

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Thomas Ehrhorn und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/26685 –

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

Vorbemerkung der Fragesteller

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_Coronavirus/Fallzahlen.html?fbclid=IwAR2I-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

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 15. März 2021 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

1 Million Tests bundesweit gestiegen (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117986/Labore-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 eindrucklich der Umstand, dass in einem Augsburger Testlabor im Herbst von 60 coronapositiv 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-positive-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.nlg.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. Maßnahmenockerungen 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-statistik-en-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 Grippeperiode 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/vermischtes/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-umheimbewohner-art-10426804>); (<https://www.n-tv.de/panorama/Wolfsburger-Pflegeheim-meldet-zwoelf-Tote-article21676304.html>). Führende Wissen-

schaftler 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-streeck-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-gescheitert-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://rpp-online.de/nrw/staedte/hilden/corona-ausbrueche-in-altenheimen-treiben-inzidenz-im-kreis-mettmann-hoch_aid-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-Infektionen 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-psychosoziale-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/6408-op-von-krebspatient-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/#:~:te>

xt=Entwicklung%20der%20t%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-unverhaeltnismaessig.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-s-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/panorama/deutschland/reiserueckkehrer-aus-diesen-laendern-schleppen-sie-corona-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-quaran>

taene-unterkunft-fuer-fluechtlinge-li.123700); (<https://www.vip.de/cms/corona-a-infizierte-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>).

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)?

Zu einem der wichtigsten Werkzeuge bei der Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2 gehört das Testen. Beim Testen auf das Vorliegen einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 werden unterschiedliche Ziele verfolgt. Zum einen ist es für eine gezielte Krankenbehandlung essentiell, bei symptomatischen Personen mit Verdacht auf eine COVID-19-Erkrankung die Krankheitsursache festzustellen. Des Weiteren wird auch getestet, um symptomatische, symptomlose bzw. präsymptomatische möglicherweise kontagiöse Personen zu erkennen, um im Fall des Vorliegens einer Infektion Maßnahmen (z. B. Quarantäne) veranlassen zu können und so die Weiterverbreitung des Virus oder den Eintrag des Virus z. B. in sensible Bereiche zu verhindern.

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie wird in Deutschland daher im Rahmen der Nationalen Teststrategie gezielt auf das Vorliegen von Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet. Hierfür wurden die Testkapazitäten zum Virusnachweis mittels Nukleinsäurenachweis (z. B. PCR-)Testung seit März 2020 und mittels Antigen-Schnelltests seit Oktober 2020 kontinuierlich erweitert, um jedem Bürger und jeder Bürgerin bei Erfüllung der Testindikation einen Test auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2 Infektion zu ermöglichen.

Die Genauigkeit eines diagnostischen Tests – also der Anteil richtig-positiver und richtig-negativer Ergebnisse – oder auch prädikative Wert (sog. Vortestwahrscheinlichkeit) – ist abhängig von der Prävalenz einer Infektion in der Bevölkerung und nicht von der Anzahl der durchgeführten Tests. Demzufolge ist im niedrigprävalenten Bereich die Wahrscheinlichkeit geringer, dass ein Testpositiver infiziert ist und die Wahrscheinlichkeit höher, dass ein Testpositiver nicht infiziert ist, also falsch positiv, ist. Das heißt wie bei allen diagnostischen Tests zur Erregerdetektion ist im Fall von SARS-CoV-2 die Vortestwahrscheinlichkeit abhängig von der Verbreitung von SARS-CoV-2 Infektionen in der Bevölkerung (Prävalenz der Infektion) und nicht von der Anzahl durchgeführter Tests.

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?

Die Fragen 2 und 3 betreffen beide den Aspekt falsch-positiver PCR-Ergebnisse und werden daher im Sachzusammenhang gemeinsam beantwortet.

Da die Erfassung der Zahl mit SARS-CoV-2 infizierter Personen eine wesentliche Säule im Rahmen des Meldewesens darstellt (direkter Erregernachweis), hat das Robert Koch-Institut (RKI) zur Frage der Sensitivität und Spezifität der diagnostischen Tests und der Rolle falsch-positiver Testergebnisse für die Bewertung der Lage in Deutschland im Rahmen eines Beitrages im Epidemiologischen Bulletin 45/2020 (vom 5. November 2020) Stellung genommen (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/45_20.pdf).

Sollte es zu falsch-positiven Ergebnissen gekommen sein, so ist dies kein systematisches Problem, sondern geht ggf. auf fehlerhafte Durchführung eines Tests in einem primärdiagnostizierenden Labor zurück. Für die Qualitätssicherung dieser Untersuchungen werden in Deutschland Ringversuche von INSTAND – Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien e.V. regelmäßig angeboten.

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)?

Meldepflichtig sind gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) der Verdacht auf eine Erkrankung, eine Erkrankung und der Tod in Bezug auf COVID-19 sowie der Nachweis des Erregers SARS-CoV-2, soweit er auf eine akute Infektion hinweist. Somit werden dem RKI auch Fälle gemeldet, bei denen SARS-CoV-2 nachgewiesen wurde, die jedoch keine Symptome aufweisen. Bei diesen Fällen kann es sich entweder um asymptomatische Infektionen handeln oder um Fälle, die bereits vor Auftreten ihrer Symptome entdeckt wurden (beispielsweise im Rahmen der Kontaktpersonennachverfolgung) und erst später Symptome entwickeln. Entscheidend ist in beiden Fällen der Nachweis einer laborbestätigten Infektion, da auch Personen mit wenigen oder keinen Symptomen die Infektion weitergeben können.

Soweit die entsprechenden Angaben aus den Gesundheitsämtern vorliegen, unterscheidet das RKI zwischen Fällen mit oder ohne Symptome. Diese Auswertung wird jeweils dienstags im RKI-Lagebericht veröffentlicht. Dabei beträgt der Anteil der Fälle ohne Symptome seit Oktober 2020 zwischen 13 und 18 Prozent.

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)?

In die Statistik des RKI gehen die COVID-19-Todesfälle ein, bei denen ein laborbestätigter Nachweis von SARS-CoV-2 (direkter Erregernachweis) vorliegt und die in Bezug auf diese Infektion verstorben sind. Das Risiko an COVID-19 zu versterben ist bei Personen, bei denen bestimmte Vorerkrankungen bestehen, höher. Daher ist es in der Praxis häufig schwierig zu entscheiden, inwieweit die SARS-CoV-2 Infektion direkt zum Tode beigetragen hat. Sowohl Menschen, die unmittelbar an der Erkrankung verstorben sind („gestorben an“), als auch Personen mit Vorerkrankungen, die mit SARS-CoV-2 infiziert waren und bei denen sich nicht abschließend nachweisen lässt, was die Todesursache war („gestorben mit“), werden derzeit erfasst.

Generell liegt es immer im Ermessen des Gesundheitsamtes, ob ein Fall als verstorben an bzw. mit COVID-19 ans RKI übermittelt wird oder nicht. Bei einem Großteil der an das RKI übermittelten COVID-19-Todesfälle wird „verstorben an der gemeldeten Krankheit“ angegeben.

Darüber hinaus wird in fast allen Bundesländern der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung an das Gesundheitsamt gesendet. Dort kann ein Abgleich mit den Meldedaten erfolgen, wenn auf der Todesbescheinigung als Todesursache eine Infektionskrankheit angegeben ist.

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)?

Die 7-Tage-Inzidenz für SARS-CoV-2 Neuinfektionen pro 100 000 Einwohner hat sich in der Vergangenheit als verlässlicher Frühindikator für die Entwicklung der Corona-Virusausbreitung in Deutschland erwiesen. Bei einer Überschreitung der 7-Tage-Inzidenz von 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner konnte eine relevante Mehrbelastung des Gesundheitssystems festgestellt werden. Zudem handelt es sich um einen Richtwert für die Gewährleistung der Kontaktnachverfolgung durch die Gesundheitsämter.

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?

Das übergeordnete Ziel der COVID-Bekämpfungs-Strategie ist es, die Zahl der schweren Erkrankungen, Langzeitfolgen und Todesfälle durch COVID-19 zu

minimieren und eine Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden. Hierzu ist wichtig, dass bei symptomatischen infizierten Personen schnell die Diagnose gestellt wird, dass Kontaktpersonen von Infizierten schnell und vollständig nachverfolgt werden und dass durch präventive Testung frühzeitig infizierte aber noch nicht symptomatische Personen erkannt werden können. Damit die Kontaktnachverfolgung durchgeführt werden kann, muss die Zahl der Neuinfektionen möglichst niedrig sein, damit der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) neu auftretende Fälle nachverfolgen, Quarantäne sowie Isolation anordnen sowie ggf. Ausbruchsuntersuchungen durchführen kann.

Der genannte Schwellenwert von 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen dient als ein wichtiger Indikator für das Ergreifen von Maßnahmen zur Verhinderung und Verbreitung von COVID-19. In § 28a des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist festgelegt, dass bei Überschreiten des bundesweiten Schwellenwertes von 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen umfassende Schutzmaßnahmen zu ergreifen sind, die eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens erwarten lassen. Bei Überschreitung eines Schwellenwertes von über 35 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen sind breit angelegte Schutzmaßnahmen zu ergreifen, die eine schnelle Abschwächung des Infektionsgeschehens erwarten lassen. Unterhalb eines Schwellenwertes von 35 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen kommen insbesondere Schutzmaßnahmen in Betracht, die die Kontrolle des Infektionsgeschehens unterstützen. Insbesondere auf lokaler und regionaler Ebene können diese den aktuellen Gegebenheiten angepasst und unterschiedlich sein.

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)?

In der Europäischen Union wurde für das Arzneimittel Veklury® (Wirkstoff: Remdesivir) eine bedingte Genehmigung für das Inverkehrbringen zur Therapie von COVID-19 erteilt.

Zudem befindet sich ein dexamethasonhaltiges Arzneimittel in einem europäischen Zulassungsverfahren in der Indikation COVID-19. Dexamethason kann nach Bewertung des Ausschusses für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur als Behandlungsoption für COVID-19-Patientinnen und Patienten in Betracht gezogen werden, die eine Sauerstofftherapie benötigen.

Ferner hatte das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) am 3. März 2020 in einer schnellen Reaktion auf das Infektionsgeschehen in Deutschland den „Förderaufruf zur Erforschung von COVID-19 im Zuge des Ausbruchs von SARS-CoV-2“ veröffentlicht. Dieser umfasste neben Forschungsvorhaben zu diagnostischen Ansätzen sowie dem Verständnis und der Verbreitung des Virus auch therapeutische Ansätze und war mit einem Volumen von 45 Mio. Euro ausgestattet.

Insgesamt konnten mit dem vorgenannten Förderaufruf sehr zügig innovative Projektideen für COVID-19-Therapeutika aus verschiedenen Richtungen in zu meist noch sehr frühen Entwicklungsstadien unterstützt werden.

Weiter wurde am 6. Januar 2021 durch das BMBF das Förderprogramm zur „Forschung und Entwicklung dringend benötigter Therapeutika gegen SARS-CoV-2“ veröffentlicht, dessen Fokus auf der klinischen Entwicklung viel-

versprechender therapeutischer Ansätze im Rahmen von Phase I und IIa/IIb-Studien liegt. Mit Hilfe dieser Studien sollen Daten generiert werden, die hinreichend sichere Schlussfolgerungen auf ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis der Therapeutika ermöglichen. Ein weiteres Förderprogramm zu versorgungsnahen Arzneimitteln gegen COVID-19 befindet sich derzeit in Planung durch BMG und BMBF.

9. Weshalb ist es der Bundesregierung in Zusammenwirken 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 Inzidenzzahlen in den betroffenen Kreisen schlagartig in die Höhe treiben (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Im Rahmen der Schritte zur Bewältigung der Corona-Pandemie im Gesundheitsbereich wurden mehrfach Regelungen und Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen, der Pflegekräfte, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen getroffen. Damit wurden die professionelle pflegerische Versorgung, aber auch die häusliche Pflege strukturell wie finanziell in die Lage versetzt, besser und flexibler auf die unmittelbaren Herausforderungen antworten zu können, und die Voraussetzung geschaffen insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen vor Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen.

Zudem hat sich die Bundesregierung zu Beginn der Pandemie in die Beschaffung von Schutzmasken eingebracht, die u. a. auch an Einrichtungen wie Pflegeheime verteilt wurden. Von Herbst bis Winter 2020 wurden zusätzlich Maskenpakete an Pflegeeinrichtungen versendet, um diese bei der Vorratshaltung zu unterstützen.

Das RKI hat Empfehlungen zur Infektionsprävention und zum Umgang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 erarbeitet, die sich unmittelbar an Pflegeheime richten (RKI-Empfehlung „Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen“) und die stetig aktualisiert werden.

Mit dem Inkrafttreten der „Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ zum 14. Mai 2020 wurde die Grundlage für die Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2 in Einrichtungen wie Pflegeheimen geschaffen. Seit Inkrafttreten der Coronavirus-Testverordnung am 15. Oktober 2020 ist es in Einrichtungen wie Pflegeheimen möglich, Personal, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besuchspersonen in eigener Verantwortung mit PoC-Antigen-Schnelltests auf der Grundlage eines einrichtungs- oder unternehmensbezogenen Testkonzepts zu testen, um Infizierte schnellstmöglich zu erkennen und so eine weitere Ausbreitung zu verhindern. Für jeden durchgeführten Test werden den Pflegeeinrichtungen Sachkosten in Höhe der entstandenen Beschaffungskosten sowie zusätzlich anfallende Durchführungsaufwendungen, insbesondere Personalaufwendungen, erstattet. Auf Initiative der Bundesregierung hin unterstützen zudem seit Januar 2021 Bedienstete der Bundeswehr sowie Freiwillige die Einrichtungen bei der Durchführung von Testungen.

Die am 15. Dezember 2020 in Kraft getretene Coronavirus-Impfverordnung, die am 8. März 2021 aktualisiert wurde, hat basierend auf den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim RKI Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen sowie das Personal in diesen Einrichtungen in die erste

Priorisierungsgruppe eingeordnet, um diese als erste vor weiteren Infektionen und schweren Verläufen zu schützen.

Insbesondere die Impfkampagne in Pflegeheimen zeigt nicht nur eine große Impfbereitschaft sowohl bei den Bewohnerinnen und Bewohnern als auch bei den Beschäftigten; erkennbar sind auch die Wirkungen der Impfungen auf die Infektionsentwicklung.

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)?

Informationen zu Influenzafällen werden wöchentlich durch die Arbeitsgemeinschaft Influenza im Influenza-Wochenbericht veröffentlicht (<https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx>). Im Vergleich zu den Vorjahreszeiträumen wurden deutlich weniger Influenzafälle an das RKI übermittelt und es wird von einer Zirkulation von Influenzaviren auf extrem niedrigem Niveau in der Saison 2020/21 ausgegangen. Eine Beschreibung der vorangegangenen Influenzasaisons und ein Vergleich zu den Vorjahren werden jährlich im Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland veröffentlicht (<https://influenza.rki.de/Saisonbericht.aspx>).

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)?

Die Anzahl der hospitalisierten SARS-CoV-2-Fälle, die von den Gesundheitsämtern gemeldet werden, wird jeweils dienstags im RKI-Lagebericht veröffentlicht (siehe Antwort zu Frage 4). Hierbei handelt es sich jedoch um eine potenzielle Untererfassung, da die Gesundheitsämter nicht in allen Fällen von einer Hospitalisierung der Fälle erfahren. Die Anzahl der auf Intensivstationen behandelten SARS-CoV-2-Fälle werden täglich über das Intensivregister berichtet (<https://www.-intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>).

Aufgrund abweichender Teststrategien und fehlender Informationen zur Gesamtzahl an durchgeführten Testungen im ambulanten und stationären Bereich sind die vorliegenden Daten zu COVID-19-Meldungen nicht vergleichbar mit Meldungen von Influenzafällen gemäß IfSG in den Vorsaisons.

Die Zahl der Influenza-Fälle wird wöchentlich angegeben (siehe Antwort zu Frage 10). Die Grippewelle in Deutschland beginnt aber erst nach dem Jahreswechsel oder frühestens Ende Dezember. Ein Vergleich der Zeiträume Oktober 2020 bis Ende 2020 ist nicht zielführend, zumal seit März 2020 durchgehend andere nicht-pharmakologische Maßnahmen getroffen wurden, um die Übertragbarkeit von respiratorischen Erregern zu verhindern. COVID-19-Fälle gleich welcher Schwere unter diesen Voraussetzungen mit der Zahl der jährlichen saisonalen Grippeerkrankungen (und schweren Verläufen) zu vergleichen, ist epidemiologisch nicht sinnvoll.

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)?

Das DIVI-Intensivregister erfasst grundlegend erst seit Mitte März 2020 und seit Ende April 2020 in Vollabdeckung die Anzahl der Kapazitäten und zu Behandelnden auf den Intensivstationen. Die Meldepflicht im Rahmen der DIVI IntensivRegister-Verordnung trat erst zum 16. April 2020 in Kraft. Daher können für den früheren Zeitraum seitens des DIVI-Intensivregisters keine Aussagen gemacht werden. Für die Monate Oktober 2020 bis Dezember 2020 kann seitens des DIVI-Intensivregisters die Frage nur eingeschränkt beantwortet werden, aus folgenden Gründen:

Das Intensivregister ist auf die Engpass-Erkennung von intensivmedizinischen Kapazitäten fokussiert. Damit wird die aktuell belegte Kapazität auf der Intensivstation pro Meldung erfasst. Die Nationalität oder der Hauptwohnsitz der zu Behandelnden wird im DIVI-Intensivregister nicht erfasst, es werden generell keine Einzelfall-Daten der zu Behandelnden erfasst, da diese für den Zweck der Abschätzung verfügbarer Intensivkapazitäten unerheblich sind. Damit ist ein Außerachtlassen von Personen, die zur Behandlung aus dem Ausland nach Deutschland gebracht wurden, nicht möglich.

Es wird die Anzahl abgeschlossener intensivmedizinischen Behandlungen nur für die COVID-19-Behandlungen erhoben und kann nur dafür berichtet werden. Die Anzahl der COVID-19-Patientinnen und Patienten, die bis heute ihre Behandlung auf einer Intensivstation abgeschlossen haben, beinhaltet drei Gruppen: Personen, die auf eine Nicht-Intensivstation verlegt wurden, die auf eine andere Intensivstation zur Weiterbehandlung verlegt wurden (hier kann es zu Doppelzählungen kommen) oder die auf der ITS verstorben sind.

Entsprechend der oben genannten Aspekte können folgende Zahlen für Erwachsene berichtet werden:

	Anzahl der von einer Intensivstation (ITS) verlegten COVID-19-Patientinnen/Patienten	Anzahl der auf ITS verstorbenen COVID-19-Patientinnen/Patienten
Oktober 2020	2 423	506
November 2020	7 729	2 662
Dezember 2020	11 620	5 274
Januar 2021	11 690	5 925
Februar bis einschl. 24. Februar 2021	6 727	2 972

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?

Das DIVI-Intensivregister erfasst quantitative und qualitative Indikatoren zur Auslastung der intensivmedizinischen Kapazitäten.

Folgende Zahlen für die Behandlung von Erwachsenen wurden durch die Krankenhäuser an das DIVI-Intensivregister gemeldet, die zur Bewertung der Lage auf den Intensivstationen dienen:

- Zum Zeitpunkt der höchsten COVID-19-Fallzahl auf ITS am 3. Januar 2021 befanden sich auf deutschen Intensivstationen 5.762 COVID-19-Patientinnen und Patienten. Damit waren in manchen Bundesländern bis zu 40 Prozent und in einigen Landkreisen teilweise 100 Prozent der belegten Betten mit COVID-19-Patientinnen und Patienten belegt. Weiter waren im Bundesdurchschnitt fast 40 Prozent der belegten Beatmungskapazitäten durch COVID-19-Patientinnen und Patienten belegt.

Es muss dabei für die Interpretation dieser Zahlen unbedingt beachtet werden, dass auch zahlreiche andere Schwerkranke auf ITS behandelt werden müssen (z. B. Tumorbehandlung, Herzerkrankungen etc.). Ein derart anteilige Nutzung der Kapazitäten durch einen Krankheitstyp, in diesem Falle COVID-19, wird damit von den Intensivmedizinem als sehr hoch benannt.

- Die Behandlung schwerkranker COVID-19-Patientinnen und Patienten bedarf zudem eines hohen intensivmedizinischen Aufwandes. Der tägliche Anteil der COVID-19-Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation, die eine Behandlung zur Unterstützung in der Atmung benötigen, liegt bei über 90 Prozent (High-Flow, nicht-invasive, invasive, oder ECMO-Therapie), dabei um die 60 Prozent der Patientinnen und Patienten mit invasiver Beatmung als höchste Stufe der respiratorischen Unterstützung. Zudem muss die Behandlung von infektiösen COVID-Patientinnen und Patienten unter erschwerten Bedingungen für das Pflegepersonal unter Isolations- und Schutz-Maßnahmen erfolgen, die Behandlungsdauer schwer Erkrankter streckt sich weiter häufig über mehrere Wochen.
- Circa 65 Prozent der Intensivbereiche meldeten im Hauptbelastungszeitraum der 2. Welle, dass sie nur noch „begrenzt“ agieren können oder „ausgelastet“ sind. Für diese Angaben wird von den Meldenden die Gesamtsituation des Betriebes einbezogen (Personalmangel, Raummangel aufgrund nötiger Isolation, Beatmungsgeräte, Materialmangel etc.). Als einer der Hauptgründe wurde bei den Meldungen der Personalmangel genannt. Damit waren zeitweise ganze Landkreise als beschränkt oder ganz ausgelastet angezeigt.
- Die freien und betreibbaren Kapazitäten sind mit Zunahme der COVID-ITS-Fallzahlen und damit zunehmender Belastung der ITS, die mit Abnahme einer Betriebbarkeit von Betten einhergeht, ab Mitte Oktober 2020 kontinuierlich und stark gefallen. Die freien Kapazitäten fielen auf ein niedriges Niveau, im Januar 2021 waren in teils über 10 Bundesländern nur < 10 Prozent und < 15 Prozent freie Kapazitäten vorhanden. Grundlegend wird von den Intensivbereichen ein Puffer von mindestens 15 Prozent freien Kapazitäten angestrebt, um eine Reaktions- und Handlungsfähigkeit zur Behandlung schwer Erkrankter sicherzustellen.
- Für diese Sicherstellung sind Krankenhäuser in vielen Fällen dazu übergegangen vom Regelbetrieb auf einen Notbetrieb umzustellen, um Kapazitäten für die Versorgung von COVID-19-Patientinnen und Patienten auf den Intensivstationen zu schaffen. Auf diese Weise wurden beispielsweise Operationen verschoben, insofern dies aus ärztlicher Sicht vertreten werden konnte und die Anzahl der Nicht-COVID-19-Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen wurde entsprechend bewusst reduziert. So konnten kurzfristig Ressourcen für die Akut-Behandlung gewonnen werden.

Weiter muss beachtet werden, dass nur ca. 50 Prozent der freien betreibbaren ITS-Betten im DIVI-Intensivregister zur COVID-spezifischen Behandlung eingesetzt werden können (aufgrund nötiger Isolation, Pflegeaufwand etc).

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 auflühren) und Erstwohnsitz sowie betroffenem Bundesland angeben)?

Der Anteil der hospitalisierten und verstorbenen COVID-19 Fälle wird dienstags im RKI-Situationsbericht veröffentlicht. Diese und weitere klinische Aspekte können abgerufen werden unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Klinische_Aspekte.html.

Zur Staatsangehörigkeit der Fälle sind keine Daten verfügbar. Für die Ermittlung dieser Angabe gibt es keine gesetzliche Grundlage.

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)?

Die Fragen 15 und 16 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Da die Verlegung der Patientinnen und Patienten überwiegend auf Länderebene sowie im Rahmen von Krankenhaus- oder Städtepartnerschaften organisiert wurde, hat die Bundesregierung keinen umfassenden Überblick über die in Deutschland behandelten Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland.

Anhaltspunkt bieten die Daten, die das Bundesministerium für Gesundheit bei der Abwicklung des Kostenerstattungsverfahrens nach § 219a Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erhält. Nach Kenntnis der Bundesregierung sind im Jahr 2020 insgesamt 284 Patientinnen und Patienten aus Italien (44), Frankreich (138), den Niederlanden (72) und Belgien (30) aufgrund einer COVID-19-Erkrankung intensivmedizinisch in Deutschland behandelt worden.

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?

Laut Infobrief Nummer 42 an die Gesundheitsämter empfiehlt das RKI, dass mit meldepflichtigen Erkrankungen bzw. Erreger bei ausländischen Personen, die sich in Deutschland aufhalten, sofern die Erkrankung in Deutschland festgestellt wurde, in Deutschland erfasst und übermittelt werden, unabhängig davon, wie lange sich der Patient in Deutschland aufgehalten hat. Ausschlag-

gebend ist der Ort der Diagnose. Bei Personen, die zur Behandlung nach Deutschland gebracht werden, wird in der Regel noch eine Diagnostik in Deutschland gemacht und dementsprechend müssen die Fälle auch im System in Deutschland gemeldet werden. Hintergrund dafür ist, dass nicht auszuschließen ist, dass ein Patient während seines Aufenthalts andere Personen angesteckt hat und er somit zu einem Indexfall wird. Die empfohlene Erfassung und Übermittlung gewährleistet somit, dass die Gesundheitsämter entsprechende Umgebungsuntersuchungen einleiten können und dadurch weitere Erkrankte bzw. Infizierte im Umfeld des Erkrankten frühzeitig identifizieren.

Auch Todesfälle ausländischer Bürger an COVID-19 in Deutschland sollen in der Todesfallstatistik gezählt werden.

Die Anzahl der Personen aus dem Ausland und die Einflüsse auf die deutschen Fallzahlen ist jedoch sehr gering und kann in Anbetracht der hohen Fallzahlen als marginal bewertet werden.

18. Wie viele Suizide gab es in den vergangenen fünf Jahren jeweils in Deutschland, und wie viele sind es im Jahr 2020 gewesen?

Bei der Todesursachenstatistik handelt es sich um eine jährliche Vollerhebung, deren Aufbereitung in den jeweiligen Statistischen Landesämtern durchgeführt wird. Nach Aufbereitung aller Daten der Todesursachen werden die aggregierten Landesergebnisse sieben Monate nach Abschluss des Berichtsjahres an das Statistische Bundesamt geliefert, wo dann das Bundesergebnis erstellt und veröffentlicht wird. Die Ergebnisse zum Berichtsjahr 2020 liegen demnach voraussichtlich zu Beginn des vierten Quartals 2021 vor.

Die Informationen für die zurückliegenden Jahre (2015 bis 2019) sind in der nachfolgenden Tabelle zu finden:

Anzahl der Gestorbenen absolut Vorsätzliche Selbstbeschädigung
(Pos.-Nr. X60-X84 der ICD-10) Deutschland (insgesamt)

Altersgruppen	2015	2016	2017	2018	2019
Männlich					
unter 15 Jahren	6	9	16	9	11
15 Jahre b. u. 20 Jahre	133	139	132	132	121
20 Jahre b. u. 25 Jahre	243	262	233	276	235
25 Jahre b. u. 30 Jahre	340	316	295	300	289
30 Jahre b. u. 35 Jahre	380	398	342	339	329
35 Jahre b. u. 40 Jahre	356	357	369	357	367
40 Jahre b. u. 45 Jahre	458	429	346	348	381
45 Jahre b. u. 50 Jahre	658	670	602	521	451
50 Jahre b. u. 55 Jahre	792	775	735	767	667
55 Jahre b. u. 60 Jahre	768	710	701	739	707
60 Jahre b. u. 65 Jahre	548	600	550	558	600
65 Jahre b. u. 70 Jahre	406	477	490	508	490
70 Jahre b. u. 75 Jahre	580	491	421	431	413
75 Jahre b. u. 80 Jahre	681	714	644	675	649
80 Jahre b. u. 85 Jahre	517	502	568	559	578
85 Jahre b. u. 90 Jahre	353	381	375	412	400
90 Jahre und älter	178	144	166	180	154
alle Altersgruppen	7 397	7 374	6 985	7 111	6 842

Altersgruppen	2015	2016	2017	2018	2019
Weiblich					
unter 15 Jahren	13	8	12	5	11
15 Jahre b. u. 20 Jahre	63	66	52	47	42
20 Jahre b. u. 25 Jahre	73	66	70	62	51
25 Jahre b. u. 30 Jahre	87	93	57	76	72
30 Jahre b. u. 35 Jahre	105	96	105	93	88
35 Jahre b. u. 40 Jahre	110	76	92	86	82
40 Jahre b. u. 45 Jahre	163	108	98	115	100
45 Jahre b. u. 50 Jahre	237	254	160	165	148
50 Jahre b. u. 55 Jahre	290	291	291	288	257
55 Jahre b. u. 60 Jahre	266	254	231	255	224
60 Jahre b. u. 65 Jahre	209	207	196	175	212
65 Jahre b. u. 70 Jahre	184	152	160	159	163
70 Jahre b. u. 75 Jahre	247	188	155	155	160
75 Jahre b. u. 80 Jahre	253	228	231	220	200
80 Jahre b. u. 85 Jahre	163	167	152	192	197
85 Jahre b. u. 90 Jahre	133	124	122	119	118
90 Jahre und älter	85	86	66	73	74
alle Altersgruppen	2 681	2 464	2 250	2 285	2 199

Insgesamt					
unter 15 Jahren	19	17	28	14	22
15 Jahre b. u. 20 Jahre	196	205	184	179	163
20 Jahre b. u. 25 Jahre	316	328	303	338	286
25 Jahre b. u. 30 Jahre	427	409	352	376	361
30 Jahre b. u. 35 Jahre	485	494	447	432	417
35 Jahre b. u. 40 Jahre	466	433	461	443	449
40 Jahre b. u. 45 Jahre	621	537	444	463	481
45 Jahre b. u. 50 Jahre	895	924	762	686	599
50 Jahre b. u. 55 Jahre	1 082	1 066	1 026	1 055	924
55 Jahre b. u. 60 Jahre	1 034	964	932	994	931
60 Jahre b. u. 65 Jahre	757	807	746	733	812
65 Jahre b. u. 70 Jahre	590	629	650	667	653
70 Jahre b. u. 75 Jahre	827	679	576	586	573
75 Jahre b. u. 80 Jahre	934	942	875	895	849
80 Jahre b. u. 85 Jahre	680	669	720	751	775
85 Jahre b. u. 90 Jahre	486	505	497	531	518
90 Jahre und älter	263	230	232	253	228
alle Altersgruppen	10 078	9 838	9 235	9 396	9 041

Quelle: Statistisches Bundesamt, (DESTATIS) Todesursachenstatistik

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?

Der Bundesregierung liegen keine Kenntnisse darüber vor, wie viele Personen im Jahr 2020 in Deutschland verstorben sind, weil notwendige Operationen aufgrund von Corona-Maßnahmen nicht zeitnah erfolgen konnten. Es liegen keine Hinweise darauf vor, dass Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrags nicht alle medizinisch notwendigen Operationen vorgenommen haben und von der Aufforderung abgewichen sind, ausschließlich elektive Operationen und Aufnahmen in medizinisch vertretbaren Fällen zu verschieben. Die Auswertung der vorliegenden Daten für den Beirat nach § 24 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ergab, dass für die Monate März 2020 bis September 2020 die Übersterblichkeit ziemlich exakt der Anzahl der an oder mit COVID-19 gestorbenen Personen entsprach. Da für das Jahr 2020 noch keine Todesursachenstatistik vorliegt, können jedoch keine abschließenden Angaben für das Jahr 2020 gemacht werden.

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)?

Durch das Tragen einer Bedeckung von Mund und Nase wird nicht die Filtration eindringender, sondern das Zurückhalten bzw. Abbremsen ausgestoßener, möglicherweise infektiöser Flüssigkeitspartikel angestrebt. Dadurch ergibt sich eine geringere Exposition von anderen Personen in der Gemeinschaft. Zusätzlich zu den Abstandsregeln und anderen Maßnahmen kann das Tragen von Masken so zum Abbremsen des Infektionsgeschehens beitragen.

Die Erkenntnisse zur Schutzwirkung von Alltags- und sogenannten Community-Masken wurden im Epidemiologischen Bulletin vom 7. Mai 2020 dargestellt (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/19_20.pdf). In der Zwischenzeit wurden weitere Erkenntnisse zur Schutzwirkung von Masken gewonnen.

Die Verwendung von Mund-Nasen-Bedeckungen (MNB) bzw. Mund-Nasen-Schutz (MNS) in bestimmten Situationen bildet einen Baustein, der zusätzlich zu anderen Maßnahmen und bei korrekter Anwendung das Risiko von Übertragungen reduzieren kann (siehe auch: „Mund-Nasen-Bedeckung im öffentlichen Raum als weitere Komponente zur Reduktion der Übertragungen von COVID-19“, Artikel im Epidemiologischen Bulletin 19/2020, https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/19_20.pdf).

Auch in internationalen Richtlinien, z. B. der WHO („Mask use in the context of COVID-19“, [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak); Stand 1. Dezember 2020) oder des ECDC („Using face masks in the community: first update – Effectiveness in reducing transmission of COVID-19“ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission>; Stand 15. Februar 2021) finden sich ausführliche Aufarbeitungen der verfügbaren Evidenz.

Seit Einführung der Maskenpflicht wurde der Effekt des Maskentragens in unterschiedlichen wissenschaftlichen Arbeiten untersucht. In technischen Studien wird die Rückhaltewirkung von Masken im Labor untersucht. Eine Auswahl solcher Arbeiten findet sich in den Referenzen (1 bis 3).

Der Gesamteffekt der Maßnahme des Maskentragens in der Pandemie wird einerseits in Modellierungsstudien (z. B. Referenzen (4 bis 6)) und epidemiologischen Studien (z. B. Referenzen (7 bis 9)) untersucht:

Referenzen:

1. M. van der Sande, P. Teunis, R. Sabel, Professional and home-made face masks reduce exposure to respiratory infections among the general population. *PLoS One* 3, e2618 (2008).
2. A. Konda et al., Aerosol Filtration Efficiency of Common Fabrics Used in Respiratory Cloth Masks. *ACS Nano*, (2020).
3. E. P. Fischer et al., Low-cost measurement of face mask efficacy for filtering expelled droplets during speech. *Science Advances* 6, eabd3083 (2020).
4. T. Mitze, R. Kosfeld, J. Rode, K. Wälde, Face Masks Considerably Reduce COVID-19 Cases in Germany: A Synthetic Control Method Approach. (2020).
5. T. Wieland, A phenomenological approach to assessing the effectiveness of COVID-19 related nonpharmaceutical interventions in Germany. *Safety Science* 131, 104924 (2020).
6. S. E. Eikenberry et al., To mask or not to mask: Modeling the potential for face mask use by the general public to curtail the COVID-19 pandemic. *Infectious Disease Modelling* 5, 293-308 (2020).
7. C. J. Worby, H.-H. Chang, PREPRINT Face mask use in the general population and optimal resource allocation during the COVID-19 pandemic. *medRxiv : the preprint server for health sciences*, 2020.2004.2004.20052696 (2020).
8. J. M. Brauner et al., The effectiveness of eight nonpharmaceutical interventions against COVID-19 in 41 countries. *medRxiv*, (2020).
9. B. Rader et al., Mask Wearing and Control of SARS-CoV-2 Transmission in the United States. *medRxiv*, (2020).

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)?

Die Fragen 21 und 22 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung verweist auf den Bericht des RKI vom 17. September 2020 (Epidemisches Bulletin 38/2020): „Infektionsumfeld von erfassten COVID-19-Ausbrüchen in Deutschland“ (insbesondere Tabelle 3 und Tabelle 4).

Der Lagebericht des RKI weist immer dienstags die an das RKI übermittelten Ausbrüche nach Infektionsumfeld auf (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html).

Die Gesundheitsämter in Deutschland ermitteln im Rahmen der Umgebungsuntersuchung nicht nur Kontaktpersonen, die sich bei dem Fall angesteckt haben könnten, sondern erheben auch, wo sich ein Fall selbst angesteckt haben könnte (Quellensuche). Tatsächlich ist es in der Praxis für Gesundheitsämter und Betroffene oft sehr schwer, die Infektionsquelle einzugrenzen oder zu bestimmen. Übertragungen im öffentlichen Bereich kamen, sicher auch bedingt durch die massiven Gegenmaßnahmen, vergleichsweise deutlich seltener vor.

Im privaten Haushalt, in dem die Einhaltung der beschriebenen allgemeinen Schutzmaßnahmen auch bei Isolation eines bekannten Falles oder bei Quarantäne einer Kontaktperson nicht immer umsetzbar ist, wurden naturgemäß eine substantielle Anzahl von Ausbrüchen beschrieben. Häufig sind hier Infektionsketten von den Gesundheitsämtern auch leichter zu ermitteln. Es hat sich aber bestätigt, dass intensiver und längerer persönlicher Kontakt mit einem hohen Übertragungsrisiko einhergeht.

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?

Der Vollzug von Corona-Schutzmaßnahmen obliegt grundsätzlich den Ländern und Kommunen. Die Bundesregierung hat insofern keine Erkenntnisse zu Feiern ausländischer Familien und möglichen Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen. Bei den Daten zu SARS-CoV-2-Fällen, die dem RKI gemäß

§ 11 IfSG übermittelt werden, werden Informationen zur Nationalität der Fälle nicht mit erfasst.

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?

Bereits zu Beginn der Corona-Pandemie wurden im März 2020 EU-weit abgestimmte Einreisebeschränkungen aus Drittstaaten in den erweiterten EU-Raum erlassen. Einreisen aus der Türkei und Staaten der Balkanregion waren in der Folge insbesondere zu rein touristischen Zwecken nicht mehr möglich. Bei dem in der Anfrage genannten Personenkreis der Urlaubsrückkehrer handelt es sich allerdings überwiegend um Personen mit einem Aufenthaltsrecht in der Bundesrepublik Deutschland (Deutsche, Freizügigkeitsberechtigte und Drittstaatsangehörige mit gültigen Aufenthaltstiteln) sowie um Personen, die entsprechende Ausnahmen von den Einreisebeschränkungen geltend machen konnten.

Bei Einreisen aus Drittstaaten wurden alle Personen bei ihrer Einreise an den grenzkontrollpflichtigen Grenzen gemäß den Vorgaben der Verordnung (EU) 2016/399 (Schengener Grenzkodex) kontrolliert. Die Bundespolizei führte ergänzend intensiviertere und verstärkte Maßnahmen zur Überwachung der grenzkontrollfreien deutschen Binnengrenzen durch und unterstützte dabei auch die zuständigen Gesundheitsbehörden der Länder. In diesem Kontext wurden u. a. Informationsflyer über die Test- und Quarantänevorschriften verteilt. In den Fällen, in denen die Bundespolizei anlässlich ihrer originären Aufgabenwahrnehmung Personen mit einem Voraufenthalt in einem Risikogebiet feststellte, wurden die örtlich zuständigen Gesundheitsbehörden unterrichtet. Bei erkennbaren Infektionsfällen wurden die Gesundheitsbehörden unmittelbar kontaktiert und weitere Maßnahmen eingeleitet.

In Bezug auf die Republik Türkei sah eine bilaterale Vereinbarung zwischen dem 4. August 2020 und 8. November 2020 eine Ausnahme von der Reisewarnung des Auswärtigen Amts für vier touristisch geprägte türkische Provinzen vor. Voraussetzungen hierfür waren ein im nationalen Vergleich signifikant niedrigeres Infektionsgeschehen und besondere Schutz- und Hygienekonzepte für touristische Einrichtungen in den betreffenden Regionen sowie die Verpflichtung für Reisende aus der Türkei, vor ihrer Reise nach Deutschland einen SARS-CoV-2-Test durchführen zu lassen. Ein negatives Testergebnis musste bei Einreise nachgewiesen werden können. Bei positivem Testergebnis musste eine Hotel-Quarantäne in der Türkei absolviert werden.

Im Zuge der Anpassung der Muster-Quarantäneverordnung des Bundes am 14. Oktober 2020 wurden die genannten Voraussetzungen in § 2 Absatz 3 Nummer 6 auch als Grundlage für weitere eventuelle Vereinbarungen mit anderen Staaten verankert. Die Vereinbarung musste zum 9. November 2020 suspendiert werden, da seitens der Türkei keine ausreichende Transparenz zum tatsächlichen Infektionsgeschehen hergestellt wurde.

Zur Dunkelziffer von aus Risikogebieten eingereisten Reiserückkehrern mit einer unerkannten SARS-CoV-2-Infektion liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse im Sinne der Fragestellung vor.

Mit der am 14. Januar 2021 in Kraft getretenen Coronavirus-Einreiseverordnung werden die bei Einreisen geltenden Pflichten gebündelt und je nach Eintragsrisiko abgestuft.

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)?

Das Migrationsgeschehen in Deutschland ist vor allem durch die unionsrechtlich geschützte Zuwanderung aus bzw. Abwanderung in andere Mitgliedstaaten der Europäischen Union geprägt.

Die Unterbringung und medizinische Versorgung von Schutzsuchenden erfolgt im Zuständigkeitsbereich der Länder. Die zuständigen Stellen haben zwischenzeitlich bundesweit standortabgestimmte Schutzkonzepte entwickelt und umgesetzt. Bundesweit sind ausreichend Quarantänekapazitäten vorhanden. Zur Unterstützung der lokalen Gesundheitsämter liegen seit dem 10. Juli 2020 mit Einvernehmen des Bundesministeriums des Inneren, für Bau und Heimat (BMI) Empfehlungen des RKI zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende (im Sinne von §§ 44, 53 AsylG) vor (veröffentlicht auf der Internetseite des RKI: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/AE-GU/Aufnahmeeinrichtungen.html).

