

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Paul Viktor Podolay, Jörg Schneider, Uwe Witt, Ulrich Oehme, Jürgen Braun, Dr. Heiko Wildberg, Dr. Christian Wirth, Dr. Axel Gehrke und der Fraktion der AfD

Entscheidungsgrundlagen nichtpharmakologischer Maßnahmen gegen die COVID-19-Pandemie

Aufgrund der COVID-19-Pandemie hat die Bundesregierung mit den Regierungen der Länder drastische nichtpharmakologische Eindämmungsmaßnahmen beschlossen, die das soziale und wirtschaftliche Leben in Deutschland weitgehend einschränken (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/faqs-neue-leitlinien-1733416>). Die entsprechenden Entscheidungen der Bundesregierung basieren nach Kenntnis der Fragesteller auf Modellierungen des Robert Koch-Instituts (RKI), aus denen eine mögliche Überlastung des deutschen Gesundheitssystems, insbesondere der intensivmedizinischen Versorgung, durch Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion abzuleiten ist und demnach eine Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung durch COVID-19 in Deutschland derzeit insgesamt als hoch eingeschätzt wird. Vom Robert-Koch-Institut wird diesbezüglich angenommen, dass 4,5 Prozent der durch SARS-CoV-2 Infizierten einen schweren Krankheitsverlauf haben und damit krankenhauspflchtig sein werden. Bei etwa 1,1 Prozent der infizierten Personen rechnet das RKI damit, dass die Infektion zu intensivpflegepflichtigen Komplikationen führt (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Modellierung_Deutschland.pdf;jsessionid=C423967F4F516F32C3A8C29EC5E955E7.internet061?__blob=publicationFile).

Der Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie Prof. Dr. Sucharit Bhakdi, Emeritus der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz und langjähriger Leiter des dortigen Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, hat die oben erwähnten Eindämmungsmaßnahmen der Regierung zum Anlass genommen, in einem offenen Brief fünf Fragen an die Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel zu stellen (<https://www.docdroid.net/23IE5dj/sucharit-bhakdi-offener-brief-offentlichkeit-black.pdf>, auch <https://www.youtube.com/watch?v=LsExPrHCHbw>).

Wie Prof. Dr. Sucharit Bhakdi befürchtet auch John P. A. Ioannidis, Professor der Stanford-Universität, dass solche einschneidenden Maßnahmen auf unzureichenden Daten basieren könnten (<https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>).

Schon vor der COVID-19-Pandemie waren Infektionen durch verschiedene Coronaviren beim Menschen nichts Ungewöhnliches (Killerby et al., Human Coronavirus Circulation in the United States 2014–2017. *J Clin Virol.* 2018, 101, 52 bis 56). Sollte SARS-CoV-2 kein bedeutend höheres Gefahrenpotential ha-

ben, als die bereits bekannten Coronaviren, würden sich die gegen COVID-19 getroffenen Maßnahmen nach Ansicht der Fragesteller als entsprechend fragwürdig erweisen.

Die Fachzeitschrift „International Journal of Antimicrobial Agents“ hat hierzu in einer Vorabpublikation („Journal Pre-Proof“) die Studie „SARS-CoV-2: Fear versus Data“ veröffentlicht, welche die gesundheitlichen Gefahren durch SARS-CoV-2 untersucht (Roussel et al., SARS-CoV-2: Fear Versus Data. Int. J. Antimicrob. Agents 2020, 105947). Die Ergebnisse der Studie führen zu dem Schluss, dass das neue Virus sich von den bekannten Coronaviren in der Gefährlichkeit für den Menschen nicht unterscheidet (ebd.).

Laut eines Berichts der „Süddeutschen Zeitung“, „Covid-19: Wie gut testet Deutschland?“ (<https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/covid-19-coronavirus-testverfahren-1.4855487>, abgerufen am 27. März 2020), ist dem Robert Koch-Institut nicht genau bekannt, wie viel auf COVID-19 getestet wird. Den veröffentlichten Daten zufolge ist es jedoch so, dass man mit wachsendem Testvolumen in Deutschland zuletzt einen raschen Anstieg der Fallzahlen beobachten konnte (<https://multipolar-magazin.de/artikel/coronavirus-irrefuehrung-fallzahlen>). Der Verdacht liegt nach Ansicht der Fragesteller also nahe, dass sich das Virus bereits unbemerkt in der gesunden Bevölkerung ausgebreitet hat. Dem offenen Brief von Prof. Dr. Sucharit Bhakdi folgend, hätte dies zwei Konsequenzen: Erstens würde es bedeuten, dass die offizielle Todesrate – am 26. März 2020 etwa waren es 206 Todesfälle bei rund 37.300 Infektionen, oder 0,55 Prozent (Johns Hopkins University, Coronavirus Resource Center, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>, abgerufen am 26. März 2020) zu hoch angesetzt ist und zweitens, dass es kaum mehr möglich ist, eine Ausbreitung in der gesunden Bevölkerung zu verhindern.

Der Virologe Prof. Dr. Carsten Scheller vermutet, dass die exponentiell ansteigenden Zahlen SARS-Cov-2-positiv-getesteter Fälle durch die exponentiell ansteigende Zahl durchgeführter Testungen zu erklären ist (<https://www.youtube.com/watch?v=w-uub0urNfw>). Dies würde bedeuten, dass eine konstante Durchseuchung der Bevölkerung mit SARS-Cov-2 besteht, die durch die Testungen zunehmend zum Vorschein kommt. Die ersten Zahlen, die vom RKI zu den durchgeführten SARS-Cov-2-Testungen pro Kalenderwoche veröffentlicht wurden, scheinen diese Annahme nach Einschätzung der Fragesteller zu bestätigen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-26-de.pdf?__blob=publicationFile).

In der Statistik des RKI werden alle verstorbenen Patienten, die auf SARS-CoV-2 positiv getestet wurden, der Sterblichkeit durch COVID-19 zugeschrieben: „Bei uns gilt als Corona-Todesfall jemand, bei dem eine Corona-Virus-Infektion nachgewiesen wurde.“ Dies sagte der Präsident des Robert Koch-Instituts Prof. Dr. Lothar H. Wieler auf einer Pressekonferenz am 20. März (www.youtube.com/watch?v=tI5SnAirYLw). Unabhängig von anderen Faktoren, werden Verstorbene also als COVID-19-bedingte Tote gemeldet, sobald festgestellt wird, dass SARS-CoV-2 bei dem Verstorbenen nachweisbar war. Prof. Dr. Sucharit Bhakdi (s. o.) hält dies für einen Verstoß gegen ein Grundgebot der Infektiologie. Seiner Ansicht nach darf die Diagnose, der S1-Leitlinie 054-001 folgend, erst ausgesprochen werden, wenn sichergestellt wird, dass ein Agens an der Erkrankung bzw. am Tod maßgeblichen Anteil hat (<https://www.dco-droid.net/23IE5dj/sucharit-bhakdi-offener-brief-offentlichkeit-black.pdf>), (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002l_S1_Regelinzur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf). Der Infektionsepidemiologe beklagt in seinem offenen Brief (s. o.) weiter, dass es derzeit keine offiziellen Angaben darüber gibt, ob zumindest im Nachhinein kritischere Analysen der Krankenakten unternommen wurden, um festzustellen, wie viele Todesfälle wirklich auf das Virus zurückzuführen seien.

Prof. Dr. Sucharit Bhakdi weist darauf hin (s. o.), dass bei den COVID-19-Szenarien wie in Norditalien außergewöhnliche Faktoren eine Rolle spielen, die für die jeweiligen Regionen spezifisch sind und die die dort lebenden Menschen besonders anfällig für Atemwegserkrankungen machen. Zu diesen Faktoren gehöre unter anderem die erhöhte Luftverschmutzung im Norden Italiens (ebd.). Laut WHO-Schätzung (WHO = Weltgesundheitsorganisation) führte diese Situation auch ohne Virus zu über 8.000 zusätzlichen Toten allein in den 13 größten Städten Italiens pro Jahr (Martuzzi et al., Health Impact of PM10 and Ozone in 13 Italian Cities. World Health Organization Regional Office for Europe. WHOLIS number E88700, 2006). Die Situation hat sich seitdem nicht signifikant verändert (European Environment Agency, Air Pollution Country Fact Sheets 2019, <https://www.eea.europa.eu/themes/air/country-fact-sheets/2019-country-fact-sheets>, abgerufen am 26. März 2020). In wissenschaftlichen Studien wurde auch gezeigt, dass Luftverschmutzung das Risiko von Lungenerkrankungen stark erhöht (Croft et al., The Association between Respiratory Infection and Air Pollution in the Setting of Air Quality Policy and Economic Change. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2019, 16, 321–330, sowie Horne et al., Short-term elevation of fine particulate matter air pollution and acute lower respiratory infection. *Am J Respir Crit Care Med* 2018; 198:759–766). Außerdem lebten 27,4 Prozent der besonders gefährdeten Population in Italien mit jungen Menschen zusammen, in Spanien sogar 33,5 Prozent (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Living Arrangements of Older Persons: A Report on an Expanded International Dataset ST/ESA/SER.A/407, 2017). In Deutschland sind es dagegen nur 7 Prozent (ebd.).

Hinzu kommt, dass Deutschland, laut der Meinung von Fachleuten, in Sachen Intensivstationen deutlich besser ausgestattet ist als Italien, und zwar etwa um den Faktor 2,5 (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111029/Ueberlastung-d-entscher-Krankenhaeuser-durch-COVID-19-laut-Experten-unwahrscheinlich>, abgerufen am 26. März 2020).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Inwieweit wurde bei den Hochrechnungen der für COVID-19-Patienten benötigten Krankenhausbetten und Plätze auf Intensivstationen, welche die Bundesregierung ihren Entscheidungen zugrunde legt, das in Deutschland herrschende Verhältnis von positiv getesteten symptomfreien Infizierten zu positiv getesteten symptomatischen Patienten berücksichtigt?
2. Wie sieht nach Kenntnis der Bundesregierung die gegenwärtige Auslastung von Intensivstationen durch Patienten mit diagnostizierten COVID-19-Infektionen im Vergleich zu anderen Coronavirus-Infektionen aus?
3. Hat die in der Vorbemerkung der Fragesteller zitierte Studie (Roussel et al., 2020) Eingang in die Überlegungen der Bundesregierung gefunden, und wenn ja, inwieweit wurde diese Studie in den Planungen von Maßnahmen gegen COVID-19 berücksichtigt?
4. Hat es bereits eine stichprobenartige Untersuchung der gesunden Allgemeinbevölkerung gegeben, um die Realausbreitung von SARS-CoV-2 zu validieren, oder ist dies zeitnah vorgesehen?
5. Plant die Bundesregierung bei der in der Vorbemerkung der Fragesteller beschriebenen Definition der „Corona-Todesfälle“ durch das RKI zwischen echten COVID-19-bedingten Todesfällen und einer zufälligen Präsenz von SARS-CoV-2-Erbgut zum Todeszeitpunkt beim Patienten zu unterscheiden, und wenn ja, wie gedenkt die Bundesregierung dies zu tun?
6. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der Unterschiede zwischen Deutschland und anderen Staaten bei den Risikofaktoren bezüglich der

COVID-19-Pandemie (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), und wenn ja, welche Bemühungen werden unternommen, um der Bevölkerung nahezubringen und verständlich zu machen, dass daher – so die Einschätzung der Fragesteller – entsprechende Szenarien wie in Italien oder Spanien in Deutschland wahrscheinlich unrealistisch sind?

Berlin, den 8. April 2020

Dr. Alice Weidel, Dr. Alexander Gauland und Fraktion