

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Jörg Schneider, Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christina Baum, Thomas Dietz, Martin Reichardt, Carolin Bachmann, Jürgen Braun, Gereon Bollmann, Frank Rinck und der Fraktion der AfD**

### **Veröffentlichung der Protokolle des Robert-Koch-Instituts zum Corona-Krisenstab**

Am 20. März 2024 veröffentlichte das Onlinemagazin „Multipolar“ über 200 Dokumente, welche die Protokolle des Corona-Krisenstabs des Robert-Koch-Instituts (RKI) von Januar 2020 bis April 2021 umfassen. Diese galten bisher als Verschlussache. Mehr als Tausend Passagen sind geschwärzt. Ebenfalls veröffentlicht wurde ein Schreiben der Rechtsanwaltspartnerschaft Raue, in dem auf 1059 Seiten die Schwärzungen mit dem Informationsfreiheitsgesetz (IFG) begründet werden ([multipolar-magazin.de/artikel/rki-protokolle-2](https://multipolar-magazin.de/artikel/rki-protokolle-2)). „Multipolar“ hat für die Herausgabe der Dokumente vor dem Berliner Verwaltungsgericht gegen die Bundesrepublik Deutschland geklagt. Aufgrund der weitreichenden Freiheitseinschränkungen durch sogenannte Corona-Schutzmaßnahmen zwischen 2020 und 2023 dürfte nach Einschätzung der Fragesteller ein hohes öffentliches Interesse an den Inhalten der Protokolle vorliegen.

Im März 2020 verschärfte das RKI die Risikobewertung zu Corona zuerst von „gering bis mäßig“ auf „mäßig“ und dann am 17. März 2020 weiter auf „hoch“. Im Protokoll des RKI vom 16. März 2020 steht, wie im oben genannten Artikel zitiert, dazu: „Am Wochenende wurde eine neue Risikobewertung vorbereitet. Es soll diese Woche hochskaliert werden. Die Risikobewertung wird veröffentlicht, sobald [geschwärzt] ein Signal dafür gibt“; der Tagesordnungspunkt wurde eingebracht vom damaligen Vizepräsidenten Dr. Lars Schaade ([multipolar-magazin.de/artikel/rki-protokolle-1](https://multipolar-magazin.de/artikel/rki-protokolle-1)). Die Schriftliche Frage 105 des Abgeordneten Kay-Uwe Ziegler auf Bundestagsdrucksache 20/10863 an die Bundesregierung zur Schwärzung ergab als Antwort, dass es sich um eine beim RKI beschäftigte Person handelt. Der Name wurde mit Hinweis auf § 5 IFG nicht genannt.

Mit dem IFG ist 2006 ein Gesetz in Kraft getreten, mit dem es nach Ansicht der Fragesteller leicht für aktenführende Bundesbehörden ist, mit den in § 3 genannten Ausnahmen, die Auskunft oder Einsicht zu verwehren und dies zu begründen ([www.heise.de/news/Informationsfreiheitsgesetz-in-der-Kritik-144367.html](https://www.heise.de/news/Informationsfreiheitsgesetz-in-der-Kritik-144367.html)).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Ist das dem Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zugeordnete RKI auch in seiner Forschungsarbeit dem BMG gegenüber weisungsgebunden, und wenn ja, könnte dann die übergeordnete Behörde, das BMG, Vorgaben zur Empfehlung der Risikoeinschätzung und zu Schutzmaßnahmen in Bezug auf Corona machen und die Veröffentlichung anordnen?
2. War das RKI in der vorherigen 19. Wahlperiode in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsgebunden (vgl. Frage 1)?
3. Auf welcher Rechtsgrundlage hat das RKI die Protokolle des Corona-Krisenstabs zur Verschlussache erklärt und nicht freiwillig an „Multipolar“ oder deren Bevollmächtigte ausgehändigt (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
4. Bis zu welchem Datum wird die Bundesregierung, wie vom Bundesminister für Gesundheit, Dr. Karl Lauterbach angekündigt, eine weitestgehend entschwärzte Version der Protokolle veröffentlichen ([www.tagesschau.de/innland/lauterbach-corona-pandemie-protokolle-100.html](http://www.tagesschau.de/innland/lauterbach-corona-pandemie-protokolle-100.html))?
5. Wird das RKI die restlichen Protokolle des Corona-Krisenstabs ab dem 1. Mai 2021 der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen, und wenn ja, zu welchem Zeitpunkt (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
6. Hält es die Bundesregierung generell für denkbar, dass aktenführende Behörden im Einzelfall nach § 3 IFG eine Begründung nennen können, um gezielt den Zugang zu amtlichen Informationen des Bundes für Antragsteller gemäß § 7 IFG zu verhindern (vgl. o. g. Protokoll 29. Juni 2020, TOP 8: „Wenn Daten nicht herausgegeben werden sollen, kann auf den Datenschutz verwiesen werden. In Protokollen können auch einzelne Teile geschwärzt werden“)?
7. Wer oder welcher Funktionsträger entschied, was in den RKI-Protokollen gemäß § 3 IFG geschwärzt werden soll und was nicht?
8. Gibt es Leitlinien, die gemäß § 3 IFG die Schwärzungen in den RKI-Protokollen begründen, wenn ja, sind diese einzusehen (bitte ggf. angeben, wo), und wenn nein, nach welchen Kriterien wurde entschieden?
9. Hat sich die Bundesregierung juristisch beraten lassen, ob ein öffentliches Interesse der Namensnennung über § 5 IFG (Schutz personenbezogener Daten) überwiegt, wenn eine Person in exponierter Position, wie zum Beispiel der Leiter des RKI, Empfehlungen mit weitreichenden Konsequenzen für die Bevölkerung gibt, und wenn ja, wie ist diese juristische Einschätzung ausgefallen?
10. Sorgt das IFG mit seinen zahlreichen Ausnahmen gemäß §§ 3 und 5 vom Informationszugang nach Ansicht der Bundesregierung für ausreichende Transparenz bei Bundesbehörden, und wenn nein, welche Änderungen zur Verbesserung der Transparenz plant die Bundesregierung im IFG gegebenenfalls?
11. Wer oder welche Funktionsträger entscheiden bei Bundesbehörden, welche Informationen nach §§ 3 und 5 IFG nicht öffentlich zugänglich gemacht werden (bitte aufschlüsseln)?

12. Hat sich die Bundesregierung mit der Frage beschäftigt, dass die zahlreichen Schwärzungen in den Protokollen nach Ansicht der Fragesteller Misstrauen in der Bevölkerung bezüglich der Glaubwürdigkeit und Vollständigkeit von Informationen des RKI und des BMG erzeugen könnten, und wenn ja, welche Schlüsse hat die Bundesregierung daraus gezogen?
13. Wie ist die Aussage zu verstehen (vgl. o. g. Protokoll 18. Februar 2020, TOP 1), „[...] RKI ist gegen Fluglinien-Rückkehr da sie Kontaktpersonen sind, nicht sicher, ob dies dem AA bekannt ist, RKI hält an fachlich begründeter Grundhaltung fest“?
14. Durch welche Maßnahmen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung sichergestellt, dass Reiserückkehrer aus China bei ihrer Einreise keine Träger des COVID-19-Virus waren (vgl. o. g. Protokoll 19. Februar 2020, TOP 1: „Noch 92 Deutsche in Wuhan nach AA, hatten sich auf früheren Anruf nicht gemeldet, evtl. Plätze auf französischem Flug“)?
15. Aus welchen Gründen wurde im April 2020 nach Kenntnis der Bundesregierung bundesweit eine Pflicht zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes (MNS) im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) und im Einzelhandel angeordnet, obwohl es bis zum Februar 2020 offenbar keine Studien zur Evidenz und keine Empfehlungen vom Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und vom RKI gab (vgl. o. g. Protokoll 26. Februar 2020, TOP 8, „Evidenz für MNS – keine Studien die Kontraproduktivität belegen/dagegen sind, keine Evidenz dafür – ECDC empfehlen sie nicht für gesunde Personen in der Allgemeinbevölkerung – RKI bleibt dabei: nicht empfohlen in der Öffentlichkeit, in häuslichem Umfeld mit Fall ja, auch zum Schutz anderer“; Protokoll 27. Januar 2020, TOP 1: „Tragen von Mund-Nasenschutz für öffentliche Bevölkerung bei asymptomatischen Patienten nicht sinnvoll. Es liegt keine Evidenz vor als sinnvolle präventive Maßnahme für die Allgemeinbevölkerung. Sinnvoll bei: symptomatischen Patienten [sofern sie dies tolerieren] und auch bei pflegenden Angehörigen bei engem Kontakt“)?
16. Welche Pandemiephase ist in dem Zitat gemeint, und wie ist der Sachverhalt zu verstehen (vgl. o. g. Protokoll 5. März 2020, TOP 8), „Pandemiephasen – BMG möchte diese auf europäischer Ebene klären, am liebsten gemeinsam in nächste Phase übergehen, dies wurde gestern auch beim ECDC AF besprochen – Phasenübergang ist nicht punktuell sondern fließend, und wird durch lokales Lagebild geleitet, gemeinsamer Zeitpunkt nicht als sinnvoll erachtet, darum wurde Phasenmodell der WHO verworfen – Pandemieplan wird nicht verstanden, Erläuterung durch RKI scheint notwendig, was wird wann erwartet“?
17. Steht die Aussage im o. g. Protokoll vom 16. März 2020 im Zusammenhang mit der Änderung der Risikoeinschätzung am 17. März 2020 von „mäßig“ auf „hoch“ (Protokoll 16. März 2020, TOP 3, „Am Wochenende wurde eine neue Risikobewertung vorbereitet. Es soll diese Woche hochskaliert werden. Die Risikobewertung wird veröffentlicht, sobald [geschwärzt] ein Signal dafür gibt“, eingebracht von Dr. Lars Schaade)?
18. Wer, welcher Funktionsträger oder welche Behörde hat (vgl. Frage 17) „am Wochenende eine neue Risikobewertung vorbereitet“?

19. Aufgrund welcher medizinischen Kriterien wurden Schwellenwerte bei der Inzidenz festgelegt, welche zusätzliche „Schutzmaßnahmen“ in den Ländern und Gemeinden ausgelöst haben (vgl. o. g. Protokoll 5. Mai 2020, TOP 7, „Die Landesbehörden sind aktuell aufgefordert, einen Bericht zu kommentieren, der die Inzidenz von 35/100.000 Einwohner als möglichen Schwellenwert definiert. Allerdings ist ein einzelner Schwellenwert wenig zielführend, u. a. da die LK unterschiedlich groß [50.000 bis 300.000 Einwohner] sind und das Infektionsgeschehen durch Ausbrüche in Alten- und Pflegeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Indikatoren bereit zu stellen, wird aus fachlicher Sicht weitgehend abgelehnt, jedoch werden diese nachdrücklich von politischer Seite eingefordert [eine diesbezügliche Weisung ist jedoch nicht erfolgt]. Die genannte Inzidenz kommt aus einer Diskussion zwischen BM Braun und BM Spahn“)?
20. Wer oder welche Behörde hat (vgl. Frage 19) in dem o. g. Bericht vorgeschlagen, dass eine Inzidenz von 35/100000 einen möglichen Schwellenwert definieren soll?
21. Welche Ergebnisse lieferte die Telefonkonferenz (vgl. o. g. Protokoll 26. Mai 2020, TOP 15, „13-15:00 AGI-Telefonkonferenz zu COVID-19, in diesem Zusammenhang Nachfrage zu Vitamin D Mangel und COVID-19-Sterblichkeit, welche ist die RKI-Haltung dazu“), und wenn ein Zusammenhang hergestellt wurde, wie wurde dieser gegenüber der Bevölkerung kommuniziert, und gibt es ein Protokoll zur Telefonkonferenz, welches die Bundesregierung den Fragestellern zu Verfügung stellen kann?
22. Um welche Publikation genau handelt es sich bei der im Protokoll vom 3. Juni 2020 unter TOP 6 genannten „geplante[n] Publikation der Bill and Melinda Gates Foundation“, die „derzeit kommentiert“ würde?
23. Welche Inhalte hat das BMG benannt, die täglich zu berichten waren (Protokoll 5. Juni 2020, TOP 15), „Das BMG hat bereits einige Inhalte benannt, die weiterhin täglich zu berichten sind“?
24. An welchen Tagen außer dem 29. Juni 2020 bekam das RKI weitere Vorgaben vom BMG zur Risikobewertung (Protokoll 29. Juni 2020, TOP 5), „Immer noch hohes Risiko, Vorgabe vom BMG: bis 1. Juli wird daran nichts geändert“ nach Kenntnis der Bundesregierung, und wie lauteten diese (bitte auflisten)?
25. Lässt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Inzidenz durch die Erhöhung der Anzahl von Tests an asymptomatischen Personen generell gezielt steigern (Protokoll 3. Juli 2020, TOP 1, „Bericht des Ausbruchsteams aus Gütersloh – Durch die massive Ausweitung des Testens von asymptomatischen Bewohnern stiegen dann die Fallzahlen in der ‚übrigen Bevölkerung‘“)?
26. Welche Minderheiten sind in deutscher Amtssprache gemeint mit (Protokoll 3. Juli 2020, TOP 7) „Sinti\*zze und Rom\*nja sind die größte Minderheit Europas“?

27. Aus welchen Gründen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung die epidemische Lage von nationaler Tragweite im Sommer nicht aufgehoben, nachdem sich die COVID-19-Fallzahlen im Sommer 2020 nach dem fachlichen Verständnis der Fragesteller lange dem konstant niedrigen Niveau einer seltenen Krankheit bewegten (Beispiel: Protokoll vom 15. Juli 2020, TOP 1: „Der R-Wert schwankt um 1. 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum der BL: Der über alle BL gemittelte Wert [orange-farbene Linie] ist konstant. 112 Kreise haben in den letzten 7 Tagen keine Fälle übermittelt, in weiteren 238 Kreisen werden sehr niedrige Inzidenzen beobachtet. 61 Kreise haben eine 7T- Inzidenz  $>5$  und  $<25/100.000$ , 1 Kreis hat mit 7T-Inzidenz  $>25/100.000$  [LK Bad Tölz-Wolfratshausen].“ – „Altersverteilung nach Meldewoche: Der Anteil der hohen Altersgruppen an der Gesamtzahl der Fälle mit diesbezüglichen Angaben ist im Verlauf der Pandemie stark gesunken und weiterhin eher niedrig“)?
28. Welche Vorwürfe wurden als „Beschimpfungen“ herangetragen (Protokoll vom 12. August 2020, TOP 5, „Das RKI wird weiterhin generell eher positiv gesehen, aber viele Personen im Haus müssen sich regelmäßig beschimpfen lassen [Zentrale, Presse, usw.]; Das Info-Postfach sammelt Drohungen, bestimmte werden an das Rechtsreferat vermittelt“)?
29. Hatte das RKI einen Auftrag, die Medien zu „steuern“, statt zu informieren (Protokoll vom 14. August 2020, TOP 1, „Steuerbarkeit der Medien ist aktuell sehr schwierig. Presse versucht das auch mit dem Argument, dass immer noch die meisten Ansteckungen in Deutschland stattfinden. Im Moment wenig Durchkommen mit Argumenten“), und wenn ja, von wem?
30. Aufgrund welcher systematischen medizinischen Diagnosestellung sind nach Kenntnis der Bundesregierung alle positiv getesteten Verstorbenen ursächlich an COVID-19 verstorben (Protokoll vom 26. August 2020, TOP 1, „Zählung von an COVID-19 Verstorbenen: es werden alle diejenigen Verstorbenen gezählt, die zu einem gegebenen Zeitpunkt als COVID-19-positiv gemeldet worden sind“), und wurde die Zählweise von einer übergeordneten Behörde wie dem BMG angeordnet?
31. Welcher maximale Zeitraum zwischen einem positiven COVID-19-Test und dem Tod einer Person führte dazu, dass diese Person zu einem COVID-19-Toten erklärt wurde?
32. Hat diese in den Fragen 30 und 31 erfragte Vorgehensweise zu einer deutlichen Erhöhung der Zahl der COVID-19-Toten geführt, und warum wurde so verfahren?
33. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Studien, die einen Zusammenhang zwischen Infektiosität einer PCR (Polymerase-Kettenreaktion)-getesteten Person und dem zugehörigen Ct (Cycle threshold)-Wert herstellen, und wenn ja, welche (Protokoll vom 7. September 2020, TOP 1, „Ist es sinnvoll nach Ct-Werten zu entscheiden, ob ein Patient infektiös ist? Es handelt sich um eine individualmedizinische Testperspektive: wie geht man grundsätzlich mit infektiösen Personen um, wie gut ist die Probe [schwankt über den Tag]“)?
34. Konnten sich nach Kenntnis der Bundesregierung Menschen für den Gebrauch von FFP2-Masken schulen lassen während der Zeit, als diese in zahlreichen Situationen verpflichtend waren, und wenn ja, wo (Protokoll vom 30. Oktober 2020, TOP 12, „Wenn Personen nicht geschult/qualifiziertes Personal sind, haben FFP2 Masken bei nicht korrekter Anpassung und Benutzung keinen Mehrwert“)?

35. Was sind die Quellen für die Aussagen (Protokoll vom 30. Oktober 2020, TOP 12), „Die Einschränkungen sind im Dokument klar dargestellt und es gibt keine Evidenz für die Nutzung von FFP2-Masken außerhalb des Arbeitsschutzes, dies könnte auch für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden“ und „Bisherige Studien zur Wirksamkeit von FFP2-Masken sind daran gescheitert, dass Masken nicht oder nicht korrekt getragen wurden, ihr Nutzen sollte auf Arbeitsschutz von Personen, die mit infektiösen Patienten arbeiten begrenzt bleiben“?
36. Wie konnte es zu 2G-Regeln und nach Ansicht der Fragesteller zu zahlreichen diskriminierenden Äußerungen von Mitgliedern der Bundesregierung gegenüber ungeimpften Personen besonders im Herbst 2021 kommen, obwohl es jedenfalls zum Stand 25. November 2020 und nach Kenntnis der Fragesteller niemals einen Nachweis der sterilen Immunität nach Impfung gab (Protokoll vom 25. November 2020, TOP 6, „Maskenpflicht sollte auch für Geimpfte beibehalten werden, Priorisierung der Impfung erfolgt nach Risiko; an die [noch] nicht erfolgte Impfung darf keine Benachteiligung geknüpft sein, sterile Immunität nach Impfung nicht bewiesen“)?
37. Wie ist es mit der Arzneimittelsicherheit vereinbar, dass kurz vor dem Start der Schutzimpfungen das RKI noch keine möglichen Kontraindikationen nennen konnte (Protokoll vom 11. Dezember 2020, TOP 8, „Kontraindikationen sind prinzipiell noch nicht festgelegt, abschließende Bewertung der allergischen Vorfälle steht ebenfalls noch aus“)?
38. Wäre es nach Auffassung der Bundesregierung im Rahmen der Arzneimittelsicherheit nicht angebracht gewesen, die Impfstoffe für bestimmte schwere chronische Nebenerkrankungen wegen eventuell noch unvollständiger Phase-III-Studien (zur Kritik an den Endpunkten der Phase III Studien: [www.pharmazeutische-zeitung.de/endpunkte-der-phase-iii-corona-impfstoffstudien-hinterfragt-120717/](http://www.pharmazeutische-zeitung.de/endpunkte-der-phase-iii-corona-impfstoffstudien-hinterfragt-120717/)) vorerst zu kontraindizieren, bis der Nachweis der Unbedenklichkeit durch Studien erbracht wurde?
39. Besitzt die Bundesregierung Kenntnisse darüber, wieso die Bundesländer per Schutzverordnungen das Tragen von FFP2-Masken für die Allgemeinbevölkerung in zahlreichen Situationen vorschrieben, obwohl es international keine oder sogar gegenteilige Empfehlungen gab (Protokoll vom 15. Januar 2021, TOP 6, „Internationale Empfehlungen sehen das Tragen von FFP2 in der Allgemeinbevölkerung nicht vor bzw. sprechen sich explizit dagegen aus [CDC]. WHO: Überarbeitung der Empfehlung z.Zt. nicht vorgesehen“), und wenn ja, welche?
40. Wie wurde sichergestellt, dass bei den Trägern von FFP2-Masken eine generell gesundheitsmedizinische Risikoprüfung erfolgte (Protokoll vom 15. Januar 2021, TOP 6, „Das Tragen von FFP2 benötigt eine arbeitsmedizinische Einschätzung [gesundheitsmedizinische Risikoprüfung] und kann mit Risiken [Dermatosen etc] einhergehen“) (bitte aufschlüsseln)?
41. Sind FFP2-Masken beim stundenlangen Tragen zum Beispiel auf längeren Bahn- oder Flugreisen für Personen, die keine Gebrauchsunterweisung oder gesundheitsmedizinische Risikoprüfung erhalten, nach Einschätzung der Bundesregierung zumutbar und verhältnismäßig?
42. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung in etwa der Kohlenstoffdioxidanteil der Atemluft unter einer FFP2-Maske im stationären Gleichgewicht beim Dauergebrauch?

43. Welche Warnhinweise hat die Bundesregierung zu unerwünschten Nebenwirkungen von FFP2-Masken veröffentlicht (Protokoll vom 18. Januar 2021, TOP 7, „Keine fachliche Grundlage zur Empfehlung FFP2-Maske für die Bevölkerung vorhanden, daher Warnung vor unerwünschten Nebenwirkungen hinzufügen“) (bitte aufschlüsseln), und welche Nebenwirkungen können sich daraus ergeben?
44. Kann die Aussage (Protokoll vom 29. Januar 2021, TOP 8, „EMA bearbeitet gleichzeitig die Zulassung für die EU, wahrscheinlich wird in EMA-Empfehlung die Altersgrenze nach oben offen gelassen, aber ggf. mit Warnhinweisen versehen, dass bei >55-Jährigen die Evidenz unzureichend ist“) bedeuten, dass das RKI eine geringe Wirksamkeit der Impfung bei Personen älter 55 Jahre angenommen hat?
45. Wie viele Virusmutationen waren bis zum 10. Februar 2021 bekannt, und wie viele waren davon gefährlich (Protokoll vom 10. Februar 2021, TOP 5, „Hinweis aus EpiLag; BW sequenziert alle positiven Proben, dabei werden auch neue Mutationen entdeckt, es ist unklar, welche davon wirklich gefährlich sind“) (bitte auflisten)?
46. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass die Entwicklung, Produktion und Verimpfung von Impfstoffen gegen Atemweginfektionen mit der Virusmutationsgeschwindigkeit und somit deren sinkender Wirksamkeit zeitlich Schritt halten können (Protokoll vom 12. Februar 2021, TOP 8, „Daten zu Astra-Zeneca Impfstoff aus Südafrika: nur noch 10 % Wirksamkeit bei B1.351-Variante, allerdings milde Erkrankung als Endpunkte“)?
47. Welche Gründe machen COVID-19 nach Auffassung der Bundesregierung bedenklicher als Influenza (Protokoll vom 19. März 2021, TOP 1, „COVID-19 sollte nicht mit Influenza verglichen werden, bei normaler Influenzawelle versterben mehr Leute, jedoch ist COVID-19 aus anderen Gründen bedenklich[er]“)?
48. Auf welcher wissenschaftlichen Basis hat Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach die Corona-Schutzimpfung mindestens bis in den August 2021 als „nebenwirkungsfrei“ beworben ([www.merkur.de/deutschland/lauterbach-nebenwirkung-approbation-arzt-schaeden-politik-coronaimpfung-nebenwirkungsfrei-stoehr-91620934.html](http://www.merkur.de/deutschland/lauterbach-nebenwirkung-approbation-arzt-schaeden-politik-coronaimpfung-nebenwirkungsfrei-stoehr-91620934.html)), obwohl bereits im Protokoll vom 22. März 2021, TOP 12 von Sinusvenenthrombosen als Nebenwirkungen berichtet wurde („Sinusvenenthrombose: Warum werden Autoantikörper gebildet? Liegt es am Spike-Protein oder am Vektor? Tritt das auch bei natürlichen Infektionen auf? Und auch bei anderen Vakzinen und wurde das bisher nicht beobachtet, da in erster Linie Ältere geimpft wurden? Gibt es Daten dazu?“)?

Berlin, den 7. Mai 2024

**Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion**

