

Kleine Anfrage

des Abgeordneten Thomas Ehrhorn und der Fraktion der AfD

Eingrenzung und Erfassung der Situation rund um das SARS-CoV-2-Virus und die COVID-19-Erkrankung sowie deren Eindämmung

Seit Beginn des Jahres 2020 haben die Ereignisse im Zusammenhang mit dem aus China stammenden Virus SARS-CoV-2 sowie die damit einhergehende Krankheit COVID-19, gemeinhin unter dem Stichwort „Corona“ zusammengefasst, einen beherrschenden Einfluss auf Politik, Wirtschaft und Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Nachdem der Deutsche Bundestag eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ entsprechend dem seit dem 28. März 2020 neugefassten § 5 des Infektionsschutzgesetzes beschlossen hat (<https://www.buzer.de/gesetz/2148/v237994-2020-03-28.htm>), reagieren die Bundes- sowie die Landesregierungen unter Einbeziehung des zuständigen Robert Koch-Instituts (RKI) auf diese Lage mit Verordnungen, die weitreichend in die Grundrechte der deutschen Bevölkerung sowie die Wirtschaftsordnung eingreifen (<https://www.tagesschau.de/inland/corona-grundrechte-101.htm>). Dabei sind die Grundlagen, auf denen diese erheblichen Verordnungseingriffe erfolgen, oft keineswegs klar und werden zudem vielfach durch ein widersprüchliches Regierungshandeln infrage gestellt (https://www.deutschlandfunk.de/corona-massnahmen-medizinstatistiker-bevoelkerung-wird-mit.694.de.html?dram:article_id=487522).

Wichtigster Indikator für die regierungsseitig verhängten Maßnahmen ist durchgängig die Anzahl der mittels Tests als mit SARS-CoV-2 infiziert ermittelten Personen in Deutschland. Dabei führt das RKI bereits die insoweit ermittelten Zahlen undifferenziert mit der Bezeichnung „COVID-19 Fallzahlen in Deutschland“ auf (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Corona_virus/Fallzahlen.html?fbclid=IwAR2l-FNO).

Schon im Juni 2020 hatte der Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn in einem Interview einer ARD-Sendung davor gewarnt, dass eine Steigerung der durchgeführten Tests dazu führen würde, dass auch die Anzahl der fälschlicherweise als corona-positiv erfassten Personen zunimmt und das Ergebnis somit stark verfälscht (<https://www.presse.online/2020/06/20/spahn-durch-zu-viele-tests-mehr-falsch-positive-faelle-als-echte/>). Gleichwohl ist die Anzahl der Tests seither von Juni 2020 von ca. 400 000 pro Woche (https://www.zeit.de/wirtschaft/2020-06/krankenkassen-corona-tests-kosten-preissenkung?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.bing.com%25) bis Ende Oktober 2020 um etwa 1 Million Tests bundesweit gestiegen (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117986/La-bore-warnen-vor-Ueberlastung-durch-immer-mehr-Coronatests>), wie auch den RKI-Lageberichten zu entnehmen ist. Dass der Bundesgesundheitsminister mit seiner Einschätzung einer hohen Anzahl falsch positiver Corona-Tests richtig lag, zeigte nach Auffassung der Fragesteller eindrücklich der Umstand, dass in einem Augsburgener Testlabor im Herbst von 60 corona-positiv ausgefallenen

Test aufgrund eines wegen der Auffälligkeit durchgeführten Nachtests letztlich 58 als „falsch positiv“ erkannt werden konnten (<https://www.stadtzeitung.de/region/augsburg/lokales/fehler-augsburger-labor-58-60-corona-tests-faelschlicherweise-positiv-id214522.html>). Auch prominente Fälle falsch-positiver Corona-Tests aus dem Bereich des Fußballsports, in dem regelmäßig getestet wird, etwa bei den Würzburger Kickers oder dem 1. FC Heidenheim, unterstreichen nach Ansicht der Fragesteller, wie groß die Gefahr fälschlicherweise als SARS-CoV-2-infizierter Personen aufgrund der durchgeführten Tests ist (<https://www.tvmainfranken.de/corona-tests-der-wuerzburger-kickers-offenbar-falsch-positiv-237930>); (<https://www.swp.de/sport/fussball-national/2-liga/2.-liga-fuenf-positive-corona-faelle-beim-1.-fc-heidenheim-52594981.html>). Die dort vermeintlich ermittelten positiven Corona-Fälle stellten sich im Nachhinein alle als falsch heraus. Zuletzt wäre Ende Dezember 2020 beinahe die polnische Skimannschaft von der Vierschanzentournee ausgeschlossen worden, weil es zu einem falsch-positiven Corona-Test in der Sportlergruppe gekommen war (<https://sportbild.bild.de/wintersport/skispringen/wintersport/vierschanzentournee-polnische-skispringer-duerfen-jetzt-doch-starten-74660972.sport.html>). Das RKI bereinigt bis heute aber nicht die Statistik der von ihm erfassten Covid-19-Fälle um einen statistischen Korrekturfaktor der falsch-positiven-Zahlen (https://www.pz-news.de/startseite_artikel,-Falsch-positiv-Ergebnisse-bei-ausgeweiteten-Corona-Tests-_arid,1474528.html).

Wie ausgeführt, hängt die Zahl der täglich gemeldeten Neuinfektionen nicht vom tatsächlichen Infektionsgeschehen ab, sondern korreliert mit der Anzahl der durchgeführten Tests, da es bei Corona aufgrund des oftmals asymptomatischen Verlaufs eine hohe Dunkelziffer gibt, die ohne Tests nicht identifiziert würden. Der Schwellenwert von durch Tests identifizierten 50 Corona-Fällen je Landkreis bezogen auf 100 000 Einwohner für die sogenannte 7-Tage-Inzidenz, der auf den gemeldeten Neuinfektionen der letzten Tage beruht, wurde erstmals im Mai 2020 festgelegt. Seinerzeit lag die wöchentliche Testkapazität bei 300 000 bis 400 000 Stück. Seit Oktober 2020 liegt die Testkapazität aber regelmäßig drei- bis viermal so hoch (s. o.). Bis in den August 2020 hinein lag diese sogenannte 7-Tagesinzidenz z. B. in Niedersachsen noch unterhalb des Schwellenwertes von 50 (<https://www.apps.nlga.niedersachsen.de/corona/iframe.php>). Die Bundesregierung hat diesen Wert festgelegt, um das Infektionsgeschehen nachvollziehbar zu machen und die Landkreise bei der Nachverfolgung der Ansteckungen nicht zu überfordern (<https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/coronavirus-massnahmen-wie-aussagekraeftig-ist-der-inzidenzwert-a-ced04d3c-6b39-46c9-882b-8e77cbee3a69>). Da der Schwellenwert maßgeblich für die Entscheidung über Maßnahmenverschärfungen bzw. Maßnahmenockierungen ist, muss ausgeschlossen werden, dass lediglich eine Ausweitung der durchgeführten Tests zu einer höheren Inzidenz führt (<https://www.zdf.de/nachrichten/politik/landkreise-lockdown-zahlen-karte-100.html>).

Bereits im April 2020 hatte es Kritik daran gegeben, dass das RKI hinsichtlich der Todeszahl alle Toten im Zusammenhang mit einer Corona-Infektion erfasst und nicht lediglich diejenigen, die tatsächlich „an Corona“ gestorben sind (<https://www.merkur.de/welt/coronavirus-deutschland-rki-zahlen-statistiken-falsch-tote-covid-19-robert-koch-institut-zweifel-kritik-zr-13640817.html>). Seinerzeit warnte das RKI sogar ausdrücklich vor Obduktionen. Dennoch ließ man in Hamburg alle „an und mit Corona“ Infizierten obduzieren, mit dem Ergebnis, dass in einem bestimmten Zeitraum dort tatsächlich „nur“ acht Personen an Corona verstorben waren, während das RKI insoweit 14 Corona-Tote für Hamburg gezählt hatte. Der Hamburger Aufforderung, die RKI-Statistik entsprechend den tatsächlich an Corona Verstorbenen anzupassen, ist das RKI bis heute nicht nachgekommen (<https://www.rnd.de/gesundheit/an-corona-oder-mit-corona-gestorben-das-ist-der-unterschied-und-das-sagen-die-aktuellen-zahlen-ID5I4BOXBNG7FJJUIYOTULE3M.html>).

Das RKI unterscheidet auch bis heute nicht, ob identifizierte Personen lediglich das SARS-CoV-2-Virus in sich haben oder tatsächlich an COVID-19 erkrankt sind, sondern spricht generell bei der Erfassung pauschal nur von „COVID-19-Fällen“ (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html).

Mittlerweile haben Studien ergeben, dass im Laufe des Jahres 2020 die Krankheit COVID-19 viel besser behandelt werden kann als noch im Frühjahr 2020. Selbst Risikopatienten haben inzwischen eine sehr viel höhere Überlebenschance als noch zu Beginn des Jahres 2020 (https://www.focus.de/gesundheit/news/analyse-aus-england-sterberate-gesunken-mehr-schwerkranke-ueberleben-covid-19_id_12599172.html).

Die Bundesregierung hat aber die entsprechende Forschung an Medikamenten zur Behandlung von COVID-19 im Jahr 2020 nicht mit Nachdruck vorangetrieben (<https://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung/corona-medikamente-politik-100.html>).

Bereits in den vergangenen Jahren sind Krankenhäuser aufgrund der jährlichen Grippe gerade auch auf den Intensivstationen an ihre Grenzen gestoßen, besonders in der Welle 2017/2018 (https://www.klinikum-bad-hersfeld.de/grippewelle_krankenhaeuser_stossen_an_kapazitaetsg.html). Auch in einer Grippewelle müssen viele Menschen künstlich beatmet werden (<https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Bei-Grippe-Pandemie-muessen-viele-Menschen-beatmet-werden-333082.html>). Laut einer österreichischen Studie vom Januar 2020 weisen rund 70 Prozent derer, die mit Influenza auf eine Intensivstation kommen, eine Lungenentzündung auf; die Mortalität liegt dabei bei 20 Prozent (<https://pflege-professionell.at/at-mit-influenza-auf-die-intensivstation>). Auch in der Bundesrepublik Deutschland hat die jährliche Influenza in den vergangenen Jahren regelmäßig zu einer hohen Todesrate geführt. Der Spitzenwert der damit einhergehenden Bandbreite einer Übersterblichkeit im Frühjahr der vergangenen drei Jahren (2017 bis 2019) wurde im gesamten Jahr 2020 bei Weitem nicht erreicht (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Corona/Gesellschaft/bevoelkerung-sterbefaelle.html>, abgerufen am 10. November 2020).

Schon im Frühjahr 2020 hatte die Bundesregierung COVID-19-Patienten aus anderen EU-Staaten zur Behandlung in Deutsche Krankenhäuser verbringen lassen. Der Bundesminister des Auswärtigen Heiko Maas hat die deutsche Aufnahmebereitschaft im Oktober 2020 wiederholt (<https://www.grenzecho.net/43858/artikel/2020-10-17/maas-deutschland-zur-aufnahme-von-corona-patienten-aus-eu-bereit>). Es ist inzwischen bekannt, dass zumindest französische, belgische und niederländische COVID-19-Patienten im Herbst 2020 wieder in deutschen Kliniken versorgt werden (<http://www.lessentiel.lu/de/news/grossregion/story/Saarland-nimmt-Corona-Patienten-aus-Metz-auf-16867329>); (<https://www.welt.de/vermishtes/article218424736/Corona-Niederlaendische-Patienten-nach-Deutschland-geflogen.html>); (<https://www.vrt.be/vrtnws/de/2020/11/04/corona-patienten-aus-belgien-werden-auch-in-deutschen-krankenhae/>). Dennoch hat die Bundesregierung ihre Maßnahmen zur Corona-Eindämmung noch im November 2020 im Deutschen Bundestag damit begründet, dass eine Überlastung des deutschen Gesundheitssystems verhindert werden müsse (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/buerokratieabbau/bevoelkerungsschutzgesetz-1805062>).

Seit Beginn des Corona-Auftritts in der Bundesrepublik Deutschland ist bekannt, dass insbesondere die Alten- und Pflegeheime sehr gefährdet sind und das Virus, wenn es dort eingeschleppt wird, hier schnell eine Vielzahl von Personen infiziert und leider häufig auch tödlich wirkt (<https://www.mainpost.de/regional/wuerzburg/corona-ausbruch-in-wuerzburg-angehoerige-in-sorge-um-heimbewohner-art-10426804>); (<https://www.n-tv.de/panorama/Wolfsburger-Pfleg>

eheim-meldet-zwoelf-Tote-article21676304.html). Führende Wissenschaftler fordern deshalb seit Monaten, gezielte Maßnahmen zu ergreifen, um vor allem die sogenannten vulnerablen Gruppen, insbesondere in Alten- und Pflegeheimen, in Deutschland vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus wirksam zu schützen (<https://www.evangelisch.de/inhalte/177991/07-11-2020/virologe-streck-fuer-schutz-von-risikogruppen-statt-lockdowns>); (<https://www.kbv.de/html/48910.php>); (https://www.focus.de/gesundheit/news/matthias-schrapp-im-focus-online-interview-medizin-professor-lockdown-politik-ist-endgueltig-gesch-eitert-das-raecht-sich-bei-impfung_id_12780854.html). Unverändert liegt die Zahl der Corona-Ausbrüche und der damit einhergehenden schweren Erkrankungen bzw. sogar Tode in Alten- und Pflegeheimen hoch (https://www.t-online.de/region/id_89166522/erneut-corona-ausbruch-in-wuerzburger-pflegeheim.html); (<https://www.ruhrnachrichten.de/dortmund/mehrere-neue-corona-infektionen-im-umfeld-eines-dortmunder-altenheims-1544489.html>); (<https://www.sueddeutsche.de/muenchen/starnberg/starnberg-vier-corona-tote-in-altenheim-1.5169619>); (<https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/mannheim/corona-ausbruch-sandhausen-100.html>); zudem gehen damit hohe Inzidenzzahlen in den betroffenen Regionen einher (https://rp-online.de/nrw/staedte/hilden/corona-ausbrueche-in-altenheimen-treiben-inzidenz-im-kreis-mettmann-hoch_a_id-55591949); (<https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/altenheime-corona-102.html>). Selbst in solchen Einrichtungen, in denen kurz zuvor eine vermeintliche Schutzimpfung durchgeführt wurde, ist es kürzlich in Bayern und Nordrhein-Westfalen zu COVID-19-Infizierungen gekommen (https://www.t-online.de/region/dortmund/news/id_89244496/dortmund-corona-faelle-im-pflegeheim-nach-impfstart.html); (https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/moegliche-erklarungen-infektion-nach-impfung-mehrere-personen-in-bayerischem-altenheim-neu-infiziert_id_12838280.html).

Die Corona-Pandemie kann nicht nur selbst tödlich wirken, sondern auch ihre Begleiterscheinungen wie Angst oder wirtschaftliche Not. Dieses nachgewiesene Phänomen wird als Corona-Suizid bezeichnet (https://www.focus.de/gesundheit/news/rechtsmediziner-mahnt-michael-tsokos-wir-werden-eine-psycho-soziale-pandemie-erleben_id_11988295.html). Alleine die Berliner Feuerwehr etwa musste im Jahr 2020 schon bis Oktober 294-mal ausrücken, um Suizidenten nach sogenannten Beinahestrangulierungen zu versorgen; im Jahr 2019 waren es insgesamt drei vergleichbare Fälle und 2018 sieben. Die exorbitante Steigerung von Selbstmordversuchen wird im Jahr 2020 dabei auf die Folgen der Maßnahmen zurückgeführt, die regierungsseitig zur Eindämmung des Coronavirus ergriffen werden, da damit Jobverluste und soziale Isolation einhergehen (<https://www.berliner-zeitung.de/news/berliner-feuerwehr-zahl-der-einsaetze-wegen-moeglichem-suiziden-steigt-massiv-an-li.117723>). Aber nicht nur Suizide gehen mit Corona einher, sondern auch ein vorzeitiges Versterben infolge dringend notwendiger Operationen, die deswegen verschoben worden waren (<https://www.landeszeitung.de/nachrichten/aus-aller-welt/64008-op-von-krebspatienten-wegen-corona-verschoben-jetzt-ist-er-tot/>).

Noch am 17. April 2020 erklärte der von der Bundesregierung zur Beratung konsultierte Virologe Professor Christian Drosten in einem Interview mit dem Sender rbb, dass „Masken“, also ein Mund-Nasen-Schutz, zur Eindämmung der Corona-Epidemie nicht sinnvoll seien (<https://www.metropolnews.info/mp458143/prof-dr-drosten-masken-bringen-nichts-klartext-des-beraters-der-regierung>). Die Bundeskanzlerin selbst sprach noch im April davon, dass Alltagsmasken „Virenschleudern“, also kontraproduktiv zur Eindämmung der Corona-Pandemie, seien (<https://www.augsburger-allgemeine.de/politik/Faktencheck-Sind-Alltagsmasken-Virenschleudern-id57398651.html>). Gleichwohl wurde dann ab dem 29. April 2020 bundesweit – nachdem der harte Lockdown schon rund eine Woche zuvor in vielen Bundesländern beendet war – eine sogenannte Maskenpflicht, also das verpflichtende Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung,

eingeführt (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/maskenpflicht-in-deutschland-1747318>). Trotz durchgängiger Maskenpflicht ist das Infektionsgeschehen im Laufe des Jahres aber wieder stark angestiegen (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1100739/umfrage/entwicklung-der-taeglichen-fallzahl-des-coronavirus-in-deutschland/#:~:text=Entwicklung%20der%20%C3%A4glichen%20Fallzahl%20des%20Coronavirus%20%28COVID-19%29%20in,31.%20Juli%202020%2A%20mehr%20als%20209.000%20Corona-Infektionen%20gemeldet.>).

Im Frühjahr 2020, gerade auch während der Zeit des erstens Lockdowns in Deutschland, ließ sich im Bereich des Lebensmitteleinzelhandels keine erhöhte Anzahl von Corona-Erkrankten feststellen (<https://www.dekra-akademie.de/de/06-11-2020-corona-infektionsrisiko-im-lebensmitteleinzelhandel/>), weder beim Personal noch bei den Kunden, obwohl dort seinerzeit – schon mangels Verfügbarkeit dieser – nahezu keine Masken getragen wurden und zunächst noch nicht einmal allgemeinverbindlichen Hygienekonzepte vorhanden waren (<https://www.lebensmittelzeitung.net/handel/Corona-Krise-So-schuetzt-der-LEH-seine-Mitarbeiter-145271>). Ebenso wenig ist aus der zweiten Lockdown-Phase seit Ende 2020 bisher bekannt geworden, dass es im Bereich des Lebensmitteleinzelhandels zu auffälligen COVID-19-Erkrankungen gekommen ist (<https://www.lebensmittelzeitung.net/handel/Krankenstand-2020-Fehlzeiten-trotz-Corona-stabil-147571>), obwohl er erneut die einzige Versorgungsquelle für die Menschen in Deutschland darstellt. Auch aus dem Hotel-, Gastronomie-, Kultur- und Freizeitbereich ist aus der Zeit vor deren Zwangsschließung nicht bekannt, dass es dort trotz der weit überwiegend umgesetzten Hygienekonzepte zur Entwicklung sogenannter Corona-Hotspots gekommen wäre (<https://www.welt.de/regionales/hessen/article218841222/Dehoga-Geplante-Gastro-Schliessungen-unverhaelt-nismaessig.html>). Dass einzelne Lokalbetreiber sich an die Auflagen nicht halten, kann nicht der gesamten Branche angelastet, sondern musste im Einzelfall hart geahndet werden (<https://www.om-online.de/om/corona-verordnung-ignoriert-polizei-raumt-shisha-bar-in-vechta-53632>); (<https://www.rnd.de/panorama/mehr-als-100-gaeste-polizei-raumt-shisha-bar-in-corona-hotspot-6JEQNYFPK6HTTSMQ4EAZOGRMU.html>); (https://rp-online.de/panorama/coronavirus/corona-ausbruch-in-goettingen-was-ist-in-der-shisha-bar-passiert_aid-51433553); (<https://www.bild.de/regional/koeln/koeln-aktuell/in-deutz-und-ehrenfeld-polizei-loest-illegale-corona-party-auf-73834062.bild.html>); (<https://www.cellesche-zeitung.de/Celler-Land/Wietze/Polizei-schliesst-Shishabar-in-Wietze-Coronaauflagen-nicht-eingehalten>).

Deutschlandweit kommt es immer wieder zu großen Corona-Ausbrüchen, weil Familien mit zumeist ausländischem Hintergrund große Feste mit einer unzulässig hohen Teilnehmerzahl ohne Beachtung von Hygienemaßnahmen veranstaltet haben, die nicht unterbunden wurden (https://www.focus.de/politik/deutschland/interview-mit-serap-gueler-tuerkische-grosshochzeiten-waehrend-corona-problem-der-solidaritaet_id_12567239.html); (<https://www.welt.de/vermischtes/article216755676/Corona-Ausbruch-Ganztaegige-Familienfeier-1700-Bielefelder-in-Quarantaene.html>); (https://www.moz.de/lokales/frankfurt-oder/neuinfektion-acht-neue-corona-faelle-nach-familienfeier-in-frankfurt-_oder_-50880267.html).

Dem Bundesministerium für Gesundheit obliegt es nach § 5 Absatz 2 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes, im Falle der Annahme einer epidemischen Lage nationaler Tragweite durch dort näher bezeichnete Maßnahmen die Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland zu verhindern. Nachdem in Deutschland das Corona-Infektionsgeschehen im Sommer sehr gering war, kam es nach den Sommerferien zu einem erneuten Anstieg durch infizierte Reiserückkehrer. Vor allem die Türkei und der Balkan sind die Herkunftsregionen, aus denen das SARS-CoV-2-Virus in

großem Umfang nach Deutschland eingeschleppt wurde (https://rp-online.de/pa/norama/deutschland/reiserueckkehrer-aus-diesen-laendern-schleppen-sie-corona-a-in-nrw-ein_aid-52873235).

Regelmäßig kommt es in Deutschland auch in sogenannten Flüchtlingsheimen zu Corona-Ausbrüchen (<https://www.saechsische.de/coronavirus/coronafall-in-dresdner-fluechtlingsheim-5298558-plus.html>); (<https://www.ffh.de/nachrichten/hessen/suedhessen/257818-corona-faelle-fluechtlingsheim-unter-quarantaene.html>); (<https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.corona-pandemie-sind-fluechtlingsheime-infektionstreiber.a0dbdd9b-e7a2-40a6-a78f-340921d17c35.html>); (<https://www.berliner-zeitung.de/news/berlin-eroeffnet-zweite-quarantaene-unt-erkunft-fuer-fluechtlinge-li.123700>); (<https://www.vip.de/cms/corona-infiziert-e-fluechtlinge-bespucken-sicherheitsbeamte-in-kassel-4634041.html?c=e26e>); (<https://www.nordkurier.de/mecklenburg-vorpommern/corona-ausbruch-in-fluechtlingsheim-bei-schwerin-1041335711.html>); (<https://www.butenunbinnen.de/nachrichten/politik/asyl-fluechtlingsheime-bremen-100.html>). Die Zuwanderung nach Deutschland läuft nach Auffassung der Fragesteller dennoch ungehindert fort (<https://www.stimme.de/deutschland-welt/politik/dw/bevoelkerungszahl-erstmalig-seit-2011-nicht-gestiegen;art295,4437354>).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Weshalb wurde nach Kenntnis der Bundesregierung bundesweit die Anzahl der wöchentlich durchgeführten Corona-Tests seit Sommer 2020 mehr als verdreifacht, obwohl der Bundesgesundheitsminister im Juni 2020 darauf hingewiesen hatte, dass – was sich inzwischen vielfach bestätigt hat – damit eine große Ungenauigkeit in Form einer hohen Zahl falscher Testergebnisse einhergehen würde (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
2. Wieso bereinigt das RKI die festgestellten positiven Corona-Testergebnisse nominal nicht regelmäßig um die Quote der statistisch ermittelbaren falsch-positiven Fälle (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
3. Wie erklärt sich die Bundesregierung die bereits bekannt gewordenen Fälle falsch-positiver Corona-Testergebnisse (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), und wie wirkt sie der Miterfassung derartiger Fälle entgegen?
4. Weshalb unterscheidet das RKI bei seiner Veröffentlichung nicht zwischen denjenigen, die tatsächlich an COVID-19 erkrankt sind, und jenen, die lediglich ein positives SARS-CoV-2-Testergebnis erhalten haben, sondern spricht pauschal und damit nach Ansicht der Fragesteller unzutreffend von „COVID-19-Fällen“ (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
5. Warum unterscheidet das RKI in der veröffentlichten Statistik zur Anzahl der an COVID-19 Verstorbenen nicht zwischen denjenigen, die daran und jenen, die lediglich mit einem positivem Testergebnis in Bezug auf eine SARS-CoV-2-Infektion verstorben sind, sondern hält daran fest, Tote lediglich „im Zusammenhang mit einer Corona-Infektion“ zu zählen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
6. Wie kann nach Auffassung der Bundesregierung der von ihr im Mai 2020 bei einer verhältnismäßig geringen Anzahl von Corona-Tests festgelegte Schwellenwert der 7-Tage-Inzidenz von 50 Corona-Fällen pro Landkreis und 100 000 Einwohnern verfassungskonform die Grundlage für die Entscheidungen über weitreichende Zwangsmaßnahmen und Grundrechtseingriffen bilden, obwohl dieser nach Auffassung der Fragesteller beliebig durch Ausweitung oder Reduzierung der jeweils durchgeführten Corona-Tests beeinflusst werden kann (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

7. Wie konnte es deutschlandweit seit Oktober 2020 zu dem unkontrollierten Infektionsgeschehen kommen, obwohl etwa in Niedersachsen noch im Sommer 2020 die 7-Tage-Inzidenz noch deutlich unter 50 Corona-Fällen pro Landkreis lag (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), wenn die Kontaktnachverfolgung bei einem Wert von unter 50 möglich sein soll bzw. wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass nach Erreichen des Schwellenwertes die Neuinfektionen nicht wieder ansteigen?

Stellt der Schwellenwert insoweit überhaupt ein sinnvolles Ziel dar?

8. Geht die Bundesregierung davon aus, dass sich die Behandlungsmethoden bezüglich COVID-19-Erkrankter seit dem Frühjahr 2020 deutlich verbessert haben und inzwischen eine wesentlich höhere Überlebenschance selbst für schwer Erkrankte besteht (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), falls ja, warum hat die Bundesregierung im Jahr 2020 nicht mit Nachdruck die Forschung an Medikamenten gegen COVID-19 gefördert (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
9. Weshalb ist es der Bundesregierung in Zusammenarbeit mit den Ländern noch nicht gelungen, hinreichend wirksame Maßnahmen zum Schutz der vulnerablen Personengruppen, insbesondere auch der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen, in Deutschland zu ergreifen, obwohl seit dem Frühjahr bekannt ist, dass das Coronavirus gerade dort verheerende Wirkungen entfaltet und Ausbrüche in Pflegeheimen die Inzidenzahlen in den betroffenen Kreisen schlagartig in die Höhe treiben (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
10. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl der grippebedingt in den Monaten September 2020 bis Ende 2020 hospitalisierten, auf Intensivstationen behandelten bzw. verstorbenen Personen, und wie hoch war diese jeweils in den Vergleichsmonaten der vergangenen fünf Jahre (bitte nach Jahren und Fallgruppe genau aufschlüsseln)?
11. Wie verhält sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl der COVID-19-bedingt hospitalisierten, auf Intensivstationen behandelten oder verstorbenen Person in Deutschland in den Monaten Oktober 2020 bis Ende 2020 im Verhältnis zu der Anzahl der in den vergangenen fünf Jahren grippebedingt in gleicher Weise betroffenen Personen (bitte nach Erkrankung, Jahren und Fallgruppe genau aufschlüsseln)?
12. Wie hoch war die Anzahl der in den vergangenen fünf Jahren in den Monaten Oktober bis Ende Dezember in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt hospitalisierten, auf Intensivstationen behandelten und verstorbenen Personen, und wie hoch liegt diese Zahl in Deutschland – unter Außerachtlassen derjenigen, die aufgrund einer COVID-19-Erkrankung zur Behandlung aus dem Ausland in die Bundesrepublik verbracht wurden – in den Monaten Oktober 2020 bis einschließlich Dezember 2020 (bitte getrennt nach Jahren und Fallgruppe aufschlüsseln)?
13. Aufgrund welcher konkreter Tatsachen geht die Bundesregierung derzeit davon aus, dass das Gesundheitssystem in Deutschland aufgrund von COVID-19 überlastet werden könnte (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), insbesondere in Bezug auf die generellen sowie die intensivmedizinischen Krankenhauskapazitäten?
14. Welche Personengruppen wurden in den Monaten Oktober 2020 bis einschließlich Dezember 2020 in Deutschland aufgrund von COVID-19 hospitalisiert, intensivmedizinisch versorgt bzw. sind daran verstorben (bitte nach Alter (in Zehnjahresschritten), Geschlecht, Staatsangehörigkeit (bei Mehrfachstaatsangehörigkeit bitte alle auflisten) und Erstwohnsitz sowie betroffenem Bundesland angeben)?

15. Wie viele (EU-)Ausländer (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) sind insgesamt im Jahr 2020 aufgrund einer COVID-19-Erkrankung zur Behandlung in die Bundesrepublik Deutschland verbracht worden, und wie viele sind davon intensivmedizinisch behandelt worden bzw. verstorben (bitte nach Bundesland und Herkunftsland der Behandelten aufschlüsseln)?
16. Wie viele (EU-)Ausländer (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), die aufgrund ihrer COVID-19-Erkrankung zur Behandlung in die Bundesrepublik Deutschland verbracht wurden, werden aktuell in deutschen Krankenhäusern behandelt und seit wann ist dies im Einzelnen der Fall (bitte nach Bundesland und Herkunftsland der Behandelten aufschlüsseln)?
17. Werden die aufgrund ihrer COVID-19-Erkrankung zur Behandlung in die Bundesrepublik Deutschland verbrachten und in Deutschland verstorbenen (EU-)Ausländer (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) vom RKI in die Statistik der hierzulande an COVID-19 Gestorbenen einbezogen?
18. Wie viele Suizide gab es in den vergangenen fünf Jahren jeweils in Deutschland, und wie viele sind es im Jahr 2020 gewesen?
19. Wie viele Personen sind nach Kenntnis der Bundesregierung im Jahr 2020 in Deutschland verstorben, weil notwendige Operationen aufgrund von Corona-Maßnahmen nicht zeitnah erfolgen konnten?
20. Aufgrund welcher Erkenntnis geht die Bundesregierung seit dem 29. April 2020 davon aus, dass das Tragen von Alltags- und sogenannte Community-Masken die Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus verhindert oder zumindest erschwert (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
21. Wie erklärt sich die Bundesregierung, dass es weder während des ersten sogenannten Lockdowns bis Ende April 2020 beim Personal oder den Kunden im Bereich des Lebensmitteleinzelhandels zu irgendeiner Auffälligkeit in Bezug auf SARS-CoV-2-Ansteckungen, geschweige denn COVID-19-Erkrankungen, gekommen ist, doch nun während des zweiten Lockdowns, obwohl dieser Versorgungsbereich während der Lockdownzeiten die zentrale Anlaufstelle für die gesamte Bevölkerung war bzw. ist und dort im Frühjahr 2020 noch nicht einmal durchgängig Masken getragen wurden bzw. einheitliche Vorgaben für Hygienekonzepte bestanden (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
22. Aufgrund welcher Erkenntnisse ist die Bundesregierung davon ausgegangen, dass der zunächst von ihr mit den Bundesländern für November 2020 vereinbarte Teillockdown, also das zwangsweise Schließen des Hotelgewerbes, soweit es nicht Dienstreisen betrifft, des stationären Gastronomiebereichs sowie von Kultur- und Freizeitsporteinrichtungen bzw. Vergnügungsstätten, wie auch Shisha-Bars (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), die Ausbreitung von SARS-CoV-2-Infektionen sowie den Ausbruch von COVID-19-Erkrankungen in spürbarem Umfang verhindern würde?

Lagen der Bundesregierung Kenntnisse vor, dass es dort trotz der im Allgemeinen vorgenommenen umfangreichen Hygienemaßnahmen in diesen Bereichen in auffälliger Weise zu sogenannten Corona-Hotspots gekommen ist?

Falls ja, welche Einrichtungen sind hier besonders auffällig gewesen (bitte detailliert nach Einrichtungsart und Fallzahl genau aufschlüsseln)?
23. Wie konnte es nach Kenntnis der Bundesregierung dazu kommen, dass in den vergangenen Monaten regelmäßig Feiern ausländischer Familien mit weit über 100 Teilnehmern in Deutschland stattgefunden haben, durch häufig SARS-CoV-2-Infektionsherde hierzulande geschaffen wurden (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Wie hoch ist der Anteil dieser Feiern am Infektionsgeschehen und insbesondere an den Fällen, bei denen die Kontakte nach Angaben der Gesundheitsämter nicht mehr nachvollziehbar sind?

24. Wie konnte es dazu kommen, dass nach den Sommerferien 2020 viele Urlaubsrückkehrer aus Risikogebieten, insbesondere aus der Türkei und dem Balkan, mit SARS-CoV-2-Infektion nach Deutschland einreisen konnten, und wie hoch schätzt die Bundesregierung die Dunkelziffer der unerkannt aus Risikogebieten mit SARS-CoV-2-infizierten Reiserückkehrer (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um das Einschleppen von SARS-CoV-2-Infektionen bzw. COVID-19-Erkrankungen nach Deutschland zu vermeiden?

25. Wieso unterbindet die Bundesregierung nicht unverzüglich jede weitere Zuwanderung von Migranten in die Bundesrepublik Deutschland, obwohl es in zahlreichen sogenannten Flüchtlingsunterkünften regelmäßig zu SARS-CoV-2- bzw. COVID-19-Ausbrüchen und damit nach Auffassung der Fragesteller zu einer hohen Gefährdung der eigenen Bevölkerung sowie einer zusätzlichen Belastung des deutschen Gesundheitswesens kommt (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Berlin, den 21. Januar 2021

Dr. Alice Weidel, Dr. Alexander Gauland und Fraktion

