

## **Dossier zur aktuellen Diskussion und zu Fragen rund um die Covid-19-Impfung**

Seit Ende des vergangenen Jahres starteten in der EU die Impfungen gegen das Coronavirus. In allen Bundesländern in Deutschland wurde mit dem Impfen begonnen. Dies weckt Hoffnungen auf ein absehbares Ende der Pandemie. Neben der aktuellen Diskussion um die Impfstoffkapazitäten gibt es noch weitere praktische Fragen zu klären, wie z.B. in kurzer Zeit Millionen Menschen geimpft werden können oder auch ob die Impfung auch vor der Übertragung der Krankheit, also vor Ansteckung einer anderen Person schützt. Wenig diskutiert wird momentan die globale Verteilung des Impfstoffes. Es steht zu befürchten, dass trotz einer internationalen Impfallianz ärmere Länder ein weiteres Mal auf der Strecke bleiben könnten. Was kann also besser laufen und wo müssen wir genauer hinsehen?

### **Zentrale Punkte:**

#### **Stand der laufenden Impfungen - was läuft gut, was nicht?**

Das RKI stellt auf der folgenden Seite täglich den Status Quo der gemeldeten Impfungen bereit: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html)

Stand 08.01.2020

476.959 Impfungen insgesamt (5,7 Impfungen/1000 Einwohner)

188.746 geimpfte Pflegeheimbewohner

In allen Bundesländern wurde mit dem Impfen begonnen.

Nationaler Impfstart: 27.12.2021

1,3 Millionen Dosen des Impfstoffes wurden bis Jahresende an die Länder ausgeliefert, knapp 2,7 Millionen Dosen sollen bis zum 1. Februar 2021 verimpft werden.

Im Laufe des Januars wird allen Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen ein Impfangebot gemacht werden können. Dies ist nicht zuletzt wegen der hohen Fallzahlen und der schweren Verläufe im Bereich dieser Einrichtungen ein wichtiges erstes Zwischenziel der Impfkampagne. Ziel ist es, die anfangs eingeschränkten Produktionskapazitäten in Deutschland zu erhöhen. Der Bund wird auch darüber hinaus mit den Herstellern darüber sprechen, wie schnellstmöglich weitere Produktionskapazitäten für Impfstoffe aufgebaut werden können. Im 1. Quartal 2021 ist mit der Zulassung weiterer Impfstoffe und in der Folge mit der Auslieferung weiterer Impfdosen zu rechnen (Beschluss Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschef\*innen der Länder, 5.1.21).

Von den Pflegeeinrichtungen wurde erwartet, dass sie Vor- und Nachbereitungen bei der Impfung übernehmen, die gerade ad-hoc und vor den Feiertagen Ende 2020 des Jahres einen enormen Mehraufwand bedeuteten und immer noch bedeuten. Die Vorbereitungen mussten mit kurzem zeitlichen Vorlauf realisiert werden, z.B. Informationsweitergabe, Kontaktherstellung mit Betreuer, Vorbereitung der Formulare, Termine etc.) Pflegeeinrichtungen können ihren Mehraufwand im Zuge der Impfungen bei den Pflegekassen geltend machen.

Wichtig ist, dass die Aufklärungsbögen des RKI mittlerweile auch in leichter Sprache oder verfügbar sind. Auch in verschiedenen Sprachen sind die Informationen bereits erhältlich.

### **Welche Bedeutung hat das Impfen für den Sieg über die Pandemie? Wie lange werden wir brauchen?**

Sie ist entscheidend für eine Rückkehr zu einer Normalität im Alltag. Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass eine Durchimpfungsrate von 60 bis 70 Prozent erforderlich ist, um eine sogenannte Herdenimmunität zu erreichen. Diese ist wichtig, damit Infektionsketten regelmäßig unterbrochen werden können.

Entscheidend wird die Frage sein, wie lange der Impfschutz andauert und anhält. Dies ist noch nicht bekannt. Es ist möglich, dass es langfristig zur Normalität werden könnte, dass Corona Impfungen, so wie Grippeimpfungen in einem regelmäßigen Turnus durchgeführt werden. Noch nicht ganz klar ist auch, ob Geimpfte andere Nicht-Geimpfte anstecken können – eine Impfung also nur die Geimpften, aber nicht andere vor dem Corona-Virus schützt.

Der zeitliche Ablauf ist schwer vorauszusagen, weil es darauf ankommt, wann wieviel Impfstoff zur Verfügung stehen wird. NRW Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann geht davon aus, dass im 3. oder 4. Quartal in NRW eine Durchimpfungsrate für eine starke Immunität innerhalb der Bevölkerung erreicht sein wird (Quelle: <https://www1.wdr.de/nachrichten/themen/coronavirus/corona-impfung-faq-dauer-100.html>).

### **Welche Argumente gibt es pro/contra Impfungen? Wer hilft mir, die richtige Entscheidung zu treffen?**

#### **Pro**

- Auf die Impfstoffsicherheit wurde großen Wert gelegt. Man hat sich im europäischen Bereich bewusst gegen Notfallzulassungen entschieden.
- Im Rahmen der Zulassung und des bisherigen Impfgeschehens hat es die üblichen Impfnebenwirkungen gegeben (Rötungen, Schmerzen, erhöhte Temperatur,...).
- Teil der Impfinfrastruktur ist eine Beobachtung nach der Impfung.
- Impfungen retten Leben.

#### **Contra**

- Es gibt Gruppen für die die Impfung nicht zugelassen ist und zwar für Schwangere und für Kinder. Da hier die Impfung nicht bzw. nicht ausreichend erprobt worden ist.

### **Wer hilft mir die richtige Entscheidung zu treffen?**

- Zum Impfangebot gehört immer auch eine Impfaufklärung.
- Grundsätzlich kann man sich mit Fragen zu Impfungen an seinen Hausarzt wenden.
- Außerdem stehen auf der Homepage [www.infektionsschutz.de](http://www.infektionsschutz.de) umfangreiche Informationen rund um Corona Impfstoffe zur Verfügung. Die Seite wird von der Bundesagentur für Gesundheitliche Aufklärung (BZGA) bereitgestellt.
- Das RKI hat einen Fragen-Antworten-Katalog zum Thema Covid-19 Impfungen zusammengestellt, dieser wird regelmäßig aktualisiert.  
<https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html>

### **Ist Impfen "Bürgerpflicht"? Sollte es Vorteile für Menschen geben, die sich impfen lassen?**

Die Debatte über unterschiedliche Freiheiten für Geimpfte Personen ist sehr zynisch, wenn man bedenkt, dass viele Impfwillige noch monatelang auf eine Impfung werden warten müssen. Wir brauchen den Rückhalt der Bevölkerung mit Blick auf bestehende

Schutzmaßnahmen und mit Blick auf die Erreichung einer hohen Durchimpfungsrate. Hierbei gilt es die Bürger\*innen zu überzeugen.

Mit Blick auf Berufsgruppen, die im engen Kontakt zu Risikogruppen stehen, ergibt sich ein besonderes Erfordernis nach einem Impfschutz. Dies wird auch durch den entsprechenden priorisierten Zugang zur Impfung deutlich.

Der Paritätische hat sich stets für eine freiwillige Impfung ausgesprochen und grundsätzlich gegen eine Impfpflicht.

Eines unserer Mitglieder, der VDK Deutschland, der sich ebenfalls grundsätzlich gegen einen Immunitätsausweis ausspricht, schlägt vor diese Debatte gezielt mit Blick auf Bereiche wie Pflegeheime und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen zu führen. Vielleicht wäre es richtig, wenn es uns gelungen ist allen Personen in Pflegeheimen ein Impfangebot zu machen, dass dies zu bestimmten positiven Ausnahmeregelungen führen kann. Dies würde aber unbedingt davon abhängen müssen, ob geimpfte Personen trotzdem das Virus an andere Personen übertragen können oder nicht. Auch dies wissen wir zurzeit noch nicht.

(Quelle: <https://www.vdk.de/deutschland/pages/service/corona/81012/corona-schutzimpfung?dsc=ok> ;

„Zusätzliche Schutzmaßnahmen in der Pflege: Der VdK hofft, dass bei gleichzeitiger Impfung von Mitarbeitern und Bewohnern von Pflegeheimen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung zusätzliche Schutzmaßnahmen unnötig werden. Es gibt aus guten Gründen keinen Immunitätsausweis und wir plädieren auch nicht für einen solchen. Aber innerhalb dieser geschlossenen Systeme wären Ausnahmen zu begrüßen. Das ist gerade bei der Pflege von Demenzkranken oder kognitiv beeinträchtigten Menschen sehr viel wert, da diese Menschen die Corona-Krise und die Einschränkungen aufgrund der Schutzmaßnahmen nicht immer ganz verstehen können.“ )

### **Gibt es echte Impf-Gerechtigkeit? Was gehört dazu? Wie gerecht läuft es derzeit ab?**

Gerechtigkeit ist ein starkes Wort. International gibt es sie in jedem Fall nicht. Die wohlhabenden Länder haben deutlich früher Zugang zu Impfstoffen, als beispielsweise Länder des globalen Südens. Dies verstärkt bestehende Ungleichheiten. Ein Erfolg ist es, dass innerhalb der europäischen Union ein Überbietungswettbewerb verhindert wurde. Aber gerade bei der aktuellen Debatte über die deutschen und europäischen Bestellungen des Impfstoffes, verwundert es, dass nicht mehr darüber gesprochen wird, dass in vielen Regionen der Welt selbst Ärztinnen und Ärzte viel zu lange auf eine Impfung warten müssen. Der Pandemie kann nur mit vereinten internationalen Kräften die Stirn geboten werden. Leider ist insgesamt die internationale Impfstoffverteilung zutiefst ungerecht und unsolidarisch ausgestaltet.

Deutschland hat insgesamt deutlich mehr Impfdosen bestellt, als benötigt werden. Aber es wurde noch nicht darüber gesprochen, wie die zu viel bestellten Impfdosen künftig verteilt werden können.

**Rich countries will get access to coronavirus vaccines earlier than others**

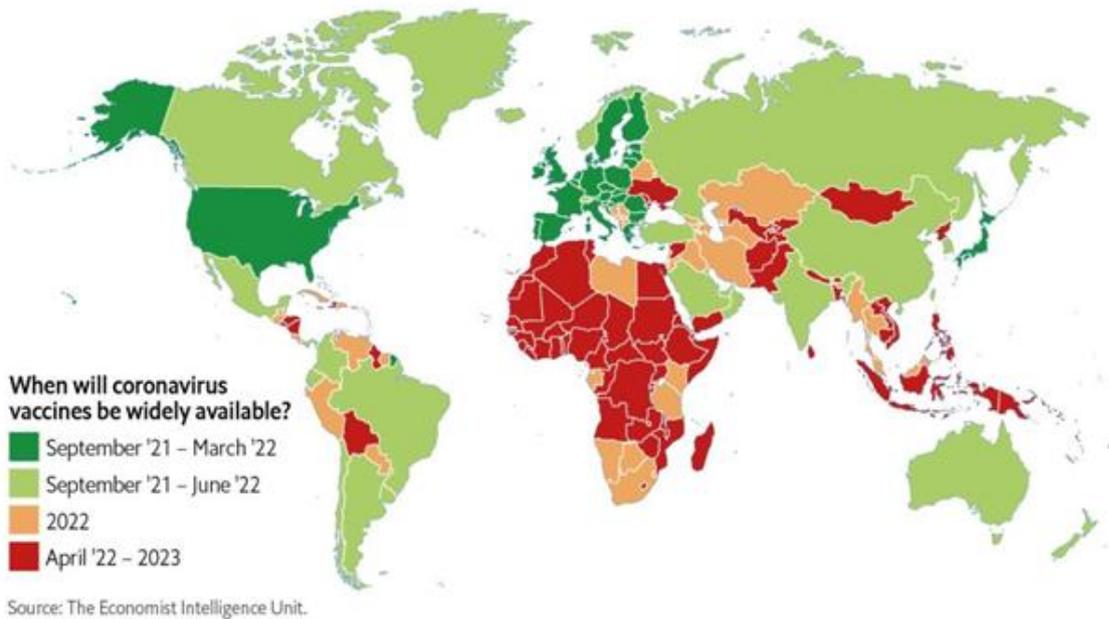


Abbildung 1: Infografik: Wann erhalten welche Länder in der Welt Impfstoff gegen das Corona-Virus?, Stand 18.12.20, Quelle: <https://www.eiu.com/n/rich-countries-will-get-access-to-coronavirus-vaccines-earlier-than-others/>

Auch die in Deutschland vorgenommene Priorisierung nach Risikogruppen laut Impfverordnung hat Kritik hervorgerufen. Während Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen prioritär ein Impfstoff angeboten wird, sind Hochrisikogruppen in der ambulanten Versorgung erst später an der Reihe. Viele Menschen in dieser Gruppe können selbstständig jedoch kaum Abstandsregeln einhalten oder sich isolieren und sind kontinuierlich auf Hilfe mit zum Teil engem Körperkontakt angewiesen. Auch pflegende Angehörige, müssen längere Wartezeiten in Kauf nehmen.

Im Zuge der Stellungnahme zur Impfverordnung und der darin festgelegten Priorisierung nach Risikogruppen (und auch eine Priorisierung der Priorisierung) hat der Paritätische gefordert, dass der Gesetzgeber diese vornehmen muss und die mangelnde Parlamentsbefassung kritisiert. Eine solche Festlegung durch den Gesetzgeber haben auch der dt. Ethikrat, die STIKO und die Leopoldina vorgeschlagen.

### **Passen solidarisches Impfen und kapitalistische Marktwirtschaft zusammen?**

Südafrika und Indien haben bei der Welthandelsorganisation beantragt, dass mit Blick auf alle Produkte, die zur Vorbeugung, Eindämmung und Behandlung und von COVID 19 erforderlich sind, das Patentrecht ausgesetzt wird. Obwohl dieser Vorschlag von der Mehrheit der Länder und Mitglieder der WTO befürwortet wird, hat er keine Aussicht auf Erfolg. So wichtig die Rolle von Unternehmen bei der Entwicklung und Herstellung von Impfstoffen und Arzneimitteln ist, die kapitalistische Marktwirtschaft funktioniert nicht auf eine Art und Weise, die bestmöglich Menschenleben und Menschenrechte schützt und dem Menschrecht auf den bestmöglichen Zugang zu Gesundheit gerecht wird.

Der Impfstoff ist momentan ein rares und umkämpftes Gut. Für die Entwicklung des Stoffes wurden weltweit Milliarden von Steuergeldern auch an die Pharmaindustrie gegeben, mit dem Auftrag einen Impfstoff zu entwickeln. Die Industrieländer haben sich nun den Großteil der Impfdosen, die auf den Markt kommen werden, gesichert. Der Impfstoff ist entgegen allen Beteuerungen kein globales öffentliches Gut.

Bei der Impfstoffentwicklung hat der öffentliche Sektor mit privaten Akteur\*innen zusammengearbeitet. Für globale Gesundheitsprobleme ist dies keine gute Lösung, da Entscheidungen mit Akteuren getroffen werden, die aufgrund ihrer finanziellen Stärke mitreden und mitentscheiden dürfen. Eine andere Herangehensweise, die von vielen Nichtregierungsorganisationen, die im Bereich Globale Gesundheit aktiv sind, seit langem gefordert wird, ist, dass der Finanzierung von Forschung klare Regeln gesetzt werden, z.B. was den Preis der entwickelten Produkte angeht oder auch ein klarer Technologie- und Wissenstransfer.

Die WHO hat auf Initiative Costa Ricas einen Patentpool für Covid-19 Produkte eingerichtet, um Wissen weltweit zu teilen und eine schnelle Produktentwicklung und Versorgung zu ermöglichen. Dieser ist leider auf freiwilliger Basis und auf die Zuarbeit der Staaten angewiesen. Momentan unterstützen circa 40 Länder den Patentpool, Deutschland gehört nicht dazu (vgl. <https://bukopharma.de/index.php/de/8-aktuelles/348-neuer-who-patent-pool-fuer-covid-19-produkte>).

Der Impfstoff muss ein öffentliches Gut werden. Erinnerung sei an die jahrelangen Blockaden der Pharmaindustrie, dass der Zugang für ärmere Länder zu HIV-Medikamenten möglich wird. Eine Wiederholung muss verhindert werden.

Hier bedarf es eines politischen Willens und der klaren notwendigen Entscheidung, damit das marktwirtschaftliche System einem schnellen weltweiten Impffortschritt nicht im Wege steht.

### **Müssen wir uns auf weitere Pandemien vorbereiten? Wie kann das geschehen?**

In jedem Fall. Es gilt den Öffentlichen Gesundheitsdienst nachhaltig zu stärken. Aktuell gibt es nur Beschlüsse, die lediglich eine mittelfristige Aufstockung des Personals im ÖGD ermöglichen. Hier braucht es unbedingt eine langfristige Lösung.

Wir haben außerdem gesehen, wie wichtig eine digitale Vernetzung zwischen den einzelnen Akteuren ist, die uns auch nach fast einem Jahr Pandemie an vielen Stellen immer noch fehlt.

Wir müssen auch darüber reden, wie wir den Katastrophenschutz in Deutschland in Zukunft stärken und ausgestalten wollen.

Was gut ist, dass durch die Pandemie nun besondere Risikogruppen, wie Personen in Pflegeheimen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung kein Blindfleck in den Katastrophenschutzplänen der Länder mehr sind. Dass sie es vor Corona aber waren zeigt, wie viel wir noch zu tun haben. Wir sollten auch darüber reden, wie Kinder- und Jugendschutz in Zeiten von Pandemiebeschränkungen aussehen kann.

Kurzum: Es gibt noch mehr als noch genug zu diskutieren und vorzubereiten.

### **Deutschland steckt in einem neuen Lockdown - gleichzeitig hat das Impfen begonnen. Was überwiegt bei Ihnen: Skepsis oder Hoffnung?**

Hoffnungsvoll stimmt, dass so schnell so viele wirksame Impfstoffe gegen das Virus entwickelt wurden und dies auf Grundlage von internationalen Abstimmungsprozessen. Das ist eine ungeheure Leistung und eine große Chance.

Gleichzeitig werden aber noch viele Menschen an dem Virus erkranken und womöglich daran sterben. Es liegt noch einige lange Zeit des Ausnahmezustands vor uns. Und Solidarität und Zurückhaltung bzw. Physical Distancing werden sicherlich auch im Sommer

dieses Jahres noch wichtig sein, selbst wenn dann die stärksten Risikogruppen bereits geimpft sein sollten. Der Pandemiemarathon ist noch nicht vorbei.

### **Hintergrund:**

#### **Die Coronavirus-Impfverordnung**

Die rechtliche Grundlage für die Impfungen ist am 15.12.2020 im Rahmen der folgenden Verordnung in Kraft getreten: Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bzw. Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV).

Sie regelt die Priorisierung im Rahmen der Vergabe, Vorgaben zu Folge- und Auffrischimpfungen, die Leistungserbringung, die Impfsurveillance, die Terminvergabe, die Vergütung der Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses bzw. der Vergabe von Codes für die Terminvergabe, die Finanzierung der Impfzentren, die Beteiligung der PKV und die kontinuierliche Evaluierung der Maßnahmen.

## Die Priorisierung von Bevölkerungsgruppen laut Impfverordnung

Die Coronavirus-Impfverordnung sieht drei Gruppen vor, die einen priorisierten Anspruch auf eine Impfung erhalten. Die vierte Impfgruppe würde im Anschluss die restliche Bevölkerung bilden.

Gruppe	Anzahl in Millionen	Personenkreis
Höchste Priorität	8,6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Über 80-Jährige (5,4 Mio)</li> <li>- Bewohner von Altenheimen (1 Mio)</li> <li>- Medizinisches Personal mit besonderem Ansteckungsrisiko (1 Mio, u. a. Notaufnahmen, Rettungsdienste, SAPV, Impfzentren, Covid-Stationen)</li> <li>- Klinik-Personal mit engem Kontakt zu gefährdeten Gruppen (z.B. Onkologie, Transplantation)</li> <li>- Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege (1,2 Mio.)</li> </ul>
Hohe Priorität	<u>&gt;13,8</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Über 70-Jährige (7,7 Mio)</li> <li>- Personen mit einem hohen Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Mit Trisomie 21 (0,05 Mio)</li> <li>o Mit Demenz oder einer geistigen Behinderung (<u>2,6 Mio</u>)</li> <li>o Nach einer Organtransplantation (?)</li> </ul> </li> <li>- Eine enge Kontaktpersonen von               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pflegebedürftigen über 80 Jährigen oder Bewohnern von Altenheimen (<u>2,7 Mio</u>)</li> <li>o Schwangeren Personen (0,76)</li> </ul> </li> <li>- Mitarbeitende in der ambulanten &amp; stationären Behindertenhilfe (?)</li> <li>- Tätige in medizinischen Einrichtungen mit hohem o. erhöhtem Expositionsrisiko insbesondere Ärzte &amp; Personal mit regelmäßigem Patientenkontakt</li> <li>- Personal in SARS-CoV-2-Testzentren und von Blut- und Plasmaspendendiensten (?)</li> </ul>
Erhöhte Priorität	16,3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Über 60-Jährige (10,3 Mio)</li> <li>- Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Mit Adipositas [BMI über 30]</li> <li>o Mit chronischem Nierenversagen</li> <li>o Mit chronischer Lebererkrankung</li> <li>o Mit Immundefizienz oder HIV-Infektion</li> <li>o Mit Diabetes mellitus</li> <li>o Mit Herzinsuffizienz, Arrhythmie, Vorhofflimmern, koronarer Herzkrankheit oder arterieller Hypertension</li> <li>o Mit zerebrovaskulären Erkrankungen oder Apoplex</li> <li>o Mit Krebserkrankung</li> <li>o Mit COPD oder Asthma bronchiale</li> <li>o Mit Autoimmunerkrankungen oder rheumatischen Erkrankungen</li> </ul> </li> <li>- Personen in besonders relevanter Position in staatlichen Einrichtungen (insbesondere in den Verfassungsorganen, Regierungen, Verwaltungen, Streitkräften, Polizei, Zoll, Feuerwehr, Katastrophenschutz einschließlich THW &amp; Justiz)</li> <li>- Personen in besonders relevanter Position im Bereich der Kritischen Infrastruktur (Apothekenwesen, Pharmawirtschaft, Ernährungswirtschaft, Wasser- und Energieversorgung, Abwasserentsorgung &amp; Abfallwirtschaft, Transport- &amp; Verkehrswesen, Informationstechnik &amp; Telekommunikationswesen (0,8 Mio)</li> <li>- Personen, die in medizinischen Einrichtungen mit niedrigem Expositionsrisiko tätig sind (z. B. Labor) (0,3 Mio)</li> <li>- Personen, die im Lebensmitteleinzelhandel tätig sind (3,1 Mio)</li> <li>- Erzieher/-innen &amp; Lehrer/-innen (&gt;1,4 Mio)</li> <li>- Personen mit prekären Arbeits- oder Lebensbedingungen (&gt;0,4 Mio)</li> </ul>
<b>SUMME</b>	<b>&gt;38,7 Mio</b>	

Tabelle 1: Eigene Darstellung. Die unterstrichenen Zahlen sind anhand von in der STIKO Empfehlung: „Beschluss der STIKO für die Empfehlung der COVID-19-Impfung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung“ angegebenen Quellen selbst ermittelt worden. Die anderen Zahlen entstammen der STIKO Empfehlung (Quelle: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/02\\_21.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/02_21.pdf?__blob=publicationFile)).

## Umsetzung

Verantwortlich für die Umsetzung sind die obersten Landesgesundheitsbehörden. Die Impfung soll in Impfzentren und durch mobile Impfteams erfolgen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet die Inbetriebnahme und Organisation der Impfzentren und mobilen Impfteams zu unterstützen, falls dies durch ein Land bestimmt wird. Dies gilt nicht für die Terminvergabe.

Der Bund macht das Angebot, dass die 116117 Hotline für die Terminvergabe genutzt werden kann. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Aufgabe, ein Modul zur digitalen Vereinbarung von Impfterminen zu entwickeln.

Es wird kritisiert, dass Bundesgesundheitsminister Spahn zu Beginn die Aussage getroffen hat, dass die Bürger abwarten sollten, da man sie kontaktieren würde, wenn Sie die Chance auf eine Impfung hätten. Mit Blick auf die Organisation in den Ländern zeichnet sich ab, dass die Bürger sich vielerorts selbst aktiv um einen Termin werden bemühen müssen.

## Häufige Kritikpunkte

Die Private Krankenversicherung wird nicht ausreichend an den Kosten der Impfzentren beteiligt.

- Auch wenn die PKV zur Finanzierung herangezogen wird, bleibt ihr Beitrag mit 3,5 Prozent unter dem Niveau des Anteils der privat Versicherten in Deutschland. In Deutschland sind 10,63 Prozent der Bürger privat krankenversichert. Die Länder tragen die Hälfte der Kosten. Dadurch müsste der Beitrag der privaten Versicherungsunternehmen bei wenigstens 5,3 Prozent liegen.

Die EU hat zu wenige Impfdosen bestellt

- Die EU hat im Sommer 2 Milliarden Impfdosen für 450 Millionen EU Bürger bei sechs der aussichtsreichsten Hersteller gesichert.

Die EU hätte mehr Impfstoffe bei Biontech bestellen können

- Zum Vertragszeitpunkt war nicht bekannt, dass der Biontech Impfstoff besonders sicher sein würde und besonders schnell zur Verfügung stehen würde. Mit 200 Millionen Dosen hat die EU von Biontech weniger bestellt, als von anderen Herstellern. Dies mag daran liegen, dass er teurer ist als andere Impfstoffe (12 Euro/Dosis) und auf Grund der erforderlichen Kühlung von 70 Grad komplizierter in der Nutzung.

Hätte eine größere Bestellung bei Biontech zu schnelleren Impfungen geführt?

- Nein. Der Flaschenhals ist nicht die niedrige Bestellmenge, sondern die niedrige Produktionskapazität der Hersteller. Biontech hat im Juni ein EU-Darlehen über 100 Millionen Euro zum Ausbau seiner Produktion erhalten. Dennoch konnte Biontech/Pfizer von den 25 Millionen Impfdosen, die für das vierte Quartal 2020 vereinbart waren, nur die Hälfte liefern, die andere Hälfte wird erst im zweiten Quartal 2021 verfügbar sein. Gründe sind Probleme im Produktionsprozess der beiden Pharma-Unternehmen.

### **Getroffene Maßnahme**

Durch einen Beschluss der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) ist es im Rahmen der Impfungen nun möglich, dass des Impullen des Biontech Impfstoffs sechs anstelle von fünf Dosen entnommen werden können.

### **Maßnahmen, die geprüft werden**

1. Zeitpunkt der Zweitimpfung nach hinten verschieben, um mehr Menschen schneller eine Erstimpfung zu ermöglichen. Hierfür hat sich beispielsweise Großbritannien entschieden. Hierzu soll die Ständige Impfkommission nach Sichtung der Daten eine Empfehlung abgeben.
2. Zusätzliche Produktion von Corona-Impfstoffen in Deutschland

Berlin, 08.01.21

Lisa Schmidt

Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Pflege