

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/25531 –**

Beschlüsse von Bund und Ländern zur Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie vom 25. November 2020

Vorbemerkung der Fragesteller

Am 28. Oktober 2020 haben sich die Bundeskanzlerin und die Ministerpräsidenten auf Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie verständigt (<https://portalb.dbtg.de/resource/blob/997532/1805024/5353edede6c0125e5b5166504dfd79/DanaInfo=www.bundesregierung.de,SSL+2020-10-28-mpk-beschluss-corona-data.pdf?download=1>). Am 16. November 2020 haben sie sich nach eigenen Angaben darauf verständigt, „vor dem Hintergrund weiterer Erkenntnisse konkrete Schlussfolgerungen zu ziehen und weitergehende Vereinbarungen für die Wintermonate vorzustellen“. Am 25. November 2020 haben sie dann weitere Vereinbarungen getroffen (<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1820090/11c9749f77a71b9439759538864aa672/2020-11-25-mpk-beschluss-data.pdf?download=1>).

Nicht einmal einen Monat nach den Oktobervereinbarungen haben die Regierungschefs also weitere Beschlüsse gefasst, die nach Auffassung der Fragesteller weitere Grundrechtseingriffe für viele Bürger wie auch für Kultur und Wirtschaft bedeuten. Die Fragesteller erkennen an, dass zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie Maßnahmen notwendig sein können, die in Grundrechte eingreifen. Allerdings sollten diese Maßnahmen auf einer klaren wissenschaftlichen Grundlage basieren, verhältnismäßig sein und Grundrechtseinschränkungen auf ein notwendiges Mindestmaß beschränken.

1. Welche Erkenntnisse haben nach Kenntnis der Bundesregierung dazu geführt, dass die Regierungschefs am 25. November 2020 weitere Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie beschlossen haben?

Zur Beantwortung wird auf den Beschluss der Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 25. November 2020 verwiesen. Dieser ist auf der Internetseite der Bundesregierung abrufbar: (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/mpk-beschluss-corona-1820132>). Darin wird auf die Beweggründe der Beschlussfassung umfassend eingegangen.

2. Welche Erkenntnisse lagen bis zum 25. November 2020 jeweils über die Wirksamkeit der am 28. Oktober 2020 vereinbarten einzelnen Maßnahmen vor:
- a) Kontaktbeschränkungen in der Öffentlichkeit und die Beschränkung auf zehn Personen bzw. zwei Haushalte (Punkt 3 der Beschlüsse),
 - b) Verzicht auf private Reisen (Punkt 4),
 - c) Beherbergungsverbote bei privaten Reisen (ebenfalls Punkt 4),
 - d) Schließung der einzelnen Einrichtungen (Punkt 5); Theater, Opern, Konzerthäuser und ähnliche Einrichtungen; Messen, Kinos, Freizeitparks und Anbieter von Freizeitaktivitäten (drinnen und draußen), Spielhallen, Spielbanken, Wettannahmestellen und ähnliche Einrichtungen; Prostitutionsstätten, Bordelle und ähnliche Einrichtungen; der Freizeit- und Amateursportbetrieb mit Ausnahme des Individualsports allein, zu zweit oder mit dem eigenen Hausstand auf und in allen öffentlichen und privaten Sportanlagen; Schwimm- und Spaßbäder, Saunen und Thermen; Fitnessstudios und ähnliche Einrichtungen.
 - e) Verbot von Unterhaltungsveranstaltungen (Punkt 6),
 - f) Durchführung von Profisportveranstaltungen ohne Publikum (Punkt 6),
 - g) Schließung von Gastronomiebetrieben (außer für Außer-Haus-Leistungen, Punkt 7),
 - h) Schließung von Bars, Clubs, Diskotheken, Kneipen und ähnlichen Einrichtungen (Punkt 7),
 - i) Dienstleistungsbetriebe im Bereich der Körperpflege (Punkt 8) und
 - j) Beschränkungen des Einzelhandels auf einen Kunden pro 10 m² (Punkt 9)?

Der wahrscheinliche Infektionsweg, das wahrscheinliche Infektionsrisiko sowie die erkennbare Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung gehören zu den im Rahmen der Fallermittlung von den Gesundheitsämtern zu erhebenden und zu meldenden Daten. Diese werden regelmäßig im Situationsbericht des Robert Koch-Instituts (RKI) veröffentlicht. Bei einer Auswertung der Daten ist zu berücksichtigen, dass die Ansteckungsumstände aktuell in einem Großteil der Fälle keinem konkreten Ausbruchsgeschehen bzw. Ausbruchsetting zugeordnet werden können.

Gleichzeitig spiegle sich die Wirksamkeit des gesamten Maßnahmenpakets unter anderem in einer Abflachung der Neuinfektionszahlen.

3. Hat die Bundesregierung nach einer Evaluation der getroffenen Maßnahmen, die sich als unwirksam bzw. als wenig wirksam herausgestellt haben, in Erwägung gezogen, diese Maßnahmen aufzuheben, wenn ja, bei welchen Maßnahmen ist dies aus welchen Gründen erfolgt?

Es wird auf die Antwort auf Frage 2 verwiesen.

4. In ihren Beschlüssen vom 25. November 2020 nennen die Regierungschefs einen Zielwert von 50 Infektionen pro 100 000 Einwohner, der zudem auch eine Kontaktnachverfolgung gewährleisten soll: Welcher Prozentsatz der COVID-19-Fälle kann aktuell nachverfolgt werden, und welcher konnte nachverfolgt werden, als die Inzidenz noch bei 50 oder weniger Fällen pro 100 000 Einwohnern lag?

Die Kontaktverfolgungsrate variiert von Gesundheitsamt zu Gesundheitsamt. Aus den Meldedaten, die das RKI erhält, lässt sich nicht ableiten, welcher Prozentsatz der COVID-19-Fälle nachverfolgt werden kann bzw. welcher nachverfolgt werden konnte.

5. Welche wissenschaftlichen und evidenzbasierten Grundlagen, (verfassungs-)rechtlichen Einschätzungen und Bewertungen der Verhältnismäßigkeit lagen den einzelnen Maßnahmen des Beschlusses der Regierungschefs vom 25. November 2020 zugrunde, und mit welchem messbaren Einfluss auf das Infektionsgeschehen rechnet die Bundesregierung bei den einzelnen Maßnahmen, insbesondere bei folgenden (bitte für jede Maßnahme alle Punkte beantworten):
- a) Maskenpflicht vor Einzelhandelsgeschäften,
 - b) Maskenpflicht auf Parkplätzen,
 - c) Personenbeschränkungen im Einzelhandel; bis 80 m² eine Person pro 10 m² Verkaufsfläche; bei einer Verkaufsfläche von über 800 m² Verkaufsfläche für die 800 m² übersteigende Fläche eine Person pro 20 m² Verkaufsfläche,
 - d) Beschränkung von privaten Zusammenkünften auf fünf Personen (ausgenommen Kinder bis 14 Jahren) und die Erweiterung auf zehn Personen im Familienkreis zu Weihnachten,
 - e) Maskenpflicht an bestimmten öffentlichen Orten, auch außerhalb von Gebäuden,
 - f) Untersagung von Pyrotechnik zu Silvester?

Die Bundesregierung wird seit Beginn der Pandemie durch die eigenen wissenschaftlichen Institute beraten und steht mit ihnen im ständigen Austausch. Beispielhaft zu nennen sind das Robert Koch-Institut, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Paul-Ehrlich-Institut.

Frühzeitig hat die Bundesregierung auch die Auffassungen der Leopoldina, der Nationalen Akademie der Wissenschaften sowie weiterer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler herangezogen. Bereits in der ersten Ad-hoc-Stellungnahme schätzt die Leopoldina die von der Bundesregierung und den Bundesländern ergriffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie als dringend erforderlich ein. Die Ziele Eindämmung der Pandemie, Schutz der vulnerablen Bevölkerung sowie eine gezielte Kapazitätserhöhung im öffentlichen Gesundheitswesen und im Versorgungssystem werden befürwortet. Alle ad-hoc-Stellungnahmen können öffentlich eingesehen werden.

Daneben lässt die Bundesregierung Veröffentlichungen verschiedener medizinischer Fachgesellschaften in ihre Meinungsbildung einfließen. Ferner erfolgt eine enge Zusammenarbeit in der aktuellen pandemischen Lage beispielsweise mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), die das sog. Intensivregister für eine Echtzeit-Datenerfassungs- und Analyseumgebung für Intensivbettenkapazitäten und aggregierte Fallzahlen für Deutschland aufgebaut hat.

Im Übrigen wird auf die Antwort auf Frage 2 sowie auf die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage Nr. 567 10. November 2020 verwiesen.

6. Welche Maßnahmen hat der Bund getroffen, um den Schutz vulnerabler Gruppen zu verbessern?
 - a) Welche Anzahl an FFP2-Masken wurde bzw. wird ab Dezember 2020 an vulnerable Menschen verteilt bzw. abgegeben?
 - b) Was unternimmt der Bund, um einen niedrigschwelligeren Einsatz von COVID-19-Schnelltests zu ermöglichen, und welche neuen Regelungen wurden hier geschaffen bzw. sollen hier wann geschaffen werden?

Gemäß der „Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ (Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung – SchutzmV) besteht die Möglichkeit, über die Apotheken rund 400 Millionen Schutzmasken an rund 34 Millionen Bundesbürgerinnen und Bundesbürger zu verteilen, die besonders gefährdet sind, bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 schwer an COVID-19 zu erkranken. Testen ist essentieller Bestandteil einer umfassenden Pandemie-Bekämpfungs-Strategie. Zur Sicherstellung ausreichender Testkapazität ist zielgerichtetes Testen, dargelegt in der nationalen Teststrategie, essentiell. Dies ermöglicht eine schnelle und präzise Erfassung und Versorgung von infizierten Personen, trägt zur Unterbrechung von Infektionsketten bei und dient dem Schutz der Bevölkerung und insbesondere von vulnerablen Gruppen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat erstmals am 8. Juni 2020 eine Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (BAnz AT 9. Juni 2020 V1) erlassen, durch welche auch das Testen vulnerabler Gruppen (u. a. Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen) ermöglicht wird. Diese Regelungen werden unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage, der verfügbaren Arten von Tests und der praktischen Erfahrungen laufend angepasst, um den bestmöglichen Schutz von vulnerablen Gruppen zu ermöglichen.

Die am 30. November 2020 neu gefasste Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Corona-Virus SARS-CoV-2 (BAnz AT 1. Dezember 2020 V1) trifft u. a. umfassende Regelungen über den Einsatz und die Kostenübernahme von PoC-Antigentests in Einrichtungen, in denen besonders vulnerable Personengruppen behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht sind. Auch regelmäßige Testungen des Personals solcher Einrichtungen können auf diese Art und Weise sichergestellt werden. Dementsprechend wurde durch eine Anpassung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV) der Personenkreis, an den In-vitro-Diagnostika zum Nachweis von SARS-CoV-2 abgegeben werden dürfen, für die Dauer der pandemischen Lage um die betreffenden Einrichtungen erweitert (§ 3 Absatz 4a MPAV). Pflegeeinrichtungen erhalten durch die Pflegeversicherung eine Erstattung der Materialkosten bis zu 9 Euro (§ 11 TestV) sowie eine Erstattung von Aufwendungen in Höhe von 9 Euro je durch eigenes Personal oder auch durch Fremdleistung durchgeführtem Test.

Am 15. Januar 2020 wurde im Bundesanzeiger eine Änderungsverordnung zur Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vom 30. November verkündet, die ermöglicht, dass Testungen zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 auch in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 3 des Infektionsschutzgesetzes durchgeführt werden und die damit verbun-

denen Kosten übernommen werden. Dazu gehören insbesondere Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und solche der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach dem 8. Kapitel des SGB XII.

Im Sinne einer effizienten Nutzung der vorhandenen Testkapazität wurde durch das 3. Bevölkerungsschutzgesetz vom 18. November 2020 der Arztvorbehalt in § 24 Satz 1 und 2 Infektionsschutzgesetz modifiziert, um patientennahe Schnelltests auf das Coronavirus SARS-CoV-2 effizient und flexibel einsetzen zu können. Somit können PoC-Antigentests auch durch andere Personen angewendet werden, wenn Sie die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzen. Entsprechende Arbeitsschutzmaßnahmen müssen berücksichtigt werden. Die die Tests anwendende Einrichtung muss gemäß Medizinproduktebetrieberverordnung prüfen, ob ein bestimmter Mitarbeiter die Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt und in welchem Umfang eine Einweisung für die Anwendung des betreffenden Tests (nach Gebrauchsinformation) erforderlich ist. Diese Regelungen kommen in Kürze auch beim geplanten unterstützenden Einsatz von Freiwilligen bei der Durchführung von PoC-Antigentests in Alten und Pflegeheimen zum Schutz von vulnerablen Gruppen zur Anwendung.

Bund und Länder haben sich am 5. Januar 2021 auf eine gemeinsame Initiative geeinigt, die kurzfristig Freiwillige rekrutieren soll, um die Durchführung von umfangreichen Schnelltests in diesen Einrichtungen zu unterstützen. Dies wird kurzfristig umgesetzt.

7. Wann erwartet der Bund welche Mengen an COVID-19-Impfstoff welcher Hersteller, und wann sollen diese Impfstoffe jeweils in welchen Mengen und nach welchen Kriterien auf die Bundesländer verteilt werden?

Im Rahmen der Impfstoffinitiative der EU-Kommission wurden mit bisher sechs Herstellern potenzieller Impfstoffe gegen COVID-19 Verträge geschlossen. Für Deutschland wurden bislang durch die Verträge insgesamt folgende Mengen an Impfstoff gesichert: BioNTech-Pfizer: mindestens 60 Millionen Impfdosen

Moderna: 50 Millionen Impfdosen

AstraZeneca: 56 Millionen Impfdosen

Johnson&Johnson: 37 Millionen Anwendungen

Sanofi-GSK: 56 Millionen Impfdosen

CureVac: mindestens 41 Millionen Impfdosen

Die konkreten Liefertermine und Liefermengen hängen insbesondere vom Zeitpunkt der Zulassung sowie von den Produktionsbedingungen ab. In Deutschland wurden von den Unternehmen BioNTech/Pfizer nach der EU-Zulassung insgesamt 1,34 Millionen Dosen des Impfstoffes bis Jahresende 2020 ausgeliefert. Weitere drei Lieferungen wurden für Januar 2021 vereinbart, anschließend sollen ab Februar 2021 wöchentlich weitere Auslieferungen erfolgen. Bis Ende März 2021 werden von diesem Impfstoff voraussichtlich ca. 10 Millionen Impfdosen zur Verfügung stehen. Nach erfolgter EU-Zulassung des Impfstoffes von Moderna wurde vom Unternehmen bis Ende des 1. Quartals 2021 die Lieferung von ca. 1,8 Millionen Dosen des Impfstoffes nach Deutschland angekündigt. Die erste Lieferung mit rd. 64 000 Impfdosen ist erfolgt.

Die Verteilung der Impfdosen in Deutschland erfolgt nach Bevölkerungsanteil der jeweiligen Bundesländer.

8. Welche Kosten kommen im Rahmen der „Sozialgarantie 2021“ zur Stabilisierung der Sozialversicherungsbeiträge auf den Bund zu (bitte nach einzelnen Sozialversicherungen aufschlüsseln)?

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat der Bund im Jahr 2020 zusätzlich zum alljährlichen Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben in Höhe von 14,5 Mrd. Euro einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Mrd. Euro für SARS-CoV-2-Pandemie verursachte Belastungen an den Gesundheitsfonds geleistet. Auch für das Jahr 2021 leistet der Bund im Rahmen der Sozialgarantie 2021 gemäß § 221a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Mrd. Euro für SARS-CoV-2-Pandemie verursachte Belastungen. An den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erfolgten im Jahr 2020 Leistungen des Bundes für SARS-CoV-2-Pandemie verursachte Belastungen in Höhe von 1,8 Mrd. Euro. Für die gesetzliche Rentenversicherung sind im Bundeshaushalt keine pandemiebedingten Mittel vorgesehen. Der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung beträgt nach derzeitiger Rechtslage bis Ende 2022 2,4 Prozent, ab dem Jahr 2023 2,6 Prozent. Der im Bundeshaushalt 2021 veranschlagte Zuschuss an die Bundesagentur für Arbeit in Höhe von 3,35 Mrd. Euro dient ebenso wie ein etwaiger Erlass des für das Jahr 2020 gewährten überjährigen Darlehens an die Bundesagentur in Höhe von bis zu rund 6,9 Mrd. Euro allein dem Ziel, die Bundesagentur für Arbeit Ende des Jahres 2021 schuldenfrei zu stellen und somit ihre Handlungsfähigkeit auch zukünftig zu sichern.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.