

## Antwort

### der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jörg Schneider, Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD  
– Drucksache 20/9708 –**

### Die StopptCOVID-Studie des Robert Koch-Instituts

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Kürzlich stellte das Robert Koch-Institut (RKI) seinen Abschlussbericht zur Wirksamkeit und Wirkung von anti-epidemischen Maßnahmen auf die COVID-19-Pandemie in Deutschland (StopptCOVID-Studie) vor ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/StopptCOVID-Bericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/StopptCOVID-Bericht.pdf?__blob=publicationFile)). Während der sogenannten Epidemischen Lage von nationaler Tragweite gab es für die Bürger zahlreiche Grundrechteeinschränkungen und Freiheitsbeschränkungen, die als sogenannte Schutzmaßnahmen durch Gesetze und Verordnungen erlassen wurden, welche häufig auf den Empfehlungen des RKIs resultierten.

Die Studie untersucht hauptsächlich den Einfluss der nichtpharmazeutischen Maßnahmen (NPI), wie zum Beispiel die Maskenpflicht und die COVID-19-Impfungen, auf das Infektionsgeschehen. Die Änderungen des Infektionsgeschehens werden in der Studie mathematisch durch den R-Wert (Reproduktionszahl) beschrieben. Er gibt an, ob die Zahl der Neuinfizierten auf einer Basis von sieben Tagen steigt oder fällt. Ferner wird auch die 7-Tage-Inzidenz nach dem Erkrankungsbeginn verwendet (Anzahl Neuerkrankter pro 100 000 Einwohner). Eine Berücksichtigung der Anzahl der durchgeführten PCR-Tests findet bei der Berechnung beider Größen nicht statt.

Es gibt zahlreiche Kritik an der Studie von Wissenschaftlern bei der Ergebnisoffenheit. Die Wirkung der NPI würde vorausgesetzt. Der kausale Nachweis würde nicht erbracht. Die Abschwächung des Infektionsgeschehens wäre teilweise vor der Etablierung von Maßnahmen eingetreten. Der Aufbau der Modellierung sei unüblich. Es gebe „paradoxe“ Effekte, die nicht näher erklärt würden (beispielsweise [www.telepolis.de/features/Was-die-StopptCOVID-Studie-des-RKI-aussagt-und-was-nicht-9234901.html?seite=1](http://www.telepolis.de/features/Was-die-StopptCOVID-Studie-des-RKI-aussagt-und-was-nicht-9234901.html?seite=1)).

Beim vollständigen Testen aller Personen nach Krankheitsfällen in abgeschlossenen Orten, wie zum Beispiel auf einem Kreuzfahrtschiff, wurde festgestellt, dass bis zu 80 Prozent der positiv Getesteten keine Symptome aufwiesen ([www.rnd.de/wissen/wie-viele-infizierten-haben-keine-symptome-neue-studien-liefern-erstaunliche-erkenntnisse-SPZAXEUWHVABPGC2V5O36L5GI4.html](http://www.rnd.de/wissen/wie-viele-infizierten-haben-keine-symptome-neue-studien-liefern-erstaunliche-erkenntnisse-SPZAXEUWHVABPGC2V5O36L5GI4.html)).

Lange vor COVID-19 war über akute respiratorische Erkrankungen bekannt: „Einigkeit herrscht jedoch bezüglich einer zuverlässigen Prophylaxe: Es gibt sie nicht und es wird sie auch in absehbarer Zukunft nicht geben“ ([onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/biuz.200810368](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/biuz.200810368)). Ferner treten sie in Wellen auf, gehäuft vom Herbst bis zum Frühling. Die potentiell gefährlichen akuten respiratorischen Erkrankungen werden häufig mit dem Begriff „Grippe“ bezeichnet.

Zur Wirksamkeit der Gripeschutzimpfung findet man viele unterschiedliche Angaben, weil die Wirksamkeit wahrscheinlich nicht exakt ermittelbar ist. In der Saison 2018/2019 betrug sie 21 Prozent. Beim Subtyp H3N2 war sie 0 Prozent ([www.pharmazeutische-zeitung.de/wirksamkeit-des-grippeimpfstoff-s-war-maessig/](http://www.pharmazeutische-zeitung.de/wirksamkeit-des-grippeimpfstoff-s-war-maessig/)). Wer trotz Impfung keinen Eigenschutz hat, ist im Falle einer Infektion und Erkrankung wahrscheinlich auch temporär Überträger. Von der Grippe ist lange bekannt, dass sie meist symptomlos oder sehr mild verläuft ([www.aerzteblatt.de/nachrichten/57983/Grippe-verlaeuft-meistens-symptomlos](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57983/Grippe-verlaeuft-meistens-symptomlos)).

Die Gripeschutzimpfung wird jährlich zum Beginn der Grippesaison im Frühherbst empfohlen. Mit der COVID-19-Schutzimpfung wurden die meisten Nichtrisikopatienten im Frühjahr und Sommer 2021 geimpft, in einer Zeit, in der das Infektionsgeschehen eher gering war. Somit hätte das RKI zum Herbst damit rechnen müssen, dass bei vielen Geimpften die Schutzwirkung (Antikörper) deutlich zurückgegangen ist oder sich eine neue Virusvariante durchgesetzt hat, gegen die die Impfung möglicherweise weniger Schutz bietet ([www.muenchen-klinik.de/infektionen-immunsystem-immunkrankheit/grippe/grippeimpfung/](http://www.muenchen-klinik.de/infektionen-immunsystem-immunkrankheit/grippe/grippeimpfung/)).

Am 25. Mai 2020 wurde von der damaligen Bundesregierung mit dem Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn die Medizinischer Bedarf Versorgungs-sicherstellungsverordnung (MedBVS) in Kraft gesetzt, welche bis Ende 2023 verlängert wurde ([www.gesetze-im-internet.de/medbvsv/BJNR614700020.html](http://www.gesetze-im-internet.de/medbvsv/BJNR614700020.html)). Sie regelt unter anderem zahlreiche Ausnahmen für COVID-Impfstoffe vom Arzneimittelgesetz, stellt die Hersteller haftungsfrei gegenüber den Patienten und ermöglicht intransparente Verträge mit den Impfstofflieferanten ([www.euractiv.de/section/gesundheit/news/corona-impfstoffvertraege-kommission-wegen-mangelnder-transparenz-unter-beschuss/](http://www.euractiv.de/section/gesundheit/news/corona-impfstoffvertraege-kommission-wegen-mangelnder-transparenz-unter-beschuss/)). COVID-Impfstoffe waren erst im Dezember 2020 verfügbar.

Deutschland hat bisher insgesamt 672 Millionen Impfdosen für 13,1 Mrd. Euro bestellt, was in etwa acht Dosen pro Einwohner entspricht ([www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/bund-hat-13-1-milliarden-euro-fuer-corona-impfstoffe-gezahlt\\_TU40Qcy](http://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/bund-hat-13-1-milliarden-euro-fuer-corona-impfstoffe-gezahlt_TU40Qcy)), von denen viele vernichtet werden mussten oder bald von der Haltbarkeit her ablaufen ([praxistipps.focus.de/corona-impfdosen-wie-viele-millionen-vernichtet-werden-was-das-kostet\\_157270](http://praxistipps.focus.de/corona-impfdosen-wie-viele-millionen-vernichtet-werden-was-das-kostet_157270)).

1. Wie hoch sind die Gesamtkosten für die in der Vorbemerkung der Fragesteller genannte Studie?

Die Gesamtkosten für die StopptCOVID-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) betragen 624 775,00 Euro.

2. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung finanzielle Interessenkonflikte der Projektmitarbeiter und Kooperationspartner zum Beispiel durch deren Mitarbeit oder Beteiligung in oder an anderen Gesundheitsorganisationen oder Gesundheitsunternehmen (bitte ggf. aufschlüsseln)?

Nach Angaben des RKI bestehen keine Interessenkonflikte bei Mitarbeitenden oder Kooperationspartnern des Projektes.

3. Wenn nach Kenntnis der Bundesregierung zur Erstellung der Studie auch externe Beratungsunternehmen beauftragt wurden, welche sind dies (bitte diese namentlich nebst zugehörigen Honoraren aufschlüsseln)?

Nach Angaben des RKI wurden keine externen Beratungsunternehmen zur Erstellung der Studie beauftragt.

4. Entspricht es nach Ansicht der Bundesregierung den wissenschaftlichen Gepflogenheiten, dass das RKI die Wirksamkeit von Maßnahmen evaluiert, die mehrheitlich vom RKI vorgeschlagen wurden?

Das RKI erstellt nach § 4 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) als Maßnahme des vorbeugenden Gesundheitsschutzes, Richtlinien, Empfehlungen, Merkblätter und sonstige Informationen zur Vorbeugung, Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten und wertet Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und meldepflichtigen Nachweisen von Krankheitserregern infektionsepidemiologisch aus. Das RKI hat aufgrund der damals vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Erfahrungen mit vorherigen Pandemien Maßnahmen empfohlen, die im konkreten Kontext der COVID-19-Pandemie kontinuierlich evaluiert und angepasst wurden. Die Evaluierung der Wirksamkeit der Maßnahmen wurde aus Sicht der Bundesregierung entsprechend der wissenschaftlichen Standards durchgeführt.

5. Warum wurde nach Kenntnis der Bundesregierung kein außerhalb des Verantwortungsbereichs der Bundesregierung stehendes Gremium mit der Erstellung der in der Vorbemerkung der Fragesteller genannten Studie beauftragt?

Eine externe Evaluation zu den Auswirkungen der betroffenen Regelungen des Infektionsschutzrechts im Rahmen der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie ist gemäß § 5 Absatz 9 IfSG durch den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragten Sachverständigenrat erfolgt ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/S/Sachverstaendigenausschuss/220630\\_Evaluationsbericht\\_IFSG\\_NEU.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/S/Sachverstaendigenausschuss/220630_Evaluationsbericht_IFSG_NEU.pdf)).

6. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass das RKI die Studie unter der Einhaltung der wissenschaftlichen Standards erstellt hat?

Die Bundesregierung ist der Ansicht, dass das RKI die Studie unter Einhaltung wissenschaftlicher Standards erstellt hat.

7. Warum wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in der Studie nicht die Wirksamkeit von einzelnen Schutzmaßnahmen untersucht?

Die nicht-pharmakologischen Interventionen (NPI) sind stets im Gesamtkontext zu betrachten, da viele der NPI zeitgleich in Kraft traten, verstärkt oder gelockert wurden, und sich somit zeitlich überschneiden haben. Ein Zusammenfallen bzgl. des Einsetzens und Lockerns verschiedener Maßnahmen drückt sich in Korrelationen von verschiedenen unabhängigen Variablen aus, die diese Maßnahmen beschreiben. Daher gibt es im Aktivierungsprofil der Maßnahmen teilweise starke positive Korrelationen (> 75 Prozent). Dies betraf vor allem Einschränkungen in Grundschulen und weiterführenden Schulen, bei öffentlichen Veranstaltungen im Innen- und Außenbereich, sowie bei Indoor- und Outdoor-Sport. Es bestand eine Korrelation über 55 Prozent zwischen den NPI

in den Bereichen Dienstleistungen und Handwerk, Sport, Kultur, Beherbergung, Gastronomie und dem Groß- und Einzelhandel. Korrelationen über 70 Prozent verbanden die Bereiche Sport, Kultur, Beherbergung und Gastronomie. Diese stark korrelierten Bereiche konnten im Rahmen von statistischen Analysen nicht gleichzeitig in einem gemeinsamen Modell analysiert werden, da dies zu instabilen Schätzwerten führte. Bei ausreichender Datenlage konnte jedoch auch die Wirksamkeit von einzelnen Maßnahmen untersucht werden. Dies wurde auch so im Abschlussbericht zur StopptCOVID-Studie beschrieben.

8. Warum waren nach Ansicht der Bundesregierung von Mai bis September 2020, als der R-Wert stabil um 1 lag und die Inzidenzen im niedrigen zweistelligen Bereich und damit auf dem Niveau seltener Krankheiten waren, überhaupt NPI nötig (ebd., S. 12)?

Im Sommer 2020 besaß der größte Teil der Bevölkerung noch keinen Immunschutz gegen SARS-CoV-2, es standen keine Impfungen zur Verfügung und der weitere Verlauf sowie die Infektionsdynamik der Pandemie waren unklar. Die NPI waren zu diesem Zeitpunkt die einzige Option, eine noch immunnaive und damit vulnerable Bevölkerung in Deutschland gegen schwere Erkrankungen und Todesfälle zu schützen und eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern.

9. Welche Studien belegen nach Kenntnis der Bundesregierung die These der Studie des RKI (ebd., S. 5), dass erst ein Bündel von NPI wirksam auf den R-Wert ist, auch wenn die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen nicht nachgewiesen werden kann?

In mehreren systematischen Reviews, in denen die Evidenz von NPI studienübergreifend betrachtet wurde, wurden Studien eingeschlossen, die ebenfalls die Maßnahmen nicht einzeln, sondern als Bündel von Maßnahmen untersuchten. Beispielhaft zu nennen sind:

- Talic S, Shah S, Wild H et al. (2021) Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 375:e068302. 10.1136/bmj-2021-068302 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34789505/>),
- Murphy C, Lim WW, Mills C et al. (2023) Effectiveness of social distancing measures and lockdowns for reducing transmission of COVID-19 in non-healthcare, community-based settings. *Philos Trans A Math Phys Eng Sci* 381:20230132. 10.1098/rsta.2023.0132 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10446910/>),
- Bo Y, Guo C, Lin C et al. (2021) Effectiveness of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 transmission in 190 countries from 23 January to 13 April 2020. *Int J Infect Dis* 102:247–253. 10.1016/j.ijid.2020.10.066, (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33129965/>).

10. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Studien aus der Zeit vor COVID-19, die eine eindeutige Wirksamkeit von medizinischen und FFP2-Masken gegen Atemwegsinfektionen nachweisen, und wenn ja, welche?

Im Teil II des Nationalen Pandemieplans, der 2016/2017 publiziert wurde, ist die Wirksamkeit von medizinischen und FFP2-Masken als eine NPI anhand verschiedener Studien untersucht und bewertet worden ([https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Preparedness\\_Response/Pandemieplan\\_Teil\\_II\\_gesamt.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Preparedness_Response/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.pdf), Kapitel 7).

11. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Studien und Belege, dass nächtliche Ausgangssperren Atemwegsinfektionen eindämmen?

Die konkrete Umsetzung der Empfehlungen zur Kontaktreduktion lag in der Verantwortung der Länder.

Einschränkungen zur Kontaktreduktion wurden als eine der wichtigsten sogenannten Public Health und Social Measures (PHSM) empfohlen. Die tatsächliche Evidenz verschiedener kontaktreduzierender Maßnahmen wurde u. a. von Pozo-Martin (Wirkung auf die Wachstumsrate; *European Journal of Epidemiology*, 2020), Brauner (Wirkung auf die Reproduktionszahl; *Science*, 2021) und Talic (Endpunkt: relatives Risiko; *BMJ*, 2021) in systematischen Reviews gezeigt. Auch in der Formel für die Berechnung der Basisreproduktionszahl geht die Zahl der Kontakte per Zeiteinheit ein (s. Halloran „*Infectious Disease Epidemiology*“ in Rothman „*Modern Epidemiology*“, 2. Edition, 1998).

12. Warum wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in der Studie bei der Erstellung eines Maßnahmenscores (ebd., S. 19) die Stufe 1 (keine Einschränkungen) als Placebowert nicht berücksichtigt?

Der Maßnahmenscore stellt auf aggregierte Art und Weise die „Intensität“ der in Deutschland geltenden Maßnahmen dar. Hierbei stellt ein höherer Score dar, dass die Maßnahmen intensiver waren. Es ist nicht sinnvoll, diesen Score zu erhöhen, wenn keine Maßnahmen in einem Bereich gelten. Deswegen wurde die Stufe 1 („keine Einschränkungen“) nicht berücksichtigt.

13. Warum galten nach Kenntnis der Bundesregierung am Arbeitsplatz gemäß der Studie die schwächsten Maßnahmen (ebd., S. 22), obwohl dort Menschen viel Zeit ihres Tages verbringen?

Art und Umfang der NPI wurden grundsätzlich in der Ministerpräsidentenkonferenz abgestimmt. Der Vollzug der Maßnahmen lag in der Verantwortung der Länder. Die Bundesregierung hat die Maßnahmen vor dem Hintergrund der damaligen hohen infektionsepidemiologischen Risikolage mit bundesweit einheitlichen Regelungen, insbesondere der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung zum betrieblichen Infektionsschutz, ergänzt, die in betrieblichen Kontexten zusätzlich zu den landesrechtlichen Regelungen galten. Wie aus den Erläuterungen zur Abbildung 9 auf S. 22 des Abschlussbericht der RKI-StopptCOVID-Studie hervorgeht, wird mit „Stärke der Maßnahmen“ der zeitliche Anteil der Maßnahmen bezogen auf den Analysezeitraum bezeichnet. Die in diesem Sinne geringe Stärke der betrieblichen Arbeitsschutzmaßnahmen erklärt sich daraus, dass die bundesweiten Regelungen erst relativ spät im Pandemieverlauf (erstmal zum 27. Januar 2021) in Kraft traten und anschließend in relativ kurzen

Abständen dem Infektionsgeschehen angepasst und somit auch wiederholt in Teilen ergänzt oder zurückgenommen wurden.

14. Was ist nach Ansicht der Bundesregierung der Grund dafür, dass ausländische Staatsangehörige während des gesamten Untersuchungszeitraumes ein erhöhtes Infektionsrisiko hatten (ebd., S. 60)?

Wie in der StopptCOVID-Studie (Abschlussbericht, S. 61) angeführt, müssen migrationsbezogene und sozioökonomische Faktoren zusammen berücksichtigt werden. Zudem weisen wissenschaftliche Erkenntnisse zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen darauf hin, dass Menschen mit Zuwanderungsgeschichte bestimmte Angebote der Gesundheitsversorgung weniger nutzen oder davon weniger profitieren. Gründe dafür könnten Sprach- und Kommunikationsbarrieren sowie ein eingeschränktes Orientierungswissen über die Strukturen, Angebote und Optionen der Gesundheitsversorgung in Deutschland sein. Um dem entgegenzuwirken, hat die Bundesregierung insbesondere während der COVID-19-Pandemie verschiedene zielgruppenspezifische, mehrsprachige Angebote und Maßnahmen umgesetzt.

15. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung möglich, den R-Wert und die Inzidenzen allein durch eine starke Erhöhung der COVID-Tests bei symptomlosen Personen erheblich zu steigern, weil bis zu 80 Prozent der Infizierten symptomlos sind (ebd., S. 51), und wenn nein, mit welcher Begründung?

Eine Änderung der Teststrategie und die damit einhergehende Veränderung der erkannten Fälle kann kurzfristig zu einer Veränderung des R-Wertes führen. Es ist jedoch nicht möglich, den R-Wert dauerhaft durch eine Erhöhung der Testanzahl zu steigern. Der R-Wert ist ein relativer Wert, der die Wachstumsrate der COVID-19-Fälle beschreibt.

16. Warum schreibt nach Kenntnis der Bundesregierung die Studie neben dem NPI überwiegend der Impfquote einen stark reduzierenden Effekt auf den R-Wert zu (ebd., S. 50), ohne die Saisonalität von Atemwegserkrankungen (weniger Aktivität im Sommerhalbjahr) und die unterschiedliche Aktivität der verschiedenen Virusvarianten ausreichend zu berücksichtigen und ohne zu berücksichtigen, dass Geimpfte meist von Testpflichten ausgenommen waren?

Die Saisonalität wurde im Modell berücksichtigt (s. Abschlussbericht der StopptCOVID-Studie, S. 26). Ebenfalls wurden neben den verschiedenen NPI Daten zum Anteil der Wildtyp-, Alpha- und Delta-Variante der in Deutschland nachgewiesenen SARS-CoV-2 Infektionen eingeschlossen (s. Abschlussbericht der StopptCOVID-Studie, S. 22). Die Testpflichten wurden im Herbst 2021 eingeführt, nachdem die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer Impfung hatte und der Großteil der Bevölkerung bereits mindestens eine oder zwei Impfdosen erhalten hatte.

17. Welche alternativen Faktoren könnten nach Ansicht der Bundesregierung ggf. den R-Wert zusätzlich beeinflussen?

Freiwillige Verhaltensänderungen (z. B. eine Verringerung der Anzahl der Kontakte) unabhängig von verordneten Maßnahmen können den R-Wert ebenfalls beeinflussen.

18. Warum hat nach Ansicht der Bundesregierung das RKI oder die Ständige Impfkommision den Nichtrisikopatienten nicht geraten, sich erst im Frühjahr 2021 analog der Grippeimpfung impfen zu lassen, um im Winterhalbjahr einen besseren Schutz zu haben?

Im Sommer 2021 bestand noch keine breite Bevölkerungsimpunität, und für SARS-CoV-2 hatte sich noch keine Saisonalität, wie sie bei der Grippe besteht, etabliert. Immunologisch-naive Risikopersonen hatten zwar im Vergleich zu immunologisch-naiven Nichtrisikopersonen ein deutlich erhöhtes Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken. Aber auch immunologisch-naive Nichtrisikopersonen konnten schwer erkranken. Da die Impfung auf die Transmission der 2021 zirkulierenden SARS-CoV-2 Virusstämme einen deutlichen Effekt hatte, war davon auszugehen, dass die Impfung von jüngeren/mobilen Personen (und damit von vielen Nichtrisikopatienten und -patientinnen) zu einer Reduzierung der Virus-Übertragung in der Bevölkerung führt und damit indirekt auch Risikogruppen schützt. Darüber hinaus lagen erste Langzeitbeobachtungen der Zulassungsstudien zu den beiden mRNA-Impfstoffen vor, die zeigten, dass die Wirksamkeit gegenüber schweren Erkrankungen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten weitestgehend unverändert hoch blieb. Von einem schnellen Nachlassen der Impfeffektivität bei den im Sommer 2021 geimpften Nichtrisikopatienten und -patientinnen war zum damaligen Zeitpunkt (bzw. unter den damals zirkulierenden Virusvarianten) nicht auszugehen.

19. Warum wurde von der Bundesregierung nicht unmittelbar nach dem Impfstart gegenüber der Bevölkerung kommuniziert, dass man sich möglicherweise trotz Impfung anstecken, erkranken und andere Personen anstecken kann, denn eine Immunsterilität wurde in den Zulassungsstudien nicht nachgewiesen?

Die Kampagne „Zusammen gegen Corona“ hat sich bei Aussagen zur Wirksamkeit der COVID-19-Impfung grundsätzlich an denen der Ständigen Impfkommision (STIKO) orientiert, die die vorliegende Evidenz systematisch recherchiert und in den Aktualisierungen ihrer Empfehlungen publiziert hat. Im Verlauf der Pandemie konnten aufwändige Studien Belege dafür liefern, dass die Impfung auch die Transmission in einem erheblichen Maße (aber nicht vollständig) verhindert. Der Schutz der Impfung vor Transmission nahm dann im späteren Verlauf der Pandemie mit neuen Virus-Varianten, insbesondere unter der Omikron-Variante, ab. Die Kommunikationsmaßnahmen hatten stets zum Ziel, die Bevölkerung verständlich, zuverlässig und transparent über das Impfen zu informieren und Vertrauen in die neu entwickelten Impfstoffe zu schaffen. Zu einer umfassenden und transparenten Informationskultur gehörten dabei jederzeit auch die Informationen zur Impfsicherheit, Impfverteilung und Impfschutz. Dass die Impfung eine Immunsterilität induziert, wurde nicht behauptet.

20. Warum ist die MedBVSV immer noch in Kraft?

21. Beabsichtigt die Bundesregierung, die MedBVSV erneut zu verlängern?

Die Fragen 20 und 21 werden gemeinsam beantwortet.

Das Außerkrafttreten der Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung (MedBVSV) ergibt sich aus § 10 MedBVSV, der basierend auf § 5 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 IfSG das Außerkrafttreten am 31. Dezember 2023 festlegt. Eine Verlängerung der MedBVSV über diesen Zeitpunkt hinaus ist nach § 5 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 IfSG nicht möglich.

22. Aus welchen Gründen wurde von der Bundesregierung und von der Vorgängerregierung eine so hohe Anzahl von Impfdosen bestellt, obwohl die COVID-Impfstoffe nur eine bedingte Zulassung von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) hatten?
23. Welche Informationen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zur Bedarfsplanung bei der Bestellung der Impfdosen?
24. Gibt es nach Ansicht der Bundesregierung bei der Bestellung von nach Auffassung der Fragesteller überhöhten Mengen an COVID-Impfstoffen (ca. acht Dosen pro impffähige Person) Anhaltspunkte für eine Verschwendung von Steuergeldern?

Die Fragen 22 bis 24 werden gemeinsam beantwortet.

Im Sinne des bestmöglichen Schutzes der Bevölkerung hat Deutschland bereits 2020 zusammen mit anderen EU-Mitgliedstaaten auf ein Portfolio von verschiedenen Impfstoff-Entwicklungen gesetzt und mit insgesamt acht Unternehmen Verträge geschlossen. Diese Verträge wurden in der vergangenen Legislatur durch die Europäische Kommission mit Unterstützung aller Mitgliedsstaaten verhandelt und abgeschlossen. Demnach sind alle Europäischen Mitgliedsstaaten vertraglich verpflichtet, die vereinbarten Mengen abzunehmen. Die Portfolio-Strategie mit Impfstoffkandidaten unterschiedlicher Technologien und Unternehmen wurde gewählt, um die Chance eines erfolgreichen und frühzeitig verfügbaren Impfstoffs zu erhöhen. Auch in der Rückschau war diese Portfolio-Strategie der EU und ihrer Mitgliedsstaaten sinnvoll, denn zum damaligen Zeitpunkt war weltweit nicht abzusehen, welche Impfstoffe und welche Technologien sich in der Entwicklung, Produktion, Wirksamkeit und Sicherheit bewähren würden und ob und wie viele Auffrischimpfungen notwendig sein würden.

Die europäische Portfolio-Strategie hat die Bürgerinnen und Bürger durch den frühzeitigen Zugang zu sicheren und wirksamen Impfstoffen in Millionen Fällen vor schweren Infektionsverläufen mit dem Erreger SARS-CoV-2 geschützt; so konnten in der gesamten Europäischen Union viele Leben gerettet werden, die Immunitätslage der Bevölkerung wurde erhöht und die Pandemie hat ihr erhebliches Bedrohungspotential der ersten Monate verloren. Auch die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten der Pandemie konnten deutlich gesenkt und die Auswirkungen auf das soziale Leben spürbar abgemildert werden. Überschüsse bei der Impfstoffbelieferung sind eine Folge dieser Strategie, die die Europäische Kommission nach damaliger Abwägung der pandemischen Lage und in Abstimmung mit allen Mitgliedsstaaten entschieden hatte.

25. Wie ist die weitere Bedarfs- und Kostenplanung für die Bestellung von COVID-Impfstoffen für das restliche Jahr 2023 und für 2024?

In den Jahren 2023 und 2024 erhält der Bund Impfstofflieferungen aus den bestehenden Verträgen von den Firmen BioNTech und Novavax. Über die bestehenden Lieferverträge und Abnahmeverpflichtungen hinaus sind keine weiteren zentralen Beschaffungen durch den Bund vorgesehen. Darüber hinaus wurden alle notwendigen Schritte eingeleitet, um die COVID-19-Impfstoffversorgung in die Regelversorgung zu überführen.

26. Beabsichtigt die Bundesregierung angesichts möglicher Mängel dieser Studie eine Re-Analyse durch ein unabhängiges Institut, und wenn ja, wann ist mit Ergebnissen zu rechnen?

Das Bundesministerium für Gesundheit plant zurzeit keine „Re-Analyse“ der Studie durch ein unabhängiges Institut.





