

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Thomas Seitz, Corinna Miazga, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD  
– Drucksache 20/983 –**

### **Maßnahmen gegen das Coronavirus bzw. gegen dessen Verbreitung**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Die Richter des österreichischen Verfassungsgerichtshofs haben viele Fragen zu den Corona-Maßnahmen, die von der Regierung verhängt worden sind (<https://www.cicero.de/aussenpolitik/corona-wien-verfassungsgerichtshof-gesundheitsminister>).

Der österreichische Verfassungsgerichtshof hat im Zuge seiner Prüfung der Corona-Maßnahmen Fragen an das österreichische Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz übermittelt. In erster Linie will das Gericht wissen, wie gerechtfertigt die Verordnungen waren, die etwa Lockdown und 2G-Regel umfassten. Das Interesse gilt dabei vor allem der Belastung des Gesundheitssystems, an die die Maßnahmen gekoppelt waren. Bis zum 18. Februar 2022 sind die Fragen zu beantworten (<https://www.derstandard.de/story/2000132957841/verfassungsgerichtshof-prueftcoronamaassnahmen>; <https://www.derstandard.de/story/2000132992167/hoehstgericht-loechert-gesundheitsminister>).

Die in Deutschland verhängten Maßnahmen im Zuge der Bekämpfung des Coronavirus erscheinen den Fragestellern fragwürdig und unverhältnismäßig. Vor allem nichtgeimpfte Bürger werden nach Auffassung der Fragesteller massiv in ihren Rechten eingeschränkt und diskriminiert.

1. Umfassen die als Grundlage für die von der Bundesregierung mitgeschlossenen Maßnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus verwendeten Hospitalisierungs- bzw. Verstorbenenzahlen alle mit SARS-CoV-2 infizierten Personen, die in Krankenhäusern auf Normal- oder Intensivstationen untergebracht sind bzw. die „an oder mit“ SARS-CoV-2 verstorben sind?

Wenn ja, warum wird diese Zählweise gewählt (die Zahlen bitte aufschlüsseln nach: Personen, die an COVID-19 verstorben sind; Personen, die mit COVID-19 verstorben sind, und Personen, die asymptomatisch mit SARS-CoV-2 verstorben sind; Personen, die wegen COVID-19 auf Intensivstationen hospitalisiert wurden; Personen, die wegen einer anderen Indikation auf Intensivstationen hospitalisiert wurden, aber auch an

COVID-19 litten, und schließlich Personen, die wegen einer anderen Indikation auf Intensivstationen hospitalisiert wurden und asymptomatisch oder mit mildem, an sich nicht hospitalisierungsbedürftigem Verlauf mit SARS-CoV-2 infiziert waren; Personen, die wegen COVID-19 auf Normalstationen hospitalisiert wurden; Personen, die wegen einer anderen Indikation auf Normalstationen hospitalisiert wurden, aber auch an COVID-19 litten, und Personen, die wegen einer anderen Indikation auf Normalstationen hospitalisiert wurden und asymptomatisch oder mit mildem, an sich nicht hospitalisierungsbedürftigem Verlauf mit SARS-CoV-2 infiziert waren)?

In die Statistik des Robert Koch-Instituts (RKI) gehen die COVID-19-Todesfälle ein, bei denen ein laborbestätigter Nachweis von SARS-CoV-2 (direkter Erregernachweis) vorliegt und die in Bezug auf diese Infektion verstorben sind. Das Risiko an COVID-19 zu versterben ist bei Personen, bei denen bestimmte Vorerkrankungen bestehen, höher. Daher ist es in der Praxis häufig schwierig zu entscheiden, inwieweit die SARS-CoV-2-Infektion direkt zum Tode beigetragen hat. Sowohl Menschen, die unmittelbar an der Erkrankung verstorben sind („gestorben an“), als auch Personen mit Vorerkrankungen, die mit SARS-CoV-2 infiziert waren und bei denen sich nicht abschließend nachweisen lässt, was die Todesursache war („gestorben mit“), werden derzeit erfasst. Generell liegt es immer im Ermessen des Gesundheitsamtes, ob ein Fall als verstorben an bzw. mit COVID-19 ans RKI übermittelt wird oder nicht. Bei einem Großteil der an das RKI übermittelten COVID-19-Todesfälle wird „verstorben an der gemeldeten Krankheit“ angegeben; ([www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html;jsessionid=9F7FD5DB4515BFF0D4142E5AA0C0B47D.internet111?nn=2386228](http://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html;jsessionid=9F7FD5DB4515BFF0D4142E5AA0C0B47D.internet111?nn=2386228)).

Darüber hinaus wird in fast allen Ländern der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung an das Gesundheitsamt gesendet. Dort kann ein Abgleich mit den Meldedaten erfolgen, wenn auf der Todesbescheinigung als Todesursache eine Infektionskrankheit angegeben ist.

2. Wie hoch ist das Durchschnittsalter, und wie hoch ist das Medianalter der wegen COVID-19 auf Normalstationen und auf Intensivstationen hospitalisierten Personen sowie der an COVID-19 verstorbenen Personen?
3. Wie hoch ist die Zahl der Todesfälle pro 100 000 Erkrankungsfällen nach Alterskohorten und Geschlecht?  
Wie hoch ist die Zahl der Hospitalisierungen auf Normal- bzw. Intensivstationen pro 100 000 Erkrankungsfällen nach Alterskohorten und Geschlecht?
4. Wie hoch ist die Zahl der Todesfälle pro 100 000 Infektionen nach Alterskohorten und Geschlecht?  
Wie hoch ist die Zahl der Hospitalisierungen auf Normal- bzw. Intensivstationen pro 100 000 Infektionen nach Alterskohorten und Geschlecht?

Die Fragen 2 bis 4 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Meldedaten zu „COVID-19-Fälle nach Meldewoche und Geschlecht sowie die Anteile mit für COVID-19 relevanten Symptomen, Anteile Hospitalisierter/Verstorbener und Altersmittelwert/-median“ werden jeden Donnerstag unter [www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Klinische\\_Aspekte.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Klinische_Aspekte.html) veröffentlicht. Eine Unterscheidung zwischen „mit“ und „wegen“ COVID-19 erfolgt nicht. Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

Ein Unterschied zwischen Erkrankungsfall und Infektion kann nicht erfolgen, da die von den Gesundheitsämtern gelieferten Daten hinsichtlich vorhandener Symptome insbesondere bei hohen Fallzahlen unvollständig sind, oder erst später ermittelt werden können.

5. Wie hoch ist die Zahl der Todesfälle pro 100 000 Einwohnern nach Alterskohorten und Geschlecht?

Wie hoch ist die Zahl der Hospitalisierungen auf Normal- bzw. Intensivstationen pro 100 000 Einwohner nach Alterskohorten und Geschlecht?

Die Zahl der Todesfälle pro 100.000 Einwohnern nach Alterskohorten und Geschlecht wird nicht gesondert ausgewiesen. Die Zahl der Hospitalisierungen pro 100.000 Einwohnern nach Alterskohorten wird jeden Donnerstag veröffentlicht (unter [www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Klinische\\_Aspekte.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Klinische_Aspekte.html); siehe Tabellenblatt). Eine Unterscheidung nach Geschlecht wird nicht ausgewiesen.

6. Welche Virusvarianten waren am 1. Januar 2022 und tagesaktuell zu welchen Prozentsätzen bei Infizierten bzw. Hospitalisierten bzw. Verstorbenen vertreten?

Im Wochenbericht des RKI vom 17. März 2022 stellten sich für die Kalenderwoche 52/2022 die Anteile der Virusvarianten folgendermaßen dar: 46 Prozent Delta-Variante, 53,1 Prozent Omikron-Variante Sublinie BA.1, 0,2 Prozent Omikron-Variante Sublinie BA.2.

Die Omikron-Variante des SARS-CoV-2-Virus ist in Deutschland die dominierende SARS-CoV-2-Variante. Andere Varianten, wie zuletzt die VOC (Variant of Concern) Delta, wurden fast vollständig verdrängt und werden zurzeit nur in sehr geringem Umfang nachgewiesen. Der Anteil der Omikron-Variante (inklusive aller Sublinien) lag in Kalenderwoche 09/2022 bei 99 Prozent, der Anteil von Delta ist auf unter 1 Prozent gesunken.

Informationen zur Anzahl und dem Anteil in der Stichprobe (Sequenzdaten) herausgefundenen und der über das Meldewesen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) übermittelten besorgniserregenden und unter Beobachtung stehenden Varianten (VOC und Variant of Interest/VOI) finden sich auf der Internetseite des RKI ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/VOIC\\_VOI\\_Tabelle.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/VOIC_VOI_Tabelle.html)). Die Tabelle wird immer donnerstags aktualisiert.

Weitere Informationen werden jeden Donnerstag im ausführlichen Wochenbericht des RKI zu COVID-19 veröffentlicht ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte\\_Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html)).

7. Wie stellt sich die prozentuelle Zuordnung von stattfindenden Infektionen auf Lebensbereiche (wie beispielsweise Familie, Arbeit, Einkauf [Grundversorgung, andere Güter], verschiedene Freizeitbeschäftigungen) dar und auf den Anteil der Infektionen, die überhaupt zugeordnet werden können?

Die Gesundheitsämter ermitteln im Rahmen der Umgebungsuntersuchung nach Möglichkeit sowohl Kontaktpersonen, die sich bei dem Fall angesteckt haben könnten, als auch, wo sich ein Fall selbst angesteckt haben könnte (Quellensuche). Die betroffenen Personen werden hierfür vom Gesundheitsamt befragt. Diese Informationen lassen sich jedoch nicht immer ermitteln und liegen des-

halb nur für einen Teil der Fälle vor. In der aktuellen Omikronwelle wird zudem nur ein Teil der Infektionen dem Gesundheitsamt bekannt. Prozentuale Zuordnungen können aus diesem Grund nicht getroffen werden.

8. Um welchen Faktor reduziert das Tragen einer FFP2-Maske in geschlossenen Räumen bzw. im Freien nach Kenntnis der Bundesregierung das Ansteckungs- bzw. Übertragungsrisiko?

Eine detaillierte Studie aus Göttingen ([www.ds.mpg.de/3822295/211202\\_upperbound\\_infections](http://www.ds.mpg.de/3822295/211202_upperbound_infections)) weist das maximale Risiko einer Infektion mit dem Coronavirus für verschiedene Szenarien mit und ohne Masken aus. Selbst ein Abstand von drei Metern zu einer infektiösen Person kann zu einer Infektion mit dem Coronavirus führen. Dieses Risiko wird durch das Tragen einer medizinischen Maske, zum Beispiel einer OP- oder vor allem einer FFP2-Maske, erheblich reduziert. Die Studie stellt verschiedenen Szenarien bei unterschiedlichen Trageweisen medizinischer Masken dar:

Szenario 1: Eine infizierte und eine nicht infizierte Person tragen jeweils eine gut sitzende FFP2-Maske – das Ansteckungsrisiko beträgt nach 20 Minuten selbst auf kürzeste Distanz kaum mehr als ein Tausendstel.

Szenario 2: Eine infizierte und eine nicht infizierte Person tragen jeweils eine schlecht sitzende FFP2-Maske – die Infektionswahrscheinlichkeit steigt auf etwa 4 Prozent.

Szenario 3: Eine infizierte und eine nicht infizierte Person tragen jeweils eine gut angepasste OP-Maske – die Ansteckungswahrscheinlichkeit innerhalb von 20 Minuten liegt bei höchstens 10 Prozent.

9. Um welchen Faktor reduziert die Abstandsregel in geschlossenen Räumen bzw. im Freien nach Kenntnis der Bundesregierung das Ansteckungs- bzw. Übertragungsrisiko?

Der Effekt des Einhaltens einer Distanz von mindestens einem Meter wurde im Rahmen einer Meta-Analyse von Chu et al. (Lancet 2020) untersucht. Darin kommt der Autor zu einer geschätzten Risikoreduktion von etwa 80 Prozent. Allerdings kann diese Schätzung nur als grober Richtwert für kurzzeitige Exposition verwendet werden. Generell können bei der Übertragung über kurze Distanzen sowohl eine Exposition zu (größeren) Tropfen als auch zu (kleinen bis sehr kleinen) Tröpfchenkernen/Partikel/Aerosolen eine Rolle spielen. Beim Atmen, Sprechen, Schreien und Singen werden vor allem Aerosole emittiert. Neben der Distanz sind auch noch andere Faktoren von großer Bedeutung, wie die Dauer der Exposition, die Partikelemissionsrate, die Viruslast des Infizierten, das Atemminutenvolumen des Exponierten, die Frischluftzufuhr und weitere präventive Faktoren, insbesondere das Tragen von Masken (Dai, BuildSimul 2020; Lelieveld IJERPH 2020; Kriegel JERPH\_2021).

10. Wie verteilen sich die Impfraten (gegliedert nach einfach, zweifach, dreifach, vierfach geimpft) auf Alterskohorten?

Die Daten zu den Impfraten werden täglich erhoben und von montags bis freitags auf der Homepage des RKI aktualisiert ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Impfraten-Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfraten-Tab.html)). Eine Ergänzung um die 4. Impfung wird das RKI in Kürze vornehmen.

11. Bezogen auf Omikron-Infektionen, wie hoch war durchschnittlich die 7-Tage-Inzidenz im Januar 2022 bei Personen ohne Schutzimpfung gegen COVID-19, bei Personen nach der Zweitimpfung, aber vor Ablauf von 14 Tagen nach der Zweitimpfung, dann bei Personen mit abgeschlossener Impf-„Grundimmunisierung“ (ohne „Booster-Impfung“) und schließlich bei Personen mit „Booster-Impfung“?

Die wöchentliche Inzidenz nach Impfstatus (Ungeimpft, Grundimmunisiert (ohne Booster) und mit Auffrischimpfung) wird in den Wochenberichten des RKI ausgewiesen ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte\\_Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html)). Auswertungen nach unvollständiger Impfung werden vom RKI nicht durchgeführt.

12. Um welchen Faktor verringert die COVID-Schutzimpfung nach Kenntnis der Bundesregierung das Risiko schwerer Verläufe?

Die berechnete Impfeffektivität wird in den Wochenberichten des RKI ausgewiesen ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte\\_Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html)). Darüber hinaus ist auch der Vergleich der wöchentlichen Inzidenzen zwischen ungeimpften und grundimmunisierten Personen beziehungsweise zwischen ungeimpften Personen und Personen mit Auffrischimpfung möglich, die für jede dargestellte Meldewoche und Altersgruppe das erhöhte Risiko für die ungeimpfte Personen darstellen. Für die Altersgruppe 60+ wurde zum Beispiel in der Meldewoche 05/2022 ein um etwa 10-fach höheres Risiko für ungeimpfte Personen bezogen auf die Hospitalisierung festgestellt, als dies für geimpfte Personen der Fall war ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Inzidenz\\_Impfstatus.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Inzidenz_Impfstatus.html)).

13. Um welches Maß vermindern nach Kenntnis der Bundesregierung eine Erstimpfung, eine Zweitimpfung und eine Drittimpfung das Risiko, wegen COVID-19 auf einer Normalstation bzw. auf einer Intensivstation hospitalisiert zu werden bzw. an COVID-19 zu versterben?

Hängt dieses Maß von der (jeweils vorherrschenden) Virusvariante ab?

Die berechnete Impfeffektivität in den Wochenberichten des RKI ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte\\_Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html)) gibt dazu Auskunft. Die entsprechenden Werte hinsichtlich der Effektivität gegenüber einer intensivstationären Betreuung sind der Abbildung 20 auf Seite 28 des Berichtes vom 24. März 2022 ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht\\_2022-03-24.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-03-24.pdf?__blob=publicationFile)) zu entnehmen.

Die Wirksamkeit der Impfung ist von der Virus-Variante abhängig. Der Schutz einer Zweitimpfung gegen Hospitalisierung liegt für die Delta-Variante initial (0 bis 3 Monate nach der letzten Dosis) bei 95 bis 99 Prozent für die Omikron-Variante bei 65 bis 85 Prozent. Durch eine Dreifachimpfung ist die Schutzwirkung initial gegen eine Hospitalisierung gleichbleibend hoch für die Delta-Variante und liegt bei 80 bis 95 Prozent für die Omikron-Variante (Quelle: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1060787/Vaccine\\_surveillance\\_report\\_-\\_week\\_10.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1060787/Vaccine_surveillance_report_-_week_10.pdf), Tabelle 2).

14. Verringert sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Schutzwirkung von COVID-Schutzimpfungen mit dem Zeitablauf?

Wie hoch ist demnach der Schutzfaktor nach der Zweitimpfung mit dem am häufigsten verwendeten Impfstoff drei Monate, sechs Monate und neun Monate nach der Zweitimpfung (bitte die absolute und die relative Risikoreduktion angeben)?

Die Schutzwirkung der COVID-19 Impfungen gegen eine SARS-CoV-2-Infektion nimmt über einen Zeitraum von sechs Monaten nach abgeschlossener Grundimmunisierung mit zwei Impfdosen (1 Dosis für Janssen) im Mittel um 21 Prozent ab (Feikin et al., [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00152-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00152-0)); für eine schwere COVID-19-Erkrankung um 10 Prozent.

Dem wöchentlichen Surveillance Bericht der United Kingdom Health Security Agency (UK HSA) kann für die Endpunkte SARS-CoV-2 Infektion, symptomatische Erkrankung (Abbildungen 1a und 1b), Hospitalisierung (Abbildungen 2a und 2b) und Mortalität (Tabellen 1 und 2) jeweils für die Zeiträume 0 bis 3 Monate, 4 bis 6 Monate und >6 Monate die gemittelte Impfstoffwirksamkeit einer Grundimmunisierung oder Auffrischimpfung für die Delta- und Omikron-Variante entnommen werden ([https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1060787/Vaccine\\_surveillance\\_report\\_-\\_week\\_10.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1060787/Vaccine_surveillance_report_-_week_10.pdf)).

15. Wie hoch ist der Anteil der Erst-, Zweit- bzw. Drittgeimpften an den wegen COVID-19 bzw. den mit SARS-CoV-2 hospitalisierten Personen?

Es wird auf die veröffentlichten Daten zum Impfstatus der symptomatischen COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Krankheitsschwere (Tabelle 3) in den Wochenberichten des RKI verwiesen ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte\\_Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html)). Darüber hinaus wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

16. Um welches Maß sinkt nach Kenntnis der Bundesregierung durch die COVID-Schutzimpfung jeweils das Infektions-, das Erkrankungs- und das Übertragungsrisiko (falls dieses Maß von der Zahl der Impfungen und oder vom verstrichenen Zeitraum seit der letzten Impfung abhängt, bitte näher aufschlüsseln)?

Es wird auf die veröffentlichten Daten zu den Inzidenzen der symptomatischen und hospitalisierten COVID-19-Fälle nach Impfstatus sowie zu den Impfdurchbrüchen in den Wochenberichten des RKI verwiesen ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte\\_Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html)).

Das RKI führt seit Beginn der COVID-19-Impfkampagne ein kontinuierliches Monitoring der Impfdurchbrüche durch. Die Impfdurchbrüche werden regelmäßig mit dem Ziel ausgewertet, eine verminderte oder nachlassende Effektivität der in Deutschland verwendeten COVID-19-Impfstoffe – eventuell auch nur in einzelnen Altersgruppen – möglichst rasch zu erkennen und aus diesen Erkenntnissen Empfehlungen abzuleiten.

17. Mit welcher Wahrscheinlichkeit schließt nach Kenntnis der Bundesregierung ein negativer molekularbiologischer Test auf SARS-CoV-2 aus, dass die getestete Person innerhalb von 72 Stunden ab Testnahme andere Personen mit SARS-CoV-2 infizieren kann?
18. Wie lange ab (negativer) Testnahme ist es unter Berücksichtigung der Inkubationszeit nach Kenntnis der Bundesregierung (mit höchster Wahrscheinlichkeit) ausgeschlossen, dass eine negativ getestete Person SARS-CoV-2-Viren überträgt?

Die Fragen 17 und 18 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Generell wird die Richtigkeit des Ergebnisses von diagnostischen Tests neben der analytischen Qualität des Tests auch von der Qualität der Probe (präanalytische Aspekte) sowie von der Verbreitung einer Erkrankung bzw. der Infektion beeinflusst. Ein negatives PCR-Ergebnis schließt die Möglichkeit einer Infektion mit SARS-CoV-2 nicht aus. Falsch-negative Ergebnisse können zum Beispiel aufgrund schlechter Qualität der Probennahme, unsachgemäßem Transport oder ungünstigem Zeitpunkt bezogen auf den Krankheitsverlauf, der Probenentnahme nicht ausgeschlossen werden. Weiterführende Informationen zum Thema Testung von Patientinnen und Patienten auf SARS-CoV-2 sind auf den Internetseiten des RKI veröffentlicht ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Vorl\\_Testung\\_nCoV.html;jsessionid=452D097A455AC7F9C7F46A22C3674409.internet061?nn=2386228](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html;jsessionid=452D097A455AC7F9C7F46A22C3674409.internet061?nn=2386228)).

19. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung das Übertragungsrisiko bei einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person mit Zweitimpfung, die drei, sechs bzw. acht Monate zurückliegt, im Vergleich zu einer ungeimpften Person, deren negativer PCR-Test 24 Stunden zurückliegt?

Eine dänische Studie untersuchte anhand von Registerdaten die Übertragungsdynamik von Omikron-Infektionen in dänischen Haushalten im Dezember 2021 und bestimmte die sekundären Erkrankungsraten (Secondary Attack Rate; SAR) (Lyngse FP et al.; Preprint vom 27. Dezember 2021, [www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268278v1](http://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268278v1)).

In der Zusammenschau zeigen die Studienergebnisse, dass die Omikron-Variante für vollständig grundimmunisierte Personen und für Personen mit Auffrischungsimpfung 2,6-fach beziehungsweise 3,6-fach infektiöser ist als die Delta-Variante, während bei nicht geimpften Haushaltspersonen kaum ein Unterschied in der Empfänglichkeit gegenüber der Delta- versus Omikron-Variante zu sehen war. Diese Beobachtungen legen nahe, dass sich die Omikron-Variante primär durch Immunevasion (Immundeflug) und auch durch eine inhärente höhere Infektiosität rapide verbreitet. Entsprechend betonen die Autorinnen und Autoren, dass es zur Eindämmung der Omikron-Variante besonders auch auf nicht-pharmazeutische Präventionsmaßnahmen ankommt. Des Weiteren unterstreichen die Daten die Schutzwirkung einer Auffrischungsimpfung gegenüber Infektionen mit der Omikron-Variante, wobei die Studie aufgrund der kurzen Beobachtungszeit keine Aussage zur Schutzdauer zulässt. Studienergebnisse, die sich auf die Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen fokussieren, liegen nicht vor.

20. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung das COVID-bezogene Hospitalisierungsrisiko (Normalstation bzw. Intensivstation) eines ungeimpften 25-Jährigen im Zeitraum eines Jahres?

Die übermittelten COVID-19-Fälle (inklusive asymptomatischer SARS-CoV-2-Infektionen) pro 100.000 Einwohner nach Krankheitsschwere und Altersgruppen in Deutschland sowie die Rate der mit oder wegen einer SARS-CoV-2-Infektion hospitalisierten Personen im Zeitraum vom 1. März 2020 bis Anfang Dezember 2021 (48. Kalenderwoche) sind in Abbildung 4 der wissenschaftlichen Begründung zur 15. Aktualisierung der Empfehlung der Ständigen Impfkommission beim RKI (STIKO) dargestellt, die im Epidemiologischen Bulletin des RKI vom 6. Januar 2022 auf Seite 29 veröffentlicht wurde ([www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/01\\_22.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/01_22.pdf?__blob=publicationFile)).

21. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung das COVID-bezogene Hospitalisierungsrisiko (Normalstation bzw. Intensivstation) eines zweifach mit dem in Deutschland gebräuchlichsten Impfstoff geimpften 25-Jährigen im dritten, sechsten bzw. neunten Monat nach der Zweitimpfung, umgerechnet auf den Zeitraum eines Jahres?

Daten zur Wirksamkeit der COVID-19-Grundimmunisierung und 1. Auffrischimpfung zur Verhinderung jeglicher oder einer symptomatischen SARS-CoV-2-Omikron-Infektion bei Erwachsenen liegen aus England, Schottland, Dänemark, Kanada und den USA vor. Es wurden hauptsächlich mRNA-Impfstoffe eingesetzt. Die wissenschaftliche Begründung der 18. Aktualisierung der STIKO-Empfehlung zur Impfung gegen COVID-19 enthält eine tabellarische Zusammenstellung von Beobachtungsstudien zur Wirksamkeit (Vakzineeffektivität, VE) einer 1. Auffrischimpfung gegen verschiedene Endpunkte mit einem COVID-19-Impfstoff gegenüber der Omikron-Variante von SARS-CoV-2 und wurde im Epidemiologischen Bulletin Nr. 7/22, Seite 46 ff., Tabelle 3 veröffentlicht ([www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/07\\_22.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/07_22.pdf?__blob=publicationFile)).

22. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung das COVID-bezogene Hospitalisierungsrisiko (Normalstation bzw. Intensivstation) eines ungeimpften 65-Jährigen im Zeitraum eines Jahres?

Es wird auf die Antwort auf Frage 20 verwiesen.

23. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung das COVID-bezogene Hospitalisierungsrisiko (Normalstation bzw. Intensivstation) eines zweifach mit dem in Deutschland gebräuchlichsten Impfstoff geimpften 65-Jährigen im dritten, sechsten bzw. neunten Monat nach der Zweitimpfung, umgerechnet auf den Zeitraum eines Jahres?

Es wird auf die Antwort auf Frage 21 verwiesen.