

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Konstantin von Notz, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/26570 –**

Digitale Anwendungen zur Kontaktnachverfolgung in der Corona-Pandemie und zur Entlastung des Personals im öffentlichen Gesundheitsdienst

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern leisten mit ihrer Arbeit einen bedeutenden Beitrag zur Bewältigung der Corona-Pandemie. Ihr Einsatz ist umso beachtlicher vor dem Hintergrund eines erheblichen Personal- und Ressourcenmangels, den der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) aus Sicht der fragestellenden Fraktion aufgrund von zahlreichen Sparplänen und einer jahrelangen falschen Prioritätensetzung durch die Bundesregierung zu verzeichnen hat. Insbesondere die extrem arbeitsintensive Identifizierung und Verfolgung von Kontaktketten ist für die Eindämmung der Pandemie zwar unerlässlich, sie stellt das Personal in den Gesundheitsämtern bei hohen Inzidenzen angesichts der immensen Zahl von nachzuverfolgenden Kontaktketten aber auch vor eine kaum zu bewältigende Aufgabe. Wiederholt haben Vertreterinnen und Vertreter von Gesundheitsämtern in verschiedenen Bundesländern darauf hingewiesen, dass sie angesichts des seit vielen Wochen hohen Infektionsgeschehens mit der individuellen Kontaktverfolgung nicht mehr nachkommen und teilweise, trotz der Vermittlung sogenannter „Containment-Scouts“ durch das Robert Koch-Institut (RKI) und Unterstützung durch Angehörige der Bundeswehr an der Belastungsgrenze oder darüber hinaus angekommen sind (vgl. „Überlastete Gesundheitsämter: Kontrollverlust mit Ansage“, tagesschau.de vom 19. Oktober 2020, abrufbar unter <https://www.tagesschau.de/gesundheitsaemter-kontaktnachverfolgung-101.html>).

Aus Sicht der fragestellenden Fraktion bergen digitale Anwendungen ein hohes Potenzial, einen erheblichen Beitrag zur weiteren Unterstützung des Personals in den Gesundheitsämtern zu leisten, denn noch immer müssen viele Tätigkeiten bei der Verfolgung von Kontakten händisch ausgeführt werden. Die manuelle Meldung von Infektionszahlen oder die Kontaktnachverfolgung über Kreis- und Stadtgrenzen hinaus ist nicht nur langsam, sondern auch fehleranfällig.

Vor diesem Hintergrund und seit nunmehr mehreren Monaten anhaltenden Diskussionen über die lange nicht gegebene Anbindung eines relevanten Teils der Gesundheitsämter und Labore an digitale Strukturen und Übermittlungs-

systeme ist es nach Ansicht der fragestellenden Fraktion ein zentrales Versäumnis, dass diese Probleme nicht abgestellt und den Gesundheitsämtern nicht schon viel früher entsprechende digitale Anwendungen im Zusammenspiel von Länder- und Bundesebene zur Verfügung gestellt wurden. Erst am 16. November 2020 beschlossen Bund und Länder, den flächendeckenden Einsatz bestimmter Software-Tools zur Eindämmung der Corona-Pandemie voranzutreiben.

Das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) muss erst seit dem 1. Januar 2021 verpflichtend genutzt werden. Das Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System eXchange (SORMAS-X), das – im Gegensatz zu bislang eingesetzten Systemen, wie z. B. SORMAS Local (SORMAS-L) – eine landkreisübergreifende Nachverfolgung von Kontaktketten ermöglicht, befindet sich noch immer in der Testphase. Neben der nach Ansicht der fragestellenden Fraktion viel zu späten Bereitstellung dieser Systeme stellt sich zudem die Frage, warum nicht bereits im Sommer 2020, als die Infektionszahlen deutlich geringer waren, alle Gesundheitsämter mit den entsprechenden Anwendungen ausgestattet wurden. Die Installation der Anwendungen wäre den Gesundheitsämtern in einer Zeit mit geringeren Infektionszahlen deutlich einfacher gefallen als in der jetzigen Phase der Überlastung.

Auch die Corona-Warn-App (CWA) als weiteres Instrument der Infektionskettenunterbrechung kann ihr Potenzial nach Ansicht der fragestellenden Fraktion noch immer nicht ausschöpfen. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die App nur sehr sporadisch weiterentwickelt wird und die Evaluierung der CWA intransparent erfolgt. Darüber hinaus erfolgt die Umsetzung neuer Funktionen unsystematisch und nicht schnell genug. Von Expertinnen und Experten wiederholt geforderte und technisch leicht zu implementierende Kontakttagebücher und zusätzliche Informationen über bestehende Regeln wurden nur mit monatelanger Verspätung umgesetzt.

Statt konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung aufzugreifen, hat es die Bundesregierung verpasst, die App entschlossen weiterzuentwickeln. Durch ihre fehlende Attraktivität konnten die Nutzerzahlen in den vergangenen Monaten nicht signifikant gesteigert werden. Schlecht kommunizierte Umstellungen des Warnsystems der App führten dazu, dass das Vertrauen in die Funktionalität der App sank. Zudem versäumt es die Bundesregierung nach Ansicht der Fragestellenden kontinuierlich, deutlich zu machen, dass der Datenschutz im Rahmen einer verbesserten Kontaktnachverfolgung kein Hindernis darstellt.

Obwohl eine App-Erweiterung zur Erfassung von Zusammenkünften mehrerer Personen („Cluster“), die ebenfalls seit vielen Monaten von zahlreichen Expertinnen und Experten gefordert wird, datenschutzrechtlich einwandfrei und technisch leicht umzusetzen wäre und entsprechende Konzepte längst vorliegen (beispielsweise <https://github.com/CrowdNotifier/documents>, <https://www.zeit.de/digital/2020-08/corona-warn-app-coronavirus-eindaemmung-karl-la-uterbach-henning-tillmann>, <https://luca-app.de>), gibt es eine solche Funktion bis heute nicht. Erst durch erheblichen Druck auch der Länder ist es gelungen, die Bundesregierung dazu zu bewegen, sich mit der Einführung dieser Neuerung zu beschäftigen. Derzeit „prüft“ sie die Implementierung. Ein Strategiewechsel weg von der Einzelfallnachverfolgung hin zur Clustererkennung bleibt nach Ansicht der fragestellenden Fraktion dringend nötig.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Verantwortung für die Ausstattung der Gesundheitsämter und damit die Entscheidung über den Einsatz digitaler Hilfsmittel obliegt den Ländern und den Gesundheitsämtern selbst. Die Bundesregierung kann in diesem Zusammenhang nur unterstützend agieren.

Die Bundesregierung hat bereits frühzeitig prozesserleichternde Anwendungen entwickelt und den Gesundheitsämtern zur Nutzung zur Verfügung gestellt.

Der Bund hat den Ländern im Jahr 2020 zudem insgesamt 50 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, um die Digitalisierung der Gesundheitsämter kurzfristig zu stärken. Diese Mittel dienen beispielweise der Anschaffung bzw. Aktualisierung von Software, Neuanschaffung von Video- und Kommunikationsgeräten oder dem Aufbau und der Verbesserung weiterer technischer Ausstattung sowie der digitalen Vernetzung der Gesundheitsämter.

Das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) wurde Mitte Juni 2020 in Betrieb genommen. Zunächst wurden die Gesundheitsämter angebunden. Nachdem ausreichend Gesundheitsämter empfangsbereit waren, wurde die Anbindung der Labore vorangebracht.

Die Corona-Warn-App (CWA) wird stetig und unter Berücksichtigung der Vorschläge aus Politik, Wissenschaft und Open-Source-Community weiterentwickelt. Bei der Umsetzung berücksichtigen wir den epidemiologischen Nutzen und stellen sicher, dass die Corona-Warn-App auch zukünftig dem Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger gerecht wird.

1. Wie viele verschiedene und welche digitalen Systeme werden nach Kenntnis der Bundesregierung von den Gesundheitsämtern aktuell zur Kontaktnachverfolgung eingesetzt?

Es sind verschiedene Anwendungen bekannt, die zum Zweck der Kontaktnachverfolgung eingesetzt werden. Hierzu wird auf die Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Dr. Thomas Gebhart vom 11. Dezember 2020 auf die Schriftliche Frage Nr. 157 des Abgeordneten Manuel Höferlin (FDP) in der Woche vom 14. Dezember 2020 (BT-Drs. 19/25435 vom 18. Dezember 2020) verwiesen. Zum Umfang des Einsatzes entsprechender Software-Anwendungen zum o. g. Zweck liegen keine Erkenntnisse vor. Das Robert Koch-Institut (RKI) stellt mit SurvNet@RKI eine Lösung für die Erfassung von Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) in den Gesundheitsämtern zur Verfügung, mit der grundsätzlich auch die Kontaktpersonennachverfolgung möglich ist. Des Weiteren finanziert der Bund im Rahmen des Projekts SORMAS@DEMIS bis Ende 2022 eine spezifisch für die COVID-19-Pandemie und die Gesundheitsämter weiterentwickelte Version des Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System (SORMAS).

Wenn mehrere Softwareprodukte eingesetzt werden, sind Schnittstellen zwischen den verschiedenen Softwarelösungen sinnvoll, damit Mehrfacherfassungen vermieden werden. Das Projekt SORMAS@DEMIS beispielsweise beinhaltet die Entwicklung von Schnittstellen zu den Systemen DEMIS, SurvNet@RKI sowie weiteren Softwareanwendungen.

2. Wie viele der in Frage 1 erfragten Anwendungen sind untereinander interoperabel, beispielsweise für den Austausch von Kontaktpersonendaten über Kreis- oder Stadtgrenzen hinaus?

Nach Kenntnis der Bundesregierung besteht zwischen den unter Frage 1 beschriebenen Anwendungen bislang nicht die Möglichkeit des interoperablen Austausches von Kontaktpersonendaten über Kreis- oder Stadtgrenzen hinweg. Denkbar ist hier lediglich die Nutzung von Import/Export-Funktionalitäten, z. B. mittel Sogenanntem CSV-Export. Eine solche Funktionalität wird mit SORMAS X geschaffen.

- Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Gesundheitsämter, die bei der Kontaktnachverfolgung nach wie vor ohne spezialisierte Software (also beispielsweise mit Microsoft-Excel) oder händisch arbeiten, und wenn ja, wie viele?

Gemäß einer gemeinsamen Umfrage des Deutschen Städtetags und des Deutschen Landkreistags vom Sommer 2020 (https://www.landkreistag.de/images/stories/themen/egovernment/2009_DLT_Umfrage_digitale_Ausstattung_Gesundheits%C3%A4mter.pdf) nutzte zu diesem Zeitpunkt ein erheblicher Anteil der Gesundheitsämter zum Kontaktpersonenmanagement Microsoft Excel. Aktuelle Erhebungen liegen der Bundesregierung nicht vor.

- Wie viele Gesundheitsämter sind nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell an SORMAS-L angeschlossen?
- Wie viele Gesundheitsämter sind nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell an SORMAS-X angeschlossen?
- Wie viele Gesundheitsämter wurden nach Kenntnis der Bundesregierung 2020 an SORMAS-X angeschlossen (bitte jeweils pro Kalenderwoche angeben)?

Die Fragen 4, 5 und 7 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zum Stand 31. Dezember 2020 war SORMAS (L) in 109 Gesundheitsämtern betriebsbereit bzw. in Betrieb. Nach Angaben des Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI) wird SORMAS-X mit den Schnittstellen zu SurvNet und DEMIS im Echtbetrieb im ersten Gesundheitsamt seit 8. Februar 2021 genutzt. Ein weiteres Gesundheitsamt folgte am 20. Februar 2021. Bei SORMAS X handelt es sich rein technisch um SORMAS L zuzüglich freigeschalteter Schnittstellen. Zum Stand 5. März 2021 war SORMAS in 290 Gesundheitsämtern betriebsbereit bzw. in Betrieb.

- Wie viele Gesundheitsämter wurden nach Kenntnis der Bundesregierung 2020 an SORMAS-L angeschlossen (bitte jeweils pro Kalenderwoche angeben)?

Die Informationen können folgender Tabelle entnommen werden:

Bundesland	12	13	14	15	16	18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	Summe		
Baden-Württemberg									2			2	1	1	2		1				1				1												2			14	
Bayern							1												1			1		1											1	2	5	7		18	
Berlin				1	1	2		1		1	1	1		2							1																	1		12	
Brandenburg													1																					2	1	1	2			7	
Bremen									1																															1	
Hessen			1							1																							2	2	1				7		
Mecklenburg-Vorpommern			1											1																			1	1		1			5		
Niedersachsen	2	1	1			2	1		1			1	1												1	1		1	1										14		
Nordrhein-Westfalen					1	1													1	1				1	2					1	2					1		1	12		
Rheinland-Pfalz																																						1		1	
Sachsen-Anhalt																												1				1	1	2						5	
Schleswig-Holstein																													1	2	1		1			2	1		1	2	
Thüringen									1								1	1															1	2	1		2	1		1	11
Summe	2	3	1	1	2	5	2	1	5	2	1	4	3	4	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	7	6	4	8	6	9	8	1	109	

Quelle: Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI)

8. Wie viele Gesundheitsämter wurden nach Kenntnis der Bundesregierung 2020 an DEMIS angeschlossen (bitte jeweils pro Kalenderwoche angeben)?
9. Wie viele Labore wurden nach Kenntnis der Bundesregierung 2020 an DEMIS angeschlossen (bitte jeweils pro Kalenderwoche angeben)?

Die Fragen 8 und 9 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Jahr 2020 wurden sukzessive alle Gesundheitsämter (375) an DEMIS angebunden. Bis Ende 2020 haben 210 Labore DEMIS aktiv für das Absetzen von SARS-CoV-2-Meldungen genutzt. Zudem wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

Die Nutzung von DEMIS für das Absetzen bzw. Empfangen von SARS-CoV-2-Meldungen ist seit dem 1. Januar 2021 verpflichtend für alle Labore und Gesundheitsämter.

Datum	Anzahl angebundene Gesundheitsämter	Anzahl aktiv meldende Labore
25.06.2020	8	
01.07.2020	39	1
08.07.2020	56	2
15.07.2020	116	2
22.07.2020	117	2
29.07.2020	149	10
05.08.2020	187	12
12.08.2020	202	13
19.08.2020	211	14
26.08.2020	220	14
02.09.2020	248	16
09.09.2020	273	18
16.09.2020	291	19
23.09.2020	299	31
30.09.2020	306	36
07.10.2020	313	39
14.10.2020	334	41
21.10.2020	337	49
28.10.2020	337	53
04.11.2020	341	57
11.11.2020	347	65
18.11.2020	354	78
25.11.2020	358	87
02.12.2020	362	98
09.12.2020	363	114
16.12.2020	372	135
23.12.2020	374	175
30.12.2020	375	210

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

10. Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung treffen, damit SORMAS-X, wie bei der Ministerpräsidentenkonferenz am 19. Januar 2021 beschlossen, möglichst flächendeckend in den Gesundheitsämtern eingesetzt wird?

Die Verantwortung für die Ausstattung der Gesundheitsämter und damit die Entscheidung über die Auswahl und Verwendung digitaler Hilfsmittel obliegt den Ländern und den Gesundheitsämtern selbst. Die Bundesregierung kann in diesem Zusammenhang nur unterstützend agieren.

Die Einführung neuer Softwareanwendungen wie SORMAS in das bestehende Meldewesen ist komplex, da etwa neben der Einrichtung der entsprechenden Nutzerinnen und Nutzer, auch Schulungen und prozessuale Anpassungen vor Ort durchgeführt werden müssen. Dies gilt umso mehr im Bereich des Infektionsschutzes, da eine durchgehend hohe Qualität über die gesamte Meldekette hinweg sicherzustellen ist. Um den Umstieg in der aktuellen Situation zu erleichtern, erhalten die Gesundheitsämter im Rahmen des durch die Bundesregierung geförderten Vorhabens SORMAS@DEMIS umfangreiche Informationsmaterialien (Handbücher, Online-Videos, Podcasts) sowie die Möglichkeit zur Durchführung individueller Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Darüber hinaus wurden Hotlines für den technischen Betrieb und Support sowie zur Schulung und Nutzung von SORMAS eingerichtet. Der bundesweite Rollout wird hierbei federführend durch das Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung und die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen sowie deren Partner sichergestellt.

11. Wann, und aus welchen Erwägungen traf die Bundesregierung die Entscheidung, SORMAS für die Kontaktnachverfolgung in der Corona-Pandemie zu empfehlen?

Wann traf die Bundesregierung die Entscheidung, die Weiterentwicklung der Software entsprechend zu fördern?

Die Entwicklung von SORMAS wird von der Bundesregierung bereits seit dem 1. November 2014 unterstützt. Ein vollständiges, vernetztes und gleichzeitig effizientes digitales Pandemiemanagement in allen Gesundheitsämtern Deutschlands und den damit einhergehenden Datenaustausch zu ermöglichen, ist weiterhin das zugrundeliegende Ziel. Nach Einschätzung der Bundesregierung erfüllt SORMAS die hierzu notwendigen Anforderungen, hat sich im Management von Epidemien als effizientes und erweiterbares Werkzeug bewährt und wird zudem kontinuierlich weiterentwickelt. Die Entscheidung für eine flächendeckende Bereitstellung von SORMAS wurde im Rahmen der Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 16. November 2020 von Bund und Ländern gemeinsam getroffen.

12. Hat die Bundesregierung zur Entwicklung oder zum Roll-out von SORMAS externe Beratung in Anspruch genommen?

Wenn ja, durch wen, mit welchem Ziel, und welche Kosten sind dabei ggf. angefallen?

Die Bundesregierung unterstützt das Vorhaben im Rahmen einer Zuwendung. Entwicklung und Rollout liegen in der Verantwortung des Helmholtz Zentrums für Infektionsforschung (HZI).

13. Wann hat die Bundesregierung zum ersten Mal von der Möglichkeit erfahren, dass SORMAS für einen Einsatz in der Corona-Pandemie in Deutschland weiterentwickelt werden könnte?

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im März 2020 damit begonnen, die Nutzungsmöglichkeiten von SORMAS zu prüfen und die Integration in die bestehenden und funktionierenden Meldesysteme bzw. in die existierende Softwarelandschaft der Gesundheitsämter zu planen. Hieraus wurde das Forschungsvorhaben SORMAS@DEMIS entwickelt, dessen offizieller Start am 1. Juli 2020 erfolgte.

14. Auf welche SORMAS-Version bezieht sich der Ministerpräsidentenkonferenz-Beschluss vom 16. November 2020, dass bis Ende 2020 ca. 90 Prozent der Gesundheitsämter an SORMAS angeschlossen sein sollen?

Der in der Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 16. November 2020 gefasste Beschluss weist keinen konkreten Versionsbezug auf.

15. Welcher Starttermin für SORMAS-X war der Bundesregierung am 16. November 2020 bekannt?

Zum dem genannten Zeitpunkt ging die Bundesregierung davon aus, dass SORMAS X im Dezember 2020 in Pilotgesundheitsämtern getestet wird.

16. Welche Vorteile bietet SORMAS-L aus Sicht der Bundesregierung gegenüber der bislang in Gesundheitsämtern eingesetzten Software zur Kontaktnachverfolgung?

SORMAS-L weist nach Ansicht der Bundesregierung verschiedene Vorteile auf: So bietet SORMAS-L umfassende Funktionalitäten und ein damit einhergehendes Prozessmanagement zur Kontaktpersonennachverfolgung. Es beinhaltet einen differenzierten Labordiagnostik-Prozess, der es erleichtert für einen Fall unterschiedliche Labornachweise zu erfassen und separat zu dokumentieren. In SORMAS-L können nicht nur Ausbrüche und Häufungen sondern auch personenspezifische Infektionsketten und Infektionsnetzwerke erhoben und visualisiert werden.

Das integrierte Aufgabenmanagement erlaubt, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich untereinander Aufgaben zuzuweisen oder sich eigene Aufgaben anzulegen, inklusive Fristen und Dokumentation der Aufgabenerfüllung.

SORMAS-L ermöglicht einen Zugriff von überall, etwa auch aus dem Home-Office, und kann darüber hinaus als mobile App verwendet werden, wenn beispielsweise ein Ausbruch direkt vor Ort untersucht und im System dokumentiert werden soll. Die Dashboards für Fälle und Kontakte bieten eine grafische Auswertung der jeweils eingestellten Zeiträume und werden in Echtzeit aktualisiert. Mit Hilfe des Statistik-Menüs in SORMAS können individuelle differenzierte Analysen über das Dashboard hinaus vorgenommen werden. In SORMAS-L können auch Geschehen (Ereignisse) über Fälle, Kontakte und Ausbrüche hinaus umfassend dargestellt werden. Es erlaubt die Erfassung, Bearbeitung und Auswertung von Screenings.

SORMAS ist zudem eine quelloffene Software, steht ohne Lizenzgebühren zur Verfügung und kann modular weiterentwickelt werden.

17. Warum wurde bei der Entwicklung von SORMAS nicht auf das in SORMAS-X integrierte Symptomtagebuch gesetzt, sondern eine externe Anwendung der Climedo Health GmbH in das Programm integriert?

Das digitale Symptom-Tagebuch der Climedo Health GmbH stand als in Gesundheitsämtern erprobte und bewährte Standalone-Software bereits frühzeitig zur Verfügung. Entsprechende Erfahrungen liegen für das integrierte Symptom-Tagebuch nicht vor. Zudem verfügt das Climedo Symptom-Tagebuch über die Möglichkeit der Ansprache mittels SMS, welche von den Gesundheitsämtern sehr stark genutzt wird und die das native Symptom-Tagebuch nicht bietet.

18. Wann wurde der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in die Entwicklung von SORMAS-X einbezogen?
19. Aus welchen Gründen verzögert sich die datenschutzrechtliche Freigabe von SORMAS-X, wie im Gesundheitsministerkonferenz-Umsetzungsbericht vom 15. Januar 2021 mehrfach bemängelt wird?
20. Wann wurde der Bundesregierung bekannt, dass sich die datenschutzrechtliche Freigabe von SORMAS-X verzögert, und welche Maßnahmen hat die Bundesregierung getroffen, um diesen Prozess zu beschleunigen?

Die Fragen 18 bis 20 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das SORMAS@DEMIS Konsortium steht seit Mitte August mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) im kontinuierlichen Austausch. Im Rahmen der Projektlaufzeit wurden die entsprechenden Datenschutzdokumente gemeinsam mit der technischen Konzeption weiterentwickelt. Aufgrund der Komplexität der heterogenen Softwarelandschaft waren hier jedoch Anpassungen notwendig. Mit Schreiben vom 15. Dezember 2020 regte der BfDI die Behebung einzelner Mängel in der Datenschutzdokumentation als Voraussetzung für eine datenschutzrechtliche Einschätzung an. Auf Basis dieser Rückmeldung erfolgte am 24. Dezember 2020 eine Überarbeitung und erneute Einreichung, auf dessen Grundlage der BfDI und die Datenschutzaufsichtsbehörden verschiedener Länder nach Prüfung des vorgelegten Datenschutzkonzepts einem vorläufigen Betrieb zugestimmt haben. Im Hinblick auf den Datenschutz steht einer Inbetriebnahme von SORMAS-X in den Gesundheitsämtern demnach nichts entgegen.

21. Plant die Bundesregierung, Gesundheitsämter angesichts der bereits jetzt hohen Arbeitsbelastung bei der Installation von SORMAS-X zu unterstützen, und wenn ja, in welcher Form, und wenn nein, wieso nicht?

Es wird auf die Antwort auf Frage 10 verwiesen.

22. Was hat die Entwicklung von SORMAS-L und SORMAS-X jeweils bislang nach Kenntnis der Bundesregierung gekostet?
23. Hat sich die Bundesregierung an den Entwicklungskosten von SORMAS-L und SORMAS-X beteiligt, und wenn ja, zu welchem Anteil, und wenn nein, wieso nicht?

Die Fragen 22 und 23 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung beteiligt sich im Rahmen des Fördervorhabens SORMAS@DEMIS an der Weiterentwicklung von SORMAS. Das Konzept zu SORMAS X wurde im Kontext dieses Vorhabens entwickelt. Bis zum 9. Februar 2021 wurden rund 3 Mio. EURO an Fördermitteln hierfür abgerufen.

24. Wie lange hat die Weiterentwicklung der ursprünglichen, 2014 für die Ebola-Epidemie entwickelten, Version von SORMAS zu SORMAS-L und SORMAS-X gedauert?
25. Welche Projektschritte lagen der Weiterentwicklung von der ursprünglichen SORMAS-Version zu SORMAS-X zugrunde, und wann wurden diese jeweils abgeschlossen?

Die Fragen 24 und 25 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bereits seit März 2020 ist eine deutsche Version von SORMAS-L für COVID-19 in einer zunehmenden Anzahl der Gesundheitsämter produktiv im Einsatz.

SORMAS ist seit dem Jahr 2016 als open source software in ständiger Weiterentwicklung und neue Funktionen werden laufend ergänzt. Seit Februar 2020 konzentrieren sich Weiterentwicklungen auf COVID-19-spezifische Anforderungen sowie auf Anforderungen, wie sie in Deutschland, Frankreich und der Schweiz durch die speziellen föderalen und anderen industriellandspezifischen Rahmenbedingungen vorliegen. Um einen Datenaustausch zwischen SORMAS und den bestehenden IfSG-Anwendungen der Gesundheitsämter zu gewährleisten und um perspektivisch einen Datenaustausch zwischen Gesundheitsämtern zu vereinfachen, hat das Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI) das Konzept von SORMAS-X entwickelt. SORMAS-X ermöglicht die Vorteile einer zentralen Version unter vollständiger Beibehaltung der kommunalen Autonomie und der föderal-subsiidiären Strukturen, sowie dem IfSG und der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

SORMAS wird im Rahmen agiler Softwareentwicklung mit 3-wöchigen Entwicklungszyklen (sog. sprints) entwickelt. Die Schnittstellen zu den Anwendungen SurvNet und Climedo wurden vom Entwicklungsteam am 12. Oktober 2020 im Rahmen einer Präsentation im sogenannten Nutzer:innen-Komitee vorgestellt. Die Schnittstelle zu DEMIS wurden vom Entwicklungsteam am 8. Dezember 2020 im Rahmen einer Präsentation im Nutzer:innen-Komitee vorgestellt.

Für die Pilotierung von SORMAS mit den Schnittstellen zu SurvNet und DEMIS wurden fünf Gesundheitsämter ausgewählt. Die Pilotierung startete mit einem ersten Pilotierungsmeeting am 16. November 2020.

Die Produktivsetzung des ersten Pilotgesundheitsamtes mit den Schnittstellen zu DEMIS und SurvNet erfolgte am 8. Februar 2021. Weitere wesentliche Meilensteine im Projekt sind die Verfügbarkeit der Hotline sowie das Angebot von Schulungen seit Projektbeginn am 1. Juli 2020.

26. Aus welchen Mitteln wird sich die Weiterentwicklung und Instandhaltung von SORMAS-L und SORMAS-X tragen, wenn die Förderung durch die Bundesregierung Ende 2022 ausläuft?

Die Verantwortung für die Ausstattung der Gesundheitsämter obliegt den Ländern und Gesundheitsämtern. Im Rahmen des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), der die verbesserte Resilienz des ÖGD anstrebt, wer-

den vom Bund insgesamt 800 Mio. Euro für Digitalisierungsmaßnahmen in Gesundheitsämtern bis zum Jahr 2026 zur Verfügung gestellt, sodass die Weiterentwicklung und Instandhaltung grundsätzlich abgesichert ist.

27. Steht oder stand die Bundesregierung im Austausch mit anderen Ländern, um mögliche Best-Practices bei der behördlichen digitalen Kontaktnachverfolgung zu evaluieren?

Wenn ja, mit welchen Ländern stand die Bundesregierung in Kontakt, und was ist das Ergebnis dieses Austauschs?

Wenn nein, wieso nicht?

Im Rahmen diverser etablierter Netzwerke stehen die Bundesregierung und die nachgeordneten Behörden im engen Austausch mit anderen Staaten. Dazu zählen insbesondere die europäischen Netzwerke, die von der europäischen Seuchenkontrollbehörde (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC) koordiniert werden. Hierbei werden auch Erfahrungen und Wissen zur analogen und digitalen Kontaktnachverfolgung ausgetauscht. In den verschiedenen Ländern sind die zuständigen Behörden unterschiedlich aufgestellt und die Surveillancesysteme unterschiedlich organisiert. Insoweit können die Erfahrungen anderer Ländern nicht ohne Weiteres übertragen werden.

Hinsichtlich der anfänglichen Ausgestaltung und später der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Verbesserung der CWA stand und steht das epidemiologische Team des RKI in langfristigem bilateralen Austausch mit der Schweiz, den Niederlanden, Belgien, Irland, dem UK und den USA. Dabei ging es insbesondere um gegenseitige Beratung und Arbeitsteilung bei BLE-basierten Entfernungsmessungen, ihrer Auswertung und Interpretation (CH, NL), um Abstimmung bei der Festlegung der Konfigurationsparameter und des Risikoberechnungsverfahrens (UK, US), um ein besseres Verständnis des Google/Apple Exposure Notification Frameworks (GAENF), insbesondere bei der Migration zur weiterentwickelten Version 2 (IE, BE), um die Definition von Kennzahlen (Key Performance Indicator - KPIs) für Reporting, Monitoring und die Evaluation (CH, UK), um Konzepte einer datenschutzkonformen Ereignisregistrierung und Clustererkennung ("CrowdNotifier", CH), um datenschutzkonforme dezentrale Metadatenbewertung der Endgeräte (Privacy Preserving Analytics, US) und um den Umgang mit Kommunikationsherausforderungen. Außerdem gab es regelmäßige Treffen im Kreis mehrerer europäischer Länder, auch unter Einbeziehung von ECDC- und WHO-Vertretern, zu epidemiologischen Fragestellungen des digitalen Proximity-Tracings und, unter Einbeziehung von EU-Vertretern, zur Interoperabilität der nationalen Apps, wozu unter anderem der European Federal Gateway Server (EFSG) konzipiert und später verwirklicht wurde. Daneben gab es eine Reihe internationaler Workshops und Online-Veröffentlichungen.

28. Wie viele Bundeswehrsoldatinnen und Bundeswehrsoldaten sind nach Kenntnis der Bundesregierung

Mit Stand 5. März 2021 sind

- a) insgesamt und

16 493 Soldatinnen und Soldaten insgesamt und

- b) für die Kontaktnachverfolgung in Gesundheitsämtern derzeit eingesetzt?

3 580 Soldatinnen und Soldaten zur Kontaktnachverfolgung in den Gesundheitsämtern eingesetzt.

29. In welchem Stadium befindet sich der Roll-out des KI-gestützten Telefonassistenten CovBot (https://iph.charite.de/metast/meldung/artikel/detail/studie_ueber_ki_gestuetzten_coronavirus_hotline_assistenten_fuer_gesundheitsaemter_vorgestellt/)?
30. Wann soll der CovBot zum flächendeckenden Einsatz bereitstehen?

Die Fragen 29 und 30 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Projekt CovBot wurde bis Ende 2021 verlängert. In diesem Rahmen erfolgt die Erprobung des Ansatzes in weiteren interessierten Gesundheitsämtern sowie die Weiterentwicklung der Anwendung insbesondere hinsichtlich Möglichkeiten zur Standardisierung der Bereitstellung und der Prozessintegration in Gesundheitsämtern sowie der Untersuchung von Wirksamkeit und Akzeptanz.

Bei Interesse kann die Software auch unabhängig von Forschungsvorhaben, die das Bundesministerium für Gesundheit finanziert, in der aktuellen Version über den Hersteller bezogen werden.

31. Wird die Nutzung der Corona-Warn-App und der Weiterentwicklungsbedarf ihrer Funktionen durch Begleitforschung evaluiert?
- Wenn ja, in welcher zeitlichen Abfolge, und wie fließen die Ergebnisse in die Weiterentwicklung der CWA ein?
- Wenn nein, wieso nicht?

Die CWA wird laufend evaluiert und dementsprechend weiterentwickelt. Durch das RKI ist eine Evaluation der Wirksamkeit der CWA vorgesehen. Zur Festlegung des Wirksamkeitsnachweises befindet sich das RKI derzeit in der Abstimmung mit epidemiologischen Fachgesellschaften, um darauf aufbauend ein Gesamtkonzept fertigzustellen. Mit dem aktuellen Release 1.13.2 wurde ein Link zu einer Nutzerbefragung sowie die Möglichkeit einer Datenspende in die App integriert, um auf Basis dieser zusätzlichen Informationen weitere Erkenntnisse zur Evaluation und Weiterentwicklung der CWA zu gewinnen.

32. Welches Gremium entscheidet über die Weiterentwicklung der Corona-Warn-App?

Das RKI als Herausgeber und das Bundesministerium für Gesundheit prüfen gemeinsam mit der Deutschen Telekom und SAP fortlaufend mögliche Weiterentwicklungsvorschläge. Beteiligt sind außerdem das Bundeskanzleramt und das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat.

33. Welche Updates sind als nächstes für die CWA geplant?

Mit zukünftigen Updates im Frühling 2021 sollen weitere Funktionalitäten umgesetzt werden, vor allem:

- die freiwillige Datenspende,
- die Weiterentwicklung des Kontakttagebuches,
- weitere Präzisierungen der Risikoberechnung,
- die Anbindung der Schweizer Tracing-App (SwissCovid) und
- eine Event-Registrierung (Erfassung von Infektionsclustern).

34. Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen sich im Robert Koch-Institut mit der Corona-Warn-App (bitte in Vollzeitäquivalenten angeben)?

35. Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen sich in der Bundesregierung mit der Corona-Warn-App (bitte in Vollzeitäquivalenten angeben)?

Die Fragen 34 und 35 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In der Bundesregierung sind verschiedene Ressorts, insbesondere das Bundeskanzleramt, das Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat, das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, und deren nachgeordnete Behörden an der Ausgestaltung der Corona-Warn-App beteiligt. Die Anzahl der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist variabel und abhängig von dem Verlauf der Entwicklungsphasen.

36. Welche Gründe sprechen aus Sicht der Bundesregierung dagegen, bestehende Konzepte der Cluster-Erkennung (beispielsweise <https://github.com/CrowdNotifier/documents>, <https://www.zeit.de/digital/2020-08/corona-warn-app-coronavirus-eindaemmung-karl-lauterbach-henning-tillmann>, <https://luca-app.de/>) in die Corona-Warn-App zu implementieren?

37. Wie wird die Implementierung einer manuellen Erfassung von Zusammenkünften mehrerer Personen und einer Cluster-Erkennung durch die Corona-Warn-App von der Bundesregierung konkret geprüft, und bis wann soll ein Ergebnis dieser Prüfung vorliegen?

38. Wann wird die Bundesregierung entscheiden, ob eine Funktion zur Cluster-Erkennung in die App integriert wird, und wie lange wird die Implementierung voraussichtlich in etwa dauern?

39. Ist es zutreffend, dass Telekom und SAP der Bundesregierung die Implementierung einer Funktion zur Cluster-Erkennung frühzeitig angeboten haben, und falls ja, wann zum ersten Mal?

Die Fragen 36 bis 39 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das bessere Erfassen von Infektionsclustern wird durch die zusätzliche Funktionalität der Eventregistrierung für die CWA bereits entwickelt. Vorbehaltlich des Ergebnisses der Prüfung des BfDI ist der Release in den kommenden Wochen geplant.

40. Welche digitalen Anwendungen zur Cluster-Erkennung bzw. Cluster-Nachverfolgung sind der Bundesregierung bekannt, und hat die Bundesregierung geprüft, inwieweit diese in die App integrierbar wären?

Grundsätzlich kann die Erkennung von Infektionsclustern auf verschiedenen methodischen und technologischen Ansätzen basieren. Damit verbunden werden häufig sogenannte Self-Check-Dienste für gastronomische Betriebe und Veranstaltungen (z. B. eGuest, Luca, Darfichrein), die der Kontaktdatenerfassung durch Veranstalter und der Unterstützung der Arbeit der Gesundheitsämter dienen. Eine vollständige Marktübersicht zu solchen Lösungen gibt es nicht. Das Bundesministerium für Gesundheit steht im Austausch mit verschiedenen Herstellern digitaler Lösungen für die Kontaktdatenerfassung. Diese haben in der Regel allerdings andere Zielstellungen und Funktionsweisen als die CWA, weshalb sie sich auch hinsichtlich des Umgangs mit personenbezogenen Daten von der CWA grundsätzlich unterscheiden.

41. Ist von Seiten der Bundesregierung vorgesehen, die CWA oder andere Apps (z. B. NINA) um Funktionen zu erweitern, die den Nutzerinnen und Nutzern ermöglichen,
- freiwillig via App bei Bedarf eine Bitte um Rückruf an das örtliche Gesundheitsamt zu senden, und wenn ja, wann, und wenn nein, warum nicht?
 - freiwillig im Falle eines durch die Corona-Warn-App angezeigten Risikokontakts einen Termin für einen Schnell- oder PCR-Test beim örtlichen Gesundheitsamt bzw. einer Teststelle via App zu vereinbaren, und wenn ja, wann, und wenn nein, warum nicht?

Für die CWA sowie die Warn-App NINA des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) ist eine Erweiterung im Sinne der Fragestellung aktuell nicht geplant. Angelegenheiten, die örtliche Gesundheitsbehörden betreffen, fallen in die Zuständigkeit der Länder.

42. Plant die Bundesregierung eine Erweiterung der CWA oder einer anderen App (z. B. NINA), um Funktionen, die es Nutzerinnen und Nutzern erlauben würden, freiwillig Termine für die Impfung gegen COVID-19 per App zu vereinbaren und/oder sich mit der App darüber zu informieren, ob kurzfristig Impftermine in einem Impfzentrum verfügbar geworden sind?

Die Warn-App NINA des BBK enthält bereits im Corona-Bereich für die jeweilig von den Bürgerinnen und Bürgern gewählten Orte in der Rubrik „Impf-Informationen“ Angaben zur jeweiligen Bürger-Hotline sowie eine Verlinkung zu den Impf-Informationen-Webseiten des jeweiligen Landes. Eine Erweiterung im Sinne der Fragestellung ist aktuell nicht geplant.

Die Vergabe von Impfterminen erfolgt durch die Länder.

43. Bereut es die Bundesregierung aus heutiger Perspektive, sich nicht früher mit der Frage der Implementierung digitaler Anwendungen zur Cluster-Erkennung bzw. Cluster-Nachverfolgung beschäftigt zu haben?

Es wird auf die Antworten auf die Fragen 36 bis 39 verwiesen.

44. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass die CWA mit ihren derzeitigen Nutzungszahlen ihre Möglichkeiten ausschöpft und einen wichtigen Baustein für die Bekämpfung des Coronavirus darstellt, oder ist die Bundesregierung ggf. anderer Ansicht, und falls ja, welcher?

Die CWA ist aus Sicht der Bundesregierung ein großer Erfolg, was auch durch die Zahlen zur CWA verdeutlicht wird: So wurde die CWA bereits knapp 26 Mio. Mal heruntergeladen, es wurden über die CWA bereits mehr als 9,6 Mio. (negative und positive) Testergebnisse an die Nutzenden übermittelt, und mehr als 267 000 Nutzende haben ihr positives Testergebnis geteilt und damit ihre Kontaktpersonen über die CWA warnen können [Stand 3. März 2021]. Zudem beschleunigt die CWA die Bereitstellung der Testergebnisse: fast 65 Prozent der Nutzenden erhalten ihr Testergebnis innerhalb von 24 Stunden, fast 100 Prozent nach 48 Stunden. Diese Zahlen verdeutlichen die auch im internationalen Vergleich hohe Akzeptanz der CWA und deren voranschreitende Integration in Versorgung und Testgeschehen.

Die Bundesregierung wirbt bei den Bürgerinnen und Bürgern aktuell auch angesichts der neuen Gefahr durch die Verbreitung der Mutationen weiterhin für die Nutzung der CWA.

Die Bundesregierung hat in diesem Zusammenhang neueste Preprints zur epidemiologischen Auswirkung von COVID-19-Tracing-Apps (hier am Beispiel der britischen NHS-COVID-19-App) zur Kenntnis genommen, wonach jede einprozentige Zunahme der Nutzer – sofern die Tracing App eine Nutzerbasis von mindestens 15 Prozent der Bevölkerung hat (CWA: mehr als 31 Prozent) – die Anzahl der Infektionen um 0,8–2,3 Prozent verringern könnte und die Apps die Zeit zu verkürzen scheinen, die benötigt wird, um Personen zu identifizieren, die unter Quarantäne gestellt werden müssen, insbesondere für Kontakte, die nicht zusammenleben.

45. Wie möchte die Bundesregierung die Nutzungszahlen und die Meldequote der CWA signifikant erhöhen?

Mit vergangenen Updates wurde der Warnprozess vereinfacht, um den Nutzenden beim Auslösen einer Warnung Hürden zu nehmen. Dadurch hat sich die Teilungsquote von positiven Testergebnissen von ca. 35-40 Prozent bereits deutlich erhöht. Derzeit liegt die Teilungsquote durchschnittlich bei 59 Prozent. Dennoch strebt die Bundesregierung eine höhere Teilungsquote der CWA-Nutzenden an. Die Bundesregierung evaluierte verschiedene Lösungsansätze zur Steigerung des Teilungsverhaltens. Die Freiwilligkeit der CWA-Nutzung bleibt dabei jedoch zentrale Leitlinie.

46. Teilt die Bundesregierung die Ansicht der fragstellenden Fraktion, dass Vertrauen in die grundrechtskonforme Ausgestaltung der App zentral ist und Überlegungen wie die Implementierung einer GPS-Ortung zur Kontrolle des 15-km-Radius in Hotspots in höchstem Maße kontraproduktiv sind, und was unternimmt die Bundesregierung, um derartigen, unausgereiften Gedankenspielen zukünftig frühzeitig zu begegnen?

Der auf Datensparsamkeit, dezentraler pseudonymisierter Datenspeicherung und Bluetooth LE-Tracing beruhende kryptologische Ansatz bildet die technologische Grundlage der App und steht einem Geo-Tracking per GPS entgegen.

47. Teilt die Bundesregierung die Ansicht der fragestellenden Fraktion, dass es für die Akzeptanz der App und deren Funktionalität zentral ist, weitreichende Änderungen bei der Warnung von Nutzerinnen und Nutzern frühzeitig zu kommunizieren, und sieht die Bundesregierung hier Verbesserungsbedarf, und wenn ja, welchen?

Mit der Version 1.12 vom 10. Februar 2021 wurde ein Infoscreen in der CWA eingeführt, der neue App-Funktionalitäten in der App selbst bekanntgibt. Darüber hinaus werden auf der Internetseite www.coronawarn.app Informationen zu Änderungen in der App bereitgestellt. Dort wird auch erläutert, falls Änderungen einen Einfluss auf die Anzeige von Warnungen in der App haben können.

48. Wie viele aktive Nutzerinnen und Nutzer hat die App SafeVac 2.0 des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI)?

Mit Stand 12. Februar 2021 nutzen 47 702 Personen die SafeVac-App.

49. Wie werden Nutzerinnen und Nutzer auf die Möglichkeit zur Teilnahme an der Beobachtungsstudie des PEI zur Erhebung der Verträglichkeit von COVID-19-Impfstoffen aufmerksam gemacht?

In Impfzentren wurden Flyer verteilt, die auf die SafeVac 2.0-App aufmerksam machen. Ferner werden den Impfzentren in Kürze Poster zur Verfügung gestellt. Die Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts und das Bulletin zur Pharmakovigilanz geben ebenfalls Informationen und Hinweise zur SafeVac 2.0-App. Außerdem weist das Bundesministerium für Gesundheit auf seinen Social Media-Kanälen auf die SafeVac 2.0-App hin und verweist auf die Möglichkeit für Bürgerinnen und Bürger, hier die Verträglichkeit von Impfungen zu dokumentieren. Auch auf der Seite zusammengencorona.de wird mehrfach auf die SafeVac 2.0-App hingewiesen.

50. Welche Weiterentwicklungen der SafeVac-2.0-App sind derzeit geplant?

Ein Versionsupdate 2.0.2 ist seit dem 10. Februar 2021 verfügbar, das zu einer verbesserten Nutzerfreundlichkeit führt. Außerdem wurde eine Erhebung zu Startproblemen bei älteren Android-Versionen implementiert, um mögliche Probleme in diesem gezielt lösen zu können.

51. Wie hoch waren die Entwicklungskosten für die SafeVac-2.0-App?

Die Kosten für die Implementierung der App betragen 215 000 EUR. Die Kosten für die Weiterentwicklung liegen bei 206 000 EUR, was insbesondere die fortlaufende Optimierung der Sicherheitsmechanismen, die Optimierung der Usability und Nutzeranalyse, Wartung der Applikation, Hinzunahme weiterer Impfstoffe mit unterschiedlichen Meldeschemata, Qualitätssicherung und die Umsetzung weitest gehender Barrierefreiheit umfasst.

Die Kosten sind noch nicht komplett abgerechnet, da die Arbeiten noch nicht alle abgeschlossen sind.

52. Wie hoch sind die laufenden Kosten für den Betrieb der SafeVac-2.0-App?

Die sogenannten Pflegekosten, also die Kosten für Anpassungen durch Versionsupdates von Google und Apple sowie weitere Anpassungen, betragen 60 000 EUR pro Jahr.