

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Karsten Klein, Christian Dürr,
Otto Fricke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/26434 –**

Impfung der Bevölkerung gegen das Coronavirus

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit der Corona-Impfkampagne startete Ende Dezember die wohl größte Impfkampagne in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Welt am Sonntag: „Größte Impfkampagne der Landesgeschichte startet heute“, 27. Dezember 2020). Das zu Beginn und im Verlauf der Corona-Impfkampagne nicht alles wie gewünscht verläuft bzw. verlaufen wird, ist angesichts der Einmaligkeit und Beispiellosigkeit dieses Ereignisses verständlich. Dennoch ist zu prüfen, wo Fehler begangen wurden, die in Zukunft vermieden werden können und wo Hindernisse drohen, die man noch rechtzeitig aus dem Weg räumen kann, bevor sie den Prozess der Impfungen stören. Darüber hinaus soll mit dieser Kleinen Anfrage ein Blick auf medizinische Maßnahmen geworfen werden, mit denen bereits vor der Verfügbarkeit eines Corona-Impfstoffes zumindest die Hoffnung auf eine Milderung der Schwere einer Erkrankung an COVID-19 bzw. des Krankheitsverlaufes erhofft wurde. So wurde beispielsweise im besonderen Maße dazu aufgerufen, dass sich ältere Menschen gegen Grippe impfen lassen (siehe <https://www.mdr.de/brisant/grippe-impfung-corona-kinder-100.html>).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die breite Verimpfung von effektiven und sicheren COVID-19-Impfstoffen ist ein zentrales Element der Pandemiebekämpfung. Impfen ermöglicht in weiten Teilen der Bevölkerung Immunität zu erreichen. Damit können sowohl eine Ausbreitung des Virus verhindert als auch mögliche gesundheitliche Folgen einer Erkrankung vermindert werden.

Die Bundesregierung hat deshalb frühzeitig die Entwicklung von Impfstoffen gefördert und sich um die Beschaffung von COVID-19-Impfstoffen gekümmert. Zu Beginn der Impfkampagne stehen nur begrenzte Mengen zugelassener Impfstoffe zur Verfügung. Basierend auf der COVID-19-Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) setzt daher die Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Corona SARS-CoV-2 (CoronaImpfV) eine Priorisierung fest, welche Personengruppen vorrangig zu impfen sind. Die CoronaImpfV wurde inzwischen z. B. wegen einer neuen

Impfempfehlung der STIKO mehrfach lageangepasst verändert. Seit dem 8. März 2021 hat die Beauftragung ausgewählter Arztpraxen durch die Länder einen festen Rahmen erhalten.

Die Gesundheitsministerkonferenz hat zudem einvernehmlich mit dem Bundesminister für Gesundheit am 10. März 2021 die Empfehlung an die Ministerpräsidentenkonferenz ausgesprochen, den Übergang in die nächste Phase der Nationalen Impfstrategie ab der 16. Kalenderwoche zu beginnen. In dieser Phase sollen die haus- und fachärztlichen Praxen, die in der regulären Versorgung routinemäßig Schutzimpfungen anbieten, umfassend in die Impfkampagne eingebunden werden. Die zur Umsetzung notwendigen Rechtsverordnungen beabsichtigt das BMG noch im März 2021 zu erlassen.

Schon seit Beginn der Impfkampagne können auch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte insbesondere im Zusammenhang mit mobilen Impfteams organisatorisch einbezogen werden. In einem weiteren Schritt werden diese bzw. die Unternehmen im Laufe des zweiten Quartals 2021 verstärkt in die Impfkampagne eingebunden.

1. Wie erfolgt nach Kenntnis der Bundesregierung in den einzelnen Bundesländern aktuell die Kontaktaufnahme mit Personen, die laut der Coronavirus-Impfverordnung mit höchster Priorität Anspruch auf eine Schutzimpfung haben, und um wie viele Personen handelt es sich hier schätzungsweise insgesamt?
2. Wie soll nach Kenntnis der Bundesregierung in den einzelnen Bundesländern die Kontaktaufnahme und Terminvergabe für Personen erfolgen, die laut der Coronavirus-Impfverordnung mit hoher Priorität Anspruch auf eine Schutzimpfung haben, und um wie viele Personen handelt es sich hier schätzungsweise insgesamt?
3. Wie soll nach Kenntnis der Bundesregierung in den einzelnen Bundesländern die Kontaktaufnahme und Terminvergabe für Personen erfolgen, die laut der Coronavirus-Impfverordnung mit erhöhter Priorität Anspruch auf eine Schutzimpfung haben, und um wie viele Personen handelt es sich hier schätzungsweise insgesamt?
4. Wie soll nach Kenntnis der Bundesregierung in den einzelnen Bundesländern die Kontaktaufnahme und Terminvergabe für Personen erfolgen, die laut der Coronavirus-Impfverordnung zu keiner der drei prioritär zu impfenden Bevölkerungsgruppen gehören, und um wie viele Personen handelt es sich hier schätzungsweise insgesamt?

Die Fragen 1 bis 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Vergabe von Terminen für die Corona-Schutzimpfungen ist in § 8 Corona-ImpfV geregelt und liegt in der Verantwortung der Länder. Die Terminvergabe schließt auch die Kontaktaufnahme mit den impfberechtigten Personen mit ein. Einige Länder führen hierzu ein Einladungsmanagement durch, andere Länder setzen auf Öffentlichkeits- und Pressearbeit. Die aktualisierte und seit dem 8. März 2021 in Kraft getretene CoronaImpfV ermöglicht den Ländern, die bei den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen vorliegenden Abrechnungsdaten für eine Information der Versicherten über eine mögliche Impfberechtigung zu nutzen. Die Anzahl der Personen, die prioritär zu impfen sind, kann der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) entnommen werden.

Im Rahmen der Kampagne „Deutschland krempelt die #ÄrmelHoch für die Corona-Schutzimpfung“ informiert die Bundesregierung die Bevölkerung über

alle Aspekte der Corona-Impfung mit einem niederschweligen, umfassenden und zuverlässigen Angebot. Eine ausführliche Darstellung der Informations- und Aufklärungsmaßnahmen der Bundesregierung zur Corona-Schutzimpfung enthält die Antwort zu Frage 29.

5. Sollte nach Ansicht der Bundesregierung eine Person, die nachweislich bereits mit dem Coronavirus infiziert war, aktuell aufgrund des momentan nur begrenzt zur Verfügung stehenden Corona-Impfstoffes (noch) nicht geimpft werden und stattdessen lieber zunächst andere Personen geimpft werden (vgl. covid_19_aufklaerung_2021_01_11_interaktiv.pdf, bayern.de)?

Grundsätzlich besteht ein Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 1 Absatz 1 CoronaImpfV unabhängig von einer bereits überstandenen Infektion mit SARS-CoV-2.

Aufgrund der anzunehmenden Immunität nach durchgemachter Infektion, zur Vermeidung überschießender Nebenwirkungen und in Anbetracht des aktuell bestehenden Impfstoffmangels sollten ehemals an COVID-19 erkrankte Personen im Regelfall – unter Berücksichtigung der Priorisierung – etwa sechs Monate nach Genesung eine Impfung erhalten (vgl. Beschluss der STIKO zur 2. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung und der dazugehörigen wissenschaftlichen Begründung vom 29. Januar 2021).

6. Welche Daten erhält die Bundesregierung über den Stand der Verimpfung von den Bundesländern jeweils?

Folgende Daten werden täglich seitens der Länder an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt: Pseudonym, Alter, Geschlecht, Wohnort-PLZ der geimpften Person, Kennzeichen des Impfzentrums, Impfstoffname, Chargennummer, Erst-/Zweitimpfung, Zugehörigkeit zu einer Impf-Indikationsgruppe (nach Alter, nach Beruf, medizinische Indikation, Pflegeheimbewohner; jeweils ja/nein mit Mehrfach-Antwortmöglichkeit).

7. Welche Daten liegen der Bundesregierung zur Impfbereitschaft in dieser ersten Phase der Impfkampagne, der Impfung von Personen, die mit höchster Priorität Anspruch auf eine Schutzimpfung haben, vor?

Daten zur Impfbereitschaft von Personen mit höchster Priorität (bezogen auf Alter ≥ 80 Jahre, Personal in medizinischen Einrichtungen, berufliche Indikation, Bewohner und Bewohnerinnen in Senioren- und Altenpflegeheimen) liegen nur begrenzt vor.

Nach Studienlage ist die Impfbereitschaft seit Anfang Dezember 2020 kontinuierlich gestiegen. Daten zeigen, dass für die Impfbereitschaft der Allgemeinbevölkerung insbesondere das Vertrauen in die Sicherheit und Effektivität der Impfung (Confidence) maßgeblich ist. Confidence ist also der stärkste Prädiktor für eine hohe Impfbereitschaft. Weitere wichtige Aspekte sind die Risikowahrnehmung der Erkrankung und das Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft. Mit zunehmendem Alter steigt die Impfbereitschaft.

Das RKI führt seit Mitte Januar 2021 die vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierte COVIMO-Studie (COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland) durch und befragt die Bevölkerung Deutschlands regelmäßig zu Themen rund um die COVID-19-Impfung. Ziel des Monitorings zur COVID-19-Impfung ist es, die Impfbereitschaft und Impfakzeptanz verschiede-

ner Bevölkerungsgruppen in Deutschland zu erfassen, zeitnah mögliche Barrieren der Impfanspruchnahme zu erkennen und entsprechende Kommunikationsmaßnahmen ableiten zu können. Hierfür werden alle drei bis vier Wochen etwa 1.000 Personen aus der deutschsprachigen Bevölkerung telefonisch befragt. Die Studie ist repräsentativ für die deutsche Bevölkerung ab 18 Jahren. Einmalig wurden in der ersten Erhebung auch repräsentativ 1.000 Personen > 70 Jahre befragt. Insgesamt werden bis Mitte 2022 etwa 28 Datenerhebungen stattfinden. Die Ergebnisse sollen nach jeder Datenerhebung als Report zur Verfügung gestellt werden. Der erste Report, der auch Daten zu Personen > 70 Jahre enthält, ist Ende Februar 2021 veröffentlicht worden (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/covimo_studie_Ergebnisse.html).

8. Wie groß ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil jener Personen, die im Gesundheitsbereich tätig sind und in dieser ersten Impfphase das Angebot einer Impfung abgelehnt haben (vgl. <https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/Impfbereitschaft-bei-Pflegepersonal-oft-nur-maessig,corona6228.html>)?

In Bezug auf die COVID-19-Impfung zeigen Daten der COSMO-Befragung, dass medizinisches Personal derzeit ähnlich impfbereit ist wie die Allgemeinbevölkerung (COSMO 2020). In der COSMO-Befragung lag der Anteil der Allgemeinbevölkerung, die sich auf keinen Fall gegen COVID-19 impfen lassen wollen, zuletzt bei 15 Prozent. Die Bedenken hinsichtlich einer Impfung unterscheiden sich dabei nicht wesentlich bei medizinischem Personal und der Allgemeinbevölkerung. So war fehlendes Vertrauen in die Sicherheit und Wirksamkeit der Grippeimpfung, aber auch Zugangsbarrieren ein wesentlicher Grund, sich nicht gegen Grippe impfen zu lassen (Neufeind et al. 2020).

Mit der neuen krankenhausbasierten Onlinebefragung zur COVID-19-Impfung (KROCO) am RKI wird ab März 2021 wiederholt Personal aus Krankenhäusern zu ihrer Impfbereitschaft, Impfverhalten und Impfsakzeptanz befragt. Ein besonderer Fokus wird hierbei auf den Beweggründen einer Entscheidung für bzw. gegen eine Impfung liegen. Die Erhebungswellen im Jahr 2021 sind für März und voraussichtlich Juni, September und Dezember vorgesehen. An der Studie werden voraussichtlich mehrere tausend Personen aus Krankenhäusern innerhalb Deutschlands teilnehmen. Die Ergebnisse sollen nach jeder Datenerhebung als Report zur Verfügung gestellt werden.

9. Wie wurde die Impfung der Personen mit höchster Priorität nach Kenntnis der Bundesregierung in den Bundesländern jeweils bisher konkret umgesetzt, in welchem Umfang kamen z. B. mobile Impfteams zum Einsatz (bitte Anzahl der mobilen Impfteams, die in den Bundesländern jeweils zum Einsatz kamen bzw. eingesetzt werden, angeben)?

Die Impforganisation liegt in der Verantwortung der Länder. Die Länder haben ca. 400 Impfzentren errichtet, die über ca. 1.000 mobile Impfteams verfügen.

10. Wie viele Personen wurden seit Beginn der Impfungen gegen das Coronavirus in den vergangenen Kalenderwochen jeweils in den einzelnen Bundesländern geimpft, und welche Indikation lag vor (bitte für die Kalenderwochen in absoluten Zahlen nach Bundesländern und den folgenden vier Indikationen: Indikation nach Alter, berufliche Indikation, medizinische Indikation, Pflegeheimbewohnerin bzw. Pflegeheimbewohner“ in einer Tabelle aufschlüsseln)?

11. Wie viele Impfdosen welchen Impfstoffes wurden in den einzelnen Bundesländern nach Kenntnis der Bundesregierung bisher jeweils insgesamt verimpft (bitte Gesamtzahl der Impfdosen und sowie Zahl der Erst- und Zweitimpfungen angeben)?

Die Fragen 10 und 11 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die seit Beginn der Impfkation geimpften Personen werden im Digitalen Impfquotenmonitoring (DIM) erfasst. Die tagesaktuellen Zahlen können den Internetseiten des RKI nach Indikation und Bundesland entnommen werden (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html).

12. Wann hat Deutschland bisher welche Mengen an Impfdosen von welchem Hersteller erhalten?

Seit dem 26. Dezember 2020 bis zum 25. Februar 2021 hat Deutschland insgesamt ca. 8,45 Millionen Impfdosen der Hersteller BioNTech/Pfizer, Moderna und AstraZeneca erhalten. Die Impfstofflieferungen der einzelnen Hersteller werden im BMG dokumentiert und auf dem Impfdashboard veröffentlicht (siehe <https://impfdashboard.de/>).

13. Wie viele noch nicht verimpfte Impfdosen befinden sich aktuell nach Kenntnis der Bundesregierung in den Beständen der einzelnen Bundesländer (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Hierzu wird auf die Antwort zu Frage 12 verwiesen. Auf dem Impfdashboard werden sowohl die an die Länder ausgelieferten Dosen als auch die tagesaktuell verimpften Dosen dargestellt.

14. Welche Kenntnisse besitzt die Bundesregierung über Probleme, durch die der Prozess der Impfung in der bisherigen Phase der Impfung verzögert wurde, z. B. aufgrund von Personalmangel oder Problemen beim Transport von Impfdosen (siehe https://www.zeit.de/wissen/2020-12/coronavirus-impfung-biontech-probleme-kuhlkette-bayern?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine umfassenden Erkenntnisse vor. Vereinzelt wurde aus den Ländern über die Unterbrechung der Kühlkette berichtet. Diese bei der Arzneistoffdistribution bekannt gewordenen Meldungen wurden in Zusammenarbeit mit den Pharmazeutischen Unternehmen abgearbeitet. Für die in Verantwortung des Bundes stehenden Impfstofflieferungen an die Länder kam es zu keinen Qualitätsmängeln mit Verlust von Impfdosen.

15. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, dass in einzelnen Bundesländern der Zeitraum zwischen Erst- und Zweitimpfung zeitlich gestreckt wird, wenn ja, in welchen Bundesländern, und welche Position vertritt die Bundesregierung hier?

Die STIKO empfiehlt in ihrer Empfehlung mit Aktualisierungsstand vom 29. Januar 2021, dass die Gabe der 2. Impfstoffdosis innerhalb des durch die Zulassungsstudien abgedeckten Zeitraumes (mRNA-Impfstoffe: drei (BioNTech) bzw. vier (Moderna) bis sechs Wochen; AstraZeneca-Impfstoff: möglichst zwölf Wochen) erfolgen soll. Dies sieht entsprechend auch die aktu-

alisierte CoronaImpfV vor. Die Umsetzung dieser Impfpflicht obliegt den Bundesländern. Genaue Daten, ob und in welchen Ländern der Zeitraum zwischen Erst- und Zweitimpfung zeitlich gestreckt wird, liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Mehrheit der Länder hat dem BMG mitgeteilt, dass beabsichtigt ist, die Impfintervalle gemäß der Zulassung und Empfehlung der STIKO anzuwenden.

16. Besitzt die Bundesregierung Kenntnis darüber, dass Impfdosen wegen Zweifeln an der Qualität des Impfstoffes nicht verimpft wurden, wenn ja, in welchem Bundesland war das der Fall, um wie viele Impfdosen handelt es sich, und was geschieht bzw. ist mit diesen Impfdosen geschehen (siehe <https://www.br.de/nachrichten/bayern/pannen-impfstoff-in-oberfranken-wird-doch-nicht-verwendet,SKTS1Y7>)?

Qualitätsmängel der bislang zugelassenen COVID-19-Impfstoffe wurden bislang nur in wenigen Einzelfällen angezeigt. Sofern der Verdacht eines Qualitätsmangels auftritt, werden die entsprechenden Impfdosen nicht verimpft. Genaue Zahlen bezüglich der Häufigkeit des Auftretens von Qualitätsmängeln sowie das betroffene Land liegen der Bundesregierung nicht vor, da die Meldung solcher Mängel an die jeweilige zuständige Landesbehörde erfolgt, der die Bearbeitung dieser Meldungen obliegt. Zur Ursachenanalyse und Qualitätskontrolle werden die betroffenen Impfstoffampullen dem Zulassungsinhaber zur Verfügung gestellt.

17. Besitzt die Bundesregierung Kenntnis darüber, dass Impfdosen vernichtet wurden bzw. vernichtet werden sollen, und wenn ja, in welchem Bundesland war dies aus welchem Grund der Fall, und um wie viele Impfdosen handelt es sich (siehe <https://www.merkur.de/bayern/impfstoff-corona-bayern-soeder-biontech-huml-campingboxen-panne-news-zr-90160295.html>)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

18. Hat die Bundesregierung und/oder der Hersteller des Impfstoffes den Bundesländern Empfehlungen zum Transport des Impfstoffes oder sonstige Anweisungen zum Umgang mit dem Impfstoff mitgeteilt?

Das BMG steht in regelmäßigem Austausch mit den Ländern. Empfehlungen der Hersteller zum Umgang mit den Impfstoffen wurden den Ländern frühzeitig und umfassend zur Verfügung gestellt. Für den Transport und zum Umgang mit den durch den nationalen Hub des Bundes verteilten Impfstoffen wurden die Länder durch das BMG und das nationale Verteilzentrum informiert und Empfehlungen zu Transport, Lagerung und Temperaturkontrolle gegeben. Zudem sind bei den in der EU zugelassenen Impfstoffen in den Produktinformationstexten (Fach- und Gebrauchsinformation) Anforderungen zum Umgang mit dem jeweiligen Impfstoff aufgeführt. Die Produktinformationstexte sind öffentlich zugänglich und können u. a. auf der Website des PEI aufgerufen werden (www.pei.de/DE/anzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html).

19. Ist es richtig, dass für die mittlerweile durch die EU erteilte Erlaubnis aus einer Ampulle des BioNTech-Impfstoffs sechs statt fünf Impfdosen zu gewinnen, bestimmte Spritzen notwendig sind, und empfiehlt die Bundesregierung die Gewinnung von sechs Impfdosen (siehe <https://www.welt.de/politik/deutschland/article223978218/Zulassung-durch-die-EU-A-b- sofort-sechs-statt-fuenf-Impfungen-pro-Biontech-Ampulle-moeglich.html>)?

Der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) hat im Rahmen einer Änderungsanzeige des Zulassungsinhabers kürzlich die Aktualisierung der Produktinformation für den Impfstoff Comirnaty® im Hinblick auf die Entnahme von sechs Impfstoffdosen aus einer rekonstituierten Ampulle empfohlen. Mit der Änderung der Zulassung können jetzt sechs Impfdosen aus einem Vial entnommen werden. Die Änderung der Zulassung basiert auf neuen Daten, die der Zulassungsinhaber zur Verfügung gestellt hat. Um sechs anstelle von fünf Dosen aus einer Impfstoffampulle entnehmen zu können, müssen jedoch Spritzen und/oder Kanülen mit einem Totvolumen von weniger als 35 Mikroliter verwendet werden. Sofern Standard-spritzen und Standardkanülen verwendet werden, ist dagegen die Entnahme einer sechsten Dosis aus der Impfstoffampulle nicht möglich. Entsprechend kann die Verwendung einer sechsten Impfstoffdosis unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Voraussetzungen empfohlen werden. Die Firma BioNTech hat ebenfalls geeignetes Impfzubehör beschafft, das den Ländern bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden kann.

20. Wie viele Impfdosen sind durch die Gewinnung von sechs statt fünf Impfdosen aus einer Ampulle des BioNTech-Impfstoffs nach Kenntnis der Bundesregierung in den einzelnen Bundesländern bisher zusätzlich gewonnen worden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine genauen Zahlen vor. Für die Entnahme der sechsten Dosis des Impfstoffs Comirnaty® werden spezielle Kanülen und Spritzen (wie in der Antwort zu Frage 19 genannt) benötigt.

21. Hat die Bundesregierung den Bundesländern zu irgendeinem Zeitpunkt den Erwerb von speziellen Spritzen, die geeignet sind, um aus einer Ampulle sechs statt fünf Impfdosen zu gewinnen, empfohlen (siehe <https://www.rnd.de/gesundheit/corona-impfung-sechs-statt-funf-impfdosen-mit-der-richtigen-spritze-OIT7N2PKUTCBO6ND6FDBE7I5RM.html>)?

Das BMG hat den Ländern Informationen zu den empfohlenen Spritzen und Kanülen zur Entnahme von sechs Dosen aus einer Durchstechflasche Comirnaty® zur Verfügung gestellt.

Die Verantwortung für die Beschaffung des notwendigen Zubehörs in ausreichender Menge zur fachgerechten Durchführung von Impfungen in den Impfzentren einschließlich mobiler Impfteams obliegt den Ländern.

22. Kann nach Kenntnis der Bundesregierung die Kühlbox mit der Bezeichnung „CoolFreeze CF 11“ des schwedischen Herstellers Dometic für den Transport der Corona-Impfdosen des Herstellers BioNTech verwendet werden (siehe <https://www.spiegel.de/wirtschaft/bayern-impfstofftransport-in-der-campingbox-a-25df82a1-8e9a-4c71-8efa-0b9ab9df917>)?

Der Impfstoff des Herstellers BioNTech/Pfizer sollte grundsätzlich nach den in der EU-Zulassung und den in der Fachinformation vorgegebenen Angaben gehandhabt werden. Die Vorgaben zu Transport- und Lagerbedingungen sind dabei zu berücksichtigen.

Nach Lieferung der Impfstoffe an die von den Ländern benannten Standorte sind die Länder für den sachgerechten Umgang mit den Impfstoffen verantwortlich.

23. Wie erfolgt die Ermittlung und Übermittlung der Daten für das „Digitale Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung“ des Robert Koch-Instituts durch die einzelnen Bundesländer, und sind hierbei Probleme aufgetreten, wenn ja, wo, und welche (siehe <https://www.rnd.de/panoram/a/panne-bei-dokumentation-der-corona-impfungen-in-bayern-JEVGDDYP5KIYL6CNVFOBWJIQDI.html>)?

Seit dem 15. Dezember 2020 steht mit dem System DIM („Digitales Impfquotenmonitoring“) allen Impfzentren und mobilen Impfteams eine Webanwendung zur Verfügung, mit der über gesicherte Datenverbindungen pseudonymisierte Daten aller Geimpften an das RKI so übermittelt werden können, wie es in der CoronaImpfV sowie nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) vorgeschrieben ist. Die Bundesdruckerei agiert als Dienstleister für das RKI und übernimmt die Anmeldung und Registrierung der Meldestellen und speichert die übermittelten Impfdaten zwischen. Es gibt prinzipiell zwei Möglichkeiten der Datenübermittlung von den Impfzentren und mobilen Impfteams zur Bundesdruckerei bzw. zum RKI. Zum einen können die Daten in einem zentralen System des jeweiligen Bundeslandes erfasst und von dort über eine Schnittstelle an die Bundesdruckerei übermittelt werden. Je nachdem wie die Landesbehörde ihr System entwickelt hat, werden die Datensätze einzeln zeitnah zur Erfassung oder in Blöcken gebündelt zu späteren Zeitpunkten übermittelt. Ein zweiter Meldeweg ist die direkte Erfassung über die DIM-Anwendung. Dabei werden die Daten einzeln erfasst, pseudonymisiert und direkt an die Bundesdruckerei übermittelt. Das RKI ruft die Daten mehrmals täglich vom System der Bundesdruckerei über eine Datei ab, die alle bis zu diesem Zeitpunkt eingegangenen und noch nicht abgerufenen Daten enthält.

Welche Systeme zur Datenerhebung in den einzelnen Ländern zum Einsatz kommen, ist den Ländern überlassen. Welche Probleme damit evtl. verbunden sind, ist daher der Bundesregierung nicht bekannt.

24. Wie soll die Datenübermittlung für das Digitale Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung erfolgen, wenn Corona-Impfungen dezentral in Arztpraxen durchgeführt werden?

Prinzipiell werden Impfungen und Impfquoten im Regelsystem (bei niedergelassenen Ärzten) über das durch das RKI betriebene System der „KV-Impfsurveillance“ aus den Abrechnungsdaten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bereits jetzt digital erfasst. Dieses System steht prinzipiell auch für die COVID-19-Impfungen bereit. Darüber hinaus wird möglichst zeitnah eine tägliche Meldung aggregierter Daten durch die Arztpraxen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) an das RKI erfolgen. Eine entsprechende An-

wendung ist durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits zur Testung entwickelt.

25. Welche Unterstützungsleistungen bieten die Bundesministerien und die ihnen nachgeordneten Behörden den Bundesländern und Gemeinden im Zusammenhang mit der Impfung gegen das Coronavirus an?

Es finden auf vielfältigen Ebenen Unterstützungsleistungen statt, die in der Vielzahl nicht einzeln genannt werden können. Das BMG führt auf Fachebene wöchentlich Besprechungen mit den Ländern zu allen relevanten Themen, wie z. B. der Impfstofflogistik, Zulassung, Impfstrategie, Organisation der Impfkampagne durch. Beispielhaft genannt werden hier die Beschaffung der COVID-19-Impfstoffe durch die Bundesregierung, die Entwicklung von Empfehlungen für die Organisation und Durchführung von Impfungen gegen SARS-CoV-2 in Impfzentren und mit mobilen Teams sowie die Entwicklung und Durchführung der Kommunikationskampagne zur Corona-Impfung seitens BMG, Unterstützungsleistungen der Bundeswehr bei der Logistik und beim Betrieb der Impfzentren. Den Ländern werden darüber hinaus regelmäßig Informationspakete zu den Impfstoffen zur Verfügung gestellt.

26. Wann wird Deutschland anhand der aktuellsten Lieferankündigungen bzw. Lieferprognosen, welche Mengen an Corona-Impfstoffdosen von welchem Corona-Impfstoff erhalten?
27. Auf welchen Informationen oder Annahmen beruhte die vom Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn im vergangenen Dezember geäußerte Ankündigung, voraussichtlich in diesem Sommer allen Bürgerinnen und Bürgern ein Impfangebot machen zu können (siehe <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/spahn-zu-corona-impfung-bis-mitte-des-jahres-ein-angebot-fuer-jeden-der-will,SKRMegd>)?
28. Auf welchen Informationen bzw. Annahmen bezüglich Liefertermine und Liefermengen beruht die im Beschluss der Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 19. Januar 2021 enthaltene Aussage, „dass das gemeinsame Ziel, allen Impfwilligen in Deutschland spätestens bis Ende des Sommers ein Impfangebot zu machen, erreicht werden kann“ (siehe <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1840868/1c68fcd2008b53cf12691162bf20626f/2021-01-19-mpk-data.pdf?download=1>)?

Die Fragen 26 bis 28 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In den Verträgen (Advance Purchase Agreements – APAs) im Rahmen der ESI-Initiative der Europäischen Kommission wurden für Deutschland bislang die folgenden Mengen an Impfdosen vertraglich vereinbart. Die tatsächlichen Liefermengen sind unter anderem abhängig von der Zulassung der Impfstoffe in der Europäischen Union (EU) und könnten davon abweichen.

Firma	Anzahl Dosen EU (inklusive Optionen)	Anzahl Dosen DEU (Anteil)	Anzahl Anwendungen
AstraZeneca (AZ)	300 Mio. (+100 Mio optional)	56 Mio.	28 Mio.
BioNTech (BNT)/Pfizer	200 Mio. (+100 optional)	64 Mio.	32 Mio.

Firma	Anzahl Dosen EU (inklusive Optionen)	Anzahl Dosen DEU (Anteil)	Anzahl Anwendungen
BioNTech (BNT)/Pfizer (Zusatzvertrag)	200 Mio. (+100 optional)	37 Mio.	18 Mio.
Johnson & Johnson (J&J)	200 Mio. (+ 2x100 Mio. optional)	37 Mio.	37 Mio.
Sanofi/GSK	300 Mio. (optional weitere Dosen möglich)	Mind. 56 Mio.	Mind. 28 Mio.
CureVac	225 Mio. (+ 180 optional)	54 Mio.	27 Mio.
Moderna	80 Mio. (+80 optional)	50 Mio.	25 Mio.
Moderna (Zusatzvertrag)	150 Mio. (+150 optional)	Mind. 28 Mio.	Mind. 14 Mio.

Die Hersteller bereits in der EU zugelassener Impfstoffe (BioNTech/Pfizer, Moderna, AstraZeneca) haben vorläufige Lieferpläne für die nächsten Wochen übermittelt. Bei den Angaben für künftige Liefermengen handelt es sich um Prognosen auf Basis der von den pharmazeutischen Unternehmen zur Verfügung gestellten Planzahlen. Bis zum Ende des 1. Quartals 2021 könnten nach diesen Planungen etwa 19 bis 20 Millionen Impfdosen zur Verfügung stehen.

Die konkreten Liefertermine und Liefermengen von COVID-19-Impfstoffen hängen von zahlreichen Faktoren ab, insbesondere vom Verlauf der klinischen Prüfungen, vom Ergebnis des behördlichen Zulassungsverfahrens, von den Produktionsprozessen und einer zeitnahen Erweiterung der Kapazitäten, den Lieferketten der Ausgangsstoffe sowie den Ergebnissen der Qualitätskontrollen. Entsprechende Prognosen darüber sind daher immer mit Unsicherheiten behaftet, Änderungen sind nicht ungewöhnlich.

Die derzeit möglichen Impfungen richten sich nach der Verfügbarkeit der bereits zugelassenen Impfstoffe. Mit der Zulassung weiterer Impfstoffe sowie der Steigerung der Produktionskapazitäten wird eine kontinuierliche Steigerung der Impfraten ermöglicht. Vor diesem Hintergrund rechnet die Bundesregierung damit, im Sommer allen Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland ein Impfangebot machen zu können.

29. Welche Maßnahmen wurden vom Bund bisher durchgeführt und sind von der Bundesregierung aktuell geplant, um für eine Impfung gegen das Coronavirus zu werben, und welches finanzielle Volumen ist hierfür eingeplant (bitte Inhalt möglicher Kampagnen, deren Starttermin und voraussichtliche Dauer sowie die Kosten angeben)?

Mit dem GMK-Beschluss zum gemeinsamen Vorgehen bei Impfungen gegen COVID-19 vom 6. November 2020 haben sich Bund und Länder auf eine bundeseinheitliche Impfkampagne sowie die Nutzung von einheitlichen Aufklärungs- und Informationsmaterialien verständigt.

Für den Impferfolg ist von entscheidender Bedeutung, dass die Menschen einer Impfung positiv gegenüberstehen. Dafür hat die Bundesregierung zum Start der bundesweiten Impfkampagne am 27. Dezember 2020 die Kommunikationskampagne „Deutschland krempelt die #ÄrmelHoch für die Corona-Schutzimpfung“ entwickelt. Diese Kampagne bietet der Bevölkerung ein niederschwelliges, umfassendes und zuverlässiges Angebot, um sich fachlich fundiert über alle Aspekte der Corona-Impfung zu informieren. Insbesondere der transparente Umgang mit den Informationen zur Corona-Schutzimpfung durch die täglich

aktualisierten Informationen des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) und des RKI tragen dazu bei, Vertrauen in die Impfung zu schaffen und gleichzeitig über die Notwendigkeit einer Corona-Schutzimpfung aufzuklären. Außerdem erläutert die Kampagne die Priorisierung bei der Vergabe der Impfungen. Dies ist von entscheidender Bedeutung insbesondere in der Anfangsphase, in der die Impfstoffe noch nicht in ausreichendem Maße für alle Bürgerinnen und Bürger zur Verfügung stehen.

Die Kampagne „Deutschland krempelt die #ÄrmelHoch für die Corona-Schutzimpfung“ bedient sich sämtlicher Kommunikationskanäle (Print, Online, Social Media, Außenwerbung, TV und Hörfunk), um ihre Informationen und Botschaften in die breite Öffentlichkeit zu tragen.

Maßnahmen

Im Zentrum der Kampagne steht die Webseite www.corona-schutzimpfung.de, auf der das BMG in Zusammenarbeit mit dem RKI, dem PEI und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Informationen zur COVID-19-Schutzimpfung bietet.

Im Download-Bereich der Seite sind umfassende Informationsmaterialien zur Corona-Schutzimpfung hinterlegt. Neben einem Aufklärungsmerkblatt und einem Einwilligungsbogen, die beim Schutzimpfen ausgegeben werden sollen, werden Leitfäden für verschiedene Zielgruppen angeboten. Diese geben Auskunft über die Impfstoffe, den Ablauf beim Impfen in den Impfzentren und beantworten die häufigsten Fragen zum Thema. Seit Ende Februar 2021 können einige Materialien auch kostenfrei über das Publikationsportal der Bundesregierung bestellt werden.

Dieses Informationsangebot steht in Gebärdensprache sowie in Kürze zudem in neun Fremdsprachen, und in Leichter Sprache zur Verfügung. Zusätzlich werden diese Materialien durch Beiträge und Videos – ebenfalls barrierefrei – auf der Webseite und in den Sozialen Medien flankiert. Die Bundesregierung bespielt dafür folgende Kanäle: Facebook, Twitter, Youtube, Instagram, LinkedIn, Telegram und Tiktok.

Das Informationsmaterial (Infopapier Impfzentren, Aufklärungsmerkblatt, Einwilligungserklärung und Anamnesebogen, Ersatzformular zur Dokumentation der durchgeführten Impfungen, Terminkarte Corona-Schutzimpfung, Leitfaden Ärztinnen und Ärzte zur Corona-Schutzimpfung, Leitfaden für Bürgerinnen und Bürger/Patientinnen und Patienten zur Corona-Schutzimpfung, Übersicht der Anspruchsgruppen der Corona-Schutzimpfung in Deutschland, Werbemittel) ist den Bundesländern sowie den Landkreisen, Städten und Kommunen zur Verfügung gestellt worden, damit diese es nutzen und bspw. an ihre Impfzentren weiterleiten können. Neben Informationsmaterial erhielten sie auch beispielsweise Plakate und Inhalte für die Sozialen Medien sowie einen Aufklärungsfilm für die Durchführung der Impfung in den Impfzentren (siehe Internetplattform „zusammengegencorona.de“: <https://www.zusammengegencorona.de/infos-zum-impfen/>)

Ein entscheidender Baustein der Kampagne ist die Zusammenarbeit mit Multiplikatoren. Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Pflegekräfte sind wichtige Partnerinnen und Partner bei der Aufklärung der Bevölkerung. Zudem gehören viele aus diesen Berufsgruppen selbst der höchsten Prioritätengruppe der CoronaImpfV an. Für diese Zielgruppen bietet die Bundesregierung unter anderem spezielle, virtuelle und interaktiv ausgerichtete Informationsveranstaltungen (sog. Town Hall Meetings) an. In Livestreams nehmen Experten ausführlich zu deren Fragen Stellung und erläutern die Wirkungsweise der Impfstoffe, Fragen der Sicherheit, die Impfstrategie und die Organisation

der Corona-Schutzimpfungen. Im Februar 2021 erfolgte auch ein Livestream, der sich an alle Bürgerinnen und Bürger richtete.

Speziell an Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte richtet sich ein digitales Maßnahmenpaket mit Werbe- und Informationsmaterialien, das Mitte Januar versandt wurde. Auch über das Pflegenetzwerk Deutschland unter www.pflegenetzwerk-deutschland.de wird über die Corona-Schutzimpfung in der Pflege informiert.

Für zusätzliche Transparenz rund um das Thema Corona-Schutzimpfung sorgt das Impfdashboard (www.impfdashboard.de). Das Impfdashboard bietet einen breiten Überblick über den Fortschritt bei den COVID-19-Impfungen in Deutschland. Die Bürgerinnen und Bürger können sich so über die tägliche Zahl an Impfungen sowie den Fortschritt bei den einzelnen Zielgruppen informieren.

Finanzierung

Die Kampagne „Deutschland krepelt die #ÄrmelHoch“ ist eingebettet in die AHA-Kampagne, die ihrerseits unter dem Kampagnendach „Zusammen gegen Corona“ läuft. Die Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen zur Corona-Schutzimpfung erfolgen gleichzeitig mit den Maßnahmen der AHA-Kampagne. Die von der beauftragten Agentur vorgelegten Abrechnungen umfassen dementsprechend sämtliche Leistungen, die im Rahmen der Aufklärungs- und Informationsarbeit zum neuartigen Coronavirus erbracht wurden. Eine Aufschlüsselung nach einzelnen Kampagneninhalten erfolgt dabei nicht. Daher lassen sich Einzelbudgets der Maßnahmen nicht trennscharf ermitteln.

30. Plant Deutschland die „Optionen“, die es für einzelne Corona-Impfstoffe im Zusammenhang mit dem „Sonderprogramm der Bundesregierung zur Beschleunigung von Forschung und Entwicklung dringend benötigter Impfstoffe gegen SARS-CoV-2“ besitzt, zu nutzen, und falls nein, aus welchem Grund nicht (siehe Antwort zu Frage 38 auf Bundestagsdrucksache 19/25731)?
31. Welche Kosten würden dem Bund bei einer Nutzung der mit dem oben genannten Sonderprogramm erhaltenen Optionen entstehen, und wann könnten die Impfdosen geliefert werden (siehe https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/faq-covid-19-impfung.html?fbclid=IwAR3DHET5Eg-J1zNIIXDcZeutCSriR1s58isBiW4eWuL9K9CBa_V8NCRgyeY)?

Die Fragen 30 und 31 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung entscheidet unter Berücksichtigung aller maßgeblichen Umstände einschließlich des Verhandlungsstands auf EU-Ebene, ob und inwieweit sie von den Möglichkeiten zusätzlicher bilateraler Impfstoffbestellungen Gebrauch macht. Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 2b und 2c der Kleinen Anfrage der Fraktion der FDP auf Bundestagsdrucksache 19/26324 verwiesen.

32. Welche Impfungen, bei denen es sich nicht um Corona-Impfstoffe handelt, sind nach Kenntnis der Bundesregierung für Personen, die noch nicht gegen das Coronavirus geimpft wurden, zu empfehlen um die Gefahr eines schweren Krankheitsverlaufes infolge einer Ansteckung mit dem Coronavirus zu verringern?

Eine Infektionskrankheit kann den Verlauf der COVID-19-Erkrankung negativ beeinflussen. Grundsätzlich können und sollten alle von der STIKO empfohlenen Impfungen altersentsprechend durchgeführt werden. Besonders die Grundimmunisierung mit allen von der STIKO empfohlenen Impfungen im ersten und zweiten Lebensjahr sollte unbedingt zeitgerecht begonnen werden (ab acht Wochen) und möglichst rechtzeitig (mit 15 Monaten) beendet werden. Bei Personen im Alter ab 60 Jahren muss an die altersbedingten Impfeempfehlungen zum Schutz vor Pneumokokken, Herpes zoster und die jährliche Influenza-Impfung gedacht werden. Besonders wichtig ist der Impfschutz bei Immunsupprimierten oder Personen mit anderen gesundheitlichen Risikofaktoren. Auch hier gilt, dass der Status der Indikationsimpfungen zum Schutz vor Pneumokokken, Herpes zoster und die jährliche Influenza-Impfung überprüft werden sollte.

33. Welche Bedeutung hat eine Grippeimpfung aus Sicht der Bundesregierung hinsichtlich COVID-19?

Die COVID-19-Pandemie führt zu einer sehr großen Belastung unseres Gesundheitssystems. Die Epidemiologie beider Krankheiten, COVID-19 und Influenza, zeigt hinsichtlich der Risikogruppen eine starke Überlappung. Durch den Zusammenfall der COVID-19 Pandemie mit einer mittleren bis starken Influenzawelle könnte die Belastung des Gesundheitssystems zusätzlich noch weiter ansteigen und die Belastungsfähigkeit des Gesundheitssystems an Grenzen stoßen. Dies würde bedeuten, dass nicht mehr für alle Patientinnen und Patienten adäquate medizinische Versorgungsleistungen zur Verfügung stehen würden. Die gezielte Impfung insbesondere der Gruppen, die ein hohes Risiko für schwere Krankheitsverläufe durch Influenzaviren haben, verbessert den individuellen Schutz gegen Influenza in der Risikopopulation und hilft zusammen mit den Kontakt-reduzierenden Maßnahmen die Belastung des Gesundheitssystems insgesamt zu reduzieren. Koinfektionen von Influenza- und SARS-CoV-2-Viren wurden beschrieben, führten i. d. R. aber nicht zu schweren Verläufen im Vergleich zu Einzelinfektionen. Deshalb kommt der Impfung der Risikogruppen die größte Bedeutung zu, weil hierdurch der größte Public Health Nutzen erzielt werden kann. Dies schließt jedoch nicht aus, dass sich auch andere Personengruppen über eine Impfung gegen Influenza schützen können.

34. Wie viele Personen sind nach Kenntnis der Bundesregierung in der aktuellen Grippezeit in den einzelnen Bundesländern bisher gegen den Grippevirus geimpft worden, und wie viele wurden in der Grippezeit 2019/2020 sowie 2018/2019 insgesamt geimpft (bitte absolute Zahlen aufgeschlüsselt nach den Bundesländern und Monaten angeben)?

Für die aktuelle Grippezeit liegen der Bundesregierung noch keine Daten zur Anzahl Geimpfter vor. Nach Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind unter den gesetzlich Krankenversicherten nach Bundesland, Monat und Saison (definiert für jeweils den Zeitraum Juli bis zum März des Folgejahres) die folgenden Personenzahlen gegen die saisonale Influenza geimpft worden:

Bundesland	Monat	Saison 2018/19	Saison 2019/20
Baden-Württemberg	Juli	73	93
Baden-Württemberg	Aug	138	84
Baden-Württemberg	Sep	37.752	54.631
Baden-Württemberg	Okt	400.588	413.138
Baden-Württemberg	Nov	276.246	232.527
Baden-Württemberg	Dez	46.079	68.097
Baden-Württemberg	Jan	13.615	27.658
Baden-Württemberg	Feb	6.269	18.600
Baden-Württemberg	Mär	1.209	15.778
Bayern	Juli	177	156
Bayern	Aug	373	120
Bayern	Sep	92.788	109.942
Bayern	Okt	606.871	635.373
Bayern	Nov	334.353	302.543
Bayern	Dez	54.643	90.316
Bayern	Jan	20.187	43.099
Bayern	Feb	9.406	26.170
Bayern	Mär	1.996	20.512
Berlin	Juli	58	199
Berlin	Aug	686	401
Berlin	Sep	67.620	69.729
Berlin	Okt	285.170	272.990
Berlin	Nov	167.515	156.369
Berlin	Dez	36.448	50.407
Berlin	Jan	14.825	21.812
Berlin	Feb	4.487	13.797
Berlin	Mär	1.233	17.891
Brandenburg	Juli	55	46
Brandenburg	Aug	1.274	835
Brandenburg	Sep	99.857	99.931
Brandenburg	Okt	301.899	291.401
Brandenburg	Nov	172.459	163.558
Brandenburg	Dez	33.268	41.758
Brandenburg	Jan	11.969	15.060
Brandenburg	Feb	3.003	7.395
Brandenburg	Mär	702	6.740
Bremen	Juli	7	14
Bremen	Aug	34	15
Bremen	Sep	9.971	12.065
Bremen	Okt	45.954	45.952
Bremen	Nov	28.307	24.611
Bremen	Dez	5.002	6.817
Bremen	Jan	1.427	2.742
Bremen	Feb	757	1.648
Bremen	Mär	174	1.538
Hamburg	Juli	28	43
Hamburg	Aug	138	63
Hamburg	Sep	20.237	23.126
Hamburg	Okt	93.963	96.600
Hamburg	Nov	66.528	58.101
Hamburg	Dez	11.249	17.381
Hamburg	Jan	4.301	8.744

Bundesland	Monat	Saison 2018/19	Saison 2019/20
Hamburg	Feb	2.317	5.628
Hamburg	Mär	694	5.101
Hessen	Juli	79	79
Hessen	Aug	312	217
Hessen	Sep	85.700	73.846
Hessen	Okt	359.153	370.867
Hessen	Nov	209.489	182.363
Hessen	Dez	34.320	50.723
Hessen	Jan	13.426	21.388
Hessen	Feb	6.755	13.389
Hessen	Mär	1.871	11.541
Mecklenburg-Vorpommern	Juli	51	42
Mecklenburg-Vorpommern	Aug	3.109	365
Mecklenburg-Vorpommern	Sep	70.461	71.163
Mecklenburg-Vorpommern	Okt	198.375	195.718
Mecklenburg-Vorpommern	Nov	94.510	86.495
Mecklenburg-Vorpommern	Dez	15.465	22.225
Mecklenburg-Vorpommern	Jan	5.504	8.613
Mecklenburg-Vorpommern	Feb	1.208	4.227
Mecklenburg-Vorpommern	Mär	237	2.502
Niedersachsen	Juli	58	93
Niedersachsen	Aug	247	159
Niedersachsen	Sep	97.734	113.434
Niedersachsen	Okt	624.988	618.734
Niedersachsen	Nov	357.635	317.703
Niedersachsen	Dez	55.160	81.060
Niedersachsen	Jan	17.597	37.965
Niedersachsen	Feb	8.467	16.471
Niedersachsen	Mär	2.151	13.750
Nordrhein-Westfalen	Juli	267	309
Nordrhein-Westfalen	Aug	764	417
Nordrhein-Westfalen	Sep	246.401	238.179
Nordrhein-Westfalen	Okt	1.077.650	1.123.828
Nordrhein-Westfalen	Nov	595.381	511.992
Nordrhein-Westfalen	Dez	93.540	145.949
Nordrhein-Westfalen	Jan	30.977	54.030
Nordrhein-Westfalen	Feb	14.873	34.499
Nordrhein-Westfalen	Mär	3.648	35.766
Rheinland-Pfalz	Juli	26	21
Rheinland-Pfalz	Aug	51	118
Rheinland-Pfalz	Sep	22.348	45.997
Rheinland-Pfalz	Okt	239.077	251.132
Rheinland-Pfalz	Nov	142.032	112.872
Rheinland-Pfalz	Dez	12.901	28.703
Rheinland-Pfalz	Jan	4.781	10.380
Rheinland-Pfalz	Feb	2.640	5.301
Rheinland-Pfalz	Mär	505	4.846
Saarland	Juli	17	19
Saarland	Aug	94	43
Saarland	Sep	16.468	19.267
Saarland	Okt	77.820	72.610
Saarland	Nov	39.567	34.887

Bundesland	Monat	Saison 2018/19	Saison 2019/20
Saarland	Dez	6.542	9.323
Saarland	Jan	2.336	4.206
Saarland	Feb	1.161	2.544
Saarland	Mär	295	2.359
Sachsen	Juli	40	62
Sachsen	Aug	238	142
Sachsen	Sep	82.236	95.904
Sachsen	Okt	523.202	512.005
Sachsen	Nov	376.487	337.199
Sachsen	Dez	65.765	91.418
Sachsen	Jan	22.358	29.614
Sachsen	Feb	6.567	12.962
Sachsen	Mär	1.264	6.637
Sachsen-Anhalt	Juli	51	45
Sachsen-Anhalt	Aug	952	620
Sachsen-Anhalt	Sep	119.894	130.806
Sachsen-Anhalt	Okt	331.062	319.176
Sachsen-Anhalt	Nov	183.784	165.935
Sachsen-Anhalt	Dez	33.448	42.572
Sachsen-Anhalt	Jan	13.017	16.564
Sachsen-Anhalt	Feb	4.332	8.605
Sachsen-Anhalt	Mär	1.031	5.210
Schleswig-Holstein	Juli	46	42
Schleswig-Holstein	Aug	131	244
Schleswig-Holstein	Sep	55.615	68.144
Schleswig-Holstein	Okt	197.681	208.975
Schleswig-Holstein	Nov	118.670	97.730
Schleswig-Holstein	Dez	16.472	25.089
Schleswig-Holstein	Jan	6.206	11.690
Schleswig-Holstein	Feb	2.654	6.958
Schleswig-Holstein	Mär	682	6.578
Thüringen	Juli	19	35
Thüringen	Aug	88	144
Thüringen	Sep	31.774	44.530
Thüringen	Okt	245.133	245.743
Thüringen	Nov	166.301	144.694
Thüringen	Dez	20.411	35.986
Thüringen	Jan	6.633	13.044
Thüringen	Feb	3.977	6.417
Thüringen	Mär	1.170	3.108

35. Über welche Mengen an Impfdosen gegen das Grippevirus verfügen die einzelnen Bundesländer sowie der Bund aktuell noch?

Genauere Informationen zu Restbeständen bei den Ärztinnen und Ärzten sowie in den Apotheken liegen der Bunderegierung nicht vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass bundesweit nach wie vor Grippeimpfstoff zur Verfügung steht. Der Impfstoff wird über die üblichen Vertriebswege verteilt. Bund und Länder halten keine eigenen Reserven vor.

36. Welche Mittel sind vom Bund ausgegeben bzw. im Haushalt veranschlagt worden, um für eine Grippeimpfung in dieser Grippesaison öffentlich zu werben, und wie viel wurde in den beiden Vorangegangenen hierfür verausgabt?

Für die Bewerbung der Grippeimpfung wurden folgende Summen in den genannten Jahren verausgabt:

2018: 228.781 Euro,
2019: 850.541 Euro,
2020: 3.565.996 Euro.

37. Hilft aus Sicht der Bundesregierung eine Impfung gegen Pneumokokken grundsätzlich, die Gefahr eines schweren Krankheitsverlaufes infolge einer Ansteckung mit dem Coronavirus zu verringern?

Impfstoffe gegen Pneumokokken verhindern die Pneumokokkeninfektion und können ggf. die Doppelinfektion zusammen mit dem SARS-CoV-2-Virus verhindern.

38. Wie viele Menschen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2019 und 2018 jeweils insgesamt gegen Pneumokokken geimpft?

Im Jahr 2018 erhielten 2.432.867 und im Jahr 2019 2.560.779 gesetzlich krankenversicherte Personen in Deutschland mindestens eine Impfung mit einem Pneumokokkenimpfstoff. Insgesamt 1.255.663 (2018) bzw. 1.256.580 (2019) der geimpften Personen waren jünger als zwei Jahre, und 950.859 (2018) bzw. 1.059.037 (2019) waren mindestens 60 Jahre alt.

Für das Jahr 2020 liegen der Bundesregierung noch keine abschließenden Daten vor.

39. Für welchen Zeitraum bestand nach Kenntnis der Bundesregierung im Jahr 2020 bei den Pneumokokken-Impfstoffen ein Lieferengpass bzw. waren die Impfstoffe nicht verfügbar?

Ein Versorgungsmangel für Pneumokokkenimpfstoffe lag von März 2020 bis Dezember 2020 vor. Der Lieferengpass von Pneumovax23 ist bedingt durch eine erhöhte Impfbereitschaft und damit einer Nachfrage, die zeitweise nicht gedeckt werden konnte.

40. Plant die Bundesregierung eine Impfpflicht oder ähnliche Regeln für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsberufe und/oder für Einreisende, und wenn ja, nach welchen Kriterien will die Bundesregierung dabei vorgehen?

Eine gesetzliche Impfpflicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 wird es nicht geben.

41. Plant die Bundesregierung, Personen, die gegen das Coronavirus geimpft wurden und/oder Personen, bei denen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus nachgewiesen wurde zumindest einen Teil ihrer Grundrechte zurückzugeben (siehe <https://www.tagesschau.de/inland/corona-impfung-maas-101.html>)?

Die meisten der derzeit geltenden grundrechtseinschränkenden Schutzmaßnahmen auf Grundlage des IfSG werden durch die Länder erlassen.

42. Welche Informationen liegen der Bundesregierung über die neuartige Coronavirus-Variante B.1.1.7 vor, insbesondere hinsichtlich einer erhöhten Übertragbarkeit und eines erhöhten klinischen Schweregrads einer Infektion?

Derzeitige Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass die Variante B.1.1.7 alle Altersgruppen in ähnlicher Weise betrifft. Zum Beispiel hatte der Anteil der sequenzierten Viren, die in England der Variante B.1.1.7 zuzurechnen sind, bei unter 25 Jahre alten, 25 bis 59 Jahre alten und mindestens 60 Jahre alten Patienten einen ähnlichen zeitlichen Anstieg und erreichte im Januar 2021 ähnliche Anteile – zwischen 75 und 77 Prozent (Public Health England. Investigation of novel SARS-CoV-2 variant – Variant of Concern 202012/01 – Technical briefing 4. 2021).

Eine Analyse der sekundären Erkrankungsrate unter Kontaktpersonen in den verschiedenen Altersgruppen bzw. Regionen zeigte einen mittleren absoluten Anstieg von etwa 10 Prozent auf etwa 15 Prozent (Public Health England. Investigation of novel SARS-CoV-2 variant – Variant of Concern 202012/01 – Technical briefing 3. Public Health England; 2021 5. Januar 2021).

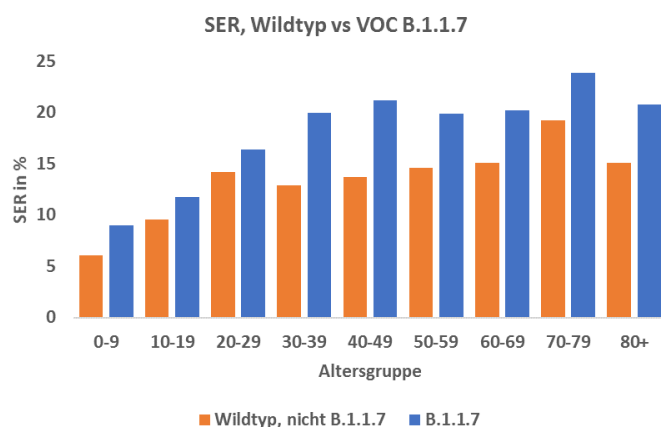


Abbildung: Sekundäre Erkrankungsrate (SER) unter Kontaktpersonen von Fällen mit Wildtyp ohne B.1.1.7-Infektion versus Fällen mit B.1.1.7-Infektion. Daten von Public Health England, Technical Briefing 3, 2021 05.01.2021).

Es gibt Hinweise darauf, dass Infektionen mit der Variante B.1.1.7 mit einem erhöhten Sterberisiko einhergehen (Webseite des CDC, USA: „Emerging SARS-CoV-2 Variants“. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/science-and-research/scientific-brief-emerging-variants.html>). Es wird aber betont, dass noch weitere Studien bzw. Analysen dazu notwendig sind.

43. Welche Informationen liegen der Bundesregierung über die neuartige Coronavirus-Variante B.1.351 vor, insbesondere hinsichtlich einer erhöhten Übertragbarkeit und eines erhöhten klinischen Schweregrads einer Infektion?

Eine noch nicht begutachtete Veröffentlichung vermutet aufgrund des raschen Anstiegs der Raten an allen identifizierten SARS-CoV-2, dass die Übertragbarkeit im Vergleich zum Wildtyp erhöht ist (Tegally, medRxiv, 2020, „Emergence and rapid spread SARS-CoV-2 lineage with multiple spike mutations, Südafrika“).

Bei der Variante B.1.351 gibt es gegenwärtig keine Hinweise darauf, dass eine Infektion mit einer (im Vergleich zum Wildtyp) schwereren Erkrankung assoziiert ist (Webseite des CDC, USA: „Emerging SARS-CoV-2 Variants“. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/science-and-research/scientific-brief-emerging-variants.html>).

44. Wie viele Fälle der Virusvarianten B.1.351 und B.1.1.7 wurden in Deutschland bisher jeweils entdeckt?

Für die aktuellen Fallzahlen zu den Virusvarianten B.1.1.7 und B.1.351 verweisen wir auf den entsprechenden Bericht der auf den Internetseiten des RKI veröffentlicht wurde: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Berichte-VOC-tab.html.

45. Wirken die in Deutschland eingesetzten Corona-Impfstoffe nach Kenntnis der Bundesregierung auch gegen die Virusvarianten B.1.351 und B.1.1.7?

Derzeit sind in Deutschland vier Impfstoffe zugelassen. Zu den beiden mRNA-Impfstoffen liegen in vitro Daten vor, die gegen B.1.1.7 eine kaum und gegen B.1.351 eine etwas reduzierte Wirksamkeit vermuten lassen. Belastbare klinische oder epidemiologische Studiendaten sind für die mRNA-Impfstoffe aktuell noch nicht verfügbar. Bei der Feststellung der Wirksamkeit gibt es unterschiedliche klinische Endpunkte. Die Impfstoffe sollten trotz neuer zirkulierender Virusvarianten wie B.1.351 oder B.1.1.7 eine hohe Schutzwirkung haben. Die induzierte Immunreaktion durch die Impfstoffe ist polyklonal und einzelne Mutationen (selbst an so wichtigen Epitopen wie der Rezeptor-Bindestelle) reduzieren die Wirksamkeit deshalb nur zum Teil. Die Wirksamkeit des AstraZeneca-Impfstoffes war bezogen auf die Virusvariante B.1.1.7 kaum reduziert. Hier deuten jedoch Studiendaten aus Lateinamerika bzw. Südafrika auf eine geringere Wirksamkeit für B.1.351 im Hinblick auf klinische Endpunkte hin, die milde Verläufe erfassen. Hingegen sollte der Schutz vor schweren Verlaufsformen nicht so deutlich reduziert sein. Eine abschließende Bewertung ist nur durch weitere Daten aus epidemiologischen Studien möglich.

46. Wie viele Virusvarianten des Coronavirus „SARS-CoV-2“ wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bisher nachgewiesen?

In Deutschland wurde nach aktuellem Kenntnisstand des RKI bisher etwas mehr als 190 verschiedene Varianten gemäß der Pangolin Nomenklatur (<https://cov-lineages.org/>) detektiert. Weltweit sind bisher ca. 880 verschiedenen Varianten nach Pangolin Nomenklatur bekannt.

47. Welche Medikamente sind nach Kenntnis der Bundesregierung geeignet, um die Schwere einer COVID-19-Erkrankung abzumildern (siehe https://www.deutschlandfunk.de/coronavirus-auf-der-suche-nach-einem-wirkun-gsvollen.1939.de.html?dn:news_id=1217266)?

In der Europäischen Union wurde für das Arzneimittel Veklury® (Wirkstoff: Remdesivir) eine bedingte Genehmigung für das Inverkehrbringen zur Therapie von COVID-19 erteilt.

Zudem befindet sich ein dexamethasonhaltiges Arzneimittel in einem europäischen Zulassungsverfahren in der Indikation COVID-19. Dexamethason kann nach Bewertung des Ausschusses für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur als Behandlungsoption für COVID-19 Patientinnen und Patienten in Betracht gezogen werden, die eine Sauerstofftherapie benötigen.

In den USA wurde für zwei monoklonale antikörperhaltige Arzneimittel (Bamlanivimab und Casirivimab/ Imdevimab) eine Notfallgenehmigung (Emergency Use Authorisations – EUA) zur COVID-19-Therapie bei bestimmten Patientengruppen erteilt. Die Bundesregierung hat diese Arzneimittel für eine Anwendung im individuellen ärztlichen Heilversuch zentral beschafft, da es Hinweise für die Annahme gibt, dass bestimmte COVID-19 infizierte Patientinnen und Patienten von einer Behandlung mit diesen Arzneimitteln profitieren könnten.

Weitere Arzneimittel befinden sich derzeit in klinischen Prüfungen.

48. Besitzt die Bundesregierung eine Öffnungsstrategie aus dem Corona-Lockdown, und wenn nein, warum wurde bisher keine Notwendigkeit gesehen, eine solche Strategie zu erarbeiten?

Bund und Länder passen ihre Pandemiestrategie fortwährend an die epidemiologischen Erkenntnisse an. Nach wie vor besteht das vorrangige Ziel darin, die ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland möglichst zu reduzieren, indem mit geeigneten und situationsabgestimmten Schutzmaßnahmen die Ausbreitung der Pandemie bekämpft wird, um Leben und Gesundheit zu schützen und eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern. Hinzu kommt das Ziel, den von den getroffenen Schutzmaßnahmen betroffenen Teilen der Gesellschaft und der Wirtschaft möglichst schnell eine Rückkehr in die Normalität zu ermöglichen.

Darüber hinaus wird auf den Beschluss der Videokonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 3. März 2021 verwiesen.

49. Wie viel Personal wird für die Vergabe von Impfterminen über die Hotline 116117 nach Kenntnis der Bundesregierung momentan beschäftigt, und wie genau wird die Hotline organisiert?
50. Wie viele Anrufe im Zusammenhang mit Impfterminen sind nach Kenntnis der Bundesregierung in den vergangenen Wochen jeweils insgesamt über die Hotline 116117 eingegangen, und wie hoch war im Vergleich die Maximalkapazität der Anrufe, die ohne übermäßige Wartezeit bearbeitet werden konnten?

Die Fragen 49 und 50 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Vergabe von Terminen für die Corona-Schutzimpfungen liegt in der Verantwortung der Länder. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bietet hierfür gemeinsam mit der kv.digital GmbH ein bundeseinheitliches Termin-

vergabesystem an. Einige Bundesländer haben sich für eine Nutzung des Impfterminservices der KBV entschieden, die übrigen Bundesländer nutzen eigene Terminbuchungssysteme. Zur telefonischen Terminvergabe werden Anrufende aus allen Bundesländern, mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz, von der Rufnummer 116 117 an die jeweils zuständigen Landescallcenter bzw. in Bayern an den jeweiligen Landkreis weitergeleitet. Zur Beantwortung von Fragen zur Impfung erfolgt zudem von der Rufnummer 116 117 eine Weiterleitung an ein im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit betriebenes Informations-Callcenter. Insgesamt wurden bislang ca. 15 Millionen Anrufende an das jeweils gewünschte Angebot weitergeleitet. Nach Mitteilung der KBV sind die vorgesehenen Leitungskapazitäten auf Bundesebene hierfür grundsätzlich ausreichend, insbesondere zum offiziellen Buchungsstart für Impftermine in einzelnen Bundesländern kann es – gerade bei breiter Einladung aller Anspruchsberechtigten zur Terminbuchung – allerdings vorübergehend zu Wartezeiten kommen. Zur Optimierung der Telefonanlage und zur Koordinierung der Zusammenarbeit mit den Ländern sind nach Auskunft der KBV abhängig vom Arbeitsanfall bis zu vier Mitarbeitende des zuständigen Geschäftsbereiches tätig. Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über die personellen Aufwände der Länder für die Terminvereinbarung, etwa hinsichtlich der Beschäftigten in den Landes-Callcentern.

