

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jörg Schneider, Martin Sichert,  
Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD  
– Drucksache 20/2314 –**

### **Gründe für die Übersterblichkeit in der Grippesaison**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Das Auftreten des Coronavirus im Jahr 2020 hat zur Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite geführt, welche seitdem zu zahlreichen Beschränkungen im Leben der Menschen in Deutschland geführt hat.

Die Fragesteller möchten den historischen Bezug zu früheren Infektionswellen herstellen, welche früher in der Regel als „Grippesaison“ bezeichnet wurden. Dazu haben sie die monatlichen Sterbezahlen in Deutschland seit dem Jahr 2000 untersucht und die Übersterblichkeit jeder Grippesaison im Vergleich zum Rest des jeweiligen Jahres berechnet ([https://www.dropbox.com/s/10g42kxm04t8tiw/Sterbezahlen\\_2000-2021.JPG?dl=0](https://www.dropbox.com/s/10g42kxm04t8tiw/Sterbezahlen_2000-2021.JPG?dl=0); Quelle für die verwendeten Daten: Statistisches Bundesamt, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html>). Als Grippesaison wurden die Monate November (Vorjahr) bis April definiert. Berechnet wurde die Übersterblichkeit wie folgt: Es wurde jeweils der Mittelwert der Sterbezahlen November (Vorjahr) bis April durch den Mittelwert der Monate Mai bis Oktober geteilt und 100 Prozent wurden abgezogen. So entstehen relative, vergleichbare Werte, die keine absoluten Zahlen mehr enthalten.

Folgende Übersterblichkeiten wurden so ermittelt: 2000/2001 5,3 Prozent, 2001/2002 6,6 Prozent, 2002/2003 10,6 Prozent, 2003/2004 7,6 Prozent, 2004/2005 11,6 Prozent, 2005/2006 5,4 Prozent, 2006/2007 7,2 Prozent, 2007/2008 10,8 Prozent, 2008/2009 15,4 Prozent, 2009/2010 5,7 Prozent, 2010/2011 8,1 Prozent, 2011/2012 10,2 Prozent, 2012/2013 16,2 Prozent, 2013/2014 4,9 Prozent, 2014/2015 15,2 Prozent, 2015/2016 7,7 Prozent, 2016/2017 16,5 Prozent, 2017/2018 16,4 Prozent, 2018/2019 8,6 Prozent, 2019/2020 9,5 Prozent, 2020/2021 15,9 Prozent.

Folgendes kann man nach Ansicht der Fragesteller den Daten entnehmen: Es gibt jedes Jahr in Deutschland in der Grippesaison eine deutliche Übersterblichkeit. Sie bewegt sich zwischen 5,3 Prozent 2000/2001 und 16,5 Prozent 2016/2017. Von Dezember bis März ist die Sterblichkeit besonders hoch und im Sommer am geringsten. Auf eine bis zwei stärkere Grippesaisons folgen immer eine bis zwei milde. Die erste Corona-Saison 2019/2020 zeigt mit 9,5 Prozent eine recht durchschnittliche Übersterblichkeit. Die zweite Corona-Saison 2020/2021 belegt mit 15,9 Prozent nur Platz vier der letzten 20 Jahre.

Über Grippesaisons mit hoher Übersterblichkeit wie 2012/2013, 2014/2015, 2016/2017 oder 2017/2018 wurde in der Regel von der Presse berichtet (<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2013/09/17/grippewelle-war-heftig-und-lang>; <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/grippe-2014-2015-zehntausende-mussten-ins-krankenhaus-a-1052868.html>; <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/grippe-in-deutschland-influenza-saison-2016-17-war-besonders-heftig-a-1170348.html>; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106375/Grippewelle-war-toedlichste-in-30-Jahren>).

Die Übersterblichkeit in der Grippesaison zwischen 2000 und 2021 hat einen leicht steigenden Trend. Eine Regression ergibt eine statistische Zunahme von etwa 0,3 Prozent pro Jahr. Die Fragesteller vermuten einen demografischen Zusammenhang. So hat sich die Zahl der über 80-Jährigen seit 2000 fast verdoppelt (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1203300/umfrage/personen-ab-80-jahren-in-deutschland/>). Diese sind durch Atemwegsinfektionen deutlich gefährdeter als jüngere Personen.

In der Historie der Bundesrepublik Deutschland lagen die absoluten Sterbezahlen bis 1990 so gut wie immer über 900 000 bis knapp 1 Million Personen pro Jahr. Anfang der 90er-Jahre fingen sie an zu sinken und erreichten 2004 ihr absolutes Minimum mit 818 000 (<https://www.deutschlandin zahlen.de/tab/deutschland/demografie/natuerliche-bevoelkerungsbewegungen/geburten-und-sterbefaelle-insgesamt>). Seitdem steigen sie wieder. Die Fragesteller vermuten hier einen Zusammenhang mit den gefallenen Soldaten des Zweiten Weltkrieges, welche in diesem Zeitraum ihr statisches Sterbealter erreicht hätten.

Da die Übersterblichkeit stets einem saisonalen Effekt folgt, muss es saisonale Ursachen geben. Die geringere Tageslänge verbunden mit einer deutlich geringeren UV-Strahlung sorgt für eine schlechtere Vitamin-D-Versorgung, welche schwere Verläufe von Atemwegsinfektionen begünstigt. Vitamin D kann der menschliche Körper nur unter UV-Strahlung bilden (<https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Vitamin-D-verhindert-Atemwegsinfektionen-312707.html>).

Einige nördlich gelegene Länder wie Irland oder Schweden haben dieses Problem erkannt und rufen ihre Bürger aktiv zur Prävention auf (<https://www.irishtimes.com/news/health/every-adult-in-ireland-should-take-vitamin-d-supplements-report-recommends-1.4531214>; <https://www.dailysabah.com/europe/2018/12/26/swedish-tv-warns-muslim-immigrants-of-vitamin-d-deficiency>).

Sicherlich halten sich die Menschen im Herbst und Winter häufiger in Innenräumen auf, was Ansteckungen begünstigt. Die vulnerabelste Gruppe für Atemwegsinfektionen sind Altenheimbewohner, besonders Bettlägerige. Sie sind besonders gefährdet, wenn Viren in diese Einrichtungen gelangen. Wegen oft schwacher Immunsysteme wirken bei ihnen Schutzimpfungen weniger gut (<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/warum-die-grippe-impfung-bei-alten-menschen-oft-nicht-wirkt-2114.php>).

Es gibt seit etwa 80 Jahren Grippe-Schutzimpfungen. Erfahrungsgemäß werden sie unmittelbar vor der Grippesaison im Herbst verabreicht, weil man um die zeitlich begrenzte Wirksamkeit weiß. Die meisten Menschen in Deutschland, abgesehen von Hochrisikopatienten, haben die Impfungen gegen das Coronavirus abweichend im Frühjahr oder Sommer 2021 erhalten. Dass die Zulassungsstudien fast aller Impfstoffe gegen das Coronavirus mit zwei Dosen erfolgten, erscheint den Fragestellern bereits ungewöhnlich. Für die Auswirkungen von drei oder sogar vier Impfdosen innerhalb eines Jahres gibt es mit keinem anderen Impfstoff bisher Erfahrungen zur Verträglichkeit, Wirksamkeit oder Langzeitsicherheit.

1. Welche Gründe gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zusätzlich zu Atemwegsinfektionen für die jährliche Übersterblichkeit in den Monaten November (Vorjahr) bis April?

In allen europäischen Ländern gibt es ein saisonales Muster der Sterblichkeit, das dazu führt, dass im Winter mehr Menschen sterben als im Sommer. Ein-

flüsse, die Auswirkungen auf ein Mortalitätsmonitoring haben können, sind beispielsweise Influenzawellen.

2. Wieso kommt es nach Kenntnis der Bundesregierung zur Alternierung der Übersterblichkeit in der Grippezeit, sodass auf eine bis zwei stärkere Grippezeiten immer eine bis zwei mildere folgen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Es gab in den letzten zwei Jahrzehnten verschiedentlich die Beobachtung, dass eine relativ hohe Durchseuchung in einer Saison zu einem hohen Bevölkerungsschutz führt und somit ein relativer Schutz vor einem ähnlichen Virustyp in der darauffolgenden Saison aufgebaut werden konnte. Da prinzipiell seit vier Jahrzehnten zwei Influenza A-Subtypen sowie ein zweiter Influenzotyp B zirkulieren, kommt es allerdings nicht immer zu dieser alternierenden Bevölkerungsschutz in den Influenzawellen.

3. Wie wirkt sich nach Einschätzung der Bundesregierung die Demographie auf die Übersterblichkeit in der Grippezeit aus (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Sowohl für die Sterberate als auch für die Stärke des saisonalen Musters der Sterblichkeit besteht eine sehr deutliche Altersabhängigkeit, so dass demographische Veränderungen einen Einfluss auf die Sterblichkeit haben. Ebenso nimmt die Influenzasterblichkeit mit dem Alter stark zu, jedoch spielt bei dem Ausmaß der Übersterblichkeit auch der populationsbezogene Immunitätsgrad, bezogen auf die jeweils zirkulierenden Virusvarianten der Influenza, eine Rolle.

4. Was begründet nach Einschätzung der Bundesregierung die besondere Gefährlichkeit der Infektion mit Corona, obwohl die Übersterblichkeit in der Grippezeit 2020/2021 nur die vierthöchste der letzten 20 Jahre ist (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Je nach verwendeter Methode zeigen Modellierungen zur Berechnung der Übersterblichkeit teils unterschiedliche Ergebnisse. Ein gemeinsames Ergebnis dabei ist, dass auch in Deutschland die Anzahl an Verstorbenen durch eine COVID-19-Infektion bei weitem höher ist als beispielsweise durch die Influenza. Die besondere Gefährlichkeit begründet sich darin, dass das Virus die Kriterien eines pandemischen Erregers erfüllt (siehe dazu: Nationaler Pandemieplan <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/174/29x3v1R5Miwxa6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

5. Aus welchen medizinischen Gründen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung abweichend zur Grippe-Schutzimpfung die Corona-Schutzimpfungen für die meisten Menschen im Frühjahr oder Sommer 2021 empfohlen und durchgeführt?

Da SARS-CoV-2 sich aufgrund seiner pathogenen Eigenschaften und der damit verbundenen Erkrankungsschwere, -häufigkeit und Sterblichkeit von den zirkulierenden saisonalen Influenzaviren unterscheidet und unter Berücksichtigung der verfügbaren Impfstoffe sowie der oben genannten Aspekte, hat die STIKO im Sommer 2021 eine Empfehlung zur COVID-19-Impfung erarbeitet. Die ak-

tuelle Empfehlung der STIKO und die wissenschaftliche Begründung dazu können unter dem folgenden Link abgerufen werden:

<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html>.

6. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung ohne Corona-Schutzimpfungen zusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?

Das Robert Koch-Institut (RKI) publizierte im September 2021 eine Analyse im Epidemiologischen Bulletin, die rückblickend den Effekt der Impfung im ersten Halbjahr 2021 (Januar bis Juli 2021) abschätzte. Danach wurden im oben genannten Zeitraum durch die COVID-19-Impfung in Deutschland 706 000 Meldefälle, 76 600 stationäre und etwa 19 600 intensiv-medizinische Fälle sowie mehr als 38 300 Sterbefälle verhindert. Die verhinderten Fälle betrafen in diesem Zeitraum aufgrund der damals empfohlenen Priorisierung von besonders gefährdeten Personen größtenteils Menschen aus der Altersgruppe über 60 Jahre. In dieser Altersgruppe wurden die ohne die Impfung zu erwartenden Sterbefälle geschätzt um 47 Prozent reduziert ([https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/35\\_21.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/35_21.pdf?__blob=publicationFile)).

7. Aufgrund welcher medizinischen Studien gelten nach Kenntnis der Bundesregierung regelmäßige Auffrischimpfungen (Booster) gegen das Coronavirus als wirksam und unbedenklich für das Immunsystem?

Bislang empfiehlt die STIKO lediglich eine Auffrischimpfung für alle Altersgruppen ab 12 Jahren sowie eine zweite Auffrischimpfung für bestimmte Personengruppen. Die zugrunde liegende Evidenz für die einzelnen Entscheidungen (unter anderem zur Wirksamkeit und Sicherheit der Auffrischimpfungen) sind im Detail in den Wissenschaftlichen Begründungen der STIKO ausgeführt.

Zudem empfiehlt das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) eine zweite Auffrischimpfung für Personen ab 60 Jahren und für vulnerable Personen, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Erkrankungsverlauf haben (<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/updated-ecdc-ema-statement-additional-booster-doses-covid-19-vaccines>).

8. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung seit 2020 ohne sogenannte Schutzmaßnahmen zusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?

Ohne Schutzmaßnahmen und bevölkerungsbezogene Maßnahmen zur Kontaktreduktion war davon auszugehen, dass sich spätestens im Winter 2020 ein erheblicher Teil der Bevölkerung mit dem SARS-CoV-2 Virus infiziert hätte. Bei einer Letalität im Bereich von 0,8 bis 2,4 Prozent aller infizierten Personen hätte sich selbst bei moderaten weiteren Annahmen eine Zahl von mehreren 100.000 Todesfällen ergeben (vergleiche D. Gornyk et al., SARS-CoV-2 Sero-prevalence in Germany - a Population-Based Sequential Study in Seven Regions., Dtsch. Arztebl. Int., vol. 118, no. 48, pp. 824–31, 2021, doi: 10.3238/arztebl.m2021.0364 sowie T. Dimpfl, J. Sönksen, I. Bechmann, and J. Grammig, Estimation of the SARS-CoV-2 infection fatality rate in Germany, medRxiv, 2021, doi: <https://doi.org/10.1101/2021.01.26.21250507>). Dabei ist noch

nicht mitgerechnet, dass eine massive Überlastung des Gesundheitssystems auch zu vielen weiteren Todesfällen, unabhängig von der reinen SARS-CoV-2-Infektion, geführt hätte.

9. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung ohne Quarantäne
- a) Infizierter und
  - b) Kontaktpersonen Infizierter
- zusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

10. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung ohne eine Maskenpflicht
- a) in öffentlichen Gebäuden,
  - b) in öffentlichen Verkehrsmitteln,
  - c) in Geschäften,
  - d) in der Gastronomie,
  - e) im Außenbereich,
  - f) in Schulen,
  - g) in medizinischen Einrichtungen,
  - h) in Altenheimen,
  - i) Kontaktbeschränkungen,
  - j) Lockdowns,
  - k) lokale Ausgangssperren ab dem 23. April 2021 (Bundesnotbremse) und
  - l) Nichtgenehmigung von Demonstrationen und Versammlungen
- zusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?

Eine Aufschlüsselung nach Einzelkategorien ist nicht möglich, da diese Maßnahmen ihre Wirksamkeit nicht unabhängig voneinander, sondern in Kombination (Multikomponenten-Ansatz) entfalten, siehe unter anderem: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Downloads/control-covid-2021-09-22.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Downloads/control-covid-2021-09-22.pdf?__blob=publicationFile)). Zudem muss berücksichtigt werden, dass ein Teil der Bevölkerung bereits einen Teilschutz etwa aufgrund einer Impfung beziehungsweise einer Infektion im Laufe des Pandemiegeschehens erworben hat. Insofern wird auf Studien zur Wirksamkeit von nicht-pharmazeutischen Interventionen bei der Kontrolle der COVID-19-Pandemie verwiesen, die unter anderem unter dem folgenden Link abgerufen werden können: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekt\\_e\\_RKI/Wirksamkeit\\_NPIs.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekt_e_RKI/Wirksamkeit_NPIs.html).

Darüber hinaus wird auf den Bericht der Sachverständigenkommission zur Evaluation des Infektionsschutzgesetzes verwiesen, der vorhandene Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen zusammenträgt und beurteilt. Der Bericht der Sachverständigenkommission ist unter dem nachfolgenden Link abrufbar:

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Download/S/Sachverstaendigenausschuss/220630\\_Evaluationsbericht\\_IFSG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Download/S/Sachverstaendigenausschuss/220630_Evaluationsbericht_IFSG.pdf).

11. Aufgrund welcher medizinischen Studien ist nach Kenntnis der Bundesregierung belegbar, dass medizinische Masken (schützen Patienten vor Auswürfen des Behandelnden) oder FFP2-Masken (Staubschutzmasken) die Träger vor Viren schützen beziehungsweise Dritte schützen?  
  
Wie hoch wären die Inzidenzen ohne eine Maskenpflicht gewesen (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?
12. Warum wurde nach Kenntnis der Bundesregierung das Tragen von Masken nicht bereits während der Grippesaisons vergangener Jahre empfohlen, wenn diese vor Atemwegsvirusinfektionen wirksam schützen?

Die Fragen 11 und 12 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die prinzipielle Fähigkeit von Masken, ausgestoßene Tröpfchen der Masken-tragenden Person zurückzuhalten, wurde in experimentellen Laboruntersuchungen hinreichend gezeigt. Ebenfalls konnte ein Eigenschutz der Masken-tragenden Person gezeigt werden (siehe dazu Sterr CM, Nickel IL, Stranzinger C et al.: Medical face masks offer self-protection against aerosols: An evaluation using a practical in vitro approach on a dummy head. *PLoS One* 2021;16(3):e0248099 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33657178> sowie Lindsley WG, Blachere FM, Law BF et al.: Efficacy of face masks, neck gaiters and face shields for reducing the expulsion of simulated cough-generated aerosols. *Aerosol Science and Technology* 2020:1-12 und Bagheri G, Thiede B, Hejazi B et al.: An upper bound on one-to-one exposure to infectious human respiratory particles. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2021;118(49):e2110117118 <https://www.pnas.org/content/pnas/118/49/e2110117118.full.pdf>). Die Empfehlung zum Tragen von Masken im Kontext der SARS-CoV-2-Pandemie beruht auf Untersuchungen, die belegen, dass ein relevanter Anteil von Übertragungen von SARS-CoV-2 unbemerkt erfolgt, das heißt zu einem Zeitpunkt vor dem Auftreten der ersten Krankheitszeichen beziehungsweise durch Personen mit asymptomatischer Infektion. Dies wird ebenso im epidemiologischen Steckbrief erläutert und die entsprechende Literatur zitiert ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html)). Halten sich in einem Raum unerkannt infektiöse Personen auf, die Masken tragen, so verringert sich dadurch der Ausstoß infektiöser Partikel und damit auch das Expositionsrisiko für alle anderen Anwesenden, einschließlich solcher Personen, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf haben.

Im medizinischen Kontext wurde die Reduktion der Transmission von respiratorischen Erregern und SARS-CoV-2 durch das Tragen medizinischer Masken in systematischen Evidenzsynthesen belegt (siehe hierzu: Tran TQ, Mostafa EM, Tawfik GM et al.: Efficacy of face masks against respiratory infectious diseases: a systematic review and network analysis of randomized-controlled trials. *J Breath Res* 2021;15(4) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34407516> sowie Chu DK, Akl EA, Duda S et al.: Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2020; Li Y, Liang M, Gao L et al.: Face masks to prevent transmission of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Am J Infect Control* 2021;49(7):900-6 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7748970/pdf/main.pdf>). In der Allgemeinbevölkerung wurde ebenso ein infektionsreduzierender Effekt der Einführung einer Maskenpflicht als Teil unterschiedlicher Maßnahmenbündel auf das

Infektionsgeschehen in systematischen Analysen untersucht (zu finden unter Mendez-Brito A, El Bcheraoui C, Pozo-Martin F: Systematic review of empirical studies comparing the effectiveness of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. *J Infect* 2021;83(3):281-93 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34161818> und Pozo-Martin F, Weishaar H, Cristea F et al.: The impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 epidemic growth in the 37 OECD member states. *Eur J Epidemiol* 2021;36(6):629-40 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34114189>), dabei kann der Effekt einzelner Maßnahmen aufgrund der Kombination mit anderen Schutzmaßnahmen in diesen Analysen nicht beziffert werden. Hinweise auf den protektiven Effekt des Maskentragens auf die Transmission von SARS-CoV-2 in der Allgemeinbevölkerung liegen weiterhin in Modellierungsstudien vor (siehe dazu Eikenberry SE, Mancuso M, Iboi E 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* 2020;5:293-308 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468042720300117> und <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7186508/pdf/main.pdf> und unter Mitze T, Kosfeld R, Rode J et al.: Face Masks Considerably Reduce COVID-19 Cases in Germany: A Synthetic Control Method Approach. 2020). Ein positiver Effekt von nichtpharmakologischen Maßnahmen, einschließlich des Maskentragens, ließ sich auch in der Transmission verschiedener respiratorischer Viren einschließlich SARS-CoV-2 in der Allgemeinbevölkerung beobachten (siehe hierzu Oh DY, Buda S, Biere B et al.: Trends in respiratory virus circulation following COVID-19-targeted nonpharmaceutical interventions in Germany, January - September 2020: Analysis of national surveillance data. *Lancet Reg Health Eur* 2021;6:100112 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34124707>).

13. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung ohne die sogenannte 3G-Regel, 2G-Regel oder 2G-Plus-Regel zusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?
14. Wie viele Menschen wären nach Einschätzung der Bundesregierung ohne eine Testpflicht in Bildungseinrichtungen wie Schulen zusätzlich an den Folgen einer Corona-Infektion verstorben (bitte nach Monaten aufschlüsseln)?

Die Fragen 13 und 14 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antwort zu Frage 10 verwiesen.

