichte von Patienten, die diese nach Impfung mit Vaxzevria® entwickelten (Abbott MG, Allawi Z, Hofer M, Ansoerge O, Brady S, Fadic R, Torres G, Knight R, Calvo M, Bennett DLH, Themistocleous AC. Acute small fiber neuropathy after Oxford-AstraZeneca ChAdOx1-S vaccination: A report of three cases and review of the literature. *J Peripher Nerv Syst.* 2022 Dec;27(4):325-329. doi: 10.1111/jns.12509. Epub 2022 Aug 29. PMID: 35962630; PMCID: PMC9538519.). Auf Grundlage der beschriebenen drei Fälle kann allerdings nicht auf einen kausalen Zusammenhang geschlossen werden, insbesondere weil die Krankheitsverläufe und der Beginn der Symptome sehr unterschiedlich waren. Ein ähnliches Krankheitsbild, wie es von Frau [REDACTED] beschrieben wird, findet sich nicht.

Insgesamt sind somit die vom IfSG geforderten Kausalitätsvoraussetzungen zwischen der Impfung und dem geltend gemachten „Impfschaden“ **nicht erfüllt.**

[REDACTED]

Prof. Dr. med. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]