

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Hansjörg Müller, Steffen Kotré,
Tino Chrupalla, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/20343 –**

Bulletin 17/20 des Robert-Koch-Instituts, veröffentlicht am 15. April 2020

Vorbemerkung der Fragesteller

Am 17. April 2020 wurde die Öffentlichkeit auf das oben genannte Bulletin aufmerksam durch ein Video des Youtube-Kanals „Punkt.Preradovic“ (<https://www.youtube.com/watch?v=Vy-VuSRoNPQ>). Hierin erklärt der Finanzwissenschaftler Prof. Dr. Stefan Homburg von der Leibniz Universität Hannover die Statistik über die Reproduktionszahl von Corona im Zeitraum Anfang März bis ca. 10. April 2020 von Seite 14 des Bulletins. Diese belege deutlich, dass die Reproduktionszahl ab 20. März schon auf bzw. unter 1 gesunken war. Die Lockdown-Maßnahmen wären aber erst ab 23. März angeordnet worden, der Höhepunkt der Reproduktion hätte also bereits weit vor dem Lockdown, etwa um den 10. März herum, gelegen.

Maßgebliche Parameter für die Geschwindigkeit der Verbreitung einer Krankheit sind, so weiß die Allgemeinheit mittlerweile, die Verdoppelungszeit der Infizierten, wobei allerdings bei unklarer Dunkelziffer und zeitlich zunehmender Testmenge dieser Wert verzerrt sein kann. Letzteres gilt auch für den zweiten Parameter, nämlich die Reproduktionszahl. Auch gilt nach Ansicht der Fragesteller, dass beide Parameter nichts über das Schädigungspotenzial einer Seuche bzw. Krankheit oder Epidemie aussagen. Die Gefährlichkeit einer Epidemie bzw. schon ihre Definition sollte die Gefahr, die von ihr ausgeht, beinhalten und nicht nur räumliche Verbreitungsgebiete definieren. Andernfalls wäre jede leichte Grippewelle, die verschiedene Kontinente erfasst, eine weltweite Epidemie, also Pandemie. In Summe zählt also nach Ansicht der Fragesteller allein der tatsächlich angerichtete Schaden, in diesem Fall die Beeinträchtigung der Gesundheit aller Menschen einer Volkswirtschaft kurzfristig und langfristig und die damit verbundene Sterblichkeit.

Anfang März erklärte Prof. Dr. Drosten schon in einer Pressekonferenz, dass es das Ziel sei, eine dauerhafte R-Zahl unter 1 zu erreichen, damit sich die Krankheit nicht zu schnell ausbreiten könne (https://www.focus.de/gesundheit/experten/etwas-ganz-natuerliches-zwei-von-drei-infiziert-virologe-erklaert-wann-corona-epidemie-stoppen-wuerde_id_11724183.html). Das Damoklesschwert war und ist die nach Auffassung der Fragesteller bis heute nicht belegte mögliche Überlastung des Gesundheitssystems. Um die so deklarierte Pandemie endgültig zu stoppen, müsse allerdings eine Durchseuchung von

70 Prozent der Bevölkerung erreicht sein. Einen Zeitrahmen konnte er nicht nennen, in welchem dieser Zustand erreicht wäre (s. o.).

Prof. Dr. Drosten sprach in diesem Zusammenhang von möglichen über 250.000 Toten in Deutschland. Bei nach Ansicht der Fragesteller anscheinend völliger Unkenntnis des tatsächlichen Schädigungspotenzials des Virus stellte er folgende Rechnung auf: 83 Mio. Menschen, 56 Mio. Infizierte, Todesrate: 0,5 Prozent (https://www.focus.de/gesundheit/news/pandemie-virologe-klaert-ueber-neuartiges-virus-auf-immunitaet-sterblichkeit-dauer_id_11723764.html).

Die Bundesregierung erklärte bis Anfang April den Parameter der Verdoppelungszeit der Infektionen als maßgeblichen Faktor für die Virulenz des Erregers. Gemäß Aussage der Bundeskanzlerin und des Chefs des Bundeskanzleramts, Prof. Dr. Helge Braun sollte es demnach möglich sein, ab einer Verdoppelung von 10 bis 12 oder mehr Tagen Lockerungen des Lockdowns in Erwägung zu ziehen (<https://www.tagesschau.de/inland/coronavirus-deutschland-207.html>), so erklärt auch Prof. Dr. Homburg in einem Interview mit der WELT den Ablauf des Handelns der Bundesregierung (<https://www.bing.com/videos/search?q=Interview+Prof+Humburg+Welt+Corona&view=detail&mid=C2166D41635C492A8ACFC2166D41635C492A8ACF&FORM=VIRE>).

Allerdings entwickelte sich die Verdoppelungszeit der Neuinfektionen in Deutschland rasant nach oben, so lag die Verdoppelungszeit (V-Zeit) am 18. März 2020 erst bei 2,9 Tagen, am 24. März 2020 bei 4,5 Tagen, am 31. März 2020 bei 7 Tagen, am 4. April 2020 bei 9,6 Tagen, am 7. April 2020 bei 13,1 Tagen und am 11. April 2020 schon bei 18,3 Tagen (<https://www.tagesschau.de/ausland/coronavirus-karte-verdopplungszeit-101.html>). Am 19. April 2020, am Tag des ursprünglichen Ultimatums für den Lockdown, lag diese V-Zeit bei 34,6 Tagen (ebd.). Die stetig ansteigenden Verdopplungszeiten vollzogen sich trotz gleichzeitig deutlich steigender Testzahlen, weswegen man nicht klar sagen kann, ob die Zunahme an Infizierten allein durch eine Verbreitung des Virus oder auch durch die Zunahme des Testens erfolgte. Für eine klare statistische Aussage hätte hier nach Ansicht der Fragesteller die Anzahl an Tests konstant gehalten werden müssen. Im Wesentlichen wurden statistisch Äpfel mit Birnen verglichen, und es kann davon ausgegangen werden, dass wegen der Zunahme an Tests die wahre V-Zeit eher noch höher lag.

Gemäß der Aussage von Prof. Dr. Stephan Homburg argumentierte die Bundesregierung also als Begründung für den Lockdown bis Ende März, Anfang April in der Öffentlichkeit nur mit der Verdoppelungszeit. In den ersten Tagen des April jedoch verschwand diese Zahl aus den Verlautbarungen der Bundesregierung, an deren Stelle trat die R-Zahl (Reproduktionszahl) als maßgeblicher Indikator für die Schnelligkeit der Verbreitung (<https://www.bing.com/videos/search?q=Interview+Prof+Humburg+Welt+Corona&view=detail&mid=C2166D41635C492A8ACFC2166D41635C492A8ACF&FORM=VIRE>). Spätestens in der Pressekonferenz zum Thema Corona-Schutz, gesendet in der Tagesschau, ARD am 15. April 2020 sprach Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel von einer zu vermeidenden zukünftigen R-Zahl von über 1 bei zu früher Öffnung des Lockdowns, zu einem Zeitpunkt also, also die V-Zeit schon bei über 20 Tagen lag und weiter stetig stieg (https://www.focus.de/gesundheit/pressekonferenz-aus-dem-kanzleramt-bundeskanzlerin-merkel-verkuendet-weiteres-vorgehen-in-der-corona-krise_id_11886232.html – ab Min. 39).

In den Medien kursierte Anfang April ein 17-seitiges Strategiepapier des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat (BMI), das zunächst als „VS-nur für den Dienstgebrauch“ gekennzeichnet war, nunmehr aber vom BMI veröffentlicht worden ist (siehe https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2020/corona/szenarienpapier-covid-19.pdf?__blob=publicationFile&v=4), und das düstere Infektionsszenarien zeichnete, wovon aber bis heute keine Bestätigung der angenommenen epidemischen Parameter belegt werden konnte (<https://www.zdf.de/nachrichten/politik/f21-corona-a-dokument-innenministerium-100.html>).

Besonders bedenklich ist nach Ansicht der Fragesteller, dass nur die exogenen Variablen, also die Handlungen der Politik, in den Szenarien variiert wurden. Die drei dort durchgespielten Szenarien haben, wie von Prof. Dr. Drosten angenommen, ebenfalls die Prämissen hoher Durchseuchungsgrad der Bevölkerung (bis zu 70 Prozent) und auf alle Altersgruppen sowie auch Risikogruppen gleichmäßig verteilte Schwere der Erkrankung bezüglich Hospitalisierung bzw. Intensivbettenbelegung und Beatmung. Der einzige Unterschied bei der Betrachtung der Szenarien in diesem BMI-Papier ist nach Ansicht der Fragesteller der Faktor zeitlicher Verlauf auf Basis von verschiedenen Eindämmungsmaßnahmen, aber die ebenso relevanten endogenen Variablen, also die wesentlichen epidemischen Parameter wie beispielsweise der R-Wert, wurden nicht variiert, obwohl es in Hinblick auf deren Unsicherheit und die gewaltigen Auswirkungen der politischer Handlungen notwendig gewesen wäre.

Mittlerweile schätzt Virologe Prof. Dr. Drosten aber, dass vielleicht ein Drittel der Bevölkerung bereits eine sog. Hintergrundimmunität habe, da so viele Personen in der Vergangenheit Kontakt mit Corona-Erkältungsviren gehabt hätten (<https://www.bz-berlin.de/berlin/drosten-hinweis-auf-hintergrundimmunitaet-gegen-neues-coronavirus>). Diese Aussage macht nach Ansicht der Fragesteller deutlich, dass entweder die Tests sehr ungenau sind und keinesfalls zwischen angeblich harmlosen Corona-Erkältungsviren bzw. Corona-Pandemieviren unterscheiden, bzw. es sogar der Fall sein könnte, dass beide Varianten sich überhaupt nicht grundlegend voneinander unterscheiden. Des Weiteren könnte eine vorhandene Hintergrundimmunität nach Ansicht der Fragesteller auch durchaus noch viel höher als nur bei einem Drittel der Bevölkerung vorliegen. Ergo können angestrebte Durchseuchungsgrade von 70 Prozent der Bevölkerung mit dem aktuellen Virus nach Ansicht der Fragesteller keine wissenschaftliche Basis haben.

Bezüglich der Gefährlichkeit des Virus liegen laufende Auswertungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) vor (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-20-de.pdf?__blob=publicationFile). Das RKI belegt in allen Lageberichten über Covid-19 (s. o.), dass 87 Prozent der Todesfälle und 19 Prozent aller Fälle 70 Jahre oder älter sind, inklusive undurchschaubarer Zählweise in Hinblick auf die Todeskausalität. Fakt ist jedoch, dass das RKI zumindest im Frühstadium empfahl, keine Obduktionen durchzuführen und damit auch nicht eindeutig festgestellt wurde, ob Corona zum Tod führte oder die Corona-Antikörper vielleicht auch aufgrund früherer „Corona-Erkältungsviren“ im Körper waren (<https://www.tageschau.de/faktenfinder/inland/corona-obduktionen-101.html>).

Insgesamt ist nach Ansicht der Fragesteller festzustellen, dass für die Öffentlichkeit keine stringenten Indikatoren erkennbar sind für die Bewertung der Schnelligkeit der Verbreitung, geschweige denn für die Gefährlichkeit. Es stehen nach Kenntnis der Fragesteller der Öffentlichkeit auch keine evidenzbasierten Auswertungen zur Verfügung, und seitens der Regierung existiert nur eine verschleppte, unzureichende und lückenhafte Information.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Das abgestimmte Handeln der Bundesregierung, der Länder und der Kommunen hat dazu beigetragen, das Infektionsgeschehen deutlich zu verlangsamen, eine erhebliche Sterblichkeit zu verhindern und die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger zu schützen. Von erheblicher Bedeutung ist das frühzeitige Unterbrechen von Infektionsketten, um eine Weiterverbreitung zu verhindern. Insgesamt erfahren die Gesundheitsämter als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zukünftig mehr Unterstützung, indem u. a. Mittel für die Digitalisierung bereitgestellt werden und eine dauerhafte Kontaktstelle beim Robert Koch-Institut (RKI) eingerichtet wurde. Zudem konnten die örtlichen Gesundheitsämter durch den Einsatz von sog. „Containment-Scouts“ bei der Kontaktpersonennachverfolgung erfolgreich unterstützt werden.

Trotz der vergleichsweisen zwischenzeitlichen positiven Entwicklung des Infektionsgeschehens muss dieses weiterhin sorgsam beobachtet werden. Weltweit steigen weiterhin die SARS-CoV-2 Infektionszahlen. Die notwendigen Maßnahmen müssen daher fortlaufend auf Grundlage der jeweils aktuell vorliegenden fachlich-wissenschaftlichen Erkenntnisse sorgfältig abgewogen werden.

1. Liegen den per 23. März 2020 getroffenen, von der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefs der Länder abgestimmten Lockdown-Maßnahmen Verhältnismäßigkeitsprüfungen zugrunde, und wenn ja, welche sind dies, und durch welche unabhängigen Wirtschaftsinstitute wurden diese erstellt?

Wenn ja, können derlei Gutachten bezüglich wirtschaftlicher Folgeschäden durch Abbruch des öffentlichen Wirtschaftslebens in Verbindung mit Existenzentzug und menschlicher Isolation der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden?

Für die Entscheidung der Bundesregierung über Schutzmaßnahmen war und ist eine Gesamtbetrachtung der Schwere und Entwicklung des Infektionsgeschehens, der aktuellen medizinischen Versorgungssituation wie auch der gesamtgesellschaftlichen Situation erforderlich. Entscheidungen über Maßnahmen wurden und werden von den Verantwortlichen auf Bundes-, Landes- bzw. kommunaler Ebene jeweils aktuell auf der Basis der vorliegenden Erkenntnisse und Prognosen unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit getroffen. Die beschlossenen Maßnahmen zielten darauf, die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger zu schützen sowie eine Überforderung oder Überwältigung des Gesundheitssystems zu verhindern.

Die Bundesregierung berücksichtigt im Rahmen ihrer Entscheidungsfindung insbesondere auch die möglichen Folgen wirtschaftlicher, sozialer und auch gesundheitlicher Art – soweit diese auf Basis der jeweils möglichen Erkenntnisse absehbar sind.

Die Bundesregierung steht zudem im regelmäßigen Austausch mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern verschiedener Fachrichtungen, darunter auch der Wirtschaftswissenschaften.

2. Warum wurde der Lockdown erst ab dem 23. März 2020 angeordnet und nicht früher?

Die Maßnahmen, die die Fragesteller als „Lockdown“ bezeichnen, scheinen auf die Erweiterung der bereits am 12. März 2020 beschlossenen Leitlinien zur Beschränkung sozialer Kontakte in der Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 22. März 2020 abzielen. In diesem Beschluss wird eingangs ausgeführt: „Die rasante Verbreitung des Coronavirus (SARS-CoV-2) in den vergangenen Tagen in Deutschland ist besorgniserregend. Wir müssen alles dafür tun, um einen unkontrollierten Anstieg der Fallzahlen zu verhindern und unser Gesundheitssystem leistungsfähig zu halten. Dafür ist die Reduzierung von Kontakten entscheidend.“

3. Warum wurde der Lockdown, selbst wenn zu dessen Beginn die fallende R-Zahl in der Rückschau noch nicht verfügbar war, konsequent vier Wochen lang bis zum 19. April 2020 durchgezogen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
4. Warum wurde die Absicht, Lockerungen ab einer Verdoppelungszeit von 14 Tagen vorzunehmen, verworfen (<https://www.tagesschau.de/inland/coronavirus-deutschland-207.html>)?

Die Fragen 3 und 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Bei der Abstimmung der Bundesregierung mit den Regierungschefinnen und -chefs der Länder über Empfehlungen zur Lockerung der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie wurde eine Vielzahl von Indikatoren berücksichtigt. Die Verdopplungszahl und der R-Wert sind dabei nicht allein maßgeblich. Weitere Indikatoren sind die jeweils aktuelle Inzidenz, die Testkapazität, die Schwere der Erkrankungen unter Berücksichtigung der hospitalisierten Fälle und des Anteils intensivmedizinisch zu behandelnder Fälle, der Anzahl und des Anteils verstorbener Patientinnen und Patienten, die Kapazitäten in den Gesundheitsämtern sowie verfügbare Intensivstations- und Beatmungskapazitäten. Im Rahmen der schrittweisen Lockerung der zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie getroffenen Maßnahmen galt es, die mit ihnen erreichten Erfolge nicht zu gefährden.

5. Warum und auf welcher Erkenntnis basierend sprach das RKI am 20. März 2020 von möglichen 300.000 oder sogar möglichen 1,5 Mio. Toten, wie Prof. Dr. Homburg im oben genannten Video rekapituliert?

Steht diese Aussage des RKI über die mögliche Mortalität in Verbindung mit dem oben genannten Papier des BMI?

In einer vom RKI durchgeführten Modellierung von Beispielszenarien, die am 20. März 2020 auf der Internetseite des RKI veröffentlicht wurde, wurden mögliche Verläufe der COVID-19-Pandemie in Deutschland hypothetisch dargestellt und diskutiert (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Modellierung_Deutschland.pdf?__blob=publicationFile).

In dieser Modellierung wird abhängig von der angenommenen Saisonalität der Übertragung des Virus, einer möglicherweise vorbestehenden Immunität und der Effektivität von Maßnahmen die jeweils potenziell erwartete Anzahl von Todesfällen dargestellt. Ein Beispielszenario (keine Saisonalität, keine vorbestehende Immunität) kommt ohne die Einführung von Gegenmaßnahmen zu der höchsten Anzahl erwarteter Todesfälle von etwa 370.000 Todesfällen.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse dazu vor, auf welcher Erkenntnis basierend Prof. Dr. Homburg die Zahl von 1,5 Millionen Todesfällen benennt.

6. Stimmt die Vermutung von Prof. Dr. Homburg, dass diese Schätzungen vom Autor stammen, der auch Verfasser des Epidemiologischen Bulletin 23/19 ist, welches von 70.000 regelmäßigen Hitzetoten aufgrund höherer Temperaturen in Europa im Sommer spricht (gemäß Link zum Video im ersten Absatz der Vorbemerkung der Fragesteller)?

Wenn nein, wer oder welche Institution hatte das epidemiologische Szenario entworfen, auf welchem die politischen Entscheidungen Mitte März aufgebaut wurden?

Die beiden Autoren der „Modellierung von Beispielszenarien der SARS-CoV-2-Epidemie 2020 in Deutschland“ waren auch an der Publikation „Schätzung hitzebedingter Todesfälle in Deutschland zwischen 2001 und 2015“ im Bundesgesundheitsblatt, Ausgabe 5/2019 beteiligt.

In dieser Publikation wird die geschätzte Zahl von 70.000 Todesfällen in 16 europäischen Ländern aufgrund der Hitzewelle 2003 zitiert. Sie stammt, wie dort auch angegeben, aus einer Publikation von Robine, Cheung, Le Roy et al. mit dem Titel „Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003.“ und wurde im Jahr 2008 in der Zeitschrift Comptes Rendus Biologies, Ausgabe 331 auf den Seiten 171 bis 178 veröffentlicht.

Ähnliche Modellierungen zur Ausbreitung und den möglichen Folgen einer COVID-19-Pandemie wurden zum Beispiel im Vereinigten Königreich von Wissenschaftlern des Imperial College am 16. März 2020 veröffentlicht, siehe dazu Ferguson, Laydon, Nedjati-Gilani et al. „Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand“, <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-03-16-COVID19-Report-9.pdf>.

7. Wurde nach Kenntnis der Bundesregierung von der WHO zu irgendeinem Zeitpunkt ein bioterroristischer Hintergrund bezüglich der Pandemie vermutet?

Nach Kenntnis der Bundesregierung wurde von der WHO kein bioterroristischer Hintergrund bzgl. der Pandemie vermutet.

8. Hat die Bundesregierung jemals einen bioterroristischen Hintergrund vermutet, der die Annahmen hoher Mortalität und möglicher Überlastung des Gesundheitssystems (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) gerechtfertigt hätte?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, die einen bioterroristischen Hintergrund vermuten lassen.

9. Warum spricht Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel in der Pressekonferenz zum Thema Corona-Schutz, gesendet in der Tagesschau, ARD am 15. April 2020, vgl. Vorbemerkung der Fragesteller, von einer zu vermeidenden zukünftigen R-Zahl von über 1 bei fallender Zahl von Neuinfektionen?

Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel sprach in der Pressekonferenz ausdrücklich von einem zerbrechlichen Zwischenerfolg, der zu sichern sei. Im Weiteren führte die Bundeskanzlerin aus, dass sich die Faktoren, die Aussagen zu diesem Zwischenerfolg zuließen, in eine gute Richtung entwickelt hätten, Raum für Spielräume aber nicht entstanden seien.

Wie in der Antwort auf die Fragen 3 und 4 ausgeführt wurde, ist der R-Wert einer von einer Vielzahl von Indikatoren, die fortlaufend zur Einschätzung der jeweils aktuellen Lage herangezogen und beobachtet werden.

10. Auf die Gutachten und Empfehlungen welcher Wissenschaftler und Institute stützt sich die Bundesregierung für die von der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefs der Länder abgestimmten Entscheidung, den Lockdown in weiten Teilen nach dem 19. April 2020 weiterzuführen, außer auf das Gutachten der Leopoldina (<https://www.tagesspiegel.de/wissen/schuloeffnungen-und-maskenpflicht-was-das-leopoldina-gutachten-merkel-raet/25736652.html>), in welchem der Ehemann der Bundeskanzlerin, Prof. Dr. Joachim Sauer, als Mitglied geführt wird (https://www.leopoldina.org/fileadmin/redaktion/Mitglieder/CV_Sauer_Joachim_D.pdf)?

Bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie handelt es sich um komplexe Fragestellungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Daher lassen sich die Bundesregierung, die Länder und die Kommunen u. a. von einer Vielzahl von unterschiedlichen Expertinnen und Experten sowie Einrichtungen wie dem RKI, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie dem European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) beraten.

Daneben kommt der Leopoldina, als nationale Akademie der Wissenschaften, im deutschen Wissenschaftssystem eine besondere Rolle zu, die im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie eine Reihe von interdisziplinären Arbeits- und Expertengruppen gebildet hat. Diese analysieren medizinische, gesundheitspolitische und gesellschaftliche Aspekte der Pandemie. Prof. Dr. Joachim Sauer gehört diesen Arbeitsgruppen nicht an (vgl. <https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/expertinnen-und-experten-zur-coronavirus-pandemie-2020/> und https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020-03-21_Leopoldina_Coronavirus-Pandemie_in_Deutschland_01.pdf).

11. Auf welcher eigenen wissenschaftlichen Erkenntnis der Bundesregierung beruht die Bewertung von Covid-19 als gefährlicher für die Menschheit, als jeder dagewesene Influenza-Virus (und dies auch bis zum heutigen Tage), wovon die Fragesteller ausgehen müssen, da sich die Bundesregierung z. B. im Gegensatz zur schwedischen Regierung der Pandemieeinschätzung der WHO angeschlossen hat, obwohl doch die Sterblichkeit bei Covid-19 ihren Höhepunkt bei alten Menschen mit Vorerkrankungen und erreichter durchschnittlicher Lebenserwartung hat (siehe Auswertungen RKI) und für Deutschland nach Kenntnis der Fragesteller auch keine Übersterblichkeit vorliegt?

Zu der Frage der Übersterblichkeit verweist die Bundesregierung auf die Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html>).

Bei dem aktuellen Coronavirus handelt es sich um ein neues Virus, gegenüber dem in der Bevölkerung kein natürlicher Immunschutz besteht. Hinzu kommt, dass aktuell kein Impfstoff und keine wirksame Therapie zum Schutz vor SARS-CoV-2 zur Verfügung stehen, Impfungen aber den wirksamsten Schutz gegen Infektionskrankheiten darstellen. Im Gegensatz hierzu zirkulieren die saisonalen Influenzaviren seit vielen Jahren in Deutschland, so dass mit Ausnahme von jungen Kindern in der Bevölkerung eine Grundimmunität gegenüber der Influenza besteht. Eine fehlende Grundimmunität gemeinsam mit der Virulenz der Erreger und der effizienten Übertragung von Mensch zu Mensch sind die wichtigsten Eigenschaften pandemischer Erreger (vgl. Wissenschaftli-

cher Teil des Nationalen Influenza-Pandemieplans, Teil II: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.html).

Die Ausbreitung eines pandemischen Virus ist zudem wesentlich höher mit der Gefahr verbunden, dass es ohne Gegenmaßnahmen zu einer raschen Überlastung der medizinischen Versorgungsstrukturen kommt, wie dies für SARS-CoV-2 in vielen anderen Ländern beobachtet werden kann.

12. Kann die Bundesregierung ausschließen, dass nicht etwa schon mehr als die Hälfte der Bevölkerung mit einem Coronavirus in der Vergangenheit Kontakt hatte und daher die „Hintergrundimmunität“ (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) besitzt?

Es wird auf die Antwort auf Frage 11 verwiesen.

13. Hat die Bundesregierung jemals eine planmäßige und schnelle Durchseuchung der Bevölkerung unter gleichzeitigem Schutz der Risikogruppen in Erwägung gezogen (Vorbild Schweden), und falls nein, warum nicht?

Die Durchseuchung der Bevölkerung wurde in Deutschland aufgrund der Schwere der Erkrankung und der Gefahr der Überlastung der medizinischen Versorgungsstrukturen, die mit weiteren Todesfällen einherginge, nicht als Strategie verfolgt. Aktuell verzeichnet Schweden (Stand 14. Juli 2020.; Quelle WHO <https://covid19.who.int/>) einen deutlich höheren Anteil von Todesfällen an der Zahl der gemeldeten SARS-CoV-2/COVID-19 Fällen als Deutschland. In Schweden liegt der Anteil der Todesfälle derzeit bei 7,3 %, in Deutschland liegt dieser Anteil mit 4,5 % derzeit deutlich darunter.

14. Kann die Bundesregierung die Zusammenarbeit mit Impflobbyisten wie der Bill & Melinda Gates Foundation verantworten (<https://weltexpress.info/anruf-von-melinda-gates-genuegt-kanzlerin-von-was-und-fuer-wen/>), deren erklärtes Ziel gemäß BBC-Interview mit Bill Gates es ist, 7 Milliarden Menschen impfen zu können (youtu.be/ie6lRKAduY?t=23), wodurch NGOs wie diese nach Auffassung der Fragesteller massiven Einfluss auf innerstaatliche Politik nehmen, ohne jegliche demokratische Legitimierung?

Die Bundesregierung steht im Dialog mit verschiedenen gesundheitsrelevanten Akteuren und Interessengruppen, inklusive Nichtregierungsorganisationen. Das deutsche Engagement in und für Multi-Akteurs-Partnerschaften fügt sich in die grundsätzliche Ausrichtung der deutschen globalen Gesundheitspolitik und die Stärkung der globalen Gesundheit ein.

15. Aus welchem Grund erklärte Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel in der WHO-Videokonferenz vom 24. April 2020 (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller): „Wir alle wissen, dass wir mit der Pandemie leben müssen, bis wir einen Impfstoff gefunden haben“, bzw. gemäß Koalitionsbeschluss vom 3. Juni 2020 unter Punkt 53: „Die Corona-Pandemie endet, wenn ein Impfstoff (...) zur Verfügung steht (...)“, wenn doch gemäß Strategie einer schnellen Durchseuchung keine Impfung notwendig wäre (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Es wird auf die Antwort auf Frage 13 verwiesen.

16. Erachtet die Bundesregierung die WHO als unabhängigen Wächter und Beschützer der globalen menschlichen Gesundheit trotz deren schwacher Finanzierung aus öffentlicher Hand (<https://www.tagesschau.de/faktenfinder/who-finanzierung-101.html>)?

Der WHO kommt in der globalen Gesundheit eine Schlüsselrolle zu. Deutschland unterstützt die WHO als Sonderorganisation der Vereinten Nationen für Gesundheit, damit sie ihre führende und koordinierende Rolle in der Globalen Gesundheit wahrnehmen kann. Als Exekutivratsmitglied liegt Deutschland viel daran, die WHO-Strukturen zu stärken und sowohl personell als finanziell zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund bringt sich Deutschland in den Verwaltungsgremien der WHO ein.

17. Sieht die Bundesregierung einen Zusammenhang zwischen der Geldzuweisung der Bill & Melinda Gates Foundation im November 2019 über 253.000 US-Dollar (Verwendungszweck: Vaccine Development) an das RKI und der im Dezember ausgebrochenen Corona-Krankheit (<https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2019/11/OPP1216026>)?

Nein, die Bundesregierung sieht keinen Zusammenhang.

18. Sieht die Bundesregierung einen Interessenskonflikt zwischen der Geldzuweisung der Bill & Melinda Gates Foundation im März 2020 über 249.550 US-Dollar an die Charité und den Verlautbarungen des Virologen Prof. Dr. Drosten, dieser handelnd in Personalunion als Chefvirologe der Charité und gleichzeitig Regierungsberater in Sachen Covid-19 (<https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database#q/k=charit%C3%A9>)?

Nein, die Bundesregierung sieht keinen Interessenskonflikt.

19. Hat die Bundesregierung die Möglichkeit von Impfschäden bei neuartigen Impfungen, welche bei Corona in Planung sind und die im Schnellverfahren entwickelt werden (RNA-Technologie), in Erwägung gezogen?

Die Bundesregierung ist sich des Umstandes, dass auch bei modernen neuen Impfstoffen unerwünschte Nebenwirkungen auftreten können, bewusst. Impfstoffe werden erst nach ausreichender Überprüfung auf den Markt gebracht. Nach ihrer Marktzulassung erfolgt eine ständige Kontrolle zum Erfassen von Wirksamkeit und möglichen Nebenwirkungen. Nebenwirkungen und Impfreaktionen werden in Deutschland zentral vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) erfasst. Sowohl die WHO als auch die Europäische Arzneimittelagentur haben angekündigt, den Zulassungsprozess aufgrund der Dringlichkeit in einzelnen Punkten zu vereinfachen. Dabei bleibt die Sicherheit der Impfstoffe jedoch oberste Priorität.

20. Wie könnten sich Bürger nach Auffassung der Bundesregierung bei nachgewiesenen Impfschäden aufgrund von Impfungen gegen Covid-19 schadlos halten?

Zur Zulassung und den möglichst zu vermeidenden Nebenwirkungen und Impfreaktionen wird auf Antwort auf Frage 19 verwiesen und darauf hingewiesen, dass die Frage zu potenziellen Impfschäden spekulativ ist. Ein Impfstoff steht noch nicht zur Verfügung.

Grundsätzlich ist zum Verfahren zu bemerken, dass auch im Falle einer eventuellen COVID-19-Impfung die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes gelten. § 60 Abs. 1 S. 1 Infektionsschutzgesetz regelt, in welchen Fällen des Auftretens von Impfschäden ein Entschädigungsanspruch besteht.

21. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, welcher volkswirtschaftliche Schaden im Worst Case durch Impfschäden gegen Covid-19 entstehen könnte (abgesehen von vermeidbarer persönlicher Qual), und wenn ja, welche Erkenntnisse sind dies?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Insbesondere ist derzeit noch offen, welche COVID-19-Impfstoffe zugelassen zum Einsatz kommen.

22. Welche Vorkehrungen trifft die Bundesregierung, um Impfschäden in diesem Fall zu vermeiden?

Wie jeder andere Impfstoff, wird auch ein neuer Impfstoff, der vor der Infektion mit dem SARS-CoV-2 schützen soll, intensiv geprüft. Die verschiedenen Impfstoff-Kandidaten durchlaufen jeweils streng kontrollierte Prozesse mit klaren gesetzlichen und wissenschaftlichen Vorgaben, bevor sie zur Anwendung am gesunden Menschen kommen. Auch nach erfolgter Zulassung wird die Sicherheit der Impfstoffe weiter überprüft. Verdachtsfälle von Impfkomplicationen werden erfasst, sodass auch sehr seltene Nebenwirkungen, die erst bei Anwendung im großen Maßstab auffallen können, erkennbar werden.

23. Gibt es seitens der Bundesregierung Planungen in Sachen Impfpflicht im Hinblick auf Bevölkerungsgruppen und Berufsgruppen bei Covid-19, und welche sind dies?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die meisten Menschen bei Verfügbarkeit eines Impfstoffs Interesse einer Impfung gegen SARS-CoV-2 haben.

24. Sieht die Bundesregierung in Zukunft eine Impfpflicht auch für weitere Erkrankungen vor, außer gegen Masern?
25. Sofern die Bundesregierung eine Impfpflicht vorsieht, welche Sanktionen sind denkbar bei Widerstand gegen eine zukünftige Impfpflicht auch bei anderen Erkrankungen (Berufsbeschränkungen, Zutrittsverbote zu öffentlichen Räumen, Reiserestriktionen)?

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

Es sind keine Regelungen bezüglich einer Impfpflicht für weitere Erkrankungen außer Masern geplant.

26. Plant die Bundesregierung in naher oder ferner Zukunft die Einführung einer digitalen Identität für alle Bürger, welche im Zusammenhang mit obligatorischen Impfungen realisiert werden kann?

Die Bundesregierung plant keine Einführung einer digitalen Identität für alle Bürger im Zusammenhang mit Impfungen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.