

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Große Anfrage der Abgeordneten Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 20/6750 –**

Datengrundlage für Maßnahmen zur Kontrolle der Ausbreitung von SARS-CoV-2 (COVID-19)

Vorbemerkung der Fragesteller

Das Management einer Krise erfordert allgemein die Erfassung von relevanten Parametern, die den Verlauf der Krise charakterisieren, damit Gegenmaßnahmen möglichst gezielt ergriffen werden können und dann die Effektivität dieser Maßnahmen zuverlässig analysiert werden kann.

Dies gilt konkret auch für die COVID-19-Pandemie. Im Folgenden werden entsprechende Parameter klassifiziert:

- a) Parameter, die die Ausbreitungsdynamik und die Schwere der Erkrankung charakterisieren,
- b) Parameter, die die Qualität der Durchführung von Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie wiedergeben,
- c) Parameter, die die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung repräsentieren,
- d) Parameter, die ‚Nebenwirkungen‘ von Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung signalisieren (unerwünschte, negative, aber auch positive),
- e) Parameter, die die Effizienz von Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung, also den Aufwand bzw. die Kosten (auch für Schäden) im Verhältnis zum angestrebten Nutzen quantifizieren.

Sich aus dieser Klassifizierung ergebende Parameter werden im Folgenden beispielhaft genannt:

Kategorie a) Ausbreitungsdynamik und Schwere der Erkrankung:

- Kennzeichen (Symptome, Testergebnisse) sogenannter Störer, also Personen, die krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig oder Ausscheider im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sind,
- Inzidenz (Anteil positiver Tests durch PCR auf SARS-CoV-2 in einer repräsentativen Stichprobe: Gemeint ist die eigentliche Definition von Inzidenz, also der Prozent vorhandener Fälle in der Bevölkerung),

- Seroprävalenz (durch die Untersuchung einer oder mehrerer repräsentativer Stichproben ermittelter Anteil der Bevölkerung mit serologisch nachweisbaren Antikörpern gegen SARS-CoV-2),
- Anzahl positiver Tests durch PCR auf SARS-CoV-2 und Gesamtzahl der Tests pro Land- bzw. Stadtkreis (gemessen durch standardisierte RT-PCR inklusive Angaben zur falsch-positiv- und falsch-negativ-Rate),
- Anteil der positiven Tests durch PCR auf SARS-CoV-2 bei Patienten mit spezifischen Symptomen und entsprechender Diagnose durch einen Arzt,
- Anteil der Patienten mit positiven Tests auf SARS-CoV-2 mittels PCR, die wegen COVID-19 hospitalisiert sind, an allen hospitalisierten Patienten,
- Anteil der intensivpflichtigen Patienten mit positiven Tests durch PCR auf SARS-CoV-2 an allen intensivpflichtigen Patienten (DIVI-Statistik),
- Anteil der intensivpflichtigen Patienten mit positiven Tests durch PCR auf SARS-CoV-2, die ursächlich wegen COVID-19 hospitalisiert wurden, an allen intensivpflichtigen Patienten (DIVI-Statistik),
- Anteil der Verstorbenen mit positiven Tests durch PCR auf SARS-CoV-2 (Anteil an oder mit COVID-19) in der Gesamtbevölkerung,
- Anteil der Verstorbenen mit positiven Tests durch PCR auf SARS-CoV-2 in der Gesamtbevölkerung, die ursächlich an COVID-19 verstorben sind,
- Infektionssterblichkeitsrate (IFR).

Kategorie b) Durchführung der Maßnahmen:

- Stringenz bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung (wie konsequent werden Maßnahmen umgesetzt bzw. die Anordnungen eingehalten: Prozent umgesetzter Maßnahmen von vorgesehenen Maßnahmen),
- Fehlerrate bei der Umsetzung der Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung,
- Akzeptanz der Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung bei der Bevölkerung,
- Impfrate (Anteil der Personen mit einem bestimmten Impfstatus in der Gesamtbevölkerung im zeitlichen Verlauf der Pandemie).

Kategorie c) Wirksamkeit der Maßnahmen:

- Einfluss von Ausgangssperren auf die Parameter unter Kategorie a),
- Einfluss von Quarantäne auf die Parameter unter Kategorie a),
- Einfluss von Geschäftsschließungen auf die Parameter unter Kategorie a),
- Einfluss von Kontaktverboten auf die Parameter unter Kategorie a),
- Einfluss von Einschränkung der Bewegungs- bzw. Reisefreiheit auf die Parameter unter Kategorie a),
- Einfluss der Verlegung von Büroarbeit an den Wohnort auf die Parameter unter Kategorie a),
- Einfluss der Impfrate auf Parameter unter Kategorie a),
- Impfstatus der in den Parametern unter Kategorie a) erfassten Patienten bzw. Personen,
- Einfluss der Maskenpflicht auf die Parameter unter Kategorie a).

Kategorie d) Nebenwirkungen der Maßnahmen:

- Wirtschaftliche Schäden durch Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung (Änderung der Wirtschaftsleistung, Anzahl Konkurse, Arbeitslosigkeit, Steuereinnahmen),

- Anstieg psychischer Probleme bei Kindern durch Maßnahmen wie Schulschließungen, Quarantäne, Kontaktverbote, Maskenpflicht und Ausgangssperren,
- Psychische Schäden durch wirtschaftliche Folgen (Arbeitslosigkeit, Insolvenz) von Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung,
- Psychische Schäden und Übersterblichkeit bei Älteren durch Maßnahmen wie Isolierung, Quarantäne und Kontaktverbote,
- Gesundheitliche Schäden durch vermiedene, verschobene oder verweiger-te medizinische Behandlungen,
- Gesundheitliche Schäden durch Maskentragen,
- Impfschäden: Rate aller Nebenwirkungen,
- Impfschäden: Anteil schwere Nebenwirkungen,
- Impfschäden: Anteil bleibende Schäden,
- Impfschäden: Anteil Todesfolge,
- Impfschäden: Betreffende Diagnosecodierungen (ICD-10) bei Arztabrechnungen (Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 13 Absatz 5 IfSG),
- Impfschäden: Betreffende Diagnosecodierungen (ICD-10) bei Krankenhausabrechnungen (Daten nach § 21 Absatz 3b des Krankenhausentgeltgesetzes – KHEntgG, vorher in § 24 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG, vgl. datenbrowser.inek.org),
- Veränderungen bei den Diagnosecodierungen (ICD-10) der Arztabrechnungen (Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 13 Absatz 5 IfSG),
- Veränderungen bei den Diagnosecodierungen (ICD-10) der Krankenhausabrechnungen (Daten nach § 21 Absatz 3b KHEntgG, vorher in § 24 Absatz 2 KHG, vgl. datenbrowser.inek.org).

Kategorie e) Effizienz der Maßnahmen:

- Durch Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung vermiedene Gesundheitsschäden, Hospitalisierungen und Todesfälle im Vergleich zu den Grundrechtseinschränkungen, Gesundheitsschäden, Hospitalisierungen und Todesfällen, die durch diese Maßnahmen verursacht wurden (sogenannte Kollateralschäden).

Nach § 13 Absatz 5 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und, soweit die Angaben bei ihnen vorliegen, die für die Durchführung von Impfleistungen eingerichteten Impfzentren für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impfeffekten (Impfsurveillance) dem Robert Koch-Institut (RKI) und für Zwecke der Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen (Pharmakovigilanz) dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) in von diesen festgelegten Zeitabständen folgende Angaben zu übermitteln:

- I. Patienten-Pseudonym,
- II. Geburtsmonat und -jahr,
- III. Geschlecht,
- IV. fünfstellige Postleitzahl und Landkreis des Patienten,
- V. Landkreis des behandelnden Arztes oder des Impfzentrums,
- VI. Fachrichtung des behandelnden Arztes,
- VII. Datum der Schutzimpfung, der Vorsorgeuntersuchung, des Arzt-Patienten-Kontaktes und Quartal der Diagnose,
- VIII. antigenspezifische Dokumentationsnummer der Schutzimpfung, bei Vorsorgeuntersuchungen die Leistung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab,

- IX. Diagnosecode nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), Diagnosesicherheit und Diagnosetyp im Sinne einer Akut- oder Dauerdiagnose,
- X. bei Schutzimpfungen gegen Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) zusätzlich die impfstoffspezifische Dokumentationsnummer, die Chargennummer, die Indikation sowie den Beginn oder den Abschluss der Impfserie.

Mit dem 2. Bevölkerungsschutzgesetz wurden die Krankenhäuser mit § 21 Absatz 3b KHEntgG (vorher in § 24 Absatz 2 KHG) verpflichtet, über das unterjährige Leistungsgeschehen Daten gemäß § 21 KHEntgG zum 15. Juni, zum 15. Oktober und zum 15. Januar (Entlassung der Fälle 1. Januar bis 31. Mai, 1. Januar bis 30. September bzw. 1. Januar bis 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres) an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geführte Datenstelle auf Bundesebene zu liefern. Die Daten sollen „für eine fundierte und sachorientierte Überprüfung der Auswirkungen der mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz beschlossenen Maßnahmen“ eine aussagekräftige und belastbare Informationsgrundlage schaffen (datenbrowser.inek.org).

Am 12. Dezember 2022 stellte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Internet eine Datentabelle mit ICD-10-Diagnosecodes (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, aus der medizinischen Klassifikationsliste der WHO) der Jahre 2016 bis 2021 (Stand: 28. November 2022) öffentlich zur Verfügung (www.kbv.de/html/2022_61368.php). Am 16. Dezember 2022 gab das Paul-Ehrlich-Institut eine Information für Journalistinnen und Journalisten zur Interpretation dieser Daten bezüglich der kodierten Todesfälle heraus (www.epochtimes.de/assets/uploads/2022/12/Interpretation-KBV-Daten-PEI-vom-16.-Dezember-2022.pdf).

Nach Kenntnis der Fragesteller ist in dieser Datentabelle für das Jahr 2021 bei mehreren Diagnosecodes ein Anstieg an Meldungen verzeichnet, der 20 Prozent oder noch mehr über der durchschnittlichen Zunahme der Anzahl dieser Kodierungen in den Jahren 2016 bis 2020 liegt (www.corih.de/kk-daten.php). Es handelt sich dabei nach Kenntnis der Fragesteller um nachstehend aufgeführte Diagnosecodes, bei denen nur Kodierungen berücksichtigt sind, in denen die Anzahl der Meldungen im Jahr 2021 500 oder mehr betrug (Prozentangaben der Zunahme in Klammern angegeben):

- A35 Sonstiger Tetanus (73 Prozent),
- A63.8 Sonstige näher bezeichnete, vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten (25 Prozent),
- B53.8 Sonstige parasitologisch bestätigte Malaria, anderenorts nicht klassifiziert (215 Prozent),
- B95.8 Nicht näher bezeichnete Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind (42 Prozent),
- B97.4 Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind (132 Prozent),
- B97.7 Papillomaviren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind (39 Prozent),
- C25.3 Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus (41 Prozent),
- C25.8 Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend (25 Prozent),
- C75.3 Bösartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse] (37 Prozent),
- C78.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura (60 Prozent),
- C79.3 Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute (31 Prozent),

C91.5	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert) (164 Prozent),
D58.8	Sonstige näher bezeichnete hereditäre hämolytische Anämien (34 Prozent),
D82.8	Immundefekte in Verbindung mit anderen näher bezeichneten schweren Defekten (84 Prozent),
E11	Diabetes mellitus, Typ (46 Prozent),
E13.60	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet (25 Prozent),
E72.9	Störung des Aminosäurestoffwechsels, nicht näher bezeichnet (29 Prozent),
E75.4	Neuronale Zeroidlipofuszinose (41 Prozent),
F53.1	Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert (25 Prozent),
G03.8	Meningitis durch sonstige näher bezeichnete Ursachen (28 Prozent),
G08	Intrakranielle und intraspinale Phlebitis und Thrombophlebitis (33 Prozent),
G83.6	Zentrale faziale Parese (29 Prozent),
G90.5	Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I (49 Prozent),
G90.7	Komplexes regionales Schmerzsyndrom, sonstiger und nicht näher bezeichneter Typ (62 Prozent),
H49.8	Sonstiger Strabismus paralyticus (59 Prozent),
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie (158 Prozent),
I40.8	Sonstige akute Myokarditis (35 Prozent),
I40.9	Akute Myokarditis, nicht näher bezeichnet (25 Prozent),
I51.4	Myokarditis, nicht näher bezeichnet (21 Prozent),
J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] (491 Prozent),
J12.9	Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet (52 Prozent),
J17.1	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruserkrankheiten (95 Prozent),
J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] (148 Prozent),
J21.0	Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] (163 Prozent),
K26.1	Ulcus duodeni: Akut, mit Perforation (30 Prozent),
K57.02	Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung (36 Prozent),
K57.42	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung (112 Prozent),
K57.82	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung (43 Prozent),
K57.83	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung (25 Prozent),

- K57.93 Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung (40 Prozent),
- K74.1 Lebersklerose (44 Prozent),
- L04.2 Akute Lymphadenitis an der oberen Extremität (27 Prozent),
- L85.2 Keratosis punctata (palmoplantaris) (47 Prozent),
- L89.06 Dekubitus, Stadium 1: Trochanter (25 Prozent),
- L89.07 Dekubitus, Stadium 1: Ferse (70 Prozent),
- L89.16 Dekubitus, Stadium 2: Trochanter (25 Prozent),
- L89.24 Dekubitus, Stadium 3: Kreuzbein (27 Prozent),
- L89.27 Dekubitus, Stadium 3: Ferse (26 Prozent),
- L89.39 Dekubitus, Stadium 4: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen (28 Prozent),
- L89.9 Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet (27 Prozent),
- L89.95 Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet: Sitzbein (25 Prozent),
- M36.4 Arthropathie bei anderenorts klassifizierten Hypersensitivitätsreaktionen (30 Prozent),
- M46.88 Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Sakral- und Sakrokokzygealbereich (40 Prozent),
- M46.98 Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich (41 Prozent),
- M62.87 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] (41 Prozent),
- M63.86 Sonstige Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] (38 Prozent),
- M72.98 Fibromatose, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] (62 Prozent),
- M79.12 Myalgie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] (33 Prozent),
- M79.69 Schmerzen in den Extremitäten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation (38 Prozent),
- M79.82 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Weichteilgewebes: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] (30 Prozent),
- M82.1 Osteoporose bei endokrinen Störungen (77 Prozent),
- M84.80 Sonstige Veränderungen der Knochenkontinuität: Mehrere Lokalisationen (33 Prozent),
- M86.17 Sonstige akute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] (118 Prozent),
- M86.6 Sonstige chronische Osteomyelitis (28 Prozent),
- M89.80 Sonstige näher bezeichnete Knochenkrankheiten: Mehrere Lokalisationen (25 Prozent),
- N87.0 Niedriggradige Dysplasie der Cervix uteri (26 Prozent),
- N87.9 Dysplasie der Cervix uteri, nicht näher bezeichnet (26 Prozent),
- O21.8 Sonstiges Erbrechen, das die Schwangerschaft kompliziert (120 Prozent)

- P03.4 Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Schnittentbindung (37 Prozent),
- P96.8 Sonstige näher bezeichnete Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (28 Prozent),
- R40.1 Sopor (37 Prozent),
- R43.1 Parosmie (27 Prozent),
- R45.3 Demoralisierung und Apathie (25 Prozent),
- R50.2 Medikamenten-induziertes Fieber [Drug fever] (72 Prozent),
- R50.88 Sonstiges näher bezeichnetes Fieber (82 Prozent),
- R87.7 Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnorme histologische Befunde (60 Prozent),
- R87.8 Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Sonstige abnorme Befunde (29 Prozent),
- S20.88 Oberflächliche Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Thorax: Sonstige (427 Prozent),
- S30.81 Sonstige oberflächliche Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens: Schürfwunde (83 Prozent),
- S30.83 Sonstige oberflächliche Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens: Insektenbiss oder -stich (ungiftig) (38 Prozent),
- S30.85 Sonstige oberflächliche Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens: Prellung (40 Prozent),
- S30.9 Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens, nicht näher bezeichnet (684 Prozent),
- S90.81 Sonstige oberflächliche Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes: Schürfwunde (42 Prozent),
- T35.7 Nicht näher bezeichnete Erfrierung an nicht näher bezeichneten Lokalisationen (77 Prozent),
- T68 Hypothermie (26 Prozent),
- T69.1 Frostbeulen (91 Prozent),
- T80.1 Gefäßkomplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken (61 Prozent),
- T88.0 Infektion nach Impfung [Immunisierung] (199 Prozent),
- Y59.9 Komplikationen durch Impfstoffe oder biologisch aktive Substanzen (175 Prozent),
- Z00.6 Untersuchung von Personen zu Vergleichs- und Kontrollzwecken im Rahmen klinischer Forschungsprogramme (43 Prozent),
- Z00.8 Sonstige Allgemeinuntersuchungen (39 Prozent),
- Z09.3 Nachuntersuchung nach Psychotherapie (737 Prozent),
- Z51.5 Palliativbehandlung (34 Prozent),
- Z76.8 Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen näher bezeichneten Gründen in Anspruch nehmen (203 Prozent).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die ersten Fälle von COVID-19 in Deutschland wurden Ende Januar 2020 berichtet. Ab Mitte Februar 2020 traten an verschiedenen Orten in Deutschland Fälle von COVID-19 auf, bei denen die Infektionsketten auch teilweise nicht mehr nachvollziehbar waren. Bedingt durch rasch ansteigende Infektionszahlen und eine hohe Morbidität von COVID-19 wurden bereits zu Beginn der Pandemie im März 2020 bevölkerungsbezogene Maßnahmen ergriffen, um die Verbreitung von SARS-CoV-2 zu senken und die Belastung des Gesundheitswesens zu reduzieren.

Da gerade zu Beginn der COVID-19-Pandemie weder Therapiemöglichkeiten noch Impfungen verfügbar waren, standen nichtpharmazeutische Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie im Vordergrund. Da das SARS-CoV-2-Virus vor allem als Tröpfcheninfektion und über Aerosole von Mensch zu Mensch übertragen wird, war zu vermuten, dass auch Verhaltensweisen und Situationen im Alltagsleben mit einem Infektionsrisiko einhergehen können, wie zum Beispiel das Einkaufen in Geschäften, Friseurbesuche oder die Nutzung des ÖPNV.

Die Maßnahmen zielten daher darauf ab, durch eine Begrenzung von Kontakten zwischen Menschen die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verlangsamen und die allgemeine Krankheitslast und damit auch die Belastung des Gesundheitssystems zu reduzieren. Im weiteren Verlauf der Pandemie standen Impfungen zur Verfügung, die Anpassungen der nichtpharmazeutischen Infektionsschutzmaßnahmen ermöglichten.

Um das Ausmaß einer Pandemie sowie die daraus folgende Krankheitslast und die Belastung des Gesundheitssystems abzubilden und zu bewerten, werden in der Epidemiologie verschiedene Indikatoren genutzt. Die von den Fragestellern in der Vorbemerkung vorgebrachten Kategorien und Parameter entsprechen nicht durchgehend den allgemein etablierten und wissenschaftlich anerkannten Parametern beziehungsweise Definitionen. Beispielsweise wird bei dem Begriff „Inzidenz“, der in der Epidemiologie als Kennzahl für die Anzahl der Neuerkrankungen in einer definierten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum benutzt wird, die Definition „Anteil der Fälle in einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung“ angegeben, was eher der Definition der „Prävalenz“ entsprechen würde. Die Parameter scheinen daher zum Teil selbstdefiniert zu sein. Da die in der Vorbemerkung der Fragesteller genutzten Quellen oder Datengrundlagen der Bundesregierung nicht vorliegen, können diese nicht im Einzelnen bewertet oder bestätigt werden. Zu den speziellen Fragen im Folgenden sind die allgemein im wissenschaftlichen Kontext auch international genutzten und anerkannten Indikatoren verwendet worden und werden dort entsprechend erklärt.

Auswertungen zur Umsetzung der Maßnahmen und zu deren langfristigen Auswirkungen finden seit Beginn der Pandemie fortlaufend auf Basis wissenschaftlicher Methoden statt. Bereits zur Verfügung stehende Erkenntnisse aus diesen Auswertungen sind im Folgenden bei der Beantwortung der Fragen zugrunde gelegt worden. Da verschiedene Auswertungen ausstehen, ist eine abschließende Einordnung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich.

1. Welche Daten zur Inzidenz, entsprechend der in Kategorie a) in der Vorbemerkung der Fragesteller beschriebenen Definition, lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Entsprechende Daten zu den Inzidenzen können unter folgendem Link abgerufen werden: https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19_7-Tage-Inzidenz_in_Deutschland.

2. Welche Daten zur Seroprävalenz, entsprechend der in Kategorie a) in der Vorbemerkung der Fragesteller beschriebenen Definition, lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Daten zur Seroprävalenz aus repräsentativen Stichproben liegen aus folgenden Studien vor:

1. Corona-BUND-Studie: In dieser Studie wurde vom 30. Juni 2020 bis 12. August 2020 eine bundesweite Stichprobe von 11 040 Personen ab 18 Jahren sowie vom 26. Oktober 2020 bis 18. November 2020 von 10 324 Personen ab 18 Jahren untersucht. Die ermittelten Seroprävalenzen betragen 0,5 Prozent.
2. Corona-Monitoring bundesweit, Welle 1: In dieser Studie wurden Erwachsene in Deutschland aus dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) beziehungsweise aus der Studie „Leben in Deutschland“ rekrutiert. 15 122 Personen wurden untersucht, im November 2020 lag die Seroprävalenz bundesweit bei 1,3 Prozent.
3. Corona-Monitoring bundesweit, Welle 2 als Fortführung der ersten Studie: 11 162 Personen wurden untersucht. Die Seroprävalenz wurde bei Erwachsenen zum Jahreswechsel 2021/2022 auf 92 Prozent geschätzt (durch Impfung und/oder Infektion hervorgerufen).
4. KoCo19: In dieser für den Raum München repräsentativen Studie wurden in der ersten Welle 5 313 Personen ab 14 Jahren von April bis Juni 2020 untersucht. Die Seroprävalenz betrug 1,8 Prozent.
In einer zweiten Erhebung lag der Anteil von auf eine Infektion zurückzuführenden Antikörpern in München bei über 14-Jährigen im März/April 2021 bei 6,5 Prozent und im Juli bis Oktober 2021 bei 7,9 Prozent.
5. Rheinland-Coronastudie: In dieser Studie wurden 4 771 Personen zwischen 30 und 100 Jahren zwischen April und Juni 2020 aus einer bestehenden Kohortenstudie in Bonn untersucht, die Seroprävalenz lag bei 1 Prozent (0,72 bis 1,3 Prozent).
6. MusPAD: In dieser Studie wurden in sieben Stadt- beziehungsweise Landkreisen (Freiburg, Reutlingen, Aachen, Osnabrück, Magdeburg, Chemnitz, Vorpommern/Greifswald) in der ersten Beprobungswelle (Juli 2020 bis August 2021) 18 638 und in der zweiten Beprobungswelle (Oktober 2020 bis August 2021) 18 210 Teilnehmende zwischen 18 und 99 Jahren untersucht. Die Seroprävalenz bei Ungeimpften lag von Juli bis Dezember 2020 zwischen 1,3 und 2,8 Prozent und stieg zwischen Februar und Mai 2021 auf 4,1 bis 13,1 Prozent. Im Juli 2021 lag die Seroprävalenz bei ungeimpften Personen in Chemnitz bei 32,4 Prozent.
7. SERODUS I: In dieser Studie wurden in Düsseldorf im November 2020 2 186 Personen zwischen 18 und 30 Jahren untersucht. Die adjustierte Seroprävalenz lag bei 3,1 Prozent (2,4 bis 4 Prozent).

8. Gutenberg COVID-19 Studie: In dieser Studie wurden 10 250 Menschen zwischen 25 und 88 Jahren aus der Stadt Mainz und dem Kreis Mainz-Bingen untersucht. Der Anteil von Personen mit durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion wurde basierend auf Antikörper- und PCR-Tests für den Zeitraum Oktober 2020 bis Juni 2021 auf 4,9 Prozent geschätzt.
9. Immunebridge: In dieser Studie wurden zwischen Juni und November 2022 insgesamt 33 637 Teilnehmende untersucht. Hierzu wurden verschiedene Studienergebnisse in unterschiedlichen Regionen in Deutschland gemeinsam ausgewertet. Bei 51,8 Prozent der Personen wurden infektionsinduzierte Antikörper gefunden, die Gesamtseroprävalenz lag bei 94,8 Prozent.

Eine detaillierte Übersicht findet sich unter www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/AK-Studien/AK-Studien-gesamt.html sowie <https://doi.org/10.5281/zenodo.7043025>.

3. Welche Daten zur Anzahl positiver Tests und Gesamtzahl der Tests pro Land- bzw. Stadtkreis (gemessen durch standardisierte PCR inklusive Angaben zur falsch-positiv- und falsch-negativ-Rate) lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Entsprechende Daten zu der Anzahl positiver Tests können unter folgendem Link abgerufen werden: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Testzahl.html.

4. Welche Daten zum Anteil der positiven Tests durch PCR auf SARS-CoV-2 bei Patienten mit Symptomen und Diagnose durch einen Arzt lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Die Daten aus der Surveillance der akuten respiratorischen Erkrankungen und aus den Meldesystemen wurden in der Vergangenheit im COVID-19-Wochenbericht des Robert Koch-Instituts (RKI) berichtet (www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html) und sind nach Einstellung des Wochenberichts zu COVID-19 größtenteils im Wochenbericht über die akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE-Wochenbericht) zu finden: <https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx>.

5. Welche Daten zum Anteil der Patienten mit positivem Test durch PCR auf SARS-CoV-2, die ursächlich wegen COVID-19 hospitalisiert wurden, an allen Hospitalisierungen lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Daten zur Hospitalisierung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten werden auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erhoben und können unter folgenden Links abgerufen werden: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Klinische_Aspekte.html?nn=13490888 (Datenerhebung bis zum 8. Juni 2023) und https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Hospitalisierungen_in_Deutschland.

6. Welche Daten zum Anteil der intensivpflichtigen Patienten mit positivem Test durch PCR auf SARS-CoV-2, die ursächlich wegen COVID-19 hospitalisiert wurden, an allen intensivpflichtigen Patienten lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Mithilfe der Daten aus der ICD-10-Code-basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) kann der Anteil der intensivpflichtigen Fälle von schweren akuten Atemwegsinfektionen (SARI), die eine zusätzliche COVID-19-Diagnose haben, unter allen intensivpflichtigen SARI-Fällen berechnet werden. Die Daten werden im ARE-Wochenbericht zusammengefasst: <https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx>.

Seit Januar 2023 werden für die täglichen Belegungszahlen für Patientinnen und Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis Informationen dazu erhoben, ob die SARS-CoV-2-Infektion eine intensivmedizinisch relevante Manifestation aufweist (www.intensivregister.de/#/faq/1f340c54-a1b1-4af1-bb22-1e24006e71f1).

Ob eine COVID-19-Erkrankung die alleinige beziehungsweise wesentliche Ursache der Intensivpflichtigkeit ist, ist jedoch nicht immer eindeutig feststellbar. Informationen zur täglichen Belegung der Intensivstationen (ITS-Belegung) insgesamt sowie mit Patientinnen und Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis sind im Internet unter https://github.com/robert-koch-institut/Intensivkapazitaeten_und_COVID-19-Intensivbettenbelegung_in_Deutschland verfügbar.

7. Wie viele Menschen in Deutschland hatten seit März 2020 eine Infektion mit SARS-CoV-2, bei denen ursächlich wegen der SARS-CoV-2-Infektion ein kritischer Verlauf (Lebensgefahr mit invasiver Beatmung) von COVID-19 registriert wurde (bitte nach Jahren und Altersgruppen aufschlüsseln)?

Das Intensivregister der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) erfasst keine Einzelfalldaten. Es wird die Anzahl der täglichen Belegung mit beatmeten Intensivpatientinnen und -patienten mit COVID-19-Diagnose beziehungsweise mit SARS-CoV-2-Nachweis sowie unabhängig davon die Anzahl der täglichen Belegung mit Intensivpatientinnen und -patienten mit COVID-19-Diagnose bzw. mit SARS-CoV-2-Nachweis in verschiedenen Altersgruppen, jeweils in aggregierter Form, aufgeführt. Das bedeutet, dass kein Zusammenhang zwischen diesen beiden Parametern (invasive Beatmung, Altersgruppen) hergestellt werden kann. Zudem lässt die tägliche Belegung keinen Rückschluss auf die Gesamtzahl von Personen zu (siehe www.intensivregister.de/#/faq/b99f067d-25a6-4fe9-8edb-78f1dc548f89).

Ob eine COVID-19-Erkrankung die alleinige beziehungsweise wesentliche Ursache der Intensivpflichtigkeit ist, ist jedoch nicht immer eindeutig feststellbar. Informationen zur täglichen ITS-Belegung mit Patientinnen und Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis mit invasiver Beatmung und zur täglichen ITS-Belegung mit Patientinnen und Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis in verschiedenen Altersgruppen sind in verschiedenen Visualisierungen und Tabellen unter www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage oder als Datenbereitstellung unter https://github.com/robert-koch-institut/Intensivkapazitaeten_und_COVID-19-Intensivbettenbelegung_in_Deutschland im Internet verfügbar.

8. Welche Daten zum Anteil Verstorbener mit positivem Test durch PCR auf SARS-CoV-2 an allen Verstorbenen lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Für COVID-19 können die Daten zur Anzahl Verstorbener unter folgendem Link abgerufen werden: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Klinische_Aspekte.html?nn=13490888 (Datenerhebung bis zum 8. Juni 2023).

Das Statistische Bundesamt (Destatis) hat eine entsprechende Auswertung durchgeführt: zum Beispiel www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/sonderauswertung-todesursachen.html oder www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/gestorbene_anzahl.html.

9. Welche Daten zum Anteil Verstorbener mit positivem Test durch PCR auf SARS-CoV-2, die ursächlich an COVID-19 verstorben sind, an allen Verstorbenen lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Die Gesamtzahl aller in Deutschland Verstorbener mit positivem Test durch PCR auf SARS-CoV-2, die ursächlich an COVID-19 verstorben sind, liegt der Bundesregierung nicht vor. Für COVID-19 können die Daten zur Anzahl Verstorbener unter folgendem Link abgerufen werden: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Klinische_Aspekte.html?nn=13490888 (Datenerhebung bis zum 8. Juni 2023).

In diese Statistik des RKI gehen nur 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. Im Zeitraum von 2020 bis 2021 war bei circa 90 Prozent der übermittelten COVID-19-Todesfälle, bei denen Angaben dazu gemacht wurden, angegeben, dass die betroffene Person aufgrund von COVID-19 verstorben sei, im Jahr 2022 lag der Anteil bei 77 Prozent, im Jahr 2023 (Januar bis April) bei 70 Prozent. Der Tod in Bezug auf COVID-19 ist an das jeweils zuständige Gesundheitsamt zu melden, § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe t, § 9 Absatz 3 und 4 IfSG. Die Gesundheitsämter melden zusammengefasst an die zuständigen Landesbehörden, welche die Meldungen an das RKI übermitteln, § 11 Absatz 1 Satz 1 IfSG. Daten aus dem deutschen Autopsie-Register zeigen, dass 86 Prozent der Fälle, bei denen vor oder nach Eintritt des Todes eine SARS-CoV-2-Infektion festgestellt wurde, aufgrund der COVID-19-Erkrankung verstorben sind (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35531493/>).

10. Welche Daten zur Infektionssterblichkeitsrate (IFR) von SARS-CoV-2 bzw. COVID-19 lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Daten zur Infektionssterblichkeitsrate (Infection Fatality Rate, IFR) nach Altersgruppen und Geschlecht liegen aus einer Vielzahl internationaler Studien vor, die methodisch sehr heterogen sind. Die IFR hängt von Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, Infektions- und Impfstatus sowie von der Gesundheitsversorgung/Behandlung ab. Aus einer internationalen Metaanalyse, die Studien bis August 2020 berücksichtigt, wird der steile Anstieg der IFR mit dem Alter deutlich: Die IFR verdoppelt sich etwa alle acht Jahre und es sterben vier von

1 000 mit SARS-CoV-2 infizierten 50- bis 54-Jährigen, aber 174 von 1 000 über 90-Jährigen.

Der RKI-Steckbrief vom 26. November 2021 (www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?nn=13490888#doc13776792bodyText13) berechnet anhand von näherungsweise Schätzungen die IFR mit 0,4 bis 0,9 Prozent und berücksichtigt dabei auch mögliche Untererfassungen.

11. Welche Daten zur Stringenz bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2, in Prozent der umgesetzten Maßnahmen von den vorgesehenen bzw. verordneten Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2, lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?
12. Welche Daten zur Fehlerrate (mangelhafte, den Sinn und Zweck der Maßnahmen beeinträchtigende Durchführung) bei der Umsetzung der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?
13. Welche Daten zur Akzeptanz der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 bei der Bevölkerung lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Die Fragen 11, 12 und 13 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Im Rahmen des COSMO-Gemeinschaftsprojekts (<https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/>) wurden unter anderem die Akzeptanz sowie die Umsetzung der Maßnahmen erfragt: <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/politik/20-akzeptanz/>. Auch weitere Umfragen der COSMO-Studie sowie Ergebnisse des Monitorings des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) können (indirekt) Auskunft über die Akzeptanz von Maßnahmen geben (www.bfr.bund.de/de/bfr_corona_monitor-244782.html).

14. Welche Informationen zu Einhaltung oder Verletzung der Guten Klinischen Praxis (Good Clinical Practice, GCP) bei den klinischen Studien, die Grundlage der bedingten Zulassung der COVID-19-Impfstoffe sind, lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2021 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hat als zuständige Bundesoberbehörde für die Genehmigung von klinischen Prüfungen und Zulassung von Impfstoffen Zugang zu Informationen zu durchgeführten GCP-Inspektionen der Arzneimittelbehörden beziehungsweise behördlichen Inspektorinnen und Inspektoren der EU-Mitgliedstaaten. Nach Kenntnisstand des PEI wurden keine schwerwiegenden oder kritischen Verstöße bei den durchgeführten klinischen Prüfungen festgestellt.

15. Welche Daten zur Impfquote gegen COVID-19 in der Bevölkerung lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2021 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Das RKI wertet als Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Bundesregierung Daten zum Impfgeschehen in der Bevölkerung in Deutschland aus. Entsprechende Daten zu COVID-19-Impfungen und -Impfquoten können auf der Seite des RKI unter folgenden Links abgerufen werden:

- Digitales Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html;
- Monatsberichte zum Monitoring des COVID-19-Impfgeschehens in Deutschland: www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsbericht-Impfung.html;
- Impfdaten nach dem Tag der Impfung: https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Impfungen_in_Deutschland.

16. Welche Daten zur Kontaktnachverfolgung zur Ermittlung der Infektionsketten und Infektionsquellen bzgl. SARS-CoV-2 bei Personen mit positivem Test durch PCR auf SARS-CoV-2 lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2021 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Daten zur Kontaktpersonennachverfolgung liegen nur auf lokaler Ebene bei den Gesundheitsämtern vor.

17. Welche Daten zum Einfluss von Ausgangssperren (als Teil der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2) auf die unter Kategorie a) der Vorbemerkung aufgeführten Parameter lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Anhand verschiedener Studien konnte gezeigt werden, dass kontaktreduzierende Maßnahmen wie Versammlungsbeschränkungen, Verbote öffentlicher Veranstaltungen und Reisebeschränkungen zu einer Reduktion von Infektionen beziehungsweise zu einer Verlangsamung des Infektionsgeschehens insgesamt führen können (Iezadi, S. et al., 2021, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260371>; Mendez-Brito, A., El Bcheraoui, C., und Pozo-Martin, F., 2021, <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.06.018>).

Im Rahmen der StopptCOVID-Studie (www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/StopptCOVID_studie.html) wurde vom RKI untersucht, inwiefern verordnete antipandemische nichtpharmazeutische Interventionen (NPI) einen Anstieg der COVID-19-Inzidenz bremsen konnten.

Anhand von mathematischen Modellierungen konnte gezeigt werden, dass die NPI mit einer deutlichen Reduktion der COVID-19-Ausbreitung in Deutschland assoziiert waren, die je nach Strenge der NPI unterschiedlich stark ausgeprägt war.

Die unterschiedlichen Modellansätze zeigen, dass erst die Kombination von NPI in verschiedenen Bereichen zur Kontrolle der COVID-19-Pandemie in Deutschland beitragen konnte. Einzelne NPI konnten nur im Kontext der parallel bestehenden anderen Maßnahmen bewertet werden.

Betrachtet man die Gesamtwirkung der NPI, so führten Verschärfungen jeweils zu einer stärkeren Reduktion der COVID-19-Ausbreitung.

Die Auswertung der anonymisierten Datensätze der StopptCOVID-Studie ergab unter anderem, dass Home-Office, Abstand halten, mit Erkältungssymptomen möglichst zu Hause bleiben, Treffen mit anderen Personen möglichst draußen sowie gutes Lüften von Innenräumen das Erkrankungsrisiko reduzierten.

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) hat zudem auch eine Datenplattform geschaffen, die die Auswirkungen der COVID-19-Maßnahmen analysiert (vergleiche www.bmwk.de/Redaktion/DE/Coronavirus/corona-datenplattform.html).

18. Welche Daten zum Einfluss von Quarantäne (als Teil der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2) auf die in Kategorie a) in der Vorbemerkung der Fragesteller aufgeführten Parameter lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Die (geschätzte) Effektivität von Quarantäne beziehungsweise Kontaktpersonennachverfolgung im Allgemeinen ist keine universale Größe, sondern auch abhängig vom Stadium der Pandemie und von der Art der Kontaktpersonennachverfolgung. Insgesamt konnte in Studien gezeigt werden, dass die Quarantänemaßnahmen in Kombination mit anderen kontaktreduzierenden Maßnahmen die Ausbreitung von SARS-CoV-2 verlangsamen konnten, wie z. B. ein Cochrane-Review zeigt (vergleiche Nussbaumer-Streit, B. et al. 2020, www.cochrane.org/news/updated-cochrane-rapid-review-assesses-effectiveness-quarantine-during-covid-19-pandemic). Eine gute Übersicht bietet zudem Pozo-Martin, F. (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9932408/), aber auch die Publikationen von Fetzer (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34385318/>) und Hossain ([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00001-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00001-9)).

19. Welche Daten zum Einfluss von Geschäftsschließungen (als Teil der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2) auf die in Kategorie a) in der Vorbemerkung der Fragesteller aufgeführten Parameter lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?
20. Welche Daten zum Einfluss von behördlich angeordneten Kontaktbeschränkungen (als Teil der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2) auf die in Kategorie a) in der Vorbemerkung der Fragesteller aufgeführten Parameter lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?
21. Welche Daten zum Einfluss von behördlich angeordneten Einschränkungen der Bewegungs- bzw. Reisefreiheit (als Teil der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2) auf die in Kategorie a) in der Vorbemerkung der Fragesteller aufgeführten Parameter lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

22. Welche Daten zum Einfluss der Verlegung von Büroarbeit an den Wohnort der Beschäftigten (als Teil der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2) auf die in Kategorie a) in der Vorbemerkung der Fragesteller aufgeführten Parameter lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Die Fragen 19 bis 22 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf die Antwort zu Frage 17 wird verwiesen.

23. Welche Daten zum Einfluss der Impfrate gegen COVID-19 in der Bevölkerung auf die in Kategorie a) in der Vorbemerkung der Fragesteller aufgeführten Parameter lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Auf die Antwort zu Frage 15 wird verwiesen, zudem wurden vom RKI folgende Berichte beziehungsweise Publikationen zum Einfluss der COVID-19-Impfung in der Bevölkerung veröffentlicht:

- Kapitel 3 „Wirksamkeit der COVID-19-Impfung“ der Monatsberichte zum Monitoring des COVID-19-Impfgeschehens in Deutschland: www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsbericht-Impfung.html;
- Artikel im Epidemiologischen Bulletin des RKI „Die Impfung gegen COVID-19 in Deutschland zeigt eine hohe Wirksamkeit gegen SARS-CoV-2-Infektionen, Krankheitslast und Sterbefälle (Analyse der Impfeffekte im Zeitraum Januar bis Juli 2021)“, *Epid Bull* 2021; 35:3-10, www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/35_21.pdf?__blob=publicationFile;
- Artikel im wissenschaftlichen Journal *Vaccine* „Impact of COVID-19 immunisation on COVID-19 incidence, hospitalisations, and deaths by age group in Germany from December 2020 to October 2021 (Effekt der COVID-19-Impfung auf COVID-19-Inzidenz, Hospitalisierungen und Todesfälle nach Altersgruppe zwischen Dezember 2020 und Oktober 2021 in Deutschland)“, *Vaccine*, 2022 May 9; 40(21): 2910 bis 2914, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8990687/).

24. Welche Daten zum Impfstatus der in Kategorie a) in der Vorbemerkung der Fragesteller aufgeführten erfassten Patienten bzw. Personen lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Zu den folgenden unter Kategorie a) der Vorbemerkung der Fragesteller aufgeführten COVID-19-Fällen nach Impfstatus wurden vom RKI Auswertungen/Daten anhand der Meldedaten veröffentlicht: symptomatische Fälle, Hospitalisierung aufgrund von COVID-19, Betreuung auf einer Intensivstation aufgrund von COVID-19 und COVID-19-assoziiertes Tod. Entsprechende Auswertungen und Daten sind in den Monatsberichten des RKI einsehbar. Zudem wird auf die Antworten der Bundesregierung zu den Fragen 15 und 23 verwiesen.

25. Welche Daten zum Einfluss der Maskenpflicht (Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Schutzbedeckung) auf die in Kategorie a) in der Vorbemerkung der Fragesteller aufgeführten Parameter lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

In der Allgemeinbevölkerung wurde ein infektionspräventiver Effekt durch die Einführung einer Maskenpflicht als Teil von Maßnahmenbündeln in systematischen Reviews untersucht (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34161818, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34114189). Hier wurde ein positiver Effekt des Maskentragens festgestellt, wobei die Maßnahmen immer im Kontext mit anderen nichtpharmazeutischen Infektionsschutzmaßnahmen gesehen werden müssen. Dabei ist aber auch zu beachten, dass die Umsetzung der Maßnahmen, die sogenannte Compliance (also das situationsgerechte, korrekte und durchgehende Tragen durch möglichst alle Personen in bestimmten Situationen), in der Allgemeinbevölkerung nicht evaluiert werden kann. Die klinische Evidenz für die Wirksamkeit des Tragens von Masken liegt in systematischen Reviews aus dem Gesundheitswesen vor, wo diese Bewertung möglich ist (zum Beispiel www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34407516, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9), www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7748970/pdf/main.pdf, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34449478).

Hinweise auf den protektiven Effekt des Maskentragens auf die Transmission von SARS-CoV-2 in der Allgemeinbevölkerung liegen weiterhin in Modellierungsstudien vor, zum Beispiel von Bo et al. 2021 (<https://doi.org/10.1016/j.idm.2020.04.001>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33273115/>, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7598763). Ein infektionspräventiver Effekt von nichtpharmazeutischen Infektionsschutzmaßnahmen, einschließlich des Maskentragens, ließ sich auch in der Transmission verschiedener respiratorischer Viren einschließlich SARS-CoV-2 in der Allgemeinbevölkerung beobachten (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34124707).

26. Welche Daten zu den wirtschaftlichen Schäden durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 (z. B. Änderung der Wirtschaftsleistung, Anzahl Konkurse, Arbeitslosigkeit, Steuereinnahmen) lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Der Ausbruch der COVID-19-Pandemie hat die gesamte Weltwirtschaft stark beeinträchtigt. In der Folge kam es unter anderem zu Nachfragerückgängen, Störungen von Lieferketten, Mobilitätsbeschränkungen, Einschränkungen in bestimmten Dienstleistungsbereichen und einer geringeren Verfügbarkeit von Arbeitskräften aufgrund von Arbeitsunfähigkeit. Die Bundesregierung hat mit umfangreichen Stützungsmaßnahmen reagiert, um Arbeitslosigkeit zu verhindern, Insolvenzen abzuwenden und Liquidität und Einkommen zu sichern. Die Bundesregierung hat zu diesen Entwicklungen regelmäßig Stellung genommen. Hervorzuheben sind:

- Frühjahrsprojektion 2020: www.bmwk.de/Redaktion/DE/Artikel/Wirtschaft/Projektionen-der-Bundesregierung/projektionen-der-bundesregierung-fruehjahr-2020.html;
- Herbstprojektion 2020: www.bmwk.de/Redaktion/DE/Artikel/Wirtschaft/Projektionen-der-Bundesregierung/projektionen-der-bundesregierung-herbst-2020.html;

- Jahresprojektion 2021 im Rahmen des Jahreswirtschaftsberichts 2021: www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/jahreswirtschaftsbericht-2021.html;
- Frühjahrsprojektion 2021: www.bmwk.de/Redaktion/DE/Artikel/Wirtschaft/Projektionen-der-Bundesregierung/projektionen-der-bundesregierung-fr%C3%BChjahr-2021.html;
- Herbstprojektion 2021: www.bmwk.de/Redaktion/DE/Artikel/Wirtschaft/Projektionen-der-Bundesregierung/projektionen-der-bundesregierung-herbst-2021.html;
- Jahresprojektion 2022 im Rahmen des Jahreswirtschaftsberichts 2022: www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/jahreswirtschaftsbericht-2022.pdf?__blob=publicationFile&v=18.

Zur Entwicklung der Steuereinnahmen wird neben den monatlich veröffentlichten Daten auf die Ergebnisse der Sitzungen des Arbeitskreises „Steuerschätzungen“ verwiesen:

- Statistiken zu den monatliche Steuereinnahmen: www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerschaetzungen_und_Steuereinnahmen/1-kassenmaessige-steuereinnahmen-nach-steuerarten-und-gebietskoerperschaften.html;
- Artikel zu den monatlichen Steuereinnahmen im Monatsbericht des Bundesministeriums der Finanzen (BMF): www.bundesfinanzministerium.de/WEB/DE/Service/Publikationen/Monatsbericht/monatsbericht.html;
- 157. Sitzung vom Mai 2020: www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerschaetzungen_und_Steuereinnahmen/Steuerschaetzung/2020-05-15-ergebnisse-157-sitzung-steuerschaetzung.html;
- 158. Sitzung vom September 2020: www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerschaetzungen_und_Steuereinnahmen/Steuerschaetzung/2020-09-10-ergebnisse-158-sitzung-steuerschaetzung.html;
- 159. Sitzung vom November 2020: www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerschaetzungen_und_Steuereinnahmen/Steuerschaetzung/2020-11-12-ergebnisse-159-sitzung-steuerschaetzung.html;
- 160. Sitzung vom Mai 2021: www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerschaetzungen_und_Steuereinnahmen/Steuerschaetzung/2021-05-12-ergebnisse-160-sitzung-steuerschaetzung.html;
- 161. Sitzung vom November 2021: www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerschaetzungen_und_Steuereinnahmen/Steuerschaetzung/2021-11-11-ergebnisse-161-sitzung-steuerschaetzung.html.

Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren auf die deutsche Wirtschaft in dem genannten Zeitraum ist eine kausale Zuordnung ausschließlich der Eindämmungsmaßnahmen auf die deutsche Wirtschaft praktisch nicht möglich. Außerdem müsste ein kaum zu definierendes Alternativszenario (sogenanntes kontrafaktisches Szenario) bestimmt werden, welches die Entwicklung der deutschen Wirtschaft im Zeitraum ohne die jeweiligen Maßnahmen beschreibt.

Angaben zu den quartalsweisen Steuereinnahmen insgesamt sowie Angaben zu den monatlichen Steuereinnahmen (ohne Gemeindesteuern) sind der Anlage zu

entnehmen. Monatliche Angaben liegen nur für die von Bund und Ländern verwalteten Steuerarten vor. Die Gemeindesteuerdaten werden nur quartalsweise vom Statistischen Bundesamt erhoben und veröffentlicht.

Die Folgen der Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie auf die Arbeitslosigkeit hat die Statistik der Bundesagentur für Arbeit abgeschätzt. Das Ausmaß des Corona-Effektes wurde näherungsweise ermittelt, indem der tatsächliche Verlauf der Arbeitslosigkeit mit einem fiktiven, beruhend auf korrespondierenden Monaten vor der Krise und einer unterstellten konjunkturellen Entwicklung, verglichen wurde. Veröffentlicht sind diese Ergebnisse in der Publikation „Auswirkungen der Corona-Krise auf den Arbeitsmarkt“ und sie können unter folgendem Link abgerufen werden: <http://bpaq.de/bmas-a96>.

27. Welche Daten zum Anstieg psychischer Erkrankungen bei Kindern durch Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 wie Schulschließungen, Quarantäne, Kontaktverbote, Maskenpflicht (Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Schutzbedeckung) und Ausgangssperren lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Daten, die einen kausalen Zusammenhang aufzeigen, liegen nicht vor. Vor dem Hintergrund des multikausalen Geschehens bei der Entwicklung psychischer Erkrankungen – und dies im Kontext einer multiplen Krisensituation während des Berichtszeitraums – können keine Aussagen zu den Auswirkungen einzelner Maßnahmen zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Ausbreitung auf die Entwicklung von psychischen Erkrankungen bei Kindern getroffen werden. Es können ausschließlich zeitliche Entwicklungen aufgezeigt werden. Zur Entwicklung der Diagnoseprävalenzen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in den Jahren 2018 bis 2021 auf der Grundlage der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes sowie Abrechnungsdaten von Krankenkassen zur vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 1, 2 und 3 der Kleinen Anfrage auf Bundestagsdrucksache 20/8073 verwiesen.

Grundsätzlich wurde eine Vielzahl von Studien und Expertisen angestellt und unter anderem von der Bundesregierung als Entscheidungshilfe und zur Anpassung von Schutzmaßnahmen genutzt:

- Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“, Abschlussbericht, 8. Februar 2023 (www.bmfsfj.de/resource/blob/214866/fbb00bcf0395b4450d1037616450cfb5/ima-abschlussbericht-gesundheitliche-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf);
- Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“, 15. September 2021 (www.bmfsfj.de/resource/blob/185696/317281a594f986c9a4be384a934c1fb5/ima-bericht-gesundheitliche-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf);
- 7. Stellungnahme des Corona-ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 „Zur Notwendigkeit einer prioritären Berücksichtigung des Kindeswohls in der Pandemie“, 17. Februar 2022 (www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2006266/c6e9cae1ee2b840b83a0946664867eb4/2022-02-17-siebte-stellungnahme-expertenrat-data.pdf?download=1);

- Deutscher Ethikrat, Ad-hoc-Empfehlung „Pandemie und psychische Gesundheit. Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen“, 28. November 2022 (www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_detail%5Bproduct%5D=165&tx_wwt3shop_detail%5Baction%5D=index&tx_wwt3shop_detail%5Bcontroller%5D=Products&cHash=1da4477099ff2510f382d4d0962723e9);
- Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA), Studie zur Kindergesundheit während und nach der COVID-19-Pandemie, Robert Koch-Institut (RKI; www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kida/kida_node.html);
- Corona-KiTa-Studie des Deutschen Jugendinstituts (DJI) und des Robert Koch-Instituts (RKI; www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/corona-kita-studie.html);
- Studie „Corona und Psyche“ (COPSY) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE; www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/copsy-studie.html);
- Survey „Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten“ (AID:A) des Deutschen Jugendinstituts (DJI; www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/aida-ii-aufwachsen-in-deutschland-alltagswelten.html);
- Kinder- und Jugendreport 2022: Gesundheit und Gesundheitsversorgung vor und während der Pandemie (www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/kinder-und-jugendreport-2022_27552);
- Präventionsradar „Wohlergehen und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ für das Schuljahr 2021/2022, gefördert von der DAK Gesundheit (www.dak.de/dak/download/praeventionsradar-2564056.pdf);
- Verbundprojekt „Sozialpädiatrische Versorgung und bio-psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie“ des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/abschlussbericht-verbundprojekt-sozialpaediatische-versorgung-und-bio-psychosoziale-gesundheit-von-kindern-und-jugendlichen-waehrend-der-corona-pandemie.html);
- Studie „Jugend in Deutschland“, Sonderauswertung Jugend und Corona in Deutschland (www.fachportal-paedagogik.de/literatur/vollanzeige.html?FIid=A43795);
- Studie KiD 0-3, Repräsentativbefragung 2022 des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH; www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/praevalenz-und-versorgungsforschung/kid-0-3-repraesentativbefragung-2022/);
- JuCo- und KiCo-Studien, Universität Hildesheim (www.uni-hildesheim.de/fb1/institute/institut-fuer-sozial-und-organisationspaedagogik/forschung/laufende-projekte/juco-und-kico/);
- OECD Policy Respons to Coronavirus (COVID-19), Youth and COVID-19: Response, recovery and resilience, 11. Juni 2020 (www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/youth-and-covid-19-response-recovery-and-resilience-c40e61c6/);
- Jugendstudie 2020 der TUI Stiftung Junge Deutsche: Solidarisch gegen Corona und für mehr Europa (www.tui-stiftung.de/unsere-projekte/junges-europa-die-jugendstudie-der-tui-stiftung/deutschlandbericht/);

- SINUS-Jugendstudie 2020, „Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland“ (www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/SINUS-Jugendstudie_ba.pdf);
- Studie „Gesellschaftlicher Zusammenhalt in Baden-Württemberg 2022“ (https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-s-m/intern/downloads/Publikationen/Studie_Zusammenhalt-BW_2022_Langfassung.pdf);
- Studie „Schützende Maßnahmen gegen Infektionen in Kindertagesbetreuung“, Fliedner Fachhochschule (www.fliedner-fachhochschule.de/forschungsprojekte/schuetzende-massnahmen-gegen-infektionen-in-kindertagesbetreuung/).

28. Welche Daten zu psychischen Erkrankungen und Übersterblichkeit bei Erwachsenen durch Maßnahmen der Isolierung zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 wie Quarantäne, Kontaktverbote und Ausgangssperren lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Daten, die einen kausalen Zusammenhang aufzeigen, liegen nicht vor. Vor dem Hintergrund des multikausalen Geschehens bei der Entwicklung psychischer Erkrankungen – und dies im Kontext einer multiplen Krisensituation während des Berichtszeitraums – können keine Aussagen zu den Auswirkungen einzelner Maßnahmen zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Ausbreitung auf die Entwicklung von psychischen Erkrankungen getroffen werden. Es können ausschließlich zeitliche Entwicklungen aufgezeigt werden.

Das RKI hat in Kooperation mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) Abrechnungsdaten der bundesweiten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung ausgewertet. In den Jahren 2012 bis 2021 kam es mehrfach zu Schwankungen der Diagnoseprävalenzen psychischer Störungen gegenüber dem Vorquartal, deren maximale Höhe jedoch geringfügig blieb: So fiel die Diagnoseprävalenz psychischer Störungen im Quartal 2/2020 um 2,3 Prozent höher aus als im Quartal 1/2020, im Quartal 2/2021 betrug sie dagegen 3,3 Prozent weniger als im Quartal 1/2021. Die gegenläufigen unterjährigen Entwicklungen resultieren daraus, dass die Diagnoseprävalenz im Gesamtjahr 2020 keinen wie zuvor üblichen Zuwachs gegenüber den Vorjahren aufweist (+ 0,01 Prozent). Im Jahr 2021 kommt es zur Fortsetzung der vor der Pandemie beobachteten Zuwächse gegenüber dem Vorjahr (+ 3,8 Prozent).

Die Interpretation von Abrechnungsdaten unterliegt dabei spezifischen Limitationen: Dokumentierte Diagnosen psychischer Störungen können nur für die Personen angegeben werden, die die vertragsärztliche Versorgung in Anspruch genommen haben. Da es während der Pandemie zu spezifischen Barrieren der Inanspruchnahme gekommen sein kann (Angst vor Infektion in der Arztpraxis, eingeschränkter Zugang zu Leistungen, mangelnde individuelle Ressourcen der Hilfesuche aufgrund multipler Belastungen et cetera), ist die Aussagekraft der Häufigkeit von in Routinedaten dokumentierten Diagnosen für die Morbidität der Bevölkerung eingeschränkt. Auch ist zu berücksichtigen, dass psychische Störungen oftmals erst zeitverzögert im Zuge einer Chronifizierung von Stressoren und Belastungen entstehen.

Daten zur Übersterblichkeit bei Erwachsenen durch Maßnahmen der Isolierung zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 wie Quarantäne, Kontaktverbote und Ausgangssperren lagen beziehungsweise liegen der Bundesregierung nicht vor.

29. Welche Daten zu gesundheitlichen Schäden durch vermiedene, verschobene oder verweigerter medizinische Behandlungen, als Folge der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 bzw. als Folge des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Auftreten von COVID-19, lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Nach Angaben des RKI liegen dort keine Ergebnisse aus Studien vor, die einen kausalen Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Schäden und vermiedenen, verschobenen oder verweigerter medizinischen Behandlungen als Folge der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 gezielt untersucht hätten.

Die bis einschließlich 2021 vorliegenden Ergebnisse der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes zeigen keinen Anstieg von krebsbedingten Sterbefällen für die Jahre 2020 (231 271) und 2021 (229 068) im Vergleich zu den Vorjahren 2017 (227 590), 2018 (230 031) und 2019 (231 318).

Die Daten aus den bevölkerungsbezogenen Krebsregistern in Deutschland zeigen bisher, soweit vorliegend, ebenfalls keinen Anstieg des Auftretens von Krebsneuerkrankungen in einem fortgeschrittenen Tumorstadium.

Auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-Codes I00 bis 99), die neben Krebserkrankungen das Krankheits- und Sterbe geschehen in Deutschland dominieren, zeigen auf Bevölkerungsebene nach Daten der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes keine Zunahme der absoluten Zahl an Verstorbenen über die Zeit. Der Mittelwert an Sterbefällen von 2017 bis 2019 betrug 340 336 Sterbefälle, welcher in etwa den Sterbefällen in 2020 (338 001) und 2021 (340 619) entspricht.

Im Bereich der übertragbaren Erkrankungen führten die COVID-19-Pandemie und die assoziierten Public-Health-Maßnahmen bei den meisten Infektionskrankheiten in Deutschland zu einem drastischen Rückgang der übermittelten Fälle, vor allem in den jüngeren und älteren Altersgruppen. Von den ausgewählten Infektionskrankheiten konnte nur für die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ein Anstieg der Fallzahlen beobachtet werden (<https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/7780/EB-7-21-Auswirkungen%20der%20COVID-19-Pandemie-online-vorab.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

30. Welche Daten zu gesundheitlichen Schäden durch das Tragen von Schutzmasken (Tragen einer Mund-Nase-Schutzbedeckung als Teil der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2) lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen keine Daten zu nachgewiesenen gesundheitlichen Schäden durch das Tragen von Masken vor.

31. Welche Daten zum Anteil der gegen COVID-19 geimpften Personen mit Nebenwirkungen der Impfungen gegen COVID-19 an allen gegen COVID-19 geimpften Personen lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

In dem Zeitraum seit Beginn der Impfkampagne gegen die COVID-19-Erkrankung (27. Dezember 2020) bis zum 31. Mai 2023 wurden nach Kenntnis der

Bundesregierung nach Verabreichung von 192 245 850 COVID-19-Impfdosen in Deutschland insgesamt 342 318 Verdachtsfälle einer Nebenwirkung nach Impfung aus Deutschland gemeldet (Datum der Auswertung: 28. Juni 2023).

32. Welche Daten zum Anteil der gegen COVID-19 geimpften Personen mit schwerwiegenden Nebenwirkungen (entsprechend § 4 des Arzneimittelgesetzes) der Impfungen gegen COVID-19 an allen gegen COVID-19 geimpften Personen lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

In dem Zeitraum seit Beginn der Impfkampagne gegen die COVID-19-Erkrankung (27. Dezember 2020) bis zum 31. Mai 2023 nach Verabreichung von 192 245 850 COVID-19-Impfstoffdosen in Deutschland wurden dem PEI insgesamt 57 710 Verdachtsfälle einer schwerwiegenden Nebenwirkung (entsprechend der Definition in § 4 Absatz 13 Satz 2 des Arzneimittelgesetzes (AMG)) aus Deutschland gemeldet (Datum der Auswertung: 28. Juni 2023).

33. Welche Daten zum Anteil der gegen COVID-19 geimpften Personen mit Nebenwirkungen der Impfungen gegen COVID-19, welche bleibende Schäden verursacht haben, an allen gegen COVID-19 geimpften Personen lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

In dem Zeitraum seit Beginn der Impfkampagne gegen die COVID-19-Erkrankung (27. Dezember 2020) bis zum 31. Mai 2023 wurden dem PEI nach Verabreichung von 192 245 850 COVID-19-Impfstoffdosen in Deutschland insgesamt 18 863 Verdachtsfälle einer schwerwiegenden Nebenwirkung (entsprechend der Definition in § 4 Absatz 13 Satz 2 AMG) aus Deutschland gemeldet, in denen ein bleibender Schaden nach Impfung berichtet wurde (Datum der Auswertung: 28. Juni 2023). Da es sich bei den oben aufgeführten Meldungen an das PEI um Verdachtsfallmeldungen handelt, in denen ein bleibender Schaden berichtet wurde, bedeutet dies nicht, dass auch ein zwingend ursächlicher Zusammenhang mit einer zuvor verabreichten Impfung besteht. Darüber hinaus kann aufgrund der vorliegenden Informationen in einer Verdachtsfallmeldung nicht in jedem Fall abschließend beurteilt werden, ob die betroffene Person tatsächlich einen bleibenden gesundheitlichen Schaden nach der Impfung erlitten hat.

34. Welche Daten zur Verteilung aller Nebenwirkungen der Impfungen gegen COVID-19 bei entsprechend geimpften Personen hinsichtlich und unter Berücksichtigung ihres COVID-19-Impfstatus (einfach, zweifach, dreifach, vierfach gegen COVID-19 geimpft) bei den entsprechend geimpften Personen lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

In der folgenden Tabelle sind die berichteten Verdachtsfälle einer Nebenwirkung nach COVID-19-Impfung in Bezug auf die angegebene Impfdosis dargestellt (Zeitraum: 27. Dezember 2020 bis 31. Mai 2023, ausgewertet am 28. Juni 2023, Quelle: PEI).

Tabelle 1 – Verdachtsfälle einer Nebenwirkung nach COVID-19-Impfung

Impfdosis des COVID-19-Impfstoffes (27.12.2020 bis 31.05.2023, ausgewertet am 28.06.2023)	Anzahl der Verdachtsmeldungen zu einer (vermuteten) Nebenwirkung nach Impfung
Erste Dosis	157.687
Zweite Dosis	83.309
Dritte Dosis	39.176
Vierte Dosis	2.536
Fünfte Dosis	156
Ohne Angabe zur Impfdosis	59.454

35. Welche Daten zum Anteil der Nebenwirkungen mit Todesfolge der Impfungen gegen COVID-19 bei den geimpften Personen lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

In dem Zeitraum seit Beginn der COVID-19-Impfkampagne (27. Dezember 2020) bis zum 31. Mai 2023 nach Verabreichung von 192 245 850 COVID-19-Impfstoffdosen in Deutschland wurden nach Angaben des PEI insgesamt 3 349 Verdachtsfälle mit Todesfolge nach COVID-19-Impfung gemeldet (Stand der Auswertung: 28. Juni 2023). Bei den aufgeführten Meldungen handelt es sich um Verdachtsfallmeldungen. Auf die Antwort zu Frage 33 wird verwiesen.

36. Welche Daten zu Impfnebenwirkungen betreffende ICD-10-Kodierungen bei Arztrechnungen lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?
37. Welche Daten zu Impfnebenwirkungen betreffende ICD-10-Kodierungen bei Krankenhausrechnungen lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Die Fragen 36 und 37 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die beim PEI geführten Verdachtsfälle zu Impfnebenwirkungen werden nicht nach ICD-10-Kodierung klassifiziert, sondern entsprechend dem internationalen Standard zur Kodierung von Nebenwirkungen nach Arzneimittelgabe oder Impfung, dem „Medical Dictionary for Regulatory Activities“ (MedDRA), einer Sammlung standardisierter, vorwiegend medizinischer Begriffe, die in verschiedensten regulatorischen Prozessen rund um die Arzneimittelzulassung verwendet werden. Insofern unterscheiden sich die Vorgaben für die Erfassung von Verdachtsfällen auf Nebenwirkungen vom Inhalt und Zweck von den Dokumentations- und Übermittlungspflichten von Abrechnungsunterlagen für die (vertrags)ärztlichen Leistungen einschließlich der Behandlungsdiagnosen.

38. Welche Daten zur Statistik der Sterbefälle in Deutschland in Abhängigkeit vom COVID-19-Impfstatus lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Daten zum Impfstatus der an COVID-19 Verstorbenen wurden in den Monatsberichten zum „Monitoring des COVID-19-Impfgeschehens in Deutschland“ sowie den dazugehörigen Datentabellen veröffentlicht, siehe: www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsbericht-Impfung.html. Das Statistische Bundesamt erhebt Daten zur Entwicklung der gesamten Sterbefallzahlen (unabhängig von der Todesursache). Auf Basis dieser Daten sind Einschätzungen im Hinblick auf eine Übersterblichkeit (außergewöhnlich hohe Anzahl an Sterbefällen) möglich. Tagesgenaue Sterbefallzahlen wurden erstmalig Mitte April 2020 zur Verfügung gestellt. Die Datenlieferung erfolgt derzeit monatlich.

39. Welche Daten zu den Kosten für Antigenschnelltests auf SARS-CoV-2 lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Gemäß § 7b Absatz 3 Satz 1 sowie § 14 Absatz 4 der Coronavirus-Testverordnung (TestV) übermittelt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) dem BMG regelmäßig Daten über die im Rahmen der TestV aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgezahlten Beträge. Es liegen monatlich erhobene Daten für den Zeitraum von Juli 2020 bis heute vor. Das BAS veröffentlicht monatlich die Summe der gemäß TestV aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgezahlten Beträge sowie die Summe der Auszahlungsbeträge differenziert nach Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Leistungsart auf der eigenen Homepage: www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/auszahlungsbetraege/.

Darüber hinaus übermitteln gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 TestV die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dem BMG über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) seit Juli 2020 monatlich Daten zur Anzahl der nach der TestV abgerechneten Leistungen sowie den jeweiligen Gesamtbetrag der Abrechnung, differenziert nach KV und Monat der Leistungserbringung. Der Inhalt der übermittelten Daten hat sich im Laufe der COVID-19-Pandemie und der verschiedenen Fassungen der TestV mehrfach verändert. Die auf Grundlage der TestV abgerechneten Sachkosten für Antigenschnelltests werden seit August 2021 in den Daten erfasst. Die erfasste Anzahl der Abstrichnahmen liegt hingegen nicht unterteilt nach Antigenschnelltestungen, PCR-Testungen oder anderen Testarten vor. Zahlen und Abrechnungsbeträge zu Bürgertestungen werden auf der Homepage der KBV veröffentlicht: www.kbv.de/html/53975.php.

40. Welche Daten zu den Kosten für Antigenschnelltests auf SARS-CoV-2 pro symptomatischen und durch PCR-Test bestätigten Fall lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

41. Welche Daten zur Abschätzung der Anzahl der Kontaktnachverfolgungen (als Teil der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2) je mutmaßlich verhinderter Ansteckung mit COVID-19 lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Auf die Antwort zu Frage 18 wird verwiesen.

42. Welche Daten zur Abschätzung der Kosten (z. B. Lohnfortzahlungen pro einem verhinderten Ansteckungsfall mit COVID-19) für die Quarantäne (als Teil der Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2) lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Das BMG hatte die Länder im Februar 2023 um Übermittlung der Gesamtkosten, die den Ländern gemäß § 56 Absatz 1a IfSG für den Zeitraum bis zum 31. März 2021 bisher entstanden sind, gebeten. Die Länder haben hier ein Volumen von insgesamt circa 81,7 Mio. Euro – größtenteils ohne Differenzierung nach Zeiträumen – angegeben. Im Übrigen liegen der Bundesregierung keine Daten zur Kostenabschätzung vor.

43. Welche Daten zur Epidemiologie von Long COVID (Prävalenz und Inzidenz) liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Informationen zur Epidemiologie von Long COVID werden durch das RKI zusammengetragen und auf der Website zu Long COVID veröffentlicht (www.rki.de/long-covid).

Studien kommen zu unterschiedlichen Prävalenzschätzungen. Aktuelle Studien lassen vermuten, dass der Anteil Long-COVID-Betroffener bei den mit SARS-CoV-2 infizierten Personen bei etwa 6 bis 15 Prozent liegt (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36633452/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36229057/>). Die Häufigkeit von Long COVID scheint bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen geringer zu sein. Neueren epidemiologischen Studien und einer Übersichtsarbeit zufolge wird die Prävalenz von Long COVID bei Kindern und Jugendlichen zwischen 1 und 4 Prozent geschätzt (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36107254/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36361269/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35213866/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34813820/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36446760/>).

Zudem findet eine Analyse von Sekundärdaten statt: Nach Angaben des Zi lag der Anteil von Personen mit Post-COVID-Diagnose unter den vertragsärztlich versorgten Patientinnen und Patienten nach einer COVID-19-Erkrankung zwischen dem vierten Quartal 2020 und dem dritten Quartal 2021 bei 8,65 Prozent (<https://doi.org/10.20364/VA-23.04>). Einer retrospektiven Kohortenstudie zufolge war ein Post-COVID-Zustand (unter Verwendung des ICD-Code U09.9!) im Zeitraum von drei bis zwölf Monaten nach einer SARS-CoV-2-Infektion bei etwa 8 Prozent der Erwachsenen (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34380089/>) sowie 1,7 Prozent der Kinder und Jugendlichen (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35568733/>) dokumentiert, die zwischen Oktober 2020 und August 2021 eine COVID-19-Diagnose in einer haus- oder kinderärztlichen Praxis erhalten hatten.

44. Welche Daten zu durchgeführten Obduktionen im Zusammenhang (durch Angehörige oder mit der verstorbenen Person befasster Ärzte veranlasste) mit COVID-19 verstorbener Personen und der entsprechenden Obduktionsergebnisse lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Daten zu Obduktionen von COVID-19-Patientinnen und -Patienten werden zum Beispiel im nationalen deutschen COVID-19-Register (DeRegCOVID) an der RWTH Aachen veröffentlicht (www.ukaachen.de/kliniken-institute/institut-fuer-pathologie/register-covid-19-obduktionen/register-vorstellung/). Diese Studie wurde seitens des BMG gefördert.

45. Welche Daten zu durchgeführten Obduktionen im Zusammenhang (durch Angehörige oder mit der verstorbenen Person befasster Ärzte veranlasste) mit Impfungen gegen COVID-19 verstorbener Personen und der entsprechenden Obduktionsergebnisse lagen bzw. liegen der Bundesregierung seit dem 1. Januar 2020 vor (bitte die Daten in der Antwort angeben und nach Datum der Erhebung aufschlüsseln)?

Bezüglich des Obduktionsregisters wird auf die Antwort zu Frage 44 verwiesen.

46. Können die Datenlieferungen des InEK (siehe Vorbemerkung der Fragesteller) nach Kenntnis der Bundesregierung für eine fundierte und sachorientierte Überprüfung der Auswirkungen der mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz beschlossenen Maßnahmen eine aussagekräftige und belastbare Informationsgrundlage schaffen?

Die Datenlieferungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) wurden unter anderem für Analysen des Beirats nach § 24 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Erlössituation der Krankenhäuser jeweils für verschiedene Zeiträume in den Jahren 2020 und 2021 genutzt. Die Daten konnten einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Auswirkungen der Regelungen aus dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (Bundesgesetzblatt Teil I S. 580) auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu analysieren, um unter anderem auf dieser Basis Empfehlungen für Nachsteuerungen per Gesetz beziehungsweise Rechtsverordnung vorzunehmen. Alle Analysen, Berichte und Empfehlungen des Beirats sind unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/beirat-nach-24-khg.html abrufbar.

47. Ist es dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gesetzlich ermöglicht, Auswertungen für seine Belange sowie für die Überprüfung der Auswirkungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes beim InEK anzufordern?

In § 21 KHEntgG finden sich aktuell zwei Ermächtigungsgrundlagen für die Anforderung von Datenauswertungen von der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geführten Datenstelle durch das BMG, nämlich zum einen in § 21 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG und zum anderen in § 21 Absatz 3b Satz 7 KHEntgG. Die Möglichkeit der Anforderung nach § 21 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG ermöglicht es dem BMG für seine Belange anzufordern, wenn es sich um die Daten für ein Kalenderjahr handelt.

In § 21 Absatz 3b KHEntgG sind unterjährige Datenübermittlungspflichten der Krankenhäuser vorgesehen. Die Regelung des § 21 Absatz 3b Satz 7 KHEntgG ist für das BMG Grundlage für Anforderungen von Auswertungen für seine Belange und für die Überprüfung der Auswirkungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes. Darüber hinaus unterstützt und berät das InEK gemäß dem durch das Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland – und zur Änderung weiterer Gesetze vom 11. Mai 2023 (Bundesgesetzblatt 2023 Teil I Nummer 123) angefügten § 36 KHG das BMG nach dessen Weisung bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben hinsichtlich der Krankenhausversorgung und -finanzierung, insbesondere durch die Übermittlung und Erläuterung von Datenauswertungen, soweit nicht Geschäfts- oder Betriebsgeheimnisse betroffen sind.

48. Bezogen und verwendeten die Bundesregierung bzw. die zuständigen Bundesministerien oder deren untergeordnete Behörden die Datenlieferungen des InEK seit dem Jahr 2020?
49. Wenn Frage 48 mit ja zu beantworten ist, wofür wurden die Datenlieferungen des InEK seit dem Jahr 2020 im Einzelnen verwendet?
50. Wenn Frage 48 mit ja zu beantworten ist, bezieht die Bundesregierung bzw. beziehen die zuständigen Bundesministerien oder deren untergeordnete Behörden die Datenlieferungen des InEK regelhaft für Überprüfungen der Gefährlichkeit der Coronaviruskrankheit (COVID-19) mit in die Prognosen und Einschätzungen ein?
51. Wenn Frage 48 mit ja zu beantworten ist, wie oft hat bzw. haben die Bundesregierung oder zuständige Behörden seit 2020 Daten aus dem InEK für Einschätzungen zur Gefährlichkeit der Coronaviruskrankheit (COVID-19) hinzugezogen (bitte nach Anzahl und Monat aufschlüsseln)?
52. Wenn Frage 48 mit ja zu beantworten ist, welche Behörden verwendeten die Datenlieferungen des InEK nach Kenntnis der Bundesregierung (bitte die Behörden einzeln aufzählen und den Monat sowie das Jahr angeben)?

Die Fragen 48 bis 52 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die unterjährigen Datenlieferungen wurden gemäß § 21 Absatz 3b KHEntgG in Verbindung mit § 24 KHG zur Analyse der Auswirkungen der während der Corona-Pandemie ergriffenen gesetzlichen Maßnahmen auf die wirtschaftliche Situation sowohl durch das BMG als auch durch den Beirat nach § 24 Satz 3 KHG genutzt. Auf dieser Basis wurden die Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in der COVID-19-Pandemie erstellt und wurde geprüft, inwieweit bei den gesetzlich ergriffenen Maßnahmen und deren Ausgestaltung Nachsteuerungs- und Anpassungsbedarf bestand. Die Analysen wurden für die folgenden Zeiträume erstellt: März bis Mai 2020, Januar bis Dezember 2020, Januar bis Mai 2021, Januar bis September 2021, Januar bis Dezember 2021.

Darüber hinaus wurden in den Jahren 2020 bis 2023 zu den folgenden Zwecken Auswertungen beim InEK angefordert:

- Mai 2020: Neben den Leistungsdaten für die Analyse zum Leistungsgeschehen durch BMG und Beirat wurde auch eine spezifische Auswertung zu intensivmedizinischen Dialysefällen durch das BMG angefordert. Dies erfolgte auf Grundlage des § 24 Absatz 2 Satz 5 KHG in der Fassung des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (Bundesgesetzblatt Teil I S. 1018).
- November 2020, Januar 2021: Vor dem Hintergrund einer hohen Zahl an Neuinfektionen mit SARS-CoV-2, der Belegungszahlen intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten und dem Beginn der Grippesaison wurden für die Jahre 2020 und 2021 Auswertungen zur Auslastung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern beim InEK angefordert.
- Januar 2021: Zum Zweck der Statistik nach der Vereinbarung nach § 26b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHG wurde auf Grundlage von § 24 Absatz 2 Satz 5 KHG in der Fassung des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (Bundesgesetzblatt Teil I S. 2397) eine Auswertung für den Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 30. September 2021 beim InEK angefordert. Die über alle Krankenhäuser aggregierte Statistik sollte die angewendeten Mengen der nach § 26b Absatz 1 KHG beschafften Arzneimittel mit dem Wirkstoff Remdesivir und die Verteilung nach Kostenträgern ausweisen.
- März 2022: Mit dem Ziel, objektive Erkenntnisse zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychiatrischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in Krankenhäusern zu erlangen, wurde für die Zeiträume 1. Januar bis 31. Mai 2019 und 1. Januar bis 31. Mai 2021 eine Auswertung aus den Datenübermittlungen nach § 21 Absatz 1 und 3b KHEntgG in Verbindung mit § 17d Absatz 9 KHG beim InEK angefordert.
- September 2022: Mit dem Ziel, einen Überblick über den Stand der Umsetzung der Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance zu erhalten, wurde eine Auswertung der Daten nach § 21 Absatz 3b Satz 7 KHEntgG zum Stichtag 31. Mai 2022 angefordert.
- April 2022: Für eine Studie zum Zweck der Untersuchung der Sicherheit der zugelassenen COVID-19-Impfstoffe wurden ebenfalls auf der Basis von § 21 Absatz 3b Satz 7 KHEntgG Auswertungen beim InEK angefordert.
- Mai 2023: Mit Datum vom 9. Mai 2023 hat das BMG eine Folgenabschätzung zu den Auswirkungen der Krankenhausreform 2023 vergeben. Zur Umsetzung der Folgenabschätzung wurden auch in § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG genannte Daten benötigt. Vor diesem Hintergrund wurde eine Auswertung der für das Datenjahr 2021 vorliegenden Daten angefordert.
- Mai 2023: Für fachliche Analysen im Rahmen von Modellen zum Leistungs- und Ausgabengeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung wurden auf der Grundlage des § 21 Absatz 3b Satz 7 KHEntgG für die Datenjahre ab 2021 Auswertungen angefordert.
- Mai 2021, Juli 2021, Dezember 2021, Februar 2022, August 2022: Anforderung von Auswertungen auf Basis von § 21 Absatz 3b Satz 7 KHEntgG. Mit Hilfe der Auswertungen sollte eine Verbesserung der Bewertungs- und Prognosemöglichkeiten der intensivmedizinischen Lage in Deutschland erreicht werden.

- Zudem wurden beim InEK auf Basis von § 21 Absatz 3b Satz 7 KHEntgG Auswertungen zur Unterstützung der Länder bei der Erfüllung ihrer Prüfverpflichtung nach § 21a Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 KHG angefordert. Diese Auswertungen enthielten auch Daten zu den stationär behandelten COVID-19-Fällen im jeweiligen Bundesland.
- Mit dem Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 vom 16. September 2022 (Bundesgesetzblatt Teil I S. 1454) wurde § 21 Absatz 3b KHEntgG ergänzt um die Regelung, dass die Datenstelle dem Robert Koch-Institut innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der jeweiligen Übermittlungsfrist nach § 21 Absatz 3b Satz 1 KHEntgG eine Aufstellung aller Standorte sowie eine standortbezogene Aufstellung der Anzahl der aufgestellten Betten zur Verfügung stellt.

53. Wenn Frage 48 mit ja zu beantworten ist, welche Datenfilterungen benutzt die Bundesregierung, um Erkenntnisse zur Gefährlichkeit der Coronaviruskrankheit (COVID-19) zu erhalten (bitte die exakte Filterung angeben)?
54. Wenn Frage 48 mit nein zu beantworten ist, welche Datenquellen benutzt die Bundesregierung für die Beurteilung der betreffenden Lage in den Krankenhäusern?
55. Welche deskriptiven Daten aus Deutschland nutzt bzw. nutzen die Bundesregierung oder deren zuständige Behörden zur Einschätzung der Gefährlichkeit der Coronaviruskrankheit (COVID-19) (bitte alle entsprechenden Datenquellen angeben)?

Die Fragen 53 bis 55 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Für die Risikobewertung der Bundesregierung zur Einschätzung der Gefährlichkeit von COVID-19 wird auf Daten aus verschiedenen Quellen wie den täglichen Situationsberichten, COVID-19-Wochenberichten und ARE-Wochenberichten des RKI zurückgegriffen. Die Meldungen dazu sind im Archiv des RKI zu finden: <https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx>, www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html?nn=13490888, www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Archiv_Situationsberichte.html?nn=13490888.

Die täglichen Situations- und Wochenberichte haben auch zu einer Einschätzung der Belastung der Krankenhäuser beigetragen. Die Belastung auf den Intensivstationen wird durch den Bericht des DIVI-Intensivregisters abgedeckt, der seit April 2020 die freien und belegten Behandlungskapazitäten in der Intensivmedizin von circa 1 300 Akutkrankenhäusern erfasst. Zudem werden auch aktuelle Fallzahlen intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Patientinnen und -Patienten erfasst.

56. Welche absolute Anzahl an Patienten wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2021 und 2022 in deutschen Krankenhäusern stationär insgesamt jeweils pro Jahr behandelt?

Im Jahr 2020 lagen 17 265 142 Fälle vor, im Jahr 2021 17 157 549 Fälle. Die Fallzahlen für das Jahr 2022 liegen dem Statistischen Bundesamt erst zum Jahresende 2023 vor. Die genannten Daten stammen aus der Krankenhausdiagno-

sestatistik. Bei den Werten handelt es sich jeweils um die Zahl der Behandlungsfälle. Mehrfachzählungen einer Person sind möglich, falls die Patientin bzw. der Patient im Berichtsjahr aufgrund der gleichen Hauptdiagnose mehrfach stationär behandelt werden musste.

57. Welche absolute Anzahl an Fällen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2021 und 2022 in deutschen Krankenhäusern stationär mit einer durch PCR-Test festgestellten SARS-CoV-2-Infektion (Nebendiagnose ICD U07.1) behandelt?

136 964 Fälle wurden 2020 in deutschen Krankenhäusern stationär mit einer durch PCR-Test festgestellten SARS-CoV-2-Infektion behandelt und im Meldesystem gemäß IfSG erfasst. 2021 wurden 254 560 und 2022 446 397 Fälle registriert.

58. Welche absolute Anzahl an Fällen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2021 und 2022 in deutschen Krankenhäusern stationär mit einer durch PCR-Test festgestellten SARS-CoV-2-Infektion (Nebendiagnose ICD U07.1) ursächlich aufgrund der gemeldeten COVID-19-Erkrankung behandelt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

59. Wie viele Fälle wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2021 und 2022 in deutschen Krankenhäusern stationär mit einer durch PCR-Test festgestellten SARS-CoV-2-Infektion (Nebendiagnose ICD U07.1) ursächlich aufgrund einer anderen Krankheit als COVID-19 behandelt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

60. Wie viele Fälle wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2021 und 2022 in deutschen Krankenhäusern stationär mit einer durch PCR-Test festgestellten SARS-CoV-2-Infektion (Nebendiagnose ICD U07.1) ursächlich aufgrund der gemeldeten SARS-CoV-2-Infektion auf einer Intensivstation behandelt?

Das Intensivregister erfasst seit Ende Juli 2021, wie viele Patientinnen und Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis auf den Intensivstationen neu aufgenommen und dort behandelt werden. Seit Januar 2023 werden für die täglichen Belegungszahlen für Patientinnen und Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis Informationen dazu erhoben, ob die SARS-CoV-2-Infektion eine intensivmedizinisch relevante Manifestation aufweist (siehe FAQ: www.intensivregister.de/faq/1f340c54-a1b1-4af1-bb22-1e24006e71f1).

Ob eine COVID-19-Erkrankung die alleinige beziehungsweise wesentliche Ursache der Intensivpflichtigkeit ist, ist jedoch nicht immer eindeutig feststellbar. Zudem wird diese Differenzierung zur Manifestation für die täglichen Belegungszahlen, nicht für die Anzahl der Neuaufnahmen erfasst (siehe FAQ: www.intensivregister.de/faq/b99f067d-25a6-4fe9-8edb-78f1dc548f89).

Informationen zur Anzahl neu aufgenommener Patientinnen und Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis sind im Internet unter https://github.com/robert-koch-institut/Intensivkapazitaeten_und_COVID-19-Intensivbettenbelegung_in_Deutschland verfügbar.

Darüber hinaus werden Daten zu intensivpflichtigen SARI-Fällen mit COVID-19-Diagnose im ARE-Wochenbericht erfasst: <https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx>. Hierbei handelt es sich um Daten von Sentinel-Kliniken beziehungsweise -Arztpraxen.

61. Wie viele Fälle wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2021 und 2022 in deutschen Krankenhäusern stationär mit einer durch PCR-Test festgestellten SARS-CoV-2-Infektion (Nebendiagnose ICD U07.1) ursächlich aufgrund einer anderen Krankheit als COVID-19 behandelt?

Auf die Antwort zu Frage 59 wird verwiesen.

62. Wie viele hospitalisierte Patienten starben nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2021 und 2022 in deutschen Krankenhäusern stationär mit Intensivaufenthalt ursächlich an COVID-19 (Nebendiagnose ICD U07.1), also aufgrund der gemeldeten Corona-Infektion als Grundleiden, das zum Tod führte?

Ohne Differenzierung der primären Todesursache beträgt die Gesamtzahl der im Intensivregister gemeldeten, auf der Intensivstation verstorbenen Patientinnen und Patienten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion für das Jahr 2020 12 562 Fälle. Für das Jahr 2021 wurden 29 590 Fälle verzeichnet und für das Jahr 2022 15 186 Fälle.

63. Wie viele hospitalisierte Patienten starben nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2021 und 2022 in deutschen Krankenhäusern stationär ohne Intensivaufenthalt ursächlich an COVID-19 (Nebendiagnose ICD U07.1), also wegen der gemeldeten Corona-Infektion als Grundleiden, das zum Tod führte?

Der Bundesregierung liegen dazu keine Daten vor.

64. Wie viele COVID-19-Patienten in Deutschland starben nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2021 und 2022 nicht in einem Krankenhaus, waren also bei Todeseintritt nicht hospitalisiert?

Bei den verstorbenen, nicht hospitalisierten COVID-19-Fällen, die an das RKI übermittelt worden sind, wurden für das Jahr 2020 15 081 Fälle, für 2021 13 592 und für 2022 7 425 Fälle erfasst.

65. Wie viele Arbeitsunfähigkeitstage (jeweils Fälle und Tage) wurden nach Kenntnis der Bundesregierung laut Krankheitsartenstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung zu SARS-CoV-2 Infektionen in den Jahren 2020, 2021 und 2022 registriert (bitte getrennt nach ICD U07.1 und U07.2 aufschlüsseln)?

Aus den Daten der amtlichen Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehen für 2020 und 2021 folgende Zahlen zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen mit einer Zuordnung der Hauptdiagnosen zu den in der Frage spezifizierten Diagnosecodes hervor. In der letzten Zeile werden jeweils die Gesamtzahlen für alle Arbeitsunfähigkeitsfälle beziehungsweise -tage aufgelistet. Daten für das Jahr 2022 liegen noch nicht vor.

Tabelle 2: Daten der amtlichen Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Arbeitsunfähigkeitstagen

	2020		2021	
	Fälle	Tage	Fälle	Tage
T88.0	78	404	6.205	17.943
T88.1	5.731	21.728	965.385	2.520.563
U07.1	171.731	2.094.445	324.766	5.641.201
U07.2	129.245	938.217	161.708	1.385.858
U09.9	-	-	25.042	680.894
U12.9	-	-	269.449	709.996
Y59.9	25	130	1.808	5.497
Arbeitsunfähigkeit GKV insgesamt	39.338.951	640.673.447	39.708.090	637.258.558

Quelle: Amtliche Statistik der GKV, Vordrucke KG2 und KG8

66. Wie viele Kodierungen eines „Post-COVID-Zustands“ in den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen, die nach § 13 IfSG Absatz 5 dem RKI und dem PEI zur Verfügung gestellt werden sollten, sind nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2021 und 2022 abgerechnet worden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

Die impfenden Ärztinnen und Ärzte waren und sind für COVID-19-Impfungen nach § 13 Absatz 5 IfSG in Verbindung mit den hierzu erlassenen Verordnungen nicht zur Meldung von Diagnosecodes verpflichtet.

Die KVen haben nach § 13 Absatz 5 IfSG dem RKI und dem PEI Daten zu übermitteln, die für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impfeffekten (Impfsurveillance) und für Zwecke der Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen (Pharmakovigilanz) benötigt werden.

Die technische Implementierung einer Struktur, die dem PEI den datenschutzkonformen Zugriff für Zwecke der Pharmakovigilanz auf die Daten der KVen zu Schutzimpfungen gemäß § 13 Absatz 5 IfSG ermöglicht, befindet sich in Vorbereitung.

Es wird zudem auf die Antworten zu den Fragen 36, 37, 87, 88 und 101 verwiesen.

67. Wie viele Menschen wurden mit der kodierten Nebendiagnose „Post-COVID-19-Zustand“ (ICD U09.9) nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland jeweils in den Jahren 2021 und 2022 in einem Krankenhaus stationär behandelt?

Laut der fallpauschalbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik, Tabelle 23141-0001, abrufbar unter: www-genesis.destatis.de/genesis/online) lag die Anzahl der vollstationären Patientinnen und Patienten mit Nebendiagnose U09 im Jahr 2021 bei 29 343. Für das Jahr 2022 sind noch keine Zahlen verfügbar.

68. Wie viele Fälle mit der Nebendiagnose „Post-COVID-Zustand“ (ICD U09.9) wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2021 und 2022 in Deutschland auf einer Intensivstation behandelt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor. Der Anteil derjenigen, die nach akuter SARS-CoV-2-Infektion mit Post-COVID auf einer Intensivstation behandelt werden, wird im Intensivregister nicht gesondert erfasst.

69. Wie viele Arbeitsunfähigkeitstage (jeweils Fälle und Tage) wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in der statistischen Datenerhebung der gesetzlichen Krankenversicherung der Diagnose „Post-COVID-Zustand“ (ICD U09.9) in den Jahren 2020, 2021 und 2022 zugeordnet?

Auf die Antwort zu Frage 65 wird verwiesen.

70. Wie viele der Patienten mit „Post-COVID-Zustand“ (ICD U09.9) waren nach Kenntnis der Bundesregierung gegen COVID-19 geimpft, nicht gegen COVID-19 geimpft oder hatten einen unbekanntem COVID-19-Impfstatus (bitte nach Impfstatus und Quartal von 2021 bis 2022 aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

71. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über den Schutz vor dem „Post-COVID-Zustand“ (ICD U09.9) durch Impfung gegen COVID-19, zum Beispiel aus den Datenerhebungen der Krankenhäuser, gewonnen?

Zur Beurteilung der Schutzwirkung und Schutzdauer der COVID-19-Impfung vor Post-COVID-Symptomen wurde die Literatur nach systematischen Übersichtsarbeiten und ergänzenden Primärstudien gesichtet. Ein systematisches Review, das jegliche Studien, die den Effekt einer COVID-19-Impfung vor oder nach einer SARS-CoV-2-Infektion auf das Auftreten von Post-COVID-Symptomen untersuchte, wurde als primäre Datenquelle herangezogen (www.mdpi.com/1660-4601/19/19/12422). Anhand der Daten lässt sich ein Schutz durch die COVID-19-Impfung gegen das Auftreten von Post-COVID-Symptomen in der Allgemeinbevölkerung ableiten. Das relative Risiko nach Verabreichung von zwei Impfstoffdosen im Vergleich zu keiner Impfung beträgt hiernach 0,83 mit einem 95-Prozent-Konfidenzintervall von 0,74 bis 0,94.

Bezüglich Post-COVID gibt es Hinweise darauf, dass eine vollständige COVID-19-Impfung auch die Ausprägung von Post-COVID-Symptomen nach einer Durchbruchinfektion mildern kann (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36051247/>).

72. Nach welchen Kriterien werden nach Kenntnis der Bundesregierung die verschiedenen „besorgniserregenden Virusvarianten“ (VOC) bezüglich ihrer Gefährlichkeit von der Bundesregierung und der STIKO jeweils eingestuft?

Die Einstufung, ob eine Virusvariante als besorgniserregend gilt oder nicht, nimmt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor. Die WHO sammelt auch Daten zur Gefährlichkeit, zu Übertragungswegen et cetera, analysiert diese und veröffentlicht ihre Einschätzung: www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for--sars-cov-2-variants.

Grundlagen einer STIKO-Impfempfehlung (STIKO: Ständige Impfkommission) sind neben der Bewertung von Daten zur Krankheitslast insbesondere systematische Literaturrecherchen und Evidenzbewertungen zu Sicherheit und Wirksamkeit der Impfung. Die STIKO betrachtet für die Bewertung der Gefährlichkeit einer Erkrankung deren Epidemiologie. Dazu gehören Inzidenzen, Hospitalisierungsraten und Letalität. Diese werden üblicherweise für die Bevölkerung allgemein, aber auch – sofern vorliegend – stratifiziert nach Alter und für mögliche weitere Risikogruppen bewertet. Außerdem werden Daten zur Übertragbarkeit berücksichtigt. Die Bewertung der Epidemiologie ist der wissenschaftlichen Begründung der jeweils aktuellen Impfempfehlung zu entnehmen; zuletzt ist diese im Rahmen der Implementierung der COVID-19-Impfung in den allgemeinen Empfehlungen der STIKO 2023 dargestellt worden (Epid Bull. 2023; 21(2023):7-48; www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2023/Ausgaben/21_23.pdf?__blob=publicationFile).

73. Wie werden nach Kenntnis der Bundesregierung die verschiedenen „besorgniserregenden Virusvarianten“ (VOC) bezüglich ihrer tödlichen Gefährlichkeit für die Altersgruppen 0 bis 4 Jahre, 5 bis 11 Jahre, 12 bis 17 Jahre, 18 bis 59 Jahre, 60 bis 80 Jahre und über 80 Jahre von der Bundesregierung bzw. dem RKI und der STIKO beurteilt (bitte jeweils nach Altersgruppen aufschlüsseln)?

Schwere beziehungsweise gar tödliche COVID-19-Krankheitsverläufe können bei ansonsten gesunden Menschen jeden Alters vorkommen. Sie betreffen besonders häufig Personen mit bestimmten Risikofaktoren, zu denen bestimmte medizinische Grunderkrankungen wie zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, neurologische Erkrankungen, Adipositas/Übergewicht, Diabetes mellitus, zerebrovaskuläre Erkrankungen, chronische Lungen-, Nieren- und Lebererkrankungen zählen. Dies konnte durch zahlreiche Studien belegt werden (vergleiche: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32911500/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32345594/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32783686/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32271368/>, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9572204/). Auch bestimmte demografische Merkmale, darunter ein erhöhtes Lebensalter (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32444366/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32640463/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32634827/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34762110/>), Schwangerschaft (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33515516/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35398348/>), immunogenetische Besonderheiten (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32972995/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34413140/>) und der Impfstatus (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33378609/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33301246/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35324878/>) können zu einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf beitragen.

Während der von unterschiedlichen besorgniserregenden Virusvarianten (Variants of concern = VOCs) bestimmten Pandemiephasen haben sich diese Risikofaktoren nicht grundsätzlich verändert.

Eine Differenzierung der Gefährlichkeit verschiedener VOCs nach Altersgruppen erscheint aus medizinisch-virologischer Sicht allenfalls begrenzt aussagekräftig, da unter anderem zum Zeitpunkt des Aufkommens der Omikronvariante in der Bevölkerung durch bereits erfolgte Impfungen und durchgemachte Infektionen eine breite Immunität vorlag. Die Bundesregierung verweist dazu auf nachfolgende tabellarische Darstellung:

Tabelle 3: Fall-Verstorbenen-Anteil übermittelter SARS-CoV-2-Infektionen nach Altersgruppen und Varianten von SARS-CoV-2 basierend auf an das RKI übermittelten IfSG-Melddaten (Stand: 24. Mai 2023)

Altersgruppen	< 1–17 Jahre	18–59 Jahre	60–69 Jahre	70–79 Jahre	≥ 80 Jahre
Letalitäten nach Varianten					
Wuhan (2020)	0,0027 %	0,1 %	2,1 %	8,5 %	18,6 %
Alpha & Delta (2021)	0,002 %	0,12 %	1,60 %	5,82 %	14,17 %
Omikron (2022–2023)	0,0006 %	0,01 %	0,11 %	0,55 %	2,16 %

Quelle: RKI

74. Wie werden nach Kenntnis der Bundesregierung die verschiedenen „besorgniserregenden Virusvarianten“ (VOC) bezüglich ihrer tödlichen Gefährlichkeit jeweils aufgeschlüsselt nach den Altersgruppen 0 bis 4 Jahre, 5 bis 11 Jahre, 12 bis 17 Jahre, 18 bis 59 Jahre, 60 bis 80 Jahre und über 80 Jahre von der Bundesregierung bzw. dem RKI und der STIKO im Vergleich zu bisherigen Grippeviren beurteilt (bitte jeweils nach Altersgruppen aufschlüsseln)?

Für die Gegenüberstellung der Letalität von COVID-19 und Influenza können Daten zu labordiagnostisch übermittelten Influenza-Fällen aus dem zuletzt veröffentlichten Bericht zu Influenza (Saison 2018/19; vergleiche <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2018.pdf>) verwendet werden. Daraus ergeben sich die in der Tabelle folgenden nach Altersgruppen aufgeschlüsselten Letalitäten.

Die Bundesregierung weist jedoch darauf hin, dass unterschiedliche Testindikationen (zum Beispiel systematisches Testen in Schulen versus Testen bei Erkrankungen, die zu einem Arztbesuch führen) zu einer unterschiedlichen Einordnung der Testergebnisse führen können. Dazu kommt, dass unterschiedliche Influenza-Saisons mit unterschiedlichen Inzidenzen, Krankheitsausprägungen und Epidemiologien hinsichtlich der hauptsächlich betroffenen Altersgruppen einhergehen. Eine Vergleichbarkeit der einzelnen Daten ist daher nicht immer möglich. Diese Faktoren müssen bei der Interpretation der Daten hinsichtlich der Letalitäten von Influenza- und SARS-CoV-2-Infektionen berücksichtigt werden.

Tabelle 4: Letalität nach Altersgruppen der übermittelten labordiagnostisch bestätigten Influenza-Fälle in der Saison 2018/2019

Altersgruppe	< 1–14 Jahre	15–34 Jahre	35–59 Jahre	60–79 Jahre	≥ 80 Jahre
Letalität	0,02 %	0,03 %	0,17 %	1,1 %	2,8 %

Quelle: RKI, <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2018.pdf>; Tabelle 1

Eine großangelegte Analyse elektronischer Krankenakten aus den USA verglich das Todesrisiko für Patientinnen und Patienten, die wegen COVID-19 hospitalisiert waren, mit dem Todesrisiko von Patientinnen und Patienten, die mit Influenza hospitalisiert waren. Diese Studie erfolgte im Winter 2022/2023, also in einer Zeit, für welche davon auszugehen ist, dass alle COVID-19-Erkrankungen auf die Omikronvariante zurückgingen. Diese Analyse zeigte, dass eine Hospitalisierung aufgrund einer COVID-19-Erkrankung mit einem höheren Mortalitätsrisiko verbunden war als eine Hospitalisierung aufgrund einer durch Influenza ausgelösten Erkrankung (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37022720/>).

75. Wie viele der Patienten mit „Post-COVID-Zustand“ (ICD U09.9) waren nach Kenntnis der Bundesregierung gegen COVID-19 geimpft, nicht gegen COVID-19 geimpft oder hatten einen unbekanntem COVID-19-Impfstatus (bitte jeweils nach Quartal von 2021 bis 2022 aufschlüsseln)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 70 verwiesen.

76. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung bei Menschen, die gegen COVID-19 geimpft waren, nicht gegen COVID-19 geimpft waren oder einen unbekanntem COVID-19-Impfstatus hatten, jeweils der Anteil der Patienten mit „Post-COVID-Zustand“ (ICD U09.9), die aufgrund dieser Diagnose einen Arzt konsultiert hatten (bitte jeweils auch die absolute Anzahl angeben und nach Impfstatus aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

77. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung bei Menschen, die gegen COVID-19 geimpft waren, nicht gegen COVID-19 geimpft waren oder einen unbekanntem COVID-19-Impfstatus hatten, jeweils der Anteil der Patienten mit „Post-COVID-Zustand“ (ICD U09.9), die aufgrund dieser Diagnose stationär in ein Krankenhaus aufgenommen wurden (bitte jeweils auch die absolute Anzahl angeben und nach Impfstatus aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

78. Welche Datenquellen verwendet die Bundesregierung für ihre Einschätzung der „Belastung bzw. Überlastung des Gesundheitssystems“ (bitte mit zeitlichem Bezug 2020, 2021 und 2022 auflisten)?

Vom 24. April 2020 bis zum 6. Dezember 2021 dokumentierte das RKI Überlastungsanzeigen von Gesundheitsämtern, stellte die Meldungen in wöchentlichen Berichten zusammen und kommunizierte diese an das BMG und die Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Mit der Beendigung der epidemiologischen Lage von nationaler Tragweite wurden diese Berichte am 6. Dezember 2021 eingestellt.

Seit Ende März 2020 erfolgt kontinuierlich über das (am RKI verortete) DIVI-Intensivregister eine tägliche Erfassung der aktuellen Lage auf Intensivstationen. Unter anderem werden Daten erhoben zu freien Intensivkapazitäten, belegten Intensivkapazitäten, COVID-19-Fallzahlen sowie persönlichen Einschätzungen der aktuellen Situation und zur Erfassung von Einschränkungen im Betrieb der Intensivstationen. Die Daten des erfragten Zeitraumes sind der Webseite des DIVI-Intensivregisters zu entnehmen (www.intensivregister.de/#/index).

Seit dem 20. September 2022 sind Krankenhäuser gemäß der Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance dazu verpflichtet, täglich die Anzahl der durch die vollstationären, nichtintensivmedizinische, somatische Versorgung belegten Betten über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) elektronisch zu melden. Die Anzahl der belegten Betten wird dabei nach mit Erwachsenen und Kindern belegten Betten differenziert. Die Anzahl der betriebsfähigen Betten auf Erwachsenen- und Kinder-Normalstationen können die Krankenhäuser elektronisch via DEMIS melden. Hierbei wird ebenfalls nach mit Erwachsenen und Kindern belegten Betten differenziert.

Auf Grundlage der §§ 6 ff. IfSG ist zudem die Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 in ein Krankenhaus grundsätzlich zu melden. Seit dem 17. September 2022 sind diese Meldungen verpflichtend über DEMIS zu übermitteln.

79. War das Gesundheitssystem in Deutschland nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2020 bundesweit überlastet, und wenn ja, wann, an welchen Tagen war das Gesundheitssystem durch welche Umstände aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie überlastet?

Das RKI hat für den Zeitraum, in dem die Kapazitäten von Gesundheitsämtern abgefragt wurden, keine bundesweite Überlastung dokumentiert.

Zur Abschätzung einer bundesweiten Aus- oder Überlastung der Intensivstationen können näherungsweise die Meldungen der einzelnen Intensivstationen zusammengenommen über ganz Deutschland herangezogen werden.

Während der COVID-19-Pandemie gab es zeitlich drei Belastungsspitzen, in denen 21 bis 24 Prozent der intensivmedizinischen Gesamtkapazitäten in Deutschland durch COVID-19-Fälle belegt waren, diese Höchstwerte lagen im Januar 2021, April 2021 und Dezember 2021.

Während der genannten COVID-19-Spitzen wurden bundesweit von 38 bis 52 Prozent der Intensivstationen eine Einschränkung (ausgelastet oder überlastet) und von 20 bis 24 Prozent eine teilweise Einschränkung der Behandlungskapazität gemeldet.

Die Daten zur täglichen Belegung und Auslastung sind unter https://github.com/robert-koch-institut/Intensivkapazitaeten_und_COVID-19-Intensivbettenbelegung_in_Deutschland zu finden.

Die Einführung des Kleeblattsystems im Herbst 2020 hat Deutschland in die Lage versetzt, die durch die COVID-19-Pandemie lokal und regional überlasteten Intensivstationen wirksam zu entlasten und dort die medizinische Versorgungsfähigkeit zu erhalten. Dazu wurden die Länder in fünf Organisationseinheiten eingeteilt, die sogenannten „Kleeblätter“. Das Kleeblattsystem hatte dazu freie Kapazitäten ermittelt und unter Einbeziehung der Ressourcen bei Bund und Ländern Verlegungstransporte organisiert.

80. Gab es nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2021 oder 2022 mehr Verlegungen von Patienten aus deutschen Intensivstationen in ein anderes Krankenhaus als in den Jahren 2019 oder 2018?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

81. Wie viele Verlegungen von Intensivpatienten in ein anderes Krankenhaus gab es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland in den Jahren 2019, 2020, 2021 und 2022, und wie viele dieser Patienten wurden aufgrund von COVID-19 intensivmedizinisch behandelt (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

82. Wie viele Impfschadenanträge, entsprechend § 60 IfSG und Vierzehntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV), wurden nach Kenntnis der Bundesregierung vom Jahr 2016 bis zum Jahr 2020 pro Jahr in Deutschland bei den jeweils zuständigen Ämtern insgesamt eingereicht, und wie viele entsprechende Impfschadenanträge wurden in den Jahren 2021, 2022 und 2023 pro Jahr in Deutschland bei den jeweiligen Ämtern insgesamt eingereicht (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?
83. Wie vielen Impfschadenanträgen, entsprechend § 60 IfSG und SGB XIV, wurde nach Kenntnis der Bundesregierung vom Jahr 2016 bis zum Jahr 2020 pro Jahr in Deutschland bei den jeweiligen Ämtern stattgegeben (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?
84. Wie vielen Impfschadenanträgen, entsprechend § 60 IfSG und SGB XIV, wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2021, 2022 und 2023 pro Jahr in Deutschland bei den jeweiligen Ämtern stattgegeben (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?
85. Wie viele Gerichtsverfahren wurden zu Impfschadenanträgen, entsprechend § 60 IfSG und SGB XIV, nach Kenntnis der Bundesregierung vom Jahr 2016 bis zum Jahr 2020 pro Jahr in Deutschland anhängig gemacht (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?
86. Wie viele Gerichtsverfahren wurden zu Impfschadenanträgen, entsprechend § 60 IfSG und SGB XIV, nach Kenntnis der Bundesregierung vom Jahr 2021 bis zum Jahr 2023 pro Jahr in Deutschland anhängig gemacht (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Die Fragen 82 bis 86 werden aufgrund ihres Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Daten vor. Die angesprochenen Verfahren fallen in die Zuständigkeit der Länder. Für die Versorgung bei Impfschäden gelten die Regelungen des sozialen Entschädigungsrechts. Die Feststellung, dass im Einzelfall ein Impfschaden im Sinne des § 2 Nummer 11 IfSG durch eine Schutzimpfung entstanden ist und somit grundsätzlich ein Versorgungsanspruch besteht, trifft die nach § 64 Absatz 1 IfSG zuständige Landesbehörde. Für öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten des § 60 IfSG ist nach § 68 Absatz 2 Satz 1 IfSG der Rechtsweg vor den Sozialgerichten gegeben. Verfahren mit dem Ziel der Versorgung bei Impfschäden nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV) sind bisher nicht durchgeführt worden. Die §§ 60 ff. IfSG werden erst mit Wirkung zum 1. Januar 2024 in das neue SGB XIV überführt.

87. Seit wann hat die Bundesregierung, deren zuständige Bundesministerien oder die nachgeordneten Behörden, für Zwecke der Pharmakovigilanz, Zugriff auf die Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu allen Versicherten mit Arztbesuchen in den Jahren 2021 und 2022 bis einschließlich dem zweiten Quartal 2022 oder danach, die nach § 13 Absatz 5 IfSG zur Impfstoffsicherheit gesetzlich dem Paul Ehrlich-Institut verfügbar sein müssen?

Entsprechende Daten liegen noch nicht vor. Die technische Implementierung einer Struktur, die dem PEI den datenschutzkonformen Zugriff auf die Daten der KVen zu Schutzimpfungen gemäß § 13 Absatz 5 IfSG ermöglicht, befindet sich in Vorbereitung.

88. Welche genauen Arbeitsschritte, die das Auslesen und die Übermittlung der Daten, entsprechend § 13 Absatz 5 IfSG, von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) an die Bundesoberbehörden (RKI und PEI) ermöglichen, hat das RKI in jedem einzelnen Monat seit Januar 2021 bis zum Oktober 2022 vollzogen (bitte die jeweiligen monatlichen Arbeitsschritte nennen)?

Die nachfolgende Übersicht zeigt die Arbeitsschritte, die das RKI zur Verarbeitung der Abrechnungsdaten der KVen (KV-Impfsurveillance) im Rahmen der Surveillance gemäß § 13 Absatz 5 IfSG im erfragten Zeitraum durchgeführt hat:

- April 2021 bis September 2021: Anforderungsanalyse und Konzipierung gemäß § 13 Absatz 5 IfSG
- Oktober 2021 bis Februar 2023: Entwicklung der KV-Impfsurveillance-(KVIS)-App zur Datenaufbereitung der Daten der KVen entsprechend den Vorgaben gemäß § 13 Absatz 5 IfSG
 - Oktober 2021: Start der Entwicklung – Aktualisierung der sogenannten „KVIS-App“ auf die neueste Version der Laufzeitumgebung
 - November und Dezember 2021: Entwicklung der Auftrennung der Datenpakete
 - März 2022: inhaltliche Anpassungen und Erzeugung von Testdaten
 - Juli 2022: Auslieferung der „KVIS-App“ an Test-KVen – Start der Tests
 - Oktober 2022: Auslieferung der „KVIS-App“ an alle KVen nach Test (Produktivbetrieb)

89. Weshalb hat das Paul-Ehrlich-Institut am 16. Dezember 2022 nach eigenen Angaben in einer Presseerklärung (siehe Vorbemerkung der Fragesteller: durch das Paul-Ehrlich-Institut herausgegebene Information für Journalistinnen und Journalisten vom 16. Dezember 2022) noch nicht mit einer Auswertung der Diagnosecodierungen (ICD-10-Kodierungen) der Kassenärztlichen Vereinigungen begonnen, obwohl diese Daten am 12. Dezember 2022 von der KBV veröffentlicht wurden (siehe Vorbemerkung der Fragesteller)?

Die am 12. Dezember 2022 veröffentlichten Daten und Auswertungen der KBV sind ungeeignet, um Aussagen zur Sicherheit beziehungsweise zu Risiken im Zusammenhang mit COVID-19-Impfungen zu treffen. Die Erhebung der Daten aus den KVen in Deutschland soll durch ein gemeinsames Programm auf Basis der Weiterentwicklung des vom RKI bereits genutzten Programmes erfolgen, das derzeit entsprechend weiterentwickelt wird.

90. Welche konkreten Krankheits- und Diagnosecodes aus den Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Bundesregierung, ihre zuständigen Ministerien oder die nachgeordneten Behörden ausgewertet (bitte die jeweiligen Diagnosecodes, die Untersuchungszeiträume und die Größe der Stichprobe angeben)?

Für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells des Risikostrukturausgleichs für das Ausgleichsjahr 2024 wurden die COVID-19-ICD-Codes U07.1, U07.2, U07.5, U10.9, U07.4, U07.3, U08.9 verwendet. Dem zugrunde liegen die Morbiditätsdaten des Jahres 2020. Diese Daten betreffen die Gesamtheit der GKV-Versicherten und stellen keine Stichprobe dar. Nähere Informa-

tionen finden sich unter www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikotrakturausgleich/festlegungen/.

91. Geht nach Kenntnis der Bundesregierung aus den Diagnosecodes der Kassenärztlichen Vereinigungen ein Anstieg von Myokarditis bei den gesetzlich Versicherten in den Jahren 2021 und 2022 gegenüber dem statistischen Mittel der beiden Vorjahren hervor, und wenn ja, wie hoch ist dieser in Prozent?

Dem RKI liegen zwar Daten der KVen mit Abrechnungsdiagnosen bis zum Ende des Jahres 2021 und für die Vorjahre vor. Jedoch enthalten diese Daten keine Diagnosen aus dem stationären Bereich. Nach Einschätzung des RKI können insbesondere für schwere Erkrankungen wie die Myokarditis Änderungen in der Häufigkeit (Inzidenzen) alleine mit KV-Daten nicht verlässlich berechnet werden; Auswertungen liegen daher dazu auch nicht vor.

92. Kann die Bundesregierung ausschließen, dass die in der Vorbemerkung der Fragesteller erwähnte Zunahme bei den aufgeführten Diagnosecodes im Jahr 2021 auf die Maßnahmen zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Pandemie, inklusive der COVID-19-Impfkampagne zurückzuführen ist?

Nach Einschätzung des RKI wären umfangreiche wissenschaftliche Analysen erforderlich, um diese Fragestellung methodisch adäquat zu untersuchen. Gleichwohl wäre eine vollständige Aufklärung des Sachverhaltes im Regelfall unwahrscheinlich.

Zudem wird auf die in der Vorbemerkung der Fragesteller zitierte Stellungnahme des PEI hingewiesen (www.epochtimes.de/assets/uploads/2022/12/Interpretation-KBV-Daten-PEI-vom-16.-Dezember-2022.pdf).

Sie weist darauf hin, dass anhand der von der KBV zur Verfügung gestellten Datentabelle mit ICD-10-Diagnosecodes keine direkten Rückschlüsse zu anderen Statistiken gezogen werden können. Auswertungen zu Sterbefällen im Allgemeinen und Untersuchungen von Kausalitäten sind auf dieser Datenbasis nicht ohne Weiteres möglich.

Die Datentabelle der KBV stellt eine Übersicht von kodierten Behandlungsanlässen dar. Das Zi sieht es beispielsweise als wissenschaftlich unzulässig an, allgemeine Aussagen zu einem Anstieg von Todesfällen mit diesen Daten zu treffen.

Die Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen sind auch nicht mit der Erfassung und Bewertung von Verdachtsfällen auf Nebenwirkungen und Impfkomplicationen sowie Maßnahmen zum Infektionsschutz gleichzusetzen, da diese nach arzneimittelrechtlichen und infektionsschutzrechtlichen Vorgaben erfolgen.

Für die in der Vorbemerkung der Fragesteller aufgeführten primären Tumordiagnosen (C25.3, C25.8, C75.3, C95.1) ergeben sich aus den bisher vorliegenden Daten der bevölkerungsbezogenen Krebsregister in Deutschland keinerlei Hinweise auf einen relevanten Anstieg der Neuerkrankungsraten im Jahr 2021. Grundsätzlich erscheinen Abrechnungsdaten aus Sicht des RKI nicht geeignet, Trends bei Krebsneuerkrankungen oder bei anderen Neuerkrankungen verlässlich abzubilden.

93. Hat die Bundesregierung Kenntnis über die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (jeweils Fälle und Tage), die laut Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung zu Kodierungen von Impfnebenwirkungen (T88.0, T88.1, U12.9 und Y59.9) in den Jahren 2020, 2021 und 2022 registriert wurden, und wenn ja, wie viele waren dies jeweils (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Auf die Antwort zu Frage 65 wird verwiesen.

94. Wie viele Menschen wurden in Deutschland nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020, 2021 und 2022 von Personen mit symptomlosen SARS-CoV-2-Infektionen in geschlossenen Räumen mit SARS-CoV-2 infiziert (angesteckt)?

Generell wird unterschieden, ob eine ansteckende Person zum Zeitpunkt der Übertragung bereits erkrankt (symptomatisch) war, ob sie noch keine Symptome entwickelt hatte (präsymptomatisches Stadium) oder ob sie auch später nie symptomatisch wurde (asymptomatische Infektion). Eine große Bedeutung haben die Übertragungen von infektiösen Personen, wenn sie bereits Krankheitszeichen (Symptome) entwickelt haben. Da im Zeitraum vor dem Auftreten von Symptomen eine hohe Infektiosität besteht, steckt sich ein relevanter Anteil von Personen innerhalb von ein bis zwei Tagen bei bereits infektiösen aber noch nicht symptomatischen Personen an. Wie groß dieser Anteil ist, kann nicht genau beziffert werden, da in vielen der Studien der „Symptombeginn“ nicht oder nicht ausreichend definiert wurde. Der Bundesregierung liegen deshalb hierzu keine Daten vor.

95. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Infektiosität von Personen mit symptomatischer und asymptomatischer SARS-CoV-2-Infektion und positiven Test auf SARS-CoV-2 mittels PCR (bitte jeweils für symptomatische und asymptomatische Personen als Reproduktionszahl (R-Wert angeben)?

Das virale Shedding, das heißt die Freisetzung der Viren aus der Wirtszelle nach der Virusreplikation, ist in der Regel länger bei symptomatisch Infizierten gegenüber asymptomatisch Infizierten (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33816427/>). Die unterschiedliche Infektiosität von symptomatischen und asymptomatischen SARS-CoV-2-Infektionen wurde auch in Studien genauer untersucht. Eine Studie von Madewell et al. kommt zu dem Ergebnis, dass Erkrankungsraten niedriger sind, wenn der Haushalts-Index-Fall (also jene Person, die als Ausgangspunkt einer Infektionsquelle identifiziert wurde) asymptomatisch war (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33315116/>).

96. Für wie viele Menschen in Deutschland wurde nach Kenntnis der Bundesregierung wegen eines positiven Testergebnisses eines PCR-Tests auf SARS-CoV-2 eine Quarantäne angeordnet (bitte die Zahlen nach den Jahren 2020, 2021 und 2022 aufschlüsseln)?

Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen werden von den lokalen Gesundheitsämtern getroffen, daher liegen der Bundesregierung keine vollständigen bundesweiten Informationen vor.

97. Wie viele Fälle von Arbeitsunfähigkeit bei gesetzlich versicherten Personen wegen einer Corona-Erkrankung mit Symptomen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland der ICD-Codierung U07.1 (PCR-Test SARS-CoV-2 positiv) zugeordnet (bitte nach den Jahren 2020, 2021 und 2022 aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

98. Wie viele Menschen in Deutschland, bei denen aufgrund eines positiven Testergebnisses eines PCR-Tests auf SARS-CoV-2 eine Quarantäne angeordnet wurde, waren nach Kenntnis der Bundesregierung dauerhaft symptomlos (bitte die Angaben nach den Jahren 2020, 2021 und 2022 aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor. Zuständig für die Anordnung von Isolations- und Quarantänemaßnahmen nach den §§ 28 ff. IfSG sind die zuständigen Behörden der Länder.

99. Wie viele Arbeitsunfähigkeitstage wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in ganz Deutschland für alle Diagnosecodes (ICD-10) in den Jahren 2020, 2021 und 2022 ermittelt (bitte die Angaben nach den Jahren 2020, 2021 und 2022 aufschlüsseln)?

Auf die Antwort zu Frage 65 wird verwiesen.

100. Für wie viele Menschen in Deutschland wurde nach Kenntnis der Bundesregierung während der SARS-CoV-2-Pandemie seit März 2020 eine Infektion mit SARS-CoV-2 ohne Angabe für den Symptombeginn vom jeweiligen Gesundheitsamt registriert (bitte die Zahlen nach den Jahren 2020, 2021 und 2022 aufschlüsseln)?

Im Jahr 2020 wurden 815 153 Fälle, im Jahr 2021 2 542 041 Fälle und im Jahr 2022 25 118 684 Fälle registriert, bei denen kein Datum für den Erkrankungsbeginn vom Gesundheitsamt übermittelt worden ist. Da der Großteil der COVID-19-Fälle auf Meldungen aus Laboren beruht, von denen kein Symptombeginn gemeldet werden darf, müssen diese Angaben von den Gesundheitsämtern bei jedem Fall einzeln nachermittelt werden. Bei sehr hohen Fallzahlen und eingeschränkten personellen Ressourcen war eine vollständige Ermittlung nicht immer möglich. Daher lassen die Angaben keinen direkten Rückschluss auf das tatsächliche Vorhandensein von Symptomen zu.

101. Was hat die Bundesregierung unternommen, um Daten, nach denen in den vorstehenden Fragen gefragt wird, und die der Bundesregierung gegebenenfalls nicht vorlagen bzw. vorliegen, zu erhalten?

Im Verlauf der Pandemie wurde das Pandemieradar etabliert, um schneller auf Veränderungen im Infektionsgeschehen zu reagieren und gezielt Maßnahmen ergreifen zu können. Das Pandemieradar wird kontinuierlich erweitert und verbessert und soll langfristig erregereübergreifend ausgebaut werden. Ein Beispiel für einen neu etablierten Bestandteil dieses Datendashboards ist die Trendanalyse der Viruslast im Abwasser. Unabhängig von Testungen an Menschen oder Meldungen bei Gesundheitsbehörden trägt das Abwassermonitoring Informationen zur Verbreitung von SARS-CoV-2 bei und kann so als Frühwarnsystem fungieren.

Mit dem DEMIS wird eine durchgängig elektronische und datenschutzkonforme Informationsübermittlung und -verarbeitung für die gemäß Infektionsschutzgesetz relevanten Meldungen – beginnend bei den einzelnen Melde- und Benachrichtigungspflichtigen, wie beispielsweise in den Laboren, Krankenhäusern oder Arztpraxen, über die Gesundheitsämter und Landesstellen bis hin zum RKI – ermöglicht. Labore melden dabei neben SARS-CoV-2 auch weitere Erreger elektronisch über DEMIS. Krankenhäuser melden grundsätzlich Hospitalisierungen mit COVID-19 sowie die Angaben zur Auslastung der vollstationären nicht intensivmedizinischen somatischen Stationen (Normalstationen), differenziert nach Erwachsenen und Kindern, elektronisch über DEMIS. Auch Arztpraxen, Apotheken und Teststellen können DEMIS grundsätzlich nutzen, um beispielsweise positive Schnelltestergebnisse elektronisch zu melden.

Um auch zukünftig effektiv und schnell Infektionskrankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, wird DEMIS sukzessive und kontinuierlich ausgebaut. So werden unter anderem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und weitere Melde- und Benachrichtigungspflichtige, wie zum Beispiel Pflegeeinrichtungen, Kindertagesstätten oder Flüchtlingsunterkünfte, künftig flächendeckend an DEMIS angebunden sein.

Mit einer sich im Aufbau befindenden Datenerhebungsinfrastruktur (Panel „Gesundheit in Deutschland“ am RKI) können regelmäßig repräsentative Befragungen und – unter Vorbehalt der Finanzierung – perspektivisch auch zielgruppenspezifische Befragungen, zum Beispiel vulnerabler Gruppen, sowie Mess- und Beprobungsdaten erhoben werden. Mit Instrumenten des Panels könnten der Impfstatus überprüft sowie Studien zur Kenntnis und Akzeptanz von Maßnahmen et cetera durchgeführt werden – auch unter Berücksichtigung sozialer Determinanten.

In Zusammenarbeit zwischen den Bundesoberbehörden PEI und RKI erfolgt derzeit die Weiterentwicklung des im RKI bereits eingesetzten Programmes zur Erfassung spezifischer Informationen aus den vorliegenden Daten der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 13 Absatz 5 IfSG. Das Vorhaben wird vom BMG gefördert.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat bei der Ausgestaltung der ICD-Kodierung mit der Weltgesundheitsorganisation zusammengearbeitet und stellt entsprechende Kodierhinweise zur Verfügung (www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html). Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) begleitete die Entwicklungen in der Kindertagesbetreuung seit dem Sommer 2020 mit der Corona-KiTa-Studie und dem regelmäßigen Austausch im Corona-KiTa-Rat, in dem neben Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen, der Trägerverbände, des Bundesverbands für Kindertagespflege, der Gewerkschaften, der Elternschaft und der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte auch die Länder mitwirken. Im Rat wurde regelmäßig die aktuelle Lage in Kitas und Kindertagespflege besprochen und wurden Herausforderungen aber auch Beispiele guter Praxis identifiziert.

Mit der Corona-KiTa-Studie untersuchten das Deutsche Jugendinstitut (DJI) und das RKI aus medizinischer und sozialwissenschaftlicher Sicht die Rolle der Kindertagesbetreuung und der Kinder bei der Ausbreitung von SARS-CoV-2 und was die Pandemie für die Kindertagesbetreuung, die Kinder und die Eltern bedeutet.

Die Corona-KiTa-Studie lief bis Ende 2022, der Corona-KiTa-Rat bestand bis März 2023 und tagte insgesamt 25-mal.

Im Hinblick auf die Entwicklung der Krankheitslast durch Krebserkrankungen stand die Bundesregierung frühzeitig nach Pandemiebeginn und fortlaufend im

Austausch mit dem Zentrum für Krebsregisterdaten am RKI (ZfKD). Seit dem 1. Juli 2023 fördert das BMG ein Forschungsvorhaben, welches vom ZfKD in Zusammenarbeit mit der PMV forschungsgruppe am Universitätsklinikum Köln durchgeführt wird. Ziel des Projekts ist eine umfassende Beschreibung der Veränderungen in der Diagnose, Therapie und Prognose von Krebserkrankungen in Deutschland in den Jahren 2020 bis 2022. Kernstück des Projekts sind Auswertungen der Daten aus der Krebsregistrierung im Zusammenspiel mit der Analyse weiterer Sekundärdaten.

Zur besseren wissenschaftlichen Nutzung von Gesundheitsdaten in Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung plant die Bundesregierung, wie im Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP vereinbart, ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG). Den Gesetzentwurf zum GDNG hat das Bundeskabinett am 30. August 2023 verabschiedet. Ziel ist auch, die dezentrale Forschungsdateninfrastruktur für Gesundheitsdaten auf- und auszubauen.

Mit dem Ziel, den Beitrag der deutschen Universitätsmedizin zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie zu bündeln und zu stärken, fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung zudem seit 2020 das „Nationale Forschungsnetzwerk der Universitätsmedizin zu Covid-19“ (kurz: Netzwerk Universitätsmedizin). Das Netzwerk Universitätsmedizin fördert hierzu den systematischen und flächendeckenden Austausch zwischen den Kooperationspartnern, um durch gemeinsame Entwicklungen in Forschung und Patientenversorgung, evidenzbasiertes Vorgehen sowie gegenseitiges Lernen ein gemeinsames Vorgehen bei der Pandemiebekämpfung zu erreichen. Der Aufbau dieser Struktur dient auch ganz wesentlich dem Ziel, künftigen Krisensituationen schneller, schlagkräftiger und besser vorbereitet begegnen zu können.

Anlage (zu der Antwort zu Frage 26)

Steuereinnahmen insgesamt ohne Gemeindesteuern

Jahr	Einnahmen in Mio. Euro				Änderung gegenüber Vorjahr in Prozent			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Januar	52.792	47.015	57.559	58.034	7,7 %	-10,9 %	22,4 %	0,8 %
Februar	58.948	54.674	63.163	60.557	6,6 %	-7,2 %	15,5 %	-4,1 %
März	69.635	70.284	82.408	81.174	-1,8 %	0,9 %	17,2 %	-1,5 %
1. Quartal	181.374	171.974	203.130	199.764	3,5 %	-5,2 %	18,1 %	-1,7 %
April	39.030	51.471	56.555	53.953	-25,3 %	31,9 %	9,9 %	-4,6 %
Mai	41.987	50.012	54.992	59.648	-19,9 %	19,1 %	10,0 %	8,5 %
Juni	65.343	73.759	93.193	86.391	-19,0 %	12,9 %	26,3 %	-7,3 %
2. Quartal	146.360	175.242	204.740	199.993	-21,0 %	19,7 %	16,8 %	-2,3 %
Juli	53.344	60.023	60.179	69.269	-0,3 %	12,5 %	0,3 %	15,1 %
August	51.443	55.676	54.212	.	-2,3 %	8,2 %	-2,6 %	.
September	63.521	78.211	71.161	.	-12,8 %	23,1 %	-9,0 %	.
3. Quartal	168.308	193.910	185.552	.	-6,0 %	15,2 %	-4,3 %	.
Oktober	45.454	53.425	56.673	.	-8,8 %	17,5 %	6,1 %	.
November	47.545	54.867	55.945	.	-7,0 %	15,4 %	2,0 %	.
Dezember	93.335	111.534	108.846	.	-2,1 %	19,5 %	-2,4 %	.
4. Quartal	186.334	219.827	221.464	.	-5,1 %	18,0 %	0,7 %	.
Jahr gesamt	682.376	760.953	814.886	.	-7,3 %	11,5 %	7,1 %	.

Steuereinnahmen von Bund, Ländern und Gemeinden

Jahr	Einnahmen in Mio. Euro				Änderung gegenüber Vorjahr in Prozent			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
1. Quartal	198.375	189.325	224.006	220.950	2,8 %	-4,6 %	18,3 %	-1,4 %
2. Quartal	158.161	191.931	224.538	.	-21,9 %	21,4 %	17,0 %	.
3. Quartal	182.202	211.364	205.543	.	-6,0 %	16,0 %	-2,8 %	.
4. Quartal	200.997	240.569	241.628	.	-4,3 %	19,7 %	0,4 %	.
Jahr gesamt	739.735	833.189	895.716	.	-7,5 %	12,6 %	7,5 %	.

