

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Gerold Otten, Rüdiger Lucassen, Jan Ralf Nolte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 20/7788 –**

Evaluation der Impfpflicht gegen COVID-19 bei der Bundeswehr

Vorbemerkung der Fragesteller

Kritische Fragen hinsichtlich der Duldungspflicht von COVID-19-Schutzimpfungen bei der Bundeswehr gab es bisher nur von der Fraktion der AfD (Antworten der Bundesregierung siehe Bundestagsdrucksachen 20/460, 29/3299 und 20/6437). Neuere Recherchen erheben nach Ansicht der Fragesteller die Kritik, dass die Bundesregierung und das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) ihrer Fürsorgepflicht gegenüber den Soldaten der Bundeswehr nicht nachkommen. Kritikwürdig erscheint Presseberichten zufolge insbesondere die von der Bundeswehr genutzte Datengrundlage zur Bewertung des Impferfolges (<https://www.epochtimes.de/politik/deutschland/verschlusssache-der-bundeswehr-durchgesickert-covid-impfungen-ueberwacht-aber-warnsignale-ignoriert-a4249915.html>). In den nachfolgenden Jahren kam es zumindest zu drei Todesfällen, davon einer nach Einführung der Impfpflicht. Dieser Fall ist nach Auffassung der Fragesteller insofern von öffentlichem Interesse, weil die Bundesregierung in ihrer Antwort zu Frage 2 auf Bundestagsdrucksache 20/6437 angibt, es handle sich dabei um einen „Fall mit einer anerkannten Wehrdienstbeschädigung im Zusammenhang mit COVID-19-Impfung“. Das wirft nach Auffassung der Fragesteller Fragen auf hinsichtlich der Aufklärung und des Informationsflusses im Vorfeld von Impfungen.

Am 7. Juli 2022 entschied das Bundesverwaltungsgericht aufgrund einer Beschwerde zweier Bundeswehroffiziere, dass die Aufnahme der COVID-19-Impfung in das Basisimpfschema rechtens sei. Gleichzeitig wurde das BMVg verpflichtet, die Verhältnismäßigkeit der verpflichtenden Impfanordnung sowie die Impfsicherheit ständig zu prüfen, weil die Duldungspflicht der Soldaten in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und Berufsfreiheit eingreife, aber auch „weil die vorhandenen Impfstoffe auf einer für diesen Zweck noch nicht genutzten Technologie beruhen“ (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. Juli 2022, hier Absatz 133: <https://www.bverwg.de/070722B1WB5.22.0>). Es wurde ferner darauf hingewiesen, dass sich „im Laufe der Zeit eine anfängliche positive Nutzen-Risiko-Bewertung für einen Impfstoff ändern“ könne, wenn bisher unbekannte Nebenwirkungen auftreten oder die Wirksamkeit des Impfstoffes nachlässt (ebd., Absatz 78). In diesem Zusammenhang machten die Richter des Bundesverwaltungsgerichts klar, dass, „da die Bundeswehr über eigene Bundeswehrkrankenhäuser, wissenschaftliche Institute und eine Sanitätsakademie verfügt, besitzt die militärische Führung

auch eine ausreichende fachliche Expertise bei der durchaus komplexen medizinischen Einschätzung der von einzelnen Krankheitserregern ausgehenden Gefahren, der Effektivität von Impfstoffen und der Risiken von Impfnebenwirkungen“ (ebd., Absatz 79).

Aus dem Beschluss des Bundesverwaltungsgerichts erhält die Öffentlichkeit auch Nachricht über Hintergründe zu einem Todesfall in der Bundeswehr: In der mündlichen Verhandlung habe das BMVg vorgegeben, „dass bei dem deutlich über 50-jährigen Soldaten eine Vorerkrankung vorgelegen habe und im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung ein Vorhofflimmern entstanden sei“ (ebd., Absatz 143). Es ist aus Sicht der Fragesteller höchst fragwürdig, warum ein Soldat mit einer ernsten Vorerkrankung eine Impfung erhalten hat, inwiefern die Bundeswehr berechtigt war, über die Vorerkrankungen des Verstorbenen öffentliche Auskunft zu erteilen und aufgrund welcher Erkenntnis der zuständige Arzt seine Nutzen-Risiko-Abwägung vorgenommen hat. Die öffentlichen Aussagen der Witwe, die auf einer Obduktion beruhen, widersprechen nach Pressemeldungen der Aussage des BMVg, dass beim Verstorbenen ernsthafte Vorerkrankungen vorgelegen hätten. Vielmehr habe die Obduktion ergeben, dass es in einem zeitlich engen Zusammenhang mit der Impfung zu einem Blutgerinnsel gekommen sei, das zum Tode führte.

Auf die Frage, ob eine Evaluierung und Überwachung der Duldungspflicht stattfänden, antwortete die Bundesregierung, dass die Überwachung der Notwendigkeit bei „fachlich zuständigen Stellen des Kommandos Sanitätsdienst der Bundeswehr liege“. Diese zuständige Stelle treffe ihre Entscheidung „durch Auswertung des aktuellen Informations- und Wissensstandes [...], beispielsweise auf Basis von Veröffentlichungen des Robert-Koch-Institutes, des Paul-Ehrlich-Institutes und weiterer wissenschaftlicher Publikationen. [...] Eine dezidierte nur auf Bundeswehrangehörige bezogene Auswertung erfolgt nicht“ (Bundestagsdrucksache 20/6437, S. 3). Das BMVg gründet offenbar die Evaluation der Impfpflicht für Soldaten nicht auf eigene Daten, obwohl diese vorliegen. Mit Blick darauf, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht bereits aufgehoben wurde (<https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/ende-der-einrichtungsbezogenen-impfpflicht-in-rlp-100.html>), stellt sich nach Ansicht der Fragesteller die Frage, warum im Rahmen der Duldungspflicht für Soldaten die Impfpflicht fortbesteht.

1. Welche Bedeutung wird von der Bundesregierung einer Sammlung und Analyse von Impfnebenwirkungen beigemessen?
 - a) Existiert innerhalb der Bundeswehr ein Meldeverfahren, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 1 und 1a werden zusammen beantwortet.

Entsprechend des in der Bundeswehr festgelegten Meldeweges erfolgen Meldungen von Impfkomplicationen aus der Gesundheitsversorgung der Bundeswehr an das zuständige zivile Gesundheitsamt, damit diese von dort gemäß den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes u. a. an die zuständige Bundesoberbehörde, das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), weitergeleitet werden.

Die jeweils zuständige Abteilung der Überwachungsstellen für Öffentlich-Rechtliche Aufgaben des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und die für die Arzneimittelsicherheit zuständige Stelle im Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr sind nachrichtlich an entsprechenden Meldungen zu beteiligen.

- b) Werden die Meldungen gesammelt und ausgewertet, und wenn ja, durch wen?

Beim Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr werden die aus der Gesundheitsversorgung der Bundeswehr eingehenden Meldungen zu Verdachtsfällen von Impfkomplicationen erfasst. Die erfassten Daten werden bei Risikobewertungen im Zusammenhang mit der Covid-19-Impfung durch die zuständige Stelle beim Kommando Sanitätsdienst (KdoSanDstBw) der Bundeswehr berücksichtigt.

2. Findet auch im Angesicht des Beschlusses des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. Juli 2022 (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) eine bundeswehrinterne Auswertung von Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe gegen das Coronavirus anhand der gesammelten Daten statt oder nur anhand allgemeiner Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) oder des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI), und wenn letzterer Fall zutrifft, aus welchem Grund?

Im Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. Juli 2022 wurde festgestellt, dass sich die Bundeswehr auf die Erkenntnisse der Fachgremien des Robert-Koch-Instituts (RKI) oder des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) abstützen und verlassen darf, worauf sich die Bundeswehr beschränkt. Dies trifft insbesondere auch auf eventuelle Änderungen der bisher positiven Nutzen-Risiko-Bewertung für die Impfstoffe zu.

Bezüglich der Sicherheit der Impfstoffe erfolgt entsprechend der gesetzlichen Vorgaben eine Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) durch die Bundeswehr an das PEI. Zusätzlich wird eine entsprechende Erfassung durch die zuständigen militärischen Überwachungsstellen durchgeführt.

Das militärische Personal stellt zahlenmäßig nur einen kleinen Teil der Gesamtbevölkerung dar, von der es sich aber, abgesehen von der Altersstruktur, nicht grundlegend unterscheidet. Da alle bei Soldatinnen und Soldaten auftretenden UAW ebenfalls an das PEI gemeldet werden, ist ein rein bundeswehrinternes Risikomanagement nicht zielführend.

3. Wurden bzw. werden diese Daten (siehe Frage 2) in irgendeiner Form veröffentlicht, und wenn nein, warum nicht?

Mit Änderung des § 28b des Infektionsschutzgesetzes besteht gemäß dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) keine Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der besonderen Kategorien personenbezogener Daten mehr, zu denen auch der Impfstatus zählt, so dass die Erhebung dieser Daten nicht mehr zulässig ist. Durch den Wegfall der zuvor bestehenden Rechtsgrundlage ist auch die Speicherung der erhobenen Daten regelmäßig nicht mehr zulässig. Die personenbezogenen Daten waren datenschutzkonform zu vernichten und stehen daher nicht mehr für Auswertungszwecke zur Verfügung (auf Bundestagsdrucksache 20/3299 wird verwiesen).

4. Inwiefern sind nach Ansicht der Bundesregierung die Erkenntnisse des RKI und des PEI hinsichtlich des Infektionsgeschehens in der Gesamtbevölkerung auf die Personengruppe der Bundeswehrsoldaten übertragbar?

Abgesehen von den Personengruppen im Alter < 17 bzw. > 65 Jahren sind die Soldatinnen und Soldaten Teil der Gesamtbevölkerung, so dass Erkenntnisse grundsätzlich für beide Gruppen gelten. Darüber hinaus unterliegt das militäri-

sche Personal relevanten Besonderheiten im bundeswehreigenen Dienstbetrieb (beengte Verhältnisse wie Gemeinschaftsunterkünfte, auf Schiffen oder in U-Booten oder Panzern, häufige und wechselnde Personenkontakte, Gemeinschaftsverpflegung etc.) im Inland und besonders im Ausland, wo darüber hinaus eingeschränkte Behandlungsmöglichkeiten bestehen können.

Zusätzlich ist zum Erhalt der Funktionsfähigkeit der Streitkräfte ein strengerer Maßstab anzulegen, was in der vom Bundesverwaltungsgericht wiederholt bestätigten Duldungspflicht von Impfmaßnahmen in der Bundeswehr (§ 17 a Soldatengesetz) ihre entsprechende Anwendung findet.

5. Inwieweit und warum kann die Beantwortung von Fragen hinsichtlich des Umgangs der Bundeswehr mit der Infektionserkrankung COVID-19 die Sicherheit, das Interesse oder das Ansehen der Bundeswehr gefährden, schädigen oder nachteilig sein (vgl. Antwort zu Frage 1 auf Bundestagsdrucksache 20/6437, S. 1 f.)?

Das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) hat die Antwort auf Fragen hinsichtlich des Umgangs der Bundeswehr mit der Infektionserkrankung COVID-19 als sicherheitsrelevant eingestuft, da sie Rückschlüsse auf die Einsatzbereitschaft zulässt.

Die Zahlen sind jedoch im Parlamentssekretariat des Deutschen Bundestages hinterlegt und können dort von Berechtigten eingesehen werden.

6. Hat der Dienstherr der Soldaten ein Interesse an einer Datenerhebung zum Impfstatus bzw. plant die Bundesregierung in dieser Hinsicht gesetzgeberische Maßnahmen, wenn es sich nach Ansicht der Bundesregierung bei COVID-19 um eine für die Einsatzbereitschaft der Bundeswehr gefährliche Infektionskrankheit handelt, zu deren Bekämpfung die Impfpflicht für Soldaten weiter fortbestehen muss, und wenn nein, warum nicht (siehe Antwort zu Frage 3 auf Bundestagsdrucksache 20/6437, S. 2)?

Von Seiten des Dienstherrn besteht ein Interesse an einer anonymisierten, aggregierten Datenerhebung zum Impfstatus der Soldatinnen und Soldaten. Die Implementierung der elektronischen Gesundheitsakte schreitet in der Bundeswehr voran; allerdings sind auch hier noch nicht die technischen Voraussetzungen gegeben, um die Daten zu erheben.

- a) Wie kann ein Soldat seinen Impfstatus derzeit nachweisen?

Soldatinnen und Soldaten weisen ihren Impfstatus, wie alle anderen Bürgerinnen und Bürger auch, mittels ihres Impfbuchs nach. Darüber hinaus werden Impfungen in den Gesundheitsakten dokumentiert.

- b) Wie häufig finden Auffrischungsimpfungen statt?

Wie von der Ständigen Impfkommission (STIKO) mit hohem Empfehlungsgrad für alle Personen ab dem 18. Lebensjahr in die Empfehlungen der STIKO aufgenommen, wird eine Basisimmunität für das militärische Personal des Geschäftsbereichs BMVg vorausgesetzt. Weitere Auffrischungsimpfungen werden analog zu den STIKO-Empfehlungen, z. B. für medizinisches Personal mit Patientenkontakt oder gefährdete Personengruppen, in den von der STIKO empfohlenen Abständen auf freiwilliger Basis angeboten.

7. Wie viele Impfdosen wurden bisher in der Bundeswehr verimpft, welche Kosten sind durch die Beschaffung der Impfdosen entstanden, und in welchem Einzelplan werden diese Kosten veranschlagt?

Bezüglich der Frage zu den bislang in der Bundeswehr verimpften Impfdosen können keine validen Angaben gemacht werden. Die COVID-19 Impfstoffe für die Bundeswehr wurden aus zentralen Beständen des Bundes abgerufen. Eine finanzielle Vergütung durch die Bundeswehr erfolgte nicht. Zu den Kosten kann keine Aussage getroffen werden, da Detailangaben zu den zu zahlenden Preisen und Summen Gegenstand der auf EU-Ebene vertraulich vereinbarten Verträge mit den Impfstoffherstellern sind.

8. Wie viele Impfdosen stehen zur weiteren Verimpfung in der Bundeswehr bereit, und welche Kosten entstehen dadurch dem Steuerzahler?

Aktuell stehen in der Bundeswehr 49 378 Impfdosen unterschiedlicher Hersteller zur Verfügung. Zu den Kosten kann keine Aussage getroffen werden.

9. Wie viele Bundeswehrsoldaten sind seit 2020 aufgrund einer Infektion mit dem Coronavirus und aufgrund einer körperlichen Reaktion auf den Impfstoff gegen COVID-19 intensiv behandelt worden (bitte getrennt ausweisen)?
 - a) Warum liegen diesbezüglich angeblich keine Daten vor (siehe Antwort zu Frage 2b auf Bundestagsdrucksache 20/460)?
 - b) Warum gibt es angeblich ebenso wenig eine Datenerfassung zu Impfschäden bei Soldaten der Bundeswehr?

Die Fragen 9 bis 9b werden zusammen beantwortet.

Die überwiegende Mehrzahl aller medizinischen Behandlungen von Soldatinnen und Soldaten mit Impfreaktionen erfolgt in zivilen Behandlungseinrichtungen. Die darüber vorliegenden Daten sind zweckgebunden (Abrechnungszweck) und dürfen daher nicht zu anderen Zwecken – z. B. Anfragen – ausgewertet werden. Darüber hinaus lässt das derzeit existierende Abrechnungssystem eine solche Abfrage technisch in keiner Weise zu.

Das Institut für Präventivmedizin der Bundeswehr (InstPrävMedBw) erhält zwar grundsätzlich alle erstellten Krankenkarten, auf diesen wird aber lediglich das Ereignis einer stationären Behandlung erfasst.

Interne Auswertungen des KdoSanDstBw berücksichtigen Daten zur intensivmedizinischen Behandlung in den Bundeswehrkrankenhäusern, hingegen keine Angaben bezüglich von Behandlungen in zivilen Krankenhäusern.

Diese Auswertungen ermöglichen daher keine Angaben zu den entsprechend genannten statistischen Daten.

10. Wie hoch war der monatliche durchschnittliche Krankenstand bei der Bundeswehr zwischen 2016 und 2022?

Die Beantwortung der Frage kann in offener Form nicht erfolgen. Die Einstufung als Verschlussache mit dem Geheimhaltungsgrad „VS – Nur für den Dienstgebrauch“ ist im vorliegenden Fall im Hinblick auf das Staatswohl erforderlich. Nach § 2 Absatz 2 Nummer 4 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum materiellen Geheimschutz (Verschlussachenanweisung, VSA) vom 10. August 2018 sind Informationen, deren Kenntnisnahme durch Unbefugte

für die Interessen der Bundesrepublik Deutschland oder eines ihrer Länder nachteilig sein kann, entsprechend einzustufen.*

Eine offene Beantwortung lässt Rückschlüsse auf die Prognose der Einsatzbereitschaft zu. Auf die „VS – Nur für den Dienstgebrauch“ eingestufte Anlage 1 wird verwiesen.

11. Inwiefern und warum handelt es sich bei einer öffentlich einsehbaren Beantwortung von Fragen hinsichtlich der Anzahl von Krankschreibungen und Krankentagen in der Vergangenheit um sicherheitsrelevante Angaben, „deren Bekanntwerden für die Sicherheitsinteressen der Bundesrepublik Deutschland nachteilig sein könnte“ (siehe Antwort zu den Fragen 26 bis 29 auf Bundestagsdrucksache 20/1438, S. 9 f.)?

Das Bundesministerium der Verteidigung hat die Beantwortung dieser Fragen als „VS – Nur für den Dienstgebrauch“ eingestuft, da sie Rückschlüsse auf die Prognose der Einsatzbereitschaft zulässt.*

Auf die Antwort zu Frage 10 wird verwiesen.

12. Wie entwickelten sich die Imp fzahlen und die Imp fquoten in der Bundeswehr seit der ersten Notzulassung von Impfstoffen gegen COVID-19 bis ultimo April 2023?

Auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 3 der Kleinen Anfrage auf Bundestagsdrucksache 20/6437 wird verwiesen.

13. Worum handelt es sich bei dem sogenannten COVID-Dashboard (<https://www.bundeswehr.de/de/organisation/cyber-und-informationsraum/aktuelles/neues-informationstool-fuer-das-corona-lagezentrum-225992>), und welche Daten werden im COVID-Dashboard gesammelt?

Das im Artikel dargestellte und beschriebene Dashboard wurde im Jahr 2022 eingestellt. Das genannte Dashboard war der Prototyp, auf dem das weiterentwickelte, aktuelle Dashboard basiert. Für das aktuelle Dashboard werden folgende Daten gesammelt: COVID-19-Fälle mit Datum und regionaler Meldebehörde, Hospitalisierungs- und Todesfälle bei militärischem Personal.

14. Wie hoch waren die Coronainzidenzen bei der Bundeswehr zwischen 2020 und April 2023 gemäß COVID-Dashboard?
 - a) Ist eine Korrelation mit den Inzidenzen bei der deutschen Zivilbevölkerung erkennbar?
 - b) Wie entwickelte sich die Inzidenz bei der Bundeswehr im Vergleich zur deutschen Gesamtbevölkerung und zur Alterskohorte von 15 bis 59 Jahren seit 2020 bis April 2023?

Die Fragen 14 bis 14b werden zusammen beantwortet.

Die Höhe der Inzidenzen ist der beigefügten Anlage 2 zu entnehmen.** Bis Mitte November 2022 ist eine gleichgelagerte Korrelation zu erkennen. Seitdem liegt eine scheinbar höhere Inzidenz bei Bundeswehrangehörigen vor. Auf

* Das Bundesministerium der Verteidigung hat die Antwort als „VS – Nur für den Dienstgebrauch“ eingestuft. Die Antwort ist im Parlamentssekretariat des Deutschen Bundestages hinterlegt und kann dort von Berechtigten eingesehen werden.

** Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/8074 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 66 auf Bundestagsdrucksache 20/4141 wird verwiesen. Die scheinbar höhere Inzidenz bei Bundeswehrangehörigen ist auf den geringeren PCR-Testumfang im Zivilbereich sowie eine geringere Meldedisziplin bei den nachgewiesenen COVID-19-Infektionen in diesem Bereich zurückzuführen.

Zivile Daten und militärische Daten können bezogen auf diese Situation daher nicht miteinander verglichen werden.

15. Wie viele der in der Antwort zu Frage 4 auf Bundestagsdrucksache 20/3299 in der Tabelle aufgeführten PCR-Tests waren positiv?

2020: 2.212.

2021: 6.924.

16. Wie viele Schnelltests wurden der Bundeswehr zur Verfügung gestellt?
- a) Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele einfache Schnelltests durch Nasenabstrich in der Bundeswehr vorgenommen worden sind (bitte ausführen)?
- b) Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele Testungen durch Nasenabstrich positiv waren (wenn ja, bitte ausführen)?

Die Fragen 16 bis 16b werden zusammen beantwortet.

Im Rahmen der COVID-19 Pandemie standen der Bundeswehr etwa 2,16 Millionen Schnellteste (Laienteste) zur Verfügung. Weitergehende Informationen sind nicht bekannt.

17. Wie viele der auf COVID-19 positiv getesteten Bundeswehrangehörigen waren gegen COVID-19 geimpft (bitte monatlich seit der ersten Zulassung von Impfstoffen gegen COVID-19 bis ultimo April 2023 tabellarisch aufschlüsseln)?

Diese Daten wurden nicht erfasst.

18. Welche Bedeutung wird dem sogenannten Long-COVID-Syndrom sowie dem sogenannten Post-Vac-Syndrom (gesundheitliche Beeinträchtigung nach der COVID-Schutzimpfung; siehe <https://www.tagesschau.de/wissen/gesundheits/post-vaccine-syndrom-corona-impfung-101.html>) in der Bundeswehr beigemessen?
- a) Bei wie vielen Soldaten ist bis zum Stichtag 30. April 2023 ein Long-COVID-Syndrom sowie ein Post-Vac-Syndrom diagnostiziert worden (vgl. Antwort zu Frage 2c auf Bundestagsdrucksache 20/460 und Antwort zu Frage 7 auf Bundestagsdrucksache 20/3299)?
- b) Wie werden Soldaten mit Long-COVID-Syndrom und Post-Vac-Syndrom durch die Bundeswehr behandelt?

Die Fragen 18 bis 18b werden zusammen beantwortet.

Es bestehen keine schlüssigen statistischen Angaben bezüglich der diagnostizierten Fälle von Long/Post-Covid oder dem sogenannten „Post-Vac-Syndrom“ in der Bundeswehr.

Die Behandlung erfolgt individuell unter Beachtung der jeweiligen Symptome und der entsprechenden aktuellen medizinischen Standards (Best-Practise).

19. In welchen Abständen wird gemäß Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. Juli 2022 (<https://www.bverwg.de/pm/2022/44>) die Duldungspflicht betreffend die COVID-19-Schutzimpfung überwacht und evaluiert?
- Gibt es diesbezüglich Evaluierungsberichte?
 - Auf Grundlage welcher Daten erfolgt eine Überprüfung und Evaluierung?
 - Unter welchen Voraussetzungen rechnet die Bundesregierung mit einer Aufhebung der Impfpflicht gegen das COVID-19-Virus?

Die Fragen 19 bis 19c werden zusammen beantwortet.

Alle duldungspflichtigen Impfungen einschließlich derjenigen gegen COVID-19 unterliegen einem permanenten Monitoring. Dazu werden kontinuierlich die aktuelle Fachliteratur, Publikationen des RKI und des PEI sowie weiterer internationaler Fachgremien (wie ECDC und CDC) analysiert. Ebenso werden bundeswehrinterne Vorgänge wie Meldungen von UAW oder WDB-Verfahren herangezogen.

Im Nachgang des Beschlusses des BVerwG vom 7. Juli 2022 wird derzeit ein Expertenpanel für die Impf- und Prophylaxemaßnahmen der Bundeswehr initiiert, welches sich bei Änderungen der STIKO-Empfehlungen oder Hinweisen aus der Fachliteratur, mindestens einmal jährlich, mit den duldungspflichtigen Impfungen befasst und ggf. die Vorschriften dahingehend anpasst.

Die Befassung mit den einzelnen Impfungen erfolgt systematisch auf der Grundlage der umfänglichen Evaluierungsmethodik WHO-INTEGRATE, welche den internationalen Standard darstellt und derzeit in ihrer aktuellen Form von der Pettenkofer School of Public Health zusätzlich extern evaluiert wird.

20. Wird im Zusammenhang mit der Evaluierung (vgl. Frage 19) auch eine Nutzen-Risiko-Analyse vorgenommen, und zu welchen Ergebnissen sind diese Analysen auch mit Blick auf das immer stärker abnehmende Infektions- und Hospitalisierungsrisiko gekommen?

Ja, die Evaluierungsmethodik WHO-INTEGRATE enthält auch den Unterpunkt der Nutzen-Schaden-Abwägung. Diese wurde somit ebenfalls erarbeitet. Dabei wurden im besonderen Maße die Abwägungen der STIKO berücksichtigt, welche sich im Zuge der Implementierung der Impfempfehlung damit ausführlich auseinandersetzen. Diese „Gegenüberstellung von Wirksamkeit und Sicherheit der COVID-19-Impfung“ samt der verwendeten Literatur ist im Epidemiologischen Bulletin 21/2023 vom 25. Mai 2023 aufgeführt.

Von Seiten der Bundeswehr wurde hinsichtlich der COVID-19-Impfung ebenfalls unverändert eine positive Nutzen-Risiko-Abwägung festgestellt.

21. Warum besteht nach wie vor die Impfpflicht gegen COVID-19 für Soldaten, obwohl ein Fremdschutz durch die Impfung nicht gewährleistet wird?

Neben einem geringen und kurzfristigen Transmissionsschutz durch die Impfung besteht weiterhin nachweislich ein hoher Individualschutz vor schweren Krankheitsverläufen, Hospitalisierung und Tod. Somit kommt der Dienstherr auch seiner Pflicht zur Fürsorge nach.

22. Warum hält die Bundesregierung an der Duldungspflicht der Soldaten für die COVID-19-Schutzimpfung fest, wenngleich andere Streitkräfte, beispielsweise die der USA, die Impfpflicht gegen COVID-19 aufgehoben haben (<https://www.spiegel.de/ausland/usa-republikaner-kippen-corona-impfpflicht-bei-den-streitkraeften-a-81bf511a-d253-4e7f-9d20-caf60595a461>)?

Die Bundeswehr folgt den national amtlichen Empfehlungen der STIKO, welche unverändert empfiehlt, dass jede erwachsene Person über eine Basisimmunität verfügen soll (Empfehlungen der STIKO, Epidemiologisches Bulletin 21/2023 vom 25. Mai 2023). Die Handlungen anderer Staaten liegen nicht im Verantwortungsbereich der Bundesregierung.

23. Warum hält die Bundesregierung an der Duldungspflicht der Soldaten für die COVID-19-Schutzimpfung fest, wenngleich die einrichtungsbezogene Impfpflicht zum Schutz vulnerabler Personengruppen aufgehoben worden ist und es auch keine Impfpflicht für die Altersgruppe von 18 bis 59 Jahren besteht?

Die Bundeswehr orientiert sich an den Empfehlungen der STIKO (zuletzt Epidemiologisches Bulletin 21/2023 vom 25. Mai 2023), welche unverändert empfiehlt, dass jede erwachsene Person über eine Basisimmunität verfügen soll. Darüber hinaus bedingen die Besonderheiten im bundeswehreigenen Dienstbetrieb (beengte Verhältnisse wie Gemeinschaftsunterkünfte, auf Schiffen oder in U-Booten oder Panzern, häufige und wechselnde Personenkontakte, Gemeinschaftsverpflegung etc.) im Inland und besonders im Ausland, auch unter Berücksichtigung von ggf. eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten, eine besondere Vorsicht. Ebenso ist die Fürsorgepflicht des Dienstherrn für die individuelle Soldatin/für den individuellen Soldaten zu berücksichtigen.

7-Tage-Inzidenzen

Zeitraum März 2020	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum April 2020	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Mai 2020	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	0,00	01	55,98	01	11,41
02	0,00	02	57,61	02	14,13
03	0,00	03	50,54	03	8,70
04	0,00	04	50,54	04	8,70
05	0,00	05	50,00	05	9,24
06	0,00	06	46,20	06	8,15
07	0,00	07	47,28	07	7,07
08	0,00	08	43,48	08	7,07
09	2,72	09	36,96	09	3,26
10	2,17	10	38,04	10	3,80
11	4,89	11	35,33	11	3,80
12	5,98	12	34,24	12	4,35
13	7,61	13	33,15	13	7,07
14	8,70	14	28,80	14	8,15
15	11,41	15	22,83	15	7,61
16	11,96	16	24,46	16	8,70
17	11,41	17	20,11	17	8,15
18	13,04	18	19,57	18	8,15
19	21,74	19	18,48	19	8,15
20	25,54	20	17,39	20	7,07
21	29,89	21	17,39	21	5,43
22	35,87	22	16,30	22	5,43
23	39,67	23	13,59	23	4,35
24	45,65	24	12,50	24	4,35
25	49,46	25	7,61	25	4,35
26	47,28	26	11,41	26	4,35
27	55,43	27	11,41	27	3,26
28	59,24	28	11,41	28	2,17
29	53,80	29	11,96	29	2,17
30	54,89	30	13,04	30	2,17
31	52,17	31		31	2,17

Zeitraum Juni 2020	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Juli 2020	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum August 2020	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	2,72	01	0,54	01	4,89
02	1,63	02	1,63	02	6,52
03	0,54	03	2,72	03	6,52
04	0,54	04	3,80	04	7,61
05	0,54	05	3,80	05	6,52
06	1,09	06	3,80	06	5,43
07	1,09	07	3,80	07	3,26
08	0,54	08	4,35	08	4,89
09	0,54	09	3,26	09	4,35
10	0,54	10	2,17	10	4,35
11	0,54	11	2,72	11	3,26
12	1,09	12	3,80	12	4,35
13	1,09	13	3,80	13	4,89
14	1,63	14	4,35	14	6,52
15	2,17	15	4,35	15	7,07

16	2,17	16	5,43	16	5,98
17	2,17	17	5,98	17	5,98
18	2,17	18	4,35	18	7,61
19	2,17	19	4,35	19	8,15
20	1,63	20	4,35	20	11,41
21	1,63	21	4,89	21	12,50
22	1,09	22	4,89	22	16,85
23	1,09	23	4,35	23	18,48
24	1,09	24	3,26	24	18,48
25	1,09	25	5,43	25	19,57
26	1,09	26	4,35	26	20,65
27	1,09	27	4,35	27	20,11
28	0,54	28	3,26	28	25,54
29	0,54	29	3,80	29	22,83
30	0,54	30	4,89	30	21,20
31		31	7,07	31	21,20

Zeitraum Sept. 2020	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Oktober 2020	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum November 2020	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	19,02	01	23,91	01	118,48
02	19,57	02	25,00	02	118,48
03	19,02	03	21,74	03	137,50
04	14,13	04	21,74	04	145,65
05	13,59	05	21,74	05	143,48
06	13,59	06	20,65	06	127,72
07	13,59	07	24,46	07	158,15
08	13,59	08	19,02	08	158,15
09	12,50	09	20,11	09	160,33
10	12,50	10	24,46	10	137,50
11	11,96	11	24,46	11	120,11
12	12,50	12	24,46	12	117,93
13	12,50	13	25,54	13	123,37
14	12,50	14	30,43	14	89,67
15	16,85	15	35,87	15	94,02
16	19,02	16	49,46	16	97,28
17	23,91	17	60,33	17	92,39
18	24,46	18	67,93	18	101,09
19	25,00	19	67,93	19	102,72
20	28,80	20	70,65	20	97,83
21	30,98	21	82,61	21	109,78
22	27,72	22	91,85	22	105,43
23	25,00	23	88,59	23	98,91
24	17,93	24	91,30	24	107,61
25	17,93	25	85,87	25	107,07
26	19,02	26	86,96	26	110,33
27	15,22	27	102,72	27	110,87
28	13,04	28	95,65	28	107,61
29	15,76	29	102,17	29	109,78
30	17,93	30	121,74	30	110,33
31		31	120,65	31	

Zeitraum Dezember 2020	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Januar 2021	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Februar 2020	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	107,07	01	121,20	01	79,89
02	114,13	02	113,04	02	67,93
03	108,70	03	122,83	03	63,59
04	130,98	04	123,37	04	77,17
05	114,13	05	108,70	05	81,52
06	115,76	06	104,35	06	94,57
07	116,85	07	103,26	07	104,89
08	116,30	08	114,13	08	105,43
09	110,87	09	147,83	09	96,20
10	127,17	10	149,46	10	103,80
11	116,30	11	153,80	11	89,13
12	132,61	12	157,07	12	90,76
13	142,93	13	163,59	13	75,54
14	141,30	14	171,74	14	64,67
15	159,24	15	158,15	15	65,22
16	180,98	16	145,65	16	79,89
17	177,72	17	136,96	17	79,35
18	178,80	18	132,07	18	88,04
19	203,26	19	122,83	19	81,52
20	197,28	20	121,74	20	85,33
21	204,35	21	108,15	21	85,33
22	216,85	22	109,24	22	85,33
23	195,65	23	113,59	23	74,46
24	204,89	24	117,93	24	79,89
25	171,74	25	186,96	25	87,50
26	132,61	26	200,00	26	98,37
27	124,46	27	187,50	27	91,85
28	122,83	28	184,78	28	98,91
29	108,15	29	176,63	29	
30	117,39	30	160,33	30	
31	98,91	31	153,80	31	

Zeitraum März 2021	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum April 2021	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Mai 2021	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	99,46	01	177,72	01	160,87
02	98,91	02	175,54	02	159,78
03	91,85	03	163,59	03	159,78
04	83,15	04	161,96	04	160,33
05	82,07	05	157,61	05	148,91
06	81,52	06	135,33	06	134,24
07	92,93	07	128,26	07	140,76
08	92,39	08	112,50	08	121,74
09	92,39	09	135,33	09	125,54
10	94,02	10	155,43	10	133,70
11	85,87	11	159,78	11	153,80
12	74,46	12	159,78	12	165,76
13	80,98	13	185,87	13	170,11
14	62,50	14	202,17	14	155,98

15	64,67	15	216,30	15	160,87
16	103,80	16	197,28	16	157,61
17	179,35	17	194,57	17	149,46
18	178,26	18	188,59	18	120,11
19	200,54	19	189,67	19	92,39
20	221,20	20	182,61	20	79,89
21	226,09	21	175,00	21	73,91
22	226,09	22	175,54	22	59,78
23	196,20	23	186,96	23	58,70
24	131,52	24	180,98	24	58,15
25	150,54	25	181,52	25	50,00
26	151,09	26	178,80	26	50,00
27	155,98	27	175,00	27	42,39
28	157,61	28	188,59	28	72,83
29	160,87	29	185,33	29	73,37
30	166,30	30	158,15	30	71,74
31	161,41	31		31	71,74

Zeitraum Juni 2021	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Juli 2021	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum August 2021	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	75,54	01	12,50	01	19,02
02	70,65	02	9,24	02	19,02
03	68,48	03	4,89	03	19,57
04	34,78	04	4,35	04	22,28
05	24,46	05	4,35	05	19,57
06	24,46	06	4,35	06	18,48
07	24,46	07	3,80	07	16,85
08	22,83	08	4,89	08	16,85
09	16,85	09	7,61	09	17,93
10	10,87	10	8,70	10	18,48
11	9,78	11	8,70	11	13,04
12	10,33	12	8,70	12	17,93
13	9,78	13	9,24	13	20,11
14	9,24	14	9,78	14	21,20
15	9,24	15	9,78	15	23,91
16	8,70	16	8,70	16	22,28
17	10,33	17	9,24	17	25,54
18	10,87	18	9,24	18	29,89
19	10,87	19	9,78	19	30,43
20	10,87	20	10,33	20	33,15
21	10,87	21	11,41	21	34,24
22	10,87	22	15,22	22	32,61
23	10,33	23	17,93	23	32,61
24	7,61	24	20,11	24	30,43
25	9,24	25	20,65	25	33,15
26	13,04	26	20,65	26	34,24
27	13,59	27	19,57	27	30,98
28	13,59	28	20,65	28	33,15
29	12,50	29	20,11	29	33,15
30	13,04	30	19,57	30	34,24
31		31	19,57	31	34,24

Zeitraum Sept. 2021	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Oktober 2021	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum November 2021	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	34,78	01	35,33	01	105,43
02	45,11	02	39,67	02	98,91
03	50,54	03	40,22	03	91,30
04	50,54	04	40,22	04	107,61
05	51,63	05	41,85	05	114,67
06	50,54	06	41,30	06	150,00
07	52,17	07	45,65	07	152,17
08	53,26	08	56,52	08	151,09
09	48,91	09	53,80	09	164,13
10	47,28	10	53,26	10	200,54
11	49,46	11	53,26	11	215,22
12	48,91	12	52,17	12	260,33
13	50,00	13	54,89	13	269,57
14	51,63	14	55,43	14	273,91
15	52,17	15	49,46	15	274,46
16	47,28	16	53,26	16	278,80
17	51,63	17	53,26	17	293,48
18	51,63	18	53,26	18	310,87
19	50,00	19	57,61	19	297,28
20	50,00	20	64,13	20	319,57
21	50,00	21	70,65	21	324,46
22	55,98	22	72,28	22	329,89
23	56,52	23	78,80	23	346,20
24	53,26	24	81,52	24	347,28
25	47,28	25	81,52	25	353,26
26	47,28	26	85,33	26	358,15
27	46,20	27	89,67	27	372,83
28	44,57	28	89,67	28	370,11
29	36,96	29	98,91	29	369,02
30	35,87	30	105,43	30	367,39
31		31	104,35	31	

Zeitraum Dezember 2021	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Januar 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Februar 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	385,33	01	130,43	01	1273,37
02	391,85	02	128,80	02	1328,26
03	406,52	03	133,15	03	1385,87
04	362,50	04	128,80	04	1441,30
05	360,33	05	165,76	05	1481,52
06	362,50	06	223,37	06	1463,04
07	377,17	07	270,11	07	1561,41
08	391,85	08	333,70	08	1573,91
09	390,76	09	357,07	09	1595,65
10	386,41	10	354,89	10	1673,37
11	405,98	11	392,93	11	1716,30
12	411,41	12	464,67	12	1701,09
13	404,35	13	517,39	13	1722,83
14	380,98	14	586,41	14	1630,43
15	363,04	15	641,85	15	1642,39
16	351,63	16	635,33	16	1616,85
17	315,76	17	638,04	17	1642,39
18	297,28	18	662,50	18	1635,33

19	292,93	19	692,39	19	1679,89
20	293,48	20	725,54	20	1662,50
21	296,20	21	752,72	21	1650,00
22	261,41	22	826,09	22	1634,24
23	228,26	23	849,46	23	1673,37
24	218,48	24	856,52	24	1636,41
25	163,59	25	901,63	25	1620,65
26	160,33	26	997,83	26	1580,43
27	159,78	27	1068,48	27	1602,17
28	148,91	28	1140,76	28	1597,83
29	131,52	29	1202,72	29	
30	127,17	30	1233,15	30	
31	123,91	31	1238,04	31	

Zeitraum März 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum April 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Mai 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	1588,59	01	2123,91	01	1440,22
02	1525,54	02	2113,59	02	1442,93
03	1558,15	03	2107,07	03	1402,72
04	1590,22	04	2099,46	04	1389,67
05	1654,35	05	2007,61	05	1331,52
06	1650,54	06	1845,11	06	1303,80
07	1655,98	07	1740,22	07	1290,22
08	1692,93	08	1709,78	08	1294,02
09	1756,52	09	1585,33	09	1290,22
10	1769,02	10	1647,28	10	1270,11
11	1810,33	11	1645,65	11	1223,37
12	1882,61	12	1656,52	12	1126,09
13	1880,98	13	1730,98	13	1071,74
14	1876,09	14	1709,78	14	1086,96
15	1915,22	15	1676,63	15	1089,13
16	1994,57	16	1441,30	16	1087,50
17	2055,98	17	1331,52	17	1034,24
18	2198,37	18	1328,80	18	1008,70
19	2238,59	19	1116,30	19	985,33
20	2232,61	20	972,28	20	871,74
21	2228,80	21	1052,17	21	760,87
22	2217,93	22	1170,11	22	755,98
23	2196,20	23	1412,50	23	755,98
24	2226,63	24	1423,91	24	748,37
25	2175,54	25	1424,46	25	696,74
26	2154,35	26	1662,50	26	683,15
27	2145,11	27	1733,15	27	608,70
28	2156,52	28	1653,80	28	510,87
29	2229,89	29	1555,43	29	539,13
30	2277,17	30	1450,54	30	539,13
31	2250,54	31		31	503,26

Zeitraum Juni 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Juli 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum August 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	451,63	01	1128,26	01	1015,22
02	374,46	02	1190,22	02	980,98
03	496,20	03	1176,09	03	947,83
04	624,46	04	1175,00	04	880,98
05	589,67	05	1172,83	05	810,33
06	591,85	06	1393,48	06	728,26
07	505,43	07	1398,37	07	729,89
08	521,20	08	1339,13	08	727,72
09	648,91	09	1369,02	09	701,63
10	667,39	10	1366,30	10	640,22
11	705,98	11	1370,11	11	609,78
12	729,89	12	1404,35	12	584,78
13	727,72	13	1357,61	13	574,46
14	846,20	14	1283,70	14	573,37
15	904,35	15	1259,78	15	573,37
16	857,61	16	1274,46	16	567,39
17	748,37	17	1271,74	17	575,54
18	671,20	18	1267,93	18	557,61
19	647,83	19	1322,83	19	557,61
20	648,37	20	1297,28	20	545,65
21	689,67	21	1338,04	21	545,11
22	821,20	22	1390,76	22	545,11
23	915,76	23	1317,93	23	564,13
24	1019,02	24	1319,02	24	556,52
25	1092,39	25	1319,02	25	524,46
26	1109,78	26	1285,33	26	485,87
27	1110,33	27	1208,70	27	479,35
28	1029,35	28	1126,63	28	484,24
29	874,46	29	1023,37	29	485,33
30	967,93	30	1014,13	30	461,41
31		31	1013,04	31	426,09

Zeitraum Sept. 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Oktober 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum November 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	422,83	01	805,43	01	670,11
02	426,63	02	852,72	02	558,15
03	412,50	03	852,72	03	463,59
04	408,15	04	779,89	04	457,07
05	407,07	05	685,87	05	420,11
06	394,02	06	769,02	06	416,30
07	379,35	07	884,24	07	417,93
08	374,46	08	1053,80	08	480,43
09	373,37	09	1021,74	09	528,80
10	376,09	10	1022,28	10	491,85
11	373,91	11	1183,15	11	445,65
12	373,91	12	1388,04	12	390,76
13	370,65	13	1386,96	13	390,76
14	390,22	14	1270,11	14	389,13
15	385,33	15	1157,07	15	359,78
16	414,13	16	1142,93	16	338,59
17	423,91	17	1145,65	17	338,04
18	423,91	18	1102,17	18	347,83

19	423,91	19	1062,50	19	349,46
20	427,17	20	1044,02	20	350,54
21	439,67	21	1073,91	21	350,54
22	478,26	22	1036,96	22	346,74
23	492,93	23	1033,15	23	347,28
24	528,26	24	1030,43	24	372,28
25	530,98	25	999,46	25	358,70
26	530,98	26	913,59	26	376,09
27	556,52	27	867,39	27	377,72
28	630,98	28	773,91	28	378,26
29	702,17	29	741,85	29	401,63
30	764,67	30	746,20	30	431,52
31		31	745,65	31	

Zeitraum Dezember 2022	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Januar 2023	7-Tage- Inzidenz COVID-19	Zeitraum Februar 2023	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	444,02	01	91,30	01	332,07
02	469,57	02	89,13	02	343,48
03	500,00	03	122,83	03	380,98
04	498,37	04	234,24	04	432,61
05	499,46	05	307,61	05	434,24
06	493,48	06	335,87	06	434,24
07	523,91	07	355,98	07	458,15
08	567,93	08	355,43	08	488,04
09	598,37	09	355,43	09	510,33
10	607,07	10	353,26	10	479,89
11	605,43	11	300,00	11	460,87
12	604,89	12	277,17	12	461,96
13	642,39	13	286,96	13	461,96
14	675,54	14	282,61	14	444,02
15	698,37	15	282,61	15	413,59
16	696,74	16	282,61	16	430,98
17	710,87	17	275,00	17	464,13
18	717,39	18	246,74	18	450,54
19	716,30	19	238,59	19	448,37
20	684,24	20	222,83	20	448,37
21	630,98	21	233,70	21	446,20
22	616,30	22	233,70	22	448,37
23	595,11	23	233,70	23	459,24
24	543,48	24	229,89	24	471,20
25	537,50	25	252,72	25	558,70
26	539,67	26	276,09	26	572,28
27	489,13	27	301,09	27	573,91
28	375,00	28	297,28	28	620,65
29	220,11	29	297,28	29	
30	150,00	30	297,28	30	
31	91,30	31	305,98	31	

Zeitraum März 2023	7-Tage- Inzidenz COVID-19
01	667,93
02	654,35
03	640,76
04	591,30
05	577,72
06	576,09
07	555,98
08	564,67
09	546,74
10	523,91
11	519,57
12	521,74
13	521,74
14	509,78
15	455,98

