



Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Ulrich Singer, Jan Schiffers, Roland Magerl,
Andreas Winhart AfD**
vom 16.11.2021

Sinn und Kosten der verpflichtenden Coronatests für ungeimpfte Arbeitnehmer

Die seit 06.11.2021 angeordnete Testpflicht für Arbeitnehmer, die keinen Impf- oder Genesenennachweis vorweisen können, wirft viele Fragen auf. Unternehmer und Arbeitnehmer sind stark verunsichert.

Wir fragen die Staatsregierung:

1. Wer übernimmt die Kosten für die vorgeschriebenen Tests? 2
2. Kann für die angeordneten Tests ein Antrag auf Kostenerstattung bei staatlichen Stellen gestellt werden? 2
3. Welche Behörden sind für die Antragstellung und Auszahlung der anfallenden Testgebühren zuständig? 2
- 4.1 Falls der Staat die Kosten nicht übernimmt, wer muss dann zahlen (bitte auch darauf eingehen, dass einige Menschen aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden dürfen und sie gleichzeitig vom Staat zur Testung verpflichtet werden)? 2
- 4.2 Müssen die Arbeitgeber oder die Arbeitnehmer die Kosten übernehmen (bitte ggf. Höhe der Erstattung angeben)? 2
- 4.3 Wo ist dies rechtlich geregelt? 2
5. Warum gibt es keine Testpflicht für Geimpfte, obwohl sie ebenfalls sich und andere infizieren können? 2
6. Welche Studien liegen vor, die sich mit der Weitergabe des SARS-CoV-2-Virus durch Geimpfte befassen (bitte Studien und Ergebnisse angeben)? 3
7. Wie lange sind Geimpfte weniger infektiös als Genesene oder Geimpfte (bitte Studien und Ergebnisse angeben)? 4
8. Welche Studien gibt es, die nachweisen, dass Genesene nach sechs Monaten wieder erkranken können? 5

Hinweis des Landtagsamts: Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Fragestellerin bzw. des Fragestellers sowie der Staatsregierung.

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege
vom 03.01.2022

1. Wer übernimmt die Kosten für die vorgeschriebenen Tests?

Ob Testungen auf Kosten des Bundes stattfinden regelt sich grundsätzlich nach der Coronavirus-Testverordnung (TestV). Die TestV sieht bei Leistungserbringern nach § 6 TestV neben der Bürgertestung mittels Antigen-Schnelltest (§ 4a TestV) vor allem Ansprüche auf (PCR-)Testung von Kontaktpersonen bei bestimmten Ausbruchsgeschehen sowie bei positivem Antigen-Schnelltest vor (§§ 2, 3, 4, 4b TestV).

Im Rahmen der Bayerischen Teststrategie und damit auf Kosten des Freistaates haben zudem aktuell auch Personen, die sich aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht impfen lassen können sowie Stillende bis auf Weiteres einen Anspruch auf einen kostenfreien PCR-Test in den lokalen Testzentren. Schwangere haben vorerst bis zum 31.03.2022 einen Anspruch auf kostenfreie PCR-Testung in lokalen Testzentren sowie bei Ärztinnen und Ärzten.

Liegen Symptome vor, unterliegen die betroffenen Personen dem Anwendungsbereich der Krankenbehandlung und sollten daher eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen, um sich auf das Coronavirus SARS-CoV-2 testen zu lassen. Die Kosten werden in diesem Fall von der Krankenkasse übernommen oder können mit der privaten Krankenversicherung bzw. mit der Beihilfestelle abgerechnet werden.

Nach § 4 Abs. 1 SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung haben Arbeitgeber zudem als Maßnahme des Arbeitsschutzes und damit auf ihre Kosten den Beschäftigten, soweit diese nicht ausschließlich in ihrer Wohnung arbeiten, mindestens zwei Mal pro Kalenderwoche kostenfrei einen (vom Arbeitgeber auszuwählenden und verkehrsfähigen) Test in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 anzubieten.

Im Übrigen sind die Kosten grundsätzlich von den zu testenden Personen selbst zu tragen.

2. **Kann für die angeordneten Tests ein Antrag auf Kostenerstattung bei staatlichen Stellen gestellt werden?**
3. **Welche Behörden sind für die Antragstellung und Auszahlung der anfallenden Testgebühren zuständig?**

Testmöglichkeiten nach der Bayerischen Teststrategie und der Nationalen Teststrategie des Bundes sehen ausschließlich die kostenfreie Inanspruchnahme der Testungen vor, ohne dabei in Vorleistung zu gehen. Eine nachträgliche Erstattung von Kosten für Testungen erfolgt grundsätzlich nicht.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

- 4.1 **Falls der Staat die Kosten nicht übernimmt, wer muss dann zahlen (bitte auch darauf eingehen, dass einige Menschen aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden dürfen und sie gleichzeitig vom Staat zur Testung verpflichtet werden)?**
- 4.2 **Müssen die Arbeitgeber oder die Arbeitnehmer die Kosten übernehmen (bitte ggf. Höhe der Erstattung angeben)?**
- 4.3 **Wo ist dies rechtlich geregelt?**

Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

5. Warum gibt es keine Testpflicht für Geimpfte, obwohl sie ebenfalls sich und andere infizieren können?

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person trotz vollständiger Impfung mit dem SARS-CoV-2-Erreger infiziert und in der PCR positiv getestet wird, ist im Vergleich zu einer

ungeimpften Person signifikant vermindert. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass Menschen nach Kontakt mit SARS-CoV-2 trotz Impfung PCR-positiv getestet werden und dabei auch infektiöse Viren ausscheiden können. Die Virusausscheidung ist dabei jedoch kürzer als bei ungeimpften Personen mit einer SARS-CoV-2-Infektion.

Für das Betreten bestimmter Einrichtungen, wie etwa Pflegeheime, sieht § 28b Abs. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) in der ab dem 24.11.2021 geltenden Fassung (BGBl. I S. 4906) bundeseinheitlich verpflichtend eine Testnachweispflicht für alle Arbeitgeber, Beschäftigten und Besucher vor. Auch geimpfte und genesene Personen müssen insoweit über einen Testnachweis verfügen. Darüber hinaus besteht nach § 3 Abs. 2 Satz 2, § 4 Abs. 3 Satz 2 COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmeverordnung (SchAusnahmV) vom 08.05.2021 (BAnz AT 08.05.2021 V1) in der seit dem 24.11.2021 geltenden Fassung (BGBl. I S. 4906) die Möglichkeit, im Rahmen von 2G-Zugangsbeschränkungen einen Testnachweis auch von geimpften oder genesenen Personen zu verlangen. Der Freistaat Bayern hat von dieser Ermächtigungsgrundlage in § 4 Fünfzehnte Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung vom 23.11.2021 (BayMBl. 2021, Nr. 816) in größerem Umfang Gebrauch gemacht und eine Testnachweispflicht für geimpfte und genesene Personen bei Zugang zu bestimmten Einrichtungen und Veranstaltungen geregelt.

6. Welche Studien liegen vor, die sich mit der Weitergabe des SARS-CoV-2-Virus durch Geimpfte befassen (bitte Studien und Ergebnisse angeben)?

Zu dieser Fragestellung hat die Ständige Impfkommission (STIKO) in der am 01.12.2021 veröffentlichten wissenschaftlichen Begründung zur Vierzehnten Aktualisierung der STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung (Epidemiologisches Bulletin 48/2021 (rki.de) die aktuelle Studienlage bewertet.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine vollständige Grundimmunisierung mit einem COVID-19-Impfstoff im Falle einer Infektion die Weitergabe an ungeimpfte Kontaktpersonen reduziert, wobei das Ausmaß der Transmissionsreduktion unter der Delta-Variante im Vergleich zur Alpha-Variante vermindert ist. Bei geimpften Personen kommt es im Verlauf der Infektion zu einer schnelleren Viruselimination als bei ungeimpften Personen.

Weitere Informationen zur Fragestellung finden sich in der am 29.11.2021 aktualisierten FAQ des Robert Koch-Instituts (RKI) unter RKI – Impfen – COVID-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) sowie in folgenden Fundstellen:

- Harris RJ et al. Effect of Vaccination on Household Transmission of SARS-CoV-2 in England. *N Engl J Med.* 2021;385(8):759-60, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2107717>
- Layan M et al. Impact of BNT162b2 vaccination and isolation on SARS-CoV-2 transmission in Israeli households: an observational study. Preprint vom 16.07.2021, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.12.21260377v1>
- V Shah A et al. Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. *N Engl J Med* 2021; 385: 2021:1718-20. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.11.21253275v1>
- Eyre D et al. The impact of SARS-CoV-2 vaccination on Alpha & Delta variant transmission. Preprint vom 29.09.2021, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.28.21264260v1>
- de Gier B et al. Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 transmission to household contacts during dominance of Delta variant (B.1.617.2), the Netherlands, August to September 2021. *Eurosurveillance.* 2021;26(44):2100977. <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.44.2100977>
- Regev-Yochay G, Amit S, Bergwerk M, Lipsitch M, Leshem E, Kahn R, et al. Decreased infectivity following BNT162b2 vaccination: A prospective cohort study in Israel. *Lancet Reg Health Eur.* 2021;7:100150. [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00127-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00127-7/fulltext)
- Petter E et al. Initial real world evidence for lower viral load of individuals who have been vaccinated by BNT162b2. Preprint vom 08.02.2021, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.08.21251329v1>
- Riemersma K et al. Shedding of Infectious SARS-CoV-2 Despite Vaccination. Preprint vom 06.11.2021, medRxiv. 2021:2021.07.31.21261387. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v6>

- Chia P et al. Virological and serological kinetics of SARS-CoV-2 Delta variant vaccine breakthrough infections: a multi-center cohort study. Preprint vom 31.07.2021, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.21261295v1.full?origin=app>
- Shamier M et al. Virological characteristics of SARS-CoV-2 vaccine breakthrough infections in health care workers; Preprint vom 21.08.2021, <https://www.medrxiv.org/content/medrxiv/early/2021/08/21/2021.08.20.21262158>
- Singanayagam A et al. Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study. The Lancet Infectious Diseases. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext)

7. Wie lange sind Geimpfte weniger infektiös als Genesene oder Geimpfte (bitte Studien und Ergebnisse angeben)?

Gemäß RKI belegen Daten aus Zulassungsstudien wie auch aus Beobachtungsstudien, dass die in Deutschland zur Anwendung kommenden COVID-19-Impfstoffe symptomatische und asymptomatische SARS-CoV-2-Infektionen in erheblichem Maße verhindern (siehe Harder T et al: Effectiveness of COVID-19 vaccines against SARS-CoV-2 infection with the Delta (B.1.617.2) variant: second interim results of a living systematic review and meta-analysis, 1 January to 25 August 2021 <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.41.2100920>).

Die Virusausscheidung bei Personen, die trotz Impfung eine SARS-CoV-2-Infektion haben, ist kürzer als bei ungeimpften Personen mit SARS-CoV-2-Infektion. In welchem Maße die Impfung die Übertragung des Virus reduziert kann derzeit nicht genau quantifiziert werden (siehe Eyre D et al. The impact of SARS-CoV-2 vaccination on Alpha & Delta variant transmission. Preprint vom 29.09.2021, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.28.21264260v1>). In der Summe ist das Risiko, dass Menschen trotz einer Impfung PCR-positiv werden und das Virus übertragen, auch unter der Delta-Variante deutlich vermindert.

Die COVID-19-Impfung dient auch dem Ziel, die Transmission von SARS-CoV-2 in der gesamten Bevölkerung zu reduzieren. Insbesondere in Umgebungen mit einem hohen Anteil vulnerabler Personen und/oder einem hohem Ausbruchspotenzial soll durch die Impfung die Virustransmission weitgehend verhindert werden, um so einen zusätzlichen Schutz zu bewirken.

Eine entsprechende Übersicht zu den Beobachtungsstudien zur Vakzineffektivität der COVID-19-Impfstoffe nach Zeit ist in der Tabelle 2 der Wissenschaftlichen Begründung zur Vierzehnten Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung der STIKO zu finden (Epidemiologisches Bulletin 48/2021 [[rki.de](https://www.rki.de)]).

Autor	Land	Studiendesign	Studienzeitraum	Impfstoff	Endpunkt	Altersgruppe	VE 1. Untersuchungszeitpunkt	VE 2. Untersuchungszeitpunkt
Tartof	USA	Kohortenstudie	Dez. 2020 – Aug. 2021	Comirnaty	Jegliche Infektion	≥12 Jahre	<120 Tage 93 % (85 – 97)	≥120 Tage 53 % (39 – 65)
Fowlkes	USA	Kohortenstudie	Dez. 2020 – Aug. 2021	Comirnaty, Spikevax, Janssen	Jegliche Infektion	Krankenhausmitarbeitende	<120 Tage 85 % (68 – 93)	≥150 Tage 73 % (49 – 86)
Self	USA	Fall-Kontrollstudie	März – Aug. 2021	Comirnaty	Hospitalisierung	≥18 Jahre	14 –120 Tage 91 % (88 – 93)	>120 Tage 77 % (67 – 84)
				Spikevax			93 % (90 – 95)	92 % (87 – 96)
Andrews	UK	Fall-Kontrollstudie	Dez. 2020 – Sept. 2021	Comirnaty	Symptomatische Infektion	≥18 Jahre	2 – 9 Wochen 89,8 % (89,6 – 90,0)	> 20 Wochen 69,7 % (68,7 – 70,5)
				Vaxzevria			66,7 % (66,3 – 67,0)	47,3 % (45,0 – 49,6)
				Comirnaty	Hospitalisierung		98,4 % (97,9 – 98,8)	92,7 % (90,3 – 94,6)
				Vaxzevria			95,2 % (94,6 – 95,6)	77,0 % (70,3 – 82,3)

Autor	Land	Studiendesign	Studienzeitraum	Impfstoff	Endpunkt	Altersgruppe	VE 1. Untersuchungszeitpunkt	VE 2. Untersuchungszeitpunkt
Nordström	Schweden	Kohortenstudie	Jan. 2021 – Okt. 2021	Comirnaty	Symptomatische Infektion	≥18 Jahre	15 – 30 Tage 92 % (91 – 93)	121 – 180 Tage 47 % (39 – 55)
				Spikevax			96 % (94 – 97)	71 % (56 – 81)
				Vaxzevria			68 % (52 – 79)	60 – 120 Tage 41 % (29 – 51)
				Vaxzevria/ mRNA-Impfstoff			89 % (79 – 94)	66 % (41 – 80)
				Alle Impfstoffe	Hospitalisierung oder Tod	≥18 Jahre	15 – 30 Tage 92 % (89 – 94)	121 – 180 Tage 83 % (75 – 88)
						< 80 Jahre	92 % (87 – 95)	87 (75 – 93)
≥ 80 Jahre	92 % (88 – 95)	78 (65 – 86)						
Skowronski	Kanada	Fall-Kontrollstudie	Mai 2021 – Okt. 2021	Comirnaty	Jegliche Infektion	≥18 Jahre	14 – 27 Tage British Columbia (BC) 93 % (93 – 94) Quebec (QB) 91 % (90 – 92)	112 – 139 Tage 86 % (84 – 88) 88 % (86 – 89)
				Spikevax			BC: 95 % (94 – 96) QB: 92 % (90 – 94)	82 % (78 – 85) 87 % (83 – 97)
				Vaxzevria/ mRNA-Impfstoff			BC: 93 % (87 – 96) QB: 91 % (82 – 96)	84 – 111 Tage BC: 88 % (83 – 88) QB: 84 % (79 – 87)
				Vaxzevria			BC: 94 % (88 – 97) QB: 86 % (82 – 95)	> 84 Tage BC: 69 % (64 – 72) QB: 71 % (65 – 75)

Beobachtungsstudien zur Vakzineeffektivität (VE) der COVID-19-Impfstoffe nach Zeit

8. Welche Studien gibt es, die nachweisen, dass Genesene nach sechs Monaten wieder erkranken können?

Die Datenlage zur Schutzdauer von Personen nach durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion unter der Delta-Variante ist begrenzt und uneinheitlich. Es gibt keine ausreichenden Hinweise für einen sicheren Schutz vor symptomatischer Reinfektion nach mehr als sechs Monaten (Epidemiologisches Bulletin 48/2021 [[rki.de](https://www.rki.de)]).

Es können folgende Studien genannt werden:

- Grant R et al. Impact of SARS-CoV-2 Delta variant on incubation, transmission settings and vaccine effectiveness: Results from a nationwide case-control study in France. The Lancet Regional Health – Europe. Online first am 25. November 2021. [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00264-7/full-text](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00264-7/full-text)
- Gazit S et al. Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections. Preprint vom 25.08.2021, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1>
- Young-Xu Y et al. SARS-Cov-2 Infection versus Vaccine-Induced Immunity among Veterans. Preprint vom 29.09.2021, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.27.21264194v1>
- Bozio C et al. Laboratory-Confirmed COVID-19 Among Adults Hospitalized with COVID-19 – Like Illness with Infection-Induced or mRNA Vaccine-Induced SARS-CoV-2 Immunity – Nine States, January – September 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:1539–1544. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7044e1>