

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/373 –

Etwaige Vorbereitungen der Bundesregierung zu einer Ausweitung der Impfpflicht vor dem Hintergrund der drohenden Ausbreitung der Omikron- Variante

Vorbemerkung der Fragesteller

Angesichts der Berichte über die drohende Ausbreitung der neuen SARS-CoV-2-Virusvariante „Omikron“ tritt die Corona-Pandemie nun in eine neuerlich dramatische Ausbreitungsphase ein. Schon jetzt verursacht diese neue Virusvariante in großen Teilen Europas Höchststände der Infektionsraten. Wissenschaftler gehen von einer Verdopplung der Fallzahlen alle zwei bis drei Tage und dadurch von der Gefahr einer explosionsartigen Verbreitung aus. Gleichzeitig belegen erste wissenschaftliche Erkenntnisse, dass offenbar auch der Impfschutz stärker als bislang gehnt unterlaufen werden könnte (vgl. „Die Omikron-Welle wird sehr viele Menschen treffen“ – Helmholtz Home). Hinzu kommt, dass in Deutschland die Impfquote nach wie vor auf einem deutlich niedrigeren Niveau als in anderen europäischen Ländern liegt. Am 10. Dezember 2021 hat der Deutsche Bundestag eine einrichtungsbezogene Impfpflicht beschlossen. Zudem wird seit mehreren Wochen über die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht diskutiert. Während sich der seinerzeit designierte Bundeskanzler Olaf Scholz Ende November 2021 in der Presse (Scholz fordert bei BILD Live – Impfpflicht für alle ab März! – Politik Inland – Bild.de) für die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ausgesprochen hat, sind andere Mitglieder der Bundesregierung wie etwa der Bundesminister für Digitales und Verkehr Dr. Volker Wissing noch unentschieden (FDP-Landeschef Wissing will sich bei Impfpflicht noch nicht festlegen – SWR Aktuell). Presseberichten zufolge strebt die Bundesregierung in dieser Frage keine einheitliche Positionierung, sondern eine Abstimmung in Gruppenanträgen an.

In dieser drohenden Notsituation bedarf es allerdings aus Sicht der fragestellenden Fraktion nun endlich eines entschlossenen Handelns der neuen Bundesregierung, um den Ländern die Voraussetzung für eine wirksame Pandemiebekämpfung an die Hand zu geben und gleichzeitig selbst alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um Leib und Leben der Bundesbürger so gut wie irgend möglich zu schützen.

1. Plant die Bundesregierung die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht?
 - a) Wenn ja, wie weit sind die Planungen fortgeschritten, und wie sehen diese aus?
 - b) Wenn ja, wann soll diese eingeführt werden, und wie ist der genaue Zeitplan?
 - c) Wenn ja, welches primäre Ziel soll mit ihr verfolgt werden?
 - d) Wenn ja, welche Pflichtimpfungen in welchen Intervallen soll eine solche Pflicht umfassen?
 - e) Wenn ja, welche Sanktionen sollen bei einem Verstoß gelten?
 - f) Wenn nein, was spricht gegen die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht?
 - g) Wenn nein, wie soll eine Überlastung des Gesundheitssystems vermieden werden?
 - h) Wie bewertet die Bundesregierung die Auswirkung einer möglichen allgemeinen Impfpflicht auf gesellschaftspolitische Spannungen im Land?
 - i) Wie begründet die Bundesregierung, dass sie nicht beabsichtigt, in dieser gesellschaftlich wichtigen Frage eine Einigung innerhalb der Bundesregierung herbeizuführen?
 - j) Liegen aus Sicht der Bundesregierung bei der Frage nach einer allgemeinen Impfpflicht die Voraussetzungen des § 15 der Geschäftsordnung der Bundesregierung vor, demzufolge die Bundesregierung über Angelegenheiten von allgemeiner innen- oder außenpolitischer, wirtschaftlicher, sozialer, finanzieller oder kultureller Bedeutung befindet?
 - k) Worin genau sieht die Bundesregierung ein Element der Gewissensentscheidung bei einer allgemeinen Impfpflicht begründet?
 - l) Worin liegt aus Sicht der Bundesregierung hinsichtlich des Gewissenselements der Unterschied zur Impfpflicht gegen Masern, die im Gesetzgebungsverfahren aufgrund eines Gesetzentwurfs der Bundesregierung eingeführt wurde?
 - m) Wie beabsichtigt die Bundesregierung, im Fall eines Vorgehens nach Gruppenanträgen, die Länder und Verbände mit ihrer Fachexpertise einzubinden?

Die Fragen 1 bis 1m werden gemeinsam beantwortet.

Nach Kenntnis der Bundesregierung plant der Deutsche Bundestag als Gesetzgeber über eine Impfpflicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 anhand von Gruppenanträgen aus der Mitte des Parlaments zu beraten und zu entscheiden. Die Bundesregierung wird hierzu auf entsprechende Bitten hin Hilfestellung leisten.

Daneben setzt die Bundesregierung in Zusammenarbeit mit den Ländern ihre Anstrengungen fort, eine Überlastung des Gesundheitssystems – aber auch insgesamt Beeinträchtigungen im Bereich der kritischen Infrastrukturen – in Deutschland möglichst zu vermeiden. Hierzu zählen neben dem Voranschreiten der Booster-Impfkampagne die Fortschreibung von Pandemieplänen sowie die kontinuierliche Anpassung von Infektionsschutzmaßnahmen.

2. Welche Möglichkeiten der Kontrolle und des Vollzuges einer Impfpflicht sieht die Bundesregierung, und wie beabsichtigt die Bundesregierung diese konkret umzusetzen?

Welche Sanktionen beabsichtigt die Bundesregierung für den Fall von Verstößen?

Es wird auf die Antwort auf Frage 1 verwiesen.

3. Welche Haltung hat die Bundesregierung zur Einführung einer altersgruppenbezogenen Impfpflicht?

Wird eine solche Abstufung nach vulnerablen Gruppen in Betracht gezogen?

Wenn ja, ab welchen Altersschwellenwerten?

Wenn nein, warum nicht?

Es wird auf die Antwort auf Frage 1 verwiesen.

4. Plant die Bundesregierung die Ausweitung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht auf Bildungseinrichtungen wie Schulen, Universitäten etc. oder eine berufsbezogene Impfpflicht – beispielsweise, aber nicht abschließend, auf Erzieher in Kindergärten und Kindertagesstätten, auf Lehrer oder auf Polizeibeamte?

a) Wenn ja, wie weit sind diese Planungen fortgeschritten, und wie sehen diese aus?

b) Wenn ja, wann soll diese eingeführt werden, und wie ist der genaue Zeitplan?

c) Wenn ja, welche Einrichtungen (Schultypen, Universitäten, Kindertagesstätten etc.) oder Berufe sollen in eine erweiterte Impfpflicht einbezogen werden?

d) Wird erwogen, auch eine Impfpflicht für Lernende einzuführen?

Wenn ja, ab welchem Alter, für welche Einrichtungen und mit welchen Übergangsfristen soll sie greifen?

e) Wenn nein, was spricht gegen die Ausweitung einer Impfpflicht auf die genannten Einrichtungen oder Berufsgruppen?

Die Fragen 4 bis 4e werden gemeinsam beantwortet.

Die zum 15. März 2022 eingeführte Impfpflicht in Einrichtungen dient dem vorrangigen Schutz vulnerablen Gruppen. Im Übrigen wird auf die Antwort auf Frage 1 verwiesen.

5. Plant die Bundesregierung angesichts der erheblichen Bedrohung durch die Omikron-Variante, die erst zum 15. März 2022 einsetzende Impfpflicht von Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeheimen zum Schutz von Bewohnern und Patienten früher einsetzen zu lassen?

Wenn ja, zu wann soll diese Pflicht greifen?

Eine Vorverlegung der mit dem Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geregelten einrichtungsbezogenen Impfnachweispflicht auf einen Termin vor Ablauf des

15. März 2022 ist von Seiten der Bundesregierung nicht geplant. Ein solches Vorhaben bedürfte zudem einer gesetzlichen Änderung.

6. Welche Schlussfolgerungen für das eigene politische Handeln zieht die Bundesregierung aus der am 22. Dezember 2021 veröffentlichten Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates zu einer Ausweitung der Impfpflicht?
 - a) Inwieweit wird diese Empfehlung von der Bundesregierung in ihre weiteren gesetzgeberischen Planungen mit einbezogen werden?
 - b) Wie genau sollen die unterschiedlichen Auffassungen der Ratsmitglieder über die genaue Ausgestaltung der erweiterten Impfpflicht berücksichtigt werden?

Die Fragen 6 bis 6b werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung begrüßt, dass der Deutsche Ethikrat der Bitte der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 2. Dezember 2021 nachgekommen ist, bis zum Jahresende 2021 eine Empfehlung zu erarbeiten. Die Empfehlung steht seit dem 22. Dezember 2021 der Öffentlichkeit zur Verfügung.

7. Hält die Bundesregierung die Voraussetzungen für den Beschluss einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gemäß § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes für gegeben?
 - a) Wenn ja, warum hat sich der seinerzeit designierte Bundeskanzler Olaf Scholz in der Plenardebatte des Deutschen Bundestages über das Auslaufen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gegen eine Verlängerung über den 25. November 2021 hinaus ausgesprochen (Bundestag debattiert Corona-Kurs der Ampel – Scholz will mehr 2G – Politik – sueddeutsche.de)?
 - b) Wenn nein, welche Ausbreitung von SARS-CoV-2 bzw. welche Situation ist aus Sicht der Bundesregierung erforderlich, damit diese das Vorliegen einer epidemischen Lage wieder für gegeben hält?

Die Fragen 7 bis 7b werden gemeinsam beantwortet.

Über die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite und das Vorliegen der Voraussetzungen entscheidet der Deutsche Bundestag.

8. Welche statistischen Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zur Gefährdungslage der Bevölkerung unter der aktuell drohenden Omikron-Variante vor?

Welche Altersstruktur und welchen Impfstatus haben die aktuell intensivmedizinisch zu behandelnden Patienten?

Falls hierzu keine Erkenntnisse vorliegen, wie beabsichtigt die Bundesregierung, angesichts der immensen pandemischen Herausforderung der Omikron-Variante hier für Aufklärung zu sorgen?

In seinem öffentlich zugänglichen Wochenbericht zur Covid19-Pandemie vom 20. Januar 2022 schreibt das Robert Koch-Institut (RKI):

„In der Kalenderwoche (KW) 01/2022 überwog in Deutschland erstmals der Anteil der gemäß IfSG gemeldeten Infektionen, welche durch die besorgniserregende Variante (Variant of Concern, VOC) Omikron (B.1.1.529) verursacht wurden. Der Anteil betrug in KW 02/2022 bereits 89 Prozent der übermittelten

COVID-19-Fälle. Bundesweit gibt es hier jedoch noch große Unterschiede, der Anteil von Omikron liegt zwischen 16 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern und 96 Prozent in Bremen. Bis zum 17. Januar 2022 wurden in Deutschland 20.936 (Vorwoche: 9.848) durch Genomsequenzierung bestätigte Omikronfälle übermittelt sowie 186.099 (Vorwoche: 91.311) Verdachtsfälle mit variantenspezifischem PCR-Befund. In den nächsten Wochen wird mit einer starken Zunahme von Infektionen mit der Omikron-Variante, die auch bei Geimpften und Genesenen leichter übertragbar ist, gerechnet. Erste Studien deuten auf einen geringeren Anteil an Hospitalisierten im Vergleich zu Infektionen mit der Delta-Variante bei Infizierten mit vollständiger Impfung bzw. Auffrischimpfung hin. Für eine abschließende Bewertung der Schwere der Erkrankungen durch die Omikronvariante ist die Datenlage aber weiterhin nicht ausreichend.“

Im selben Bericht geht das RKI auch auf die Hospitalisierungen ein, dazu heißt es u. a. auf Seite 10 ff.:

„Nach wie vor werden in den Altersgruppen der > 60-Jährigen die meisten Hospitalisierungen verzeichnet. Der Altersmedian der hospitalisierten Fälle, der über den Sommer 2021 deutlich auf 47 Jahre gesunken war, stieg bis Meldewoche (MW) 50/2021 auf 68 Jahre an. Seitdem zeigt sich ein tendenziell sinkender Altersmedian, der in MW 02/2022 bei 56 Jahren lag. Zu Jahresbeginn 2021, und damit auf dem Gipfel der 2. COVID-19-Welle, lag der Altersmedian der hospitalisierten Fälle bei 77 Jahren. Es ist zu beachten, dass in allen Altersgruppen Fälle auch noch ein bis zwei Wochen nach der Diagnose hospitalisiert werden und mit entsprechenden Nachübermittlungen gerechnet werden muss.“

Darüber hinaus wird auf die ebenfalls aktualisierte und öffentlich zugängliche Risikoeinschätzung des RKI hingewiesen, zu finden unter: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html.

Ferner wird auf die gleichfalls öffentlich zugängliche „Erste Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19“ verwiesen: www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1992410/7d068711b8c1cc02f4664eef56d974e0/2021-12-19-expertenrat-data.pdf.

Die Datenlage zur Verbreitung der Omikron-Variante wird fortlaufend ausgewertet. Derzeit veröffentlicht das RKI eine tägliche Übersicht zu den Omikronfällen, diese sind zu finden unter: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Omikron-Faelle/Omikron-Faelle.html.

9. Welche Gefahren bestehen angesichts der bevorstehenden Dominanz der Omikron-Variante für das nationale Gesundheitswesen, insbesondere hinsichtlich der Ansteckungsgefahr für die dort beschäftigten Mitarbeiter und der Auslastung von Intensivkapazitäten?

Das RKI schätzt die Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als sehr hoch ein. Ursächlich hierfür ist das Auftreten und die rasante Verbreitung der Omikron-Variante, die sich nach derzeitigem Kenntnisstand deutlich schneller und effektiver verbreitet als die bisherigen Virusvarianten. Dadurch kommt es zu einer schlagartigen Erhöhung der Infektionsfälle und es kann auch zu einer schnellen Überlastung des Gesundheitssystems kommen. Die Infektionsgefährdung wird für die Gruppe der ungeimpften Personen als sehr hoch, für die Gruppen der genesenen und geimpften Personen mit Grundimmunisierung (zweimalige Impfung) als hoch und für die Gruppe der geimpften Personen mit Auffrischimpfung (dreimalige Impfung) als moderat eingeschätzt.

Diese Einschätzung kann sich durch neue Erkenntnisse ändern. Ziel der Anstrengungen in Deutschland ist es, die Dynamik der Omikronwelle zu bremsen, um schwere Erkrankungen und Todesfälle zu minimieren und das Gesundheitswesen vor Überlastung zu schützen. Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Vermeidung von Langzeitfolgen, die auch nach milden Krankheitsverläufen auftreten können und deren langfristige Auswirkungen noch nicht absehbar sind.

10. Welche zusätzlichen niedrighschwelligigen Impfangebote plant die Bundesregierung, um den Schutz der Bevölkerung vor der Omikron-Variante zu verbessern, und wie sieht der zeitliche Rahmen für diese Planungen aus?

Die Umsetzung der Impfkampagne liegt in der Verantwortung der Länder. Diese haben im Verlauf der aktuellen Booster-Kampagne bereits eine Vielzahl zusätzlicher und z.T. niedrighschwelliger Impfangebote ins Leben gerufen. Insbesondere Arztpraxen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, Betriebsärzte und der Öffentliche Gesundheitsdienst haben hier in den Ländern in den vergangenen Wochen vielfältige Angebote geschaffen. Die Bundesregierung steht hierzu im regelmäßigen Austausch mit den Ländern. Auch die übergangsweise Anhebung der Vergütung für die Durchführung von Schutzimpfungen für bestimmte impfende Stellen hat hier weitere Impulse gesetzt.

Zudem wurde nach dem durch das „Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie“ eingefügten § 20b IfSG die Möglichkeit geschaffen, dass zusätzlich zu Ärztinnen und Ärzten auch Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker für einen vorübergehenden Zeitraum Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 durchführen können, sofern sie die dafür erforderlichen fachlichen Voraussetzungen erfüllen. Hierzu zählt insbesondere, dass sie nach den Vorgaben der von der Bundesapothekerkammer, der Bundeszahnärztekammer und der Bundestierärztekammer jeweils in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer erarbeiteten Curricula für die Durchführung von Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 SARS-CoV-2 ärztlich geschult wurden und ihnen die erfolgreiche Teilnahme an der Schulung bestätigt wurde.

Zudem werden regelmäßig weitere notwendige Anpassungen der Coronavirus-Impfverordnung geprüft, um die Personen, die nach § 20b IfSG zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 berechtigt sind, auch als Leistungserbringer vorzusehen. Für die öffentlichen Apotheken ist dies mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impfverordnung und der Coronavirus-Testverordnung vom 7. Januar 2022 (BAnz AT 10.01.2022 V1) bereits umgesetzt.

Daneben besteht die Möglichkeit, die Durchführung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 als solche, also das Verabreichen der Spritze (Impfung), auf die Angehörigen der Berufsgruppen zu delegieren, die aufgrund ihrer Ausbildung grundsätzlich über die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie über eine aktuelle Berufserfahrung und Kenntnisse im Umgang mit dem Impfstoff und zu medizinischen Fragen über Wirkung und Nebenwirkung des eingesetzten Impfstoffs verfügen, um sowohl die Impfung selbst durchzuführen wie auch erste Notfallmaßnahmen im Fall anaphylaktischer oder sonstiger Reaktionen einleiten zu können, die auch im üblichen Berufsalltag das Verabreichen von Spritzen übernehmen und ohnehin dafür qualifiziert sind. Hierzu gehören insbesondere die Pflegefachkräfte, die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter und die Medizinischen Fachangestellten. Nach § 20b Absatz 4 IfSG bleibt diese Möglichkeit der ärztlichen Delegation

der Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auf nichtärztliches Gesundheitspersonal unberührt.

11. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass auch Menschen mit Behinderungen, die zum vulnerablen Personenkreis gehören, barrierefreien Zugang zu allen, also auch niedrigschwelligen und mobilen Impfangeboten erhalten?

Die Länder sind für die Organisation und Durchführung der Impfungen verantwortlich. Dies schließt die Planung mobiler Impfangebote und der Impfzentren einschließlich deren Barrierefreiheit mit ein.

Dezentrale Lösungsansätze wie z. B. Impfbusse oder temporäre Impforte können die Niedrigschwelligkeit des Zugangs erhöhen.

Die Bundesregierung hat den Anspruch, ihre Informationen zur Corona-Schutzimpfung barrierefrei zugänglich zu machen. Dazu werden beispielsweise Informations- und Aufklärungsmaterialien regelmäßig in Leichte Sprache übersetzt und auch für den unterstützenden Einsatz in den von den Ländern betriebenen Impfzentren bereitgestellt. Neben einer Vielzahl der Informations- und Werbevideos zur Corona-Schutzimpfung wurde auch die Livestream-Reihe „Zusammen gegen Corona Live“ (Town Hall Meeting) mit Bundesgesundheitsminister a. D. Jens Spahn, in Gebärdensprache übersetzt und veröffentlicht. Darüber hinaus erhalten Bürgerinnen und Bürger über ein eigens eingerichtetes Gebärdentelefon des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Antworten auf ihre Fragen zur Corona-Schutzimpfung.

12. Welche Bevorratung plant die Bundesregierung, um ausreichend Impfstoff für Impfangebote (Erst-, Zweit- und Auffrischungsimpfungen) verfügbar zu halten?

Wann wird aus Sicht der Bundesregierung jedem Impfwilligen die freie Wahl zwischen den Impfstoffen von BioNTech, Moderna und Novavax ermöglicht?

Die Bundesregierung wird von BioNTech/Pfizer im ersten Quartal 2022 mit ca. 42,5 Millionen Impfdosen Comirnaty® sowie ca. 7 Millionen Dosen Comirnaty® für Personen unter 12 Jahren beliefert. Hinzu kommen ca. 63,9 Millionen Boosterdosen Spikevax® (Moderna). Darüber hinaus kommt ein zum Jahresende übertragener Bestand von ca. 22,3 Millionen Boosterdosen Spikevax® und ca. 1,3 Millionen Impfdosen COVID-19-Impfstoff Janssen® (Stand: 30. Dezember 2021). Das ermöglicht über 128 Millionen mRNA Booster-Impfungen für Erwachsene bis zum Ende des ersten Quartals 2022 und eröffnet jedem Impfwilligen den Zugang zu einem mRNA-Impfstoff.

Zusätzlich werden im ersten Quartal 2022 4 Millionen Dosen des Impfstoffs Nuvaxovid® der Firma Novavax zur Verfügung stehen, die voraussichtlich ab der 8. Kalenderwoche an Deutschland geliefert werden. Ab dem 2. Quartal 2022 werden weitere Impfstoffdosen an Deutschland geliefert.

13. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Dauer der Wirksamkeit von Auffrischungsimpfungen gegen das Coronavirus vor, und wie werden diese angesichts der neu aufgetretenen Omikron-Variante bewertet und bei den Planungen für eine allgemeine Impfpflicht berücksichtigt?

Ersten wissenschaftlichen Erkenntnisse zufolge schützt eine Auffrischungsimpfung besser vor Ansteckung und schweren Krankheitsverläufen. In der „Ersten Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19“ heißt es dazu: „Erste Studienergebnisse zeigen, dass der Impfschutz gegen die Omikron-Variante rasch nachlässt und auch immune Personen symptomatisch erkranken. Der Schutz vor schwerer Erkrankung bleibt wahrscheinlich teilweise erhalten. Mehrere Studien zeigen einen deutlich verbesserten Immunschutz nach erfolgreicher Boosterimpfung mit den derzeit verfügbaren mRNA Impfstoffen.“

Die Ständige Impfkommision beim RKI (STIKO) schreibt in ihren „Empfehlungen zur Auffrischungsimpfung“ (S. 9), zuletzt aktualisiert am 21. Dezember 2021: „Ziel der Auffrischungsimpfung ist die Aufrechterhaltung des Individualschutzes sowie die Reduktion der Transmission von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung. Beides trägt zu einer Verhinderung schwerer Erkrankungs- und Todesfälle und somit zu einer Entlastung des Gesundheitssystems in Deutschland während der aktuellen wie auch möglichen nachfolgenden Infektionswellen bei.“

Eine Studie aus dem Vereinigten Königreich untersuchte die Effektivität einer dreimaligen COVID-19-Impfung zur Verhinderung einer symptomatischen SARS-CoV-2-Infektion und einer COVID-19-bedingten Hospitalisierung bei ≥ 65 -Jährigen, zu finden unter: <https://khub.net/documents/135939561/338928724/Effectiveness+of+BNT162b2+COVID-19+booster+vaccine.pdf/330374ad-970c-42bb-8461-7c1ec57c403b>.

Die Ergebnisse müssen aufgrund der geringen Fallzahl vorsichtig interpretiert werden.

Die Effektivität gegen eine symptomatische Erkrankung reduzierte sich bei Personen, die eine Grundimmunisierung und eine Auffrischungsimpfung mit Comirnaty bekommen hatten, von 65 Prozent im Zeitraum von 2 bis 4 Wochen nach der Auffrischungsimpfung auf 49 Prozent 5 bis 9 Wochen nach Auffrischungsimpfung auf 31 Prozent nach 10 und mehr Wochen. Bei Personen, die eine Grundimmunisierung mit Comirnaty und eine Auffrischungsimpfung mit Moderna bekommen hatten, ging die Effektivität von 70 Prozent 2 bis 4 Wochen nach Auffrischungsimpfung auf 57 Prozent 5 bis 9 Wochen nach Auffrischungsimpfung zurück.

Die Wirksamkeit gegen eine COVID-19 bedingte Hospitalisierung betrug 2 bis 9 Wochen nach Erhalt der Auffrischungsimpfung 95 Prozent (95 Prozent Konfidenzintervall (KI): 89-97 Prozent) und ging auf 89 Prozent (95 Prozent KI: 80 bis 95 Prozent) nach 10 und mehr Wochen zurück.

14. Hält die Bundesregierung die Einrichtung eines Registers zur Erfassung des Impfstatus für erforderlich?
- Teilt die Bundesregierung die in der Presse geäußerte Ablehnung des Bundesministers der Justiz Dr. Marco Buschmann hinsichtlich eines Impfregisters (Corona-Impfpflicht: Justizminister Buschmann gegen Impfregister – Datenschutz geht vor – rnd.de)?
 - Falls ein Impfregister nicht beabsichtigt ist, wie beabsichtigt die Bundesregierung, die gezielte Ansprache der noch ungeimpften Bürger sowie den Vollzug einer (allgemeinen) Impfpflicht durchzusetzen?

- c) Ist es aus Sicht der Bundesregierung möglich, ohne ein solches Register mit wirksamer Kontrolle eine allgemeine Impfpflicht einzuführen?
- d) Welcher Zeitplan ist für die Vorbereitung der Impfpflicht geplant?

Die Fragen 14 bis 14d werden gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antwort auf Frage 1 verwiesen.

- 15. Ist die Bundesregierung bereit, zur Erhebung von Impfstatusdaten auf schon vorhandene Daten wie etwa die Einwohnermeldedaten zurückzugreifen?

Welche datenschutzkonformen Möglichkeiten sieht die Bundesregierung zum Abgleich dieser Daten, plant die Bundesregierung, Anpassungen im Datenschutz hierzu vorzunehmen, und wenn ja, welche?

Es wird auf die Antwort auf Frage 1 verwiesen.

- 16. Wie beurteilt die Bundesregierung bei einer Dominanz der Omikron-Variante und entsprechend erhöhtem Krankenstand die Gefahren für die Funktionsfähigkeit von kritischen Infrastrukturen (Gesundheits-, Nahrungsmittel-, Strom- und Wasserversorgung), und hat die aktuelle Kampagne der Auffrischungsimpfungen Einfluss auf die Gefahrenprognose, bzw. welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um die Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten?

Die Betreiber kritischer Infrastrukturen sind grundsätzlich im Rahmen ihres betrieblichen Risiko- und Krisenmanagements auf Ereignisse wie Extremwetter, Pandemien oder IT-Ausfälle vorbereitet. Zu den verschiedenen Szenarien haben sie Notfallpläne mit erforderlichen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung ihrer Betriebsfähigkeit erarbeitet. Bereits seit Beginn der COVID-19-Pandemie setzen die Betreiber kritischer Infrastrukturen verstärkt Maßnahmen der betrieblichen Pandemieplanung um. Vor dem Hintergrund der Stellungnahmen des Expertengremiums der Bundesregierung haben Bund und Länder veranlasst, dass die Anpassung der Pandemieplanungen im Bereich der kritischen Infrastruktur nochmals überprüft und angepasst werden.

Die höhere Übertragbarkeit der Omikron-Variante könnte sich auf die Verfügbarkeit von Personal auswirken, weil Mitarbeitende erkranken, sich in Quarantäne befinden oder sie die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen gewährleisten müssen.

Die Booster-Impfungen sowie Erst- und Zweitimpfungen sind laut Beschluss der Videoschaltkonferenz des Bundeskanzlers mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 7. Januar 2022 zentraler Baustein dafür, dass die Bevölkerung in Deutschland in der fünften Welle der Pandemie geschützt bleibt.

Da die Auffrischimpfung nach allen vorliegenden Studien die Ansteckungsgefahr mit der Omikron-Variante deutlich reduziert, ist anzunehmen, dass die aktuelle Kampagne zur Vornahme von Auffrischungsimpfungen auch einen positiven Effekt auf die Gewährleistung der Funktionsfähigkeit kritischer Infrastrukturen haben kann. Eine solche Bewertung unterliegt jedoch einer dezidierten Einzelfallbetrachtung und ist abhängig von einer Vielzahl anderer Faktoren, wie dem bereits vor der Kampagne bestehenden Impfstatus der Belegschaft einer kritischen Infrastruktur und den in den Notfallplänen und Hygienekonzepten der Betreiber vorgesehenen weiteren Schutzmaßnahmen.

Alle für den Schutz kritischer Infrastrukturen zuständigen Stellen in Bund, Ländern, Kommunen und Wirtschaft haben ihren bewährten Austausch noch einmal intensiviert und gewährleisten so, dass laufend aktuelle Informationen ausgetauscht, Empfehlungen erarbeitet und von Erfahrungen gegenseitig profitiert wird.

17. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zur Wirkung des neuartigen Medikaments „Paxlovid“ und zu seiner Eignung zur Verhinderung schwerer COVID-19-Infektionsverläufe vor?
- a) Wie schätzt die Bundesregierung die Eignung dieses neuartigen Medikaments als „game changer“ spezifisch unter den Gegebenheiten der Omikron-Variante ein?
- b) Wann wird die Bundesregierung dieses neue Medikament zulassen?
Wie weit sind die Anstrengungen der Bundesregierung fortgeschritten, die durch den Bundesminister für Gesundheit Dr. Karl Lauterbach in der Presse angekündigte Notfallzulassung (Karl Lauterbach will Notfallzulassung für Corona-Medikament Paxlovid bis Ende des Monats – rnd.de) umzusetzen?
- c) Welche Schritte zur Bevorratung hat die Bundesregierung bislang unternommen?
Wie weit sind die von der Bundesregierung in der Presse angekündigten Bevorratungsabsichten fortgeschritten?

Die Fragen 17 bis 17c werden gemeinsam beantwortet.

Das noch nicht in der Europäischen Union (EU) zugelassene Arzneimittel Paxlovid® (Wirkstoffe Nirmatrelvir, Ritonavir) des pharmazeutischen Unternehmens Pfizer ist ein oral anzuwendendes antivirales Arzneimittel zur frühen Behandlung von COVID-19-Patientinnen und –Patienten, die ein hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf aufweisen. Paxlovid® befindet sich derzeit im sogenannten Rolling Review-Verfahren bei der Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) mit dem Ziel einer zentralen Zulassung in der EU, innerhalb dessen eine Bewertung aller verfügbaren Daten zur Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit erfolgt.

Nach den bislang vorliegenden Daten führt die Einnahme von Paxlovid® innerhalb von fünf Tagen nach Auftreten von Symptomen einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu einer statistisch signifikanten Verringerung der Hospitalisierung- und Sterberate. Klinische Daten zu einer Wirksamkeit von Paxlovid® gegen die Omikron-Variante des Coronavirus SARS-CoV-2 liegen zurzeit noch nicht vor. Der Wirkmechanismus lässt jedoch eine Wirksamkeit erwarten.

Das BMG hat einen Vorvertrag zum Kauf von Paxlovid® abgeschlossen und befindet sich derzeit in Verhandlungen über einen endgültigen Vertragsabschluss. Eine erste Lieferung des Arzneimittels ist für Ende Januar 2022 geplant.

Die Abgabe des noch nicht zum Inverkehrbringen im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes zugelassenen oder genehmigten Arzneimittels ist gemäß Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung nur zulässig, wenn die zuständige Bundesoberbehörde festgestellt hat, dass die Qualität des Arzneimittels gewährleistet ist und seine Anwendung nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis zur Vorbeugung oder Behandlung der jeweiligen Erkrankung erwarten lässt. Diese Feststellung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte liegt dem BMG vor.

18. Welche Auswirkungen wird die Zulassung des Proteinimpfstoffs „Novavax“ durch die EU-Kommission am 20. Dezember 2021 aus Sicht der Bundesregierung auf den weiteren Verlauf der Impfkampagne haben?
- Wann rechnet die Bundesregierung damit, dass dieser Impfstoff in Deutschland flächig verfügbar gemacht wird?
 - Welche Maßnahmen der Bevorratung unternimmt die Bundesregierung hierzu?
 - Welche Lieferpläne bestehen hierzu derzeit?

Die Fragen 18 bis 18c werden gemeinsam beantwortet.

Der Proteinimpfstoff gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 des US-amerikanischen Pharmaunternehmens Novavax ist ein zusätzliches Element in der Impfstrategie der Bundesregierung zur Eindämmung der Pandemie. Deutschland hat sich vertraglich Impfstoff des Unternehmens Novavax gesichert. Insgesamt erhält Deutschland im Jahr 2022 bis zu 34 Millionen Impfstoffdosen Nuvoxoid®. Im ersten Quartal werden ca. 4 Millionen Impfstoffdosen in mehreren Tranchen ausgeliefert. Die ersten Auslieferungen sollen nach Mitteilung der EU-Kommission in den Kalenderwochen 8 bis 11 erfolgen. Eine Impfempfehlung der STIKO beim Robert Koch-Institut (RKI) zum Proteinimpfstoff Nuvoxoid® von Novavax steht zum jetzigen Zeitpunkt noch aus.

Die STIKO-Empfehlung ist keine Voraussetzung für die Durchführung der Impfungen. Da der Proteinimpfstoff Nuvoxoid® von Novavax in Deutschland zugelassen ist, kann eine Impfung unabhängig von der STIKO-Empfehlung nach ärztlicher Aufklärung und Einwilligung der zu impfenden Person durchgeführt werden, sobald der Impfstoff in Deutschland zur Verfügung steht.

19. Wie beabsichtigt die Bundesregierung, die Ankündigungen des Bundesgesundheitsministers Dr. Karl Lauterbach in der Presse nach künftig besserer Datengrundlage zur Pandemiebekämpfung (vgl. Lauterbach: Ungenaue Daten erschweren Omikron-Auswertung – aerzteblatt.de) umzusetzen?

Die Meldung im „Ärzteblatt“ bezieht sich auf eine schwierig zu beurteilende infektionsepidemiologische Lage zwischen Weihnachten und dem Jahreswechsel. Die bekannten Ursachen (weniger Arztbesuche, geringere Testhäufigkeit, andere Kontaktmuster innerhalb der Bevölkerung während der Feiertage, bundesweit Schulferien und geschlossene Kitas) liegen inzwischen nicht mehr vor und die Datenlage ist hinsichtlich der aktuellen infektionsepidemiologischen Situation wieder besser beurteilbar. Für die Bewertung werden kontinuierlich verschiedenste Datenquellen mit einbezogen und die Ergebnisse werden im RKI-Wochenbericht zu COVID-19 donnerstags veröffentlicht. Die Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz bilden dabei weiter die Grundlage, da hier die größte Detailinformation zu den Infektionsfällen vorliegt. Zur allgemeinen Beurteilung der Krankheitslast und der Krankheitsschwere akuter Atemwegsinfektionen, auch in (zukünftigen) Hochinzidenzphasen, stehen weitere Instrumente des RKI zur Verfügung. Über das DIVI-Intensivregister wird zudem die Belastung der Intensivstationen gut erfasst.

20. Beabsichtigt die Bundesregierung, Erkenntnisse zum Immunstatus in der Bevölkerung zu erheben und diese für die Pandemiebekämpfung nutzbar zu machen?

Wenn ja, wie genau beabsichtigt sie, dabei vorzugehen?

Wenn nein, warum ist sie der Auffassung, dass sie diese Erkenntnisquelle nicht nutzen möchte?

In Deutschland sind seroepidemiologische SARS-CoV-2-Studien mit Zufallsstichproben der Allgemeinbevölkerung und Blutspendeproben durchgeführt worden. Ergebnisse zur SARS-CoV-2-Seroprävalenz in der Allgemeinbevölkerung und bei Blutspenderinnen und Blutspendern in Deutschland liegen aus verschiedenen Studienregionen und Zeiträumen der Pandemie vor. Auch weitere repräsentative Studien mit bundesweiter Abdeckung wurden bzw. werden durchgeführt. Eine Studienübersicht mit Angaben u. a. zum Studiendesign und Links zu veröffentlichten Studienprotokollen, Studienwebseiten und Ergebnismitteilungen bzw. Publikationen ist online einsehbar unter: www.rki.de/covid-19-ak-studien. Ein Factsheet mit einer Zusammenfassung der Erkenntnisse zur SARS-CoV-2-Seroprävalenz befindet sich unter der Rubrik „Ergebnisse“. Die Internetseite wird regelmäßig vom RKI aktualisiert.

Aktuell wird in Deutschland die bundesweit repräsentative Corona-Monitoring Studie vom RKI und dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) mit über 15.000 Teilnehmenden durchgeführt und vom BMG finanziert. Im Rahmen dieser Studie werden Antikörper gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt, der Impfstatus sowie weitere Daten erhoben. Informationen zur Studie sind im Internet einsehbar unter: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/lid/lid_node.html.

21. Wie hoch ist nach den Erkenntnissen der Bundesregierung die Impfquote bezogen auf die Beamtinnen und Beamten des Bundes im Geschäftsbereich der Bundesregierung (bitte per 31. Dezember 2021 und nach jeweiligen Geschäftsbereichen aufschlüsseln), die Beamtinnen und Beamten im Bereich der Bundespolizei, die Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr, die Mitglieder der Bundesregierung?

Sofern der Bundesregierung hierzu keine Erkenntnisse vorliegen, beabsichtigt die Bundesregierung, etwaig erforderliche Rechtsanpassungen vorzunehmen, um künftig über derartige Erkenntnisse zu verfügen?

Wenn nein, warum nicht?

Der Bundesregierung liegen insgesamt keine Informationen zum Impfstatus ihrer Beamtinnen und Beamten vor. Den Beamtinnen und Beamten sowie allen anderen Beschäftigten wurde seitens des Bundes die Möglichkeit zur Wahrnehmung mehrerer Impftermine angeboten.

Der Anteil geimpfter oder genesener Soldatinnen und Soldaten des Geschäftsbereichs des Bundesministeriums der Verteidigung beträgt einer ersten vorläufigen Erhebung zufolge etwa 94 Prozent.

Rechtsanpassungen sind derzeit nicht geplant.

22. Wie beurteilt die Bundesregierung angesichts der steigenden Bedeutung von Impfpässen bzw. Impfzertifikaten die Problematik, dass medizinisches Personal und Apotheker der Schweigepflicht des § 203 des Strafgesetzbuchs (StGB) unterliegen und daher umstritten ist, inwieweit sie gegenüber (Strafverfolgungs-)Behörden überhaupt den Umstand eines (vermeintlich) gefälschten Impfpasses oder Tests offenlegen dürfen, ohne sich nicht selbst strafbar zu machen?

Ist zur Herstellung der Rechtssicherheit beabsichtigt, entsprechend den Regelungen in den §§ 6 ff. des Infektionsschutzgesetzes eine besondere Offenbarungsbefugnis bei Verdacht der Fälschung, die strafrechtlich rechtfertigend wirkt, aufzunehmen?

Die Strafverfolgung fällt grundsätzlich in die Zuständigkeit der Strafverfolgungsbehörden und der unabhängigen Gerichte der Länder. Die Anwendung des geltenden Rechts auf konkrete Fälle obliegt daher den zuständigen Behörden und Gerichten.

Vor diesem Hintergrund kann die Bundesregierung nur ganz allgemein Folgendes bemerken: Die in § 203 StGB strafrechtlich abgesicherte Schweigepflicht gilt nicht ausnahmslos. Schweigepflichtige, die ein ihnen in ihrer beruflichen Eigenschaft bekannt gewordenes Geheimnis offenbaren, handeln nicht rechtswidrig, wenn ein Rechtfertigungsgrund für die Offenbarung gegeben ist. Die beabsichtigte Verhinderung einer drohenden Straftat von nicht unerheblichem Gewicht und der daraus folgenden Gefährdungen kann eine Offenbarungsbefugnis nach allgemeinen Grundsätzen (§ 34 StGB) begründen. Abhängig von den Umständen des Einzelfalls kann daher schon nach geltendem Recht die Meldung von Verdachtsfällen durch Apothekerinnen und Apotheker zur Verhinderung zukünftigen Gebrauchs gefälschter oder unrichtiger Impfnachweise und der daraus resultierenden Gesundheitsgefahren gerechtfertigt sein. Ob es zur Herstellung von mehr Rechtssicherheit einer spezialgesetzlichen, besonderen Offenbarungsbefugnis bedarf, ist Gegenstand derzeitiger Prüfungen innerhalb der Bundesregierung.

23. Wie beurteilt die Bundesregierung angesichts der steigenden Bedeutung von Impfpässen die Problematik, dass in § 39 Absatz 4a des Postgesetzes die Urkundsdelikte – insbesondere § 275 StGB – nicht aufgeführt sind, sodass es für Postdienstleister keine Verpflichtung gibt, eine Postsendung mit gefälschten Impfpässen unverzüglich der zuständigen Strafverfolgungsbehörde zur Nachprüfung vorzulegen?

Ist insoweit eine Ergänzung des § 39 des Postgesetzes beabsichtigt?

Aus Sicht der Bundesregierung ist fraglich, ob das Versenden von möglicherweise gefälschten Impfausweisen eine Erweiterung des Katalogs des § 39 Absatz 4a des Postgesetzes (PostG) und damit eine weitere Einschränkung des grundrechtlich geschützten Postgeheimnisses rechtfertigt. Die Verpflichtung zur Vorlage von Postsendungen an die Strafverfolgungsbehörden betrifft ausschließlich Güter, die nach dem Öffnen auf den ersten Blick als inkriminierte Güter erkennbar sind und unmittelbar gefährlich sein können. Nach § 39 Absatz 3 PostG betreffen weitere Ausnahmen vom Postgeheimnis nur solche Fälle schwerer Straftaten, die nach § 138 StGB der Anzeigepflicht unterliegen. Urkundendelikte und insbesondere Straftaten nach § 275 Strafgesetzbuch (StGB) sind damit nicht vergleichbar. Vor diesem Hintergrund beabsichtigt die Bundesregierung derzeit keine Ergänzung des § 39 Absatz 4a PostG.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.