

## Antwort

### der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jörg Schneider, Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD  
– Drucksache 20/11567 –**

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

#### Vorbemerkung der Fragesteller

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](http://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](http://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](http://www.heise.de/news/Informationsfreiheitsgesetz-in-der-Kritik-144367.html)).

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?

Die rechtliche Stellung des Robert Koch-Instituts (RKI) und seine Aufgaben auf den Gebieten der Infektionskrankheiten und der nicht übertragbaren Krankheiten sind in § 2 Gesetz über Nachfolgeeinrichtungen des Bundesgesundheitsamtes (BGA-NachfG) geregelt. Zur Erfüllung seiner Aufgaben betreibt das RKI wissenschaftliche Forschung entsprechend § 4 Absatz 3 BGA-NachfG und wendet dabei die Leitlinie „Gute wissenschaftliche Praxis“ an.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übt die Dienst-, Fach- und Rechtsaufsicht über das RKI nach den hierfür geltenden Regelungen aus (vgl. § 3 Absatz 1 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien – GGO).

2. War das RKI in der vorherigen 19. Wahlperiode in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsgebunden (vgl. Frage 1)?

Die unter Frage 1 getroffenen Ausführungen galten auch in der 19. Wahlperiode.

3. Auf welcher Rechtsgrundlage hat das RKI die Protokolle des Corona-Krisenstabs zur Verschlussangelegenheit erklärt und nicht freiwillig an „Multipolar“ oder deren Bevollmächtigte ausgehändigt (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Die Einstufung erfolgte auf Grundlage der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum materiellen Geheimschutz (Verschlussangelegenheiten – VSA) in Verbindung mit dem Sicherheitsüberprüfungsgesetz.

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/inland/lauterbach-corona-pandemie-protokolle-100.html](http://www.tagesschau.de/inland/lauterbach-corona-pandemie-protokolle-100.html))?

Das RKI hat die weitestgehend entschwärzten Protokolle für den Zeitraum von Januar 2020 bis April 2021 am 30. Mai 2024 auf seiner Internetseite veröffentlicht: <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/C/COVID-19-Pandemie/COVID-19-Krisenstabsprotokolle.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)?

Die verbleibenden Protokolle für den Zeitraum von Mai 2021 bis zum Juli 2023 sollen nach entsprechender Prüfung und Drittbeteiligung durch das RKI veröffentlicht werden. Ein genauer Zeitpunkt der Veröffentlichung kann noch nicht genannt werden.

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“)?

Nach § 1 Absatz 1 Satz 1 Informationsfreiheitsgesetz (IFG) hat jeder nach Maßgabe des IFG gegenüber den Behörden des Bundes einen Anspruch auf Zugang zu amtlichen Informationen. Der Anspruch auf Informationszugang besteht jedoch nicht, soweit Ausschlussgründe nach dem IFG entgegenstehen, wie der in Bezug genommene § 3 IFG zum Schutz von besonderen öffentlichen Belangen. Soweit sich die aktenführende Behörde im Einzelfall auf einen Ausschlussgrund nach dem IFG beruft, ist die entsprechende Ablehnung gegenüber dem Antragsteller zu begründen.

7. Wer oder welcher Funktionsträger entschied, was in den RKI-Protokollen gemäß § 3 IFG geschwärzt werden soll und was nicht?

Die Entscheidung wurde von der Leitung des RKI nach rechtlicher Beratung getroffen.

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?

Gesonderte Leitlinien für die RKI-Protokolle existieren nicht. Es gibt jedoch die Anwendungshinweise zum Informationsfreiheitsgesetz, Bekanntmachung des Bundesministeriums des Innern und für Heimat (BMI) vom 21. November 2005 – V 5a -130 250/16, abrufbar unter: [https://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwvbund\\_21112005\\_V5a13025016.htm](https://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwvbund_21112005_V5a13025016.htm). Die Entscheidung erfolgte auf Grundlage der in § 3 IFG niedergelegten Maßstäbe unter Berücksichtigung entsprechender Kommentarliteratur sowie Rechtsprechung.

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?

Nicht die Bundesregierung, sondern das RKI hat die Entscheidung zu seinen Protokollen getroffen. Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 7 verwiesen.

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?

Das IFG gewährt mit seinem voraussetzungslosen und für jeden geltenden Anspruch auf Informationszugang bereits jetzt Transparenz. Das IFG schützt – mit unterschiedlichen Abwägungsmaßstäben – besondere öffentliche Belange (§ 3

IFG), behördliche Entscheidungsprozesse (§ 4 IFG), personenbezogene Daten (§ 5 IFG), Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sowie das geistige Eigentum (§ 6 IFG). Der Schutz personenbezogener Daten hat grundsätzlich Vorrang vor dem Informationsinteresse des Antragstellers. Zugang zu personenbezogenen Daten kann nur gewährt werden, soweit das Informationsinteresse des Antragstellers das schutzwürdige Interesse des Dritten am Ausschluss des Informationszugangs überwiegt oder der Dritte eingewilligt hat.

11. Wer oder welche Funktionsträger entscheiden bei Bundesbehörden, welche Informationen nach §§ 3 und 5 IFG nicht öffentlich zugänglich gemacht werden (bitte aufschlüsseln)?

Wer oder welche Funktionsträger bei Bundesbehörden darüber entscheiden, welche Informationen nach §§ 3 und 5 IFG nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, kann nicht generalisiert beantwortet werden. Für das RKI ist diese Frage mit der Antwort der Bundesregierung auf Frage 7 beantwortet.

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?

Aufgrund der Diskussion und des öffentlichen Interesses am Inhalt der RKI-Protokolle des Corona-Krisenstabs haben BMG und RKI gemeinsam die Entscheidung getroffen, diese noch einmal daraufhin zu überprüfen, welche Ausschlussgründe nach dem IFG auch gegenwärtig noch vorliegen, um diese weitestgehend ohne Schwärzungen zur Verfügung stellen zu können.

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“?

Gemäß den damaligen RKI-Empfehlungen sollten Kontaktpersonen bestätigter COVID-19-Fälle für den Inkubationszeitraum des SARS-CoV-2-Virus abgesondert werden, um eine Ansteckung und Infektion zu vermeiden. Eine Absonderung in einem Linienflugzeug ist kaum möglich, so dass die Gefahr einer Ansteckung für andere Reisende bestand. Alternativen zu Linienflügen für die Rückführung der deutschen Passagiere eines von COVID-19-Fällen betroffenen Kreuzfahrtschiffes wurden deswegen als vorzugswürdig erachtet.

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“)?

Die Rückführung der Reisenden wurde durch das Auswärtige Amt organisiert. Das RKI beriet auf der Grundlage der zu dem Zeitpunkt vorliegenden Erkenntnisse und Empfehlungen. Für die Rückkehrenden aus China war eine Quarantäne nach Ankunft vorgesehen, die in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen lokalen Behörden und den jeweiligen Bundesländern umgesetzt wurde.

15. Aus welchen Gründen wurde im April 2020 nach Kenntnis der Bundesregierung bundesweit eine Pflicht zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (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“)?

Die Zuständigkeit zur Anordnung von Infektionsschutzmaßnahmen (in den jeweiligen Corona-Verordnungen) liegt bei den Bundesländern. Das RKI hat im Rahmen der kontinuierlichen Risiko- und Evidenzbewertung von Maßnahmen die ausschlaggebenden Gründe für seine Empfehlung im April 2020 im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht. Siehe „Mund-Nasen-Bedeckung im öffentlichen Raum als weitere Komponente zur Reduktion der Übertragungen von COVID-19“, online erschienen am 14. April 2020; [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/19/Art\\_02.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/19/Art_02.html).

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“?

Im Nationalen Pandemieplan Teil I sind verschiedene Phasen während einer Pandemie beschrieben (entsprechend dem Phasenmodell der WHO), die sich grob in Protection, Mitigation und Recovery (Schutz vor schweren Erkrankungen und Tod, Minderung der Folgen schwerer Krankheitsverläufe und Erholungsphase nach Überwinden des Pandemiehöhepunktes) einteilen lassen. Entscheidend ist jeweils die lokale und regionale Situation. Daher ist ein eindeutiger und in allen europäischen Ländern gleichzeitiger Übergang von einer zur nächsten Phase sehr unwahrscheinlich und immer auch fließend. Das RKI hat das Konzept in seiner Strategieergänzung im März 2020 erläutert. Siehe „COVID-19: Jetzt handeln, vorausschauend planen. Strategie-Ergänzung zu empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen und Zielen (2. Update)“, abrufbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/12\\_20.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/12_20.pdf?__blob=publicationFile).

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)?

Ja.

18. Wer, welcher Funktionsträger oder welche Behörde hat (vgl. Frage 17) „am Wochenende eine neue Risikobewertung vorbereitet“?

Der Präsident des RKI in Abstimmung mit dem Vizepräsidenten.

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“)?

Mit der Festlegung von Inzidenz-Schwellenwerten sollten der Schutz vor schweren Erkrankungen und Tod erreicht sowie schwere Krankheitsverläufe vermieden werden. Grundlage waren Abschätzungen und Prognosen auf der Basis der bis dahin vorliegenden Erfahrungen und Kenntnisse des Pandemieverlaufs. Für die Berechnung maßgeblich waren die täglichen Meldungen der COVID-19 Fälle an die Gesundheitsämter in Deutschland.

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?

Die Festlegung erfolgte durch das BMG zusammen mit dem Bundeskanzleramt.

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?

In der Telefonkonferenz wurde das RKI anlässlich von Medienberichten gebeten, zu dem Thema Vitamin-D-Mangel und COVID-19-Sterblichkeit Stellung zu nehmen. Das RKI verwies auf das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), das hierzu in den FAQs vom 14. Mai 2020 Stellung genommen hatte.

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?

Es handelt sich um die Publikation „Emerging COVID-19 success story: Germany’s push to maintain progress“, die von „Our World in Data“ veröffentlicht und von der „Exemplars in Global Health“ Plattform angeregt wurde. „Exemplars in Global Health“ wird u. a. von der „Bill and Melinda Gates Foundation“ finanziert. Die Autoren der Publikation haben kein Honorar erhalten. Ferner wird auf die Links <https://edoc.rki.de/handle/176904/8514?show=full>,

bzw. <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-germany> verwiesen.

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“?

Das BMG bat um die täglichen COVID-19-Lageberichte auf Deutsch und Englisch, die auch auf der RKI-Internetseite veröffentlicht wurden, sowie um Berichte zur 7-Tage-Inzidenz für die Bundesländer.

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)?

Änderungen der COVID-19-Risikobewertung wurden seitens RKI dem BMG in der Regel vorab mitgeteilt. Die Anzahl der Abstimmungen wurde nicht dokumentiert. Insgesamt wurde die Risikobewertung zu COVID-19 mehr als 25-mal angepasst und veröffentlicht.

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“)?

Grundsätzlich ist eine Krankheitsinzidenz (z. B. berechnet als Zahl der neu Erkrankten pro Tag pro 100 000 Einwohner) abhängig von der so genannten Falldefinition, also unter welchen Umständen ein Fall gezählt wird. In die Berechnung der COVID-19-Inzidenz sind nur Fälle eingeschlossen, deren Infektion mit einem Nukleinsäurenachweistest (z. B. PCR) bestätigt waren. Zusätzlich kann die Falldefinition auch klinische Kriterien enthalten, zu denen Symptome unterschiedlicher Krankheitsschwere zählen können. Bei dem konkreten Protokolleintrag wurde über eine Untersuchung berichtet, bei der aus Anlass eines Ausbruchs auch Personen ohne Symptome getestet wurden, um das Infektionsgeschehen zu erfassen, analysieren und bewerten zu können.

Bei Ausbruchsuntersuchungen ist es üblich, im Rahmen der aktiven Fallfindung auch asymptomatische Personen zu testen. Dadurch können zusätzliche Fälle identifiziert werden. Die aktive Fallsuche hat Einfluss auf die im Meldesystem erfasste Inzidenz und kann diese erhöhen. Dies liegt aber vor allem daran, dass durch die aktive Fallsuche die Untererfassung (sogenannte „Dunkelziffer“) reduziert wird.

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“?

Hiermit sind Sinti- und Roma-Gruppen gemeint, siehe auch „Handreichung zu diskriminierungssensibler Sprache rund um Migration und Gesundheit“, abrufbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/M/Migration\\_Gesundheit/Ubbersicht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/M/Migration_Gesundheit/Ubbersicht.pdf?__blob=publicationFile).

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“)?

Da es sich bei COVID-19 um eine weltweite Epidemie (= Pandemie) handelte, in anderen Ländern (z. B. auf dem amerikanischen Kontinent) die Fallzahlen auch im Juli 2020 stark stiegen (vgl. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200714-covid-19-sitrep-176.pdf>), in Deutschland ein großer Teil der Bevölkerung noch keine Immunität gegen COVID-19 entwickelt hatte und noch keine Impfungen zur Verfügung standen, musste aufgrund der im Herbst/Winter besseren Bedingungen für die Übertragbarkeit des Erregers mit weiteren schweren Erkrankungswellen gerechnet werden. Modellierungen des weiteren Epidemieverlaufs wiesen darauf ebenfalls hin.

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“)?

Neben zahlreichen fachlichen Fragen und Danksagungen erreichten das RKI – telefonisch, via E-Mail, Telefax, Brief und Social Media – auch immer wieder Beschimpfungen, bis hin zu Drohungen, häufig verbunden mit falschen Behauptungen. Dabei wurden u. a. wissenschaftliche Standards angezweifelt oder vorsätzliche Täuschung der Öffentlichkeit unterstellt. Ein Großteil der Beschimpfungen auf Twitter (jetzt X) ist öffentlich zugänglich und kann bei Bedarf nachgelesen werden.



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?

Es handelt sich um eine unpräzise Formulierung. Selbstverständlich versuchte und versucht das RKI nicht, die Medien zu steuern. Gemeint war, wie auch im weiteren Verlauf des Absatzes erkennbar, dass es zunehmend schwierig wurde, mit den fachlichen Argumenten des RKI durchzudringen.

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?

Die Fragen 30 bis 32 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Laufe der Pandemie sind bis Juni 2023 rund 174 400 Menschen in Verbindung mit COVID-19 gestorben. Auch künftig ist vor allem bei älteren Menschen und Menschen mit Grunderkrankungen mit schweren Verläufen und Todesfällen durch COVID-19 zu rechnen.

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 an das RKI übermittelt wird. Bei einem Großteil der an das RKI übermittelten COVID-19-Todesfälle wurde „verstorben an der gemeldeten Krankheit“ angegeben. Dies wird auch durch Obduktionen bestätigt: Daten aus dem deutschen Autopsie-Register beispielsweise zeigen, dass 86 Prozent der Fälle, bei denen vor oder nach Eintritt des Todes eine SARS-CoV-2-Infektion festgestellt wurde, aufgrund der COVID-19-Erkrankung verstorben waren (von Stillfried, Lancet Regional Health 2022).

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]“)?

Die Kontagiosität einer SARS-CoV-2-infizierten, PCR-positiv getesteten Person wird von einer Vielzahl an Faktoren bestimmt. Hierzu gehören u. a. die Menge der über Sekrete und Exkrete ausgeschiedenen Erreger, dem seit Infektion verstrichenen Zeitintervall, der Art und Ausprägung der protektiven Immunreaktion des Betroffenen und den klinischen Symptomen des Patienten (z. B. Husten, Niesen). In welchem Maße ein SARS-CoV-2-infizierter Mensch das Virus an andere weitergibt, hängt zudem auch von der Dauer und Art des Kontakts sowie von Außenumständen wie z. B. der Raumbelüftung, der Luftfeuchtigkeit und der Lufttemperatur sowie der Disposition (Empfänglichkeit) der Kontaktpersonen ab. Ein Proxy (Ersatzgröße) für die ausgeschiedene Erregermenge ist die Viruslast im respiratorischen Probenmaterial, welche jedoch durch Schwankungen in der Ausscheidung sowie die Qualität der Probengewinnung beeinflusst wird. Der Ct-Wert stellt einen semi-quantitativen Messwert dar, der mit der Viruslast korrespondiert.

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“)?

Atemschutz gehört zur Persönlichen Schutzausrüstung (PSA), welche in der Arbeitswelt eingesetzt wird. Für umfassende Schulungen zum korrekten Tragen und bezüglich der Funktion wird Fachpersonal (z. B. Arbeitsmediziner, Hygienefachpersonal, o. ä.) benötigt. Die Ressourcen an Fachpersonal waren in der Zeit der Corona-Pandemie begrenzt, und sie wurden in ihren Arbeitsstätten benötigt und eingesetzt. Eine solche Schulung für die gesamte Bevölkerung war daher nicht möglich. Informationen zur Nutzung von FFP2-Masken waren verfügbar, vgl. z. B. FAQ des RKI zu Masken zur Infektionsprävention ([https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ\\_Liste\\_Masken.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Masken.html)); FAQ der BZgA „Sich und andere schützen“ (<https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/fragen-und-antworten/sich-und-andere-schuetzen/> und [https://x.com/bzga\\_de/status/1569625836302614529](https://x.com/bzga_de/status/1569625836302614529)); Hinweise des BfArM zur Verwendung von Mund-Nasen-Bedeckungen, medizinischen Gesichtsmasken sowie partikelfiltrierenden Halbmasken (FFP-Masken) (<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html>).

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“?

Die Limitationen bezüglich des Tragens von FFP2-Masken außerhalb des indikationsgerechten Einsatzes im Bereich des Arbeitsschutzes wurden vom RKI in den FAQ „Ist die Verwendung von FFP2-Masken während der COVID-19-Pandemie außerhalb der Indikationen des Arbeitsschutzes sinnvoll?“ zusammengefasst und fortlaufend aktualisiert. Auch in den aktuellen Informationen wird auf diese Einschränkungen verwiesen: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ\\_Liste\\_Masken.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Masken.html).

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“)?

Zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten werden die zuständigen Behörden nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) ermächtigt, eine Reihe von Maßnahmen zu ergreifen, um übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.

Die notwendigen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung und Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 wurden auf Grundlage der §§ 28, 28a IfSG ergriffen.

Im Dezember 2021 hatten sich Bund und Länder auf eine bundesweite 2G-Regel im Bereich der Einrichtungen der Kultur- und Freizeitgestaltung (Kinos, Theater und Gaststätten) und dem Zutritt von Geschäften geeinigt, also nur für Geimpfte und Genesene. Ausgenommen waren Geschäfte des täglichen Bedarfs.

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“)?

COVID-19-Impfstoffe waren zu dem genannten Zeitpunkt noch nicht zugelassen, so dass Informationen zu diesen Impfstoffen (wie die Fachinformation, in der auch Kontraindikationen enthalten sind) noch nicht öffentlich verfügbar waren. Das RKI ist nicht an der Zulassung von Arzneimitteln und daher auch nicht an der Bewertung der Daten beteiligt, die bei der Erstellung der Fachinformation und der Formulierung von Kontraindikationen verwendet werden. Zuständig für die Arzneimittelsicherheit bei Impfstoffen ist das Paul-Ehrlich-Institut.

Aufgrund der besonderen Eilbedürftigkeit (Pandemie) hat die Ständige Impfkommission (STIKO) am RKI jedoch parallel zu den Zulassungsbehörden eine Empfehlung zum Einsatz der in Entwicklung befindlichen COVID-19-Impfstoffe vorbereitet. Dabei lagen ihr bzw. der am RKI angesiedelten STIKO-Geschäftsstelle die in den Zulassungsstudien erhobenen Daten sowohl zur Wirksamkeit als auch zur Sicherheit der damals kurz vor Zulassung stehenden COVID-19 Impfstoffe vor. Auf Basis dieser Daten konnte die STIKO – entsprechend ihres gesetzlichen Mandats – eine medizinisch-epidemiologische Risiko-Nutzen-Bewertung vornehmen.

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?

Der in Bezug genommene Artikel bezieht sich auf eine Kritik an der Validität der gewählten Studiendesigns im Hinblick auf den Nachweis der Wirksamkeit der Impfstoffe. Die Frage zielt jedoch auf den Nachweis der Unbedenklichkeit ab. Es ist zudem unklar, was mit „bestimmte schwere chronische Nebenerkrankungen“ gemeint ist und welche Auswirkungen auf die Wirksamkeit bzw. Unbedenklichkeit eines Impfstoffs vermutet werden, eine spezifische Einordnung ist daher nicht möglich. Kontraindikationen sind zudem Situationen / Zustände, in denen ein Arzneimittel wegen des Risikos von Nebenwirkungen nicht angewendet werden sollte. Kontraindikationen werden nicht dafür verwendet, um Patientengruppen oder Subgruppen auszuschließen, bei denen z. B. hinsichtlich der Wirksamkeit eine Unsicherheit besteht.

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?

Zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten werden die zuständigen Behörden nach dem IfSG ermächtigt, eine Reihe von Maßnahmen zu ergreifen, um übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Die notwendigen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung und Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 wurden auf Grundlage der §§ 28, 28a IfSG ergriffen.

Die Länder führen das Infektionsschutzgesetz als eigene Angelegenheit aus. Sie können auf Grundlage des § 32 IfSG Schutzmaßnahmen nach den §§ 28, 28a und 29 bis 31 IfSG durch Rechtsverordnung vorsehen.

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?

Die Fragen 40 und 41 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In den Veröffentlichungen des RKI zum Thema Masken wurde durchgängig auf diesen Umstand hingewiesen. So findet sich z. B. in dem FAQ „Was muss bei dem Einsatz von FFP2-Masken bei Laien beachtet werden?“ der Hinweis „Bei der Anwendung von FFP2-Masken durch Laien (nicht geschulte Anwendung) im Alltag muss grundsätzlich die individuelle gesundheitliche Eignung geprüft und sichergestellt werden.“ In dem ergänzenden FAQ „Was sollte beim Einsatz von FFP2-Masken bei Menschen mit bestimmten Risikofaktoren beachtet werden?“ wird diesbezüglich aufgeführt: „Das Tragen von FFP2-Masken bei Personen mit z. B. eingeschränkter Lungenfunktion oder älteren Personen sollte möglichst ärztlich begleitet werden. Die Anwenderinnen und Anwender sollten gut über das korrekte Tragen, die Handhabung und max. Nutzungsdauer der FFP2-Masken sowie über Risiken und Limitationen aufgeklärt werden. Zudem sollten die für die Trägerinnen und Träger vertretbaren Tragedauern unter Berücksichtigung der Herstellerangaben individuell festgelegt werden, um mögliche gesundheitliche Auswirkungen zu minimieren.“ (siehe [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ\\_Liste\\_Masken.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Masken.html)).

42. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung in etwa der Kohlenstoffdioxidanteil der Atemluft unter einer FFP2-Maske im stationären Gleichgewicht beim Dauergebrauch?

Eine Studie des Instituts für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung hat hierzu Ergebnisse vorgelegt. Nachzulesen unter: „Einfluss verschiedener Maskentypen zum Schutz vor SARS-CoV-2 auf die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit und die subjektive Beeinträchtigung bei der Arbeit“ [Marek, EM., van Kampen, V., Jettkant, B. et al. Effects of wearing different face masks on cardiopulmonary performance at rest and exercise in a partially double-blinded randomized cross-over study. Sci Rep 13, 6950 (2023), vgl. auch <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32180-9>].

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?

Hierzu hatte das RKI die FAQ „Was ist aus wissenschaftlichen Untersuchungen über die gesundheitlichen Auswirkungen von FFP2-Masken bekannt?“ veröffentlicht. Dort wurde ausgeführt: „FFP2-Masken kamen bisher zweckbestimmt und zielgerichtet im Rahmen des Arbeitsschutzes zum Einsatz. Daher wurden außerhalb des Gesundheitswesens noch keine Untersuchungen zu den gesundheitlichen, gegebenenfalls auch langfristigen Auswirkungen ihrer An-

wendung (z. B. bei Risikogruppen oder Kindern) durchgeführt. In Untersuchungen mit Gesundheitspersonal wurden Nebenwirkungen wie z. B. Atembeschwerden oder Gesichtsdermatitis infolge des abschließenden Dichtsitzes beschrieben.“

Weiterführende Informationen zu dieser Thematik sind nachzulesen unter: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html> und <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung/Sicherheit/Produkte/Persoenliche-Schutzausruestungen/pdf/Schutzmasken.pdf>).

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?

Der Aussage ist nicht zu entnehmen, dass der Impfstoff bei älteren Personen eine geringere Wirksamkeit hat als bei jüngeren Erwachsenen. Es wurde im Krisenstab nur darauf hingewiesen, dass die Daten für eine robuste Aussage zur Effektivität in diese Altersgruppe noch nicht ausreichend waren. So wurde das auch von der Ständigen Impfkommission kommentiert (siehe Beschluss der STIKO zur 2. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung. Epi Bull 5, 2021).

Grundsätzlich nimmt die Fähigkeit des Immunsystems, auf Infektionskrankheiten zu reagieren, im höheren Alter ab, es gibt jedoch keine fixen Altersgrenzen. Daher kann auch die Wirksamkeit von Impfstoffen bei älteren Menschen im Vergleich geringer sein als bei jüngeren Menschen.

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)?

Wir verweisen auf den Lagebericht des RKI vom 10. Februar 2021 im Archiv der täglichen Situationsberichte und Wochenberichte des RKI zu COVID-19 unter: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Feb\\_2021/2021-02-10-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Feb_2021/2021-02-10-de.pdf?__blob=publicationFile).

Die zu diesem Zeitpunkt bekannten drei Varianten waren in Deutschland nachgewiesen worden. Mit verstärkter Probensequenzierung und Datenerfassung im Deutschen elektronischen Sequenzdaten-Hub (DESH -[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/DESH/DESH.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/DESH.html)) wurde das Infektionsgeschehen im Rahmen der Integrierten Molekularen Surveillance (IMS) intensiv beobachtet ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Feb\\_2021/2021-02-10-de.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Feb_2021/2021-02-10-de.pdf)). Alle zirkulierenden COVID-19-Varianten können schwere Krankheitsverläufe auslösen.

46. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass die Entwicklung, Produktion und Verimpfung von Impfstoffen gegen Atemwegsinfektionen 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 B.1.351-Variante, allerdings milde Erkrankung als Endpunkte“)?

Primäres Ziel der COVID-19-Impfung war und ist die Verhinderung schwerer COVID-19-Verläufe. Das wurde auch stets von der STIKO in ihren Empfehlungen zur COVID-19-Impfung betont. Daher steht im Protokoll des RKI auch der Zusatz, dass sich das in Südafrika beobachtete Nachlassen der Wirksamkeit auf milde Erkrankungen als Endpunkt bezieht. In diversen, auch in Deutschland durchgeführten Studien, konnte gezeigt werden, dass eine dreimalige Impfung einen guten Langzeitschutz in Bezug auf die Verhinderung schwerer COVID-19-Erkrankungen bietet.

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]“)?

Beide Erkrankungen sind von hoher Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit und können zu schweren bis lebensbedrohlichen Verläufen und zum Tod führen. Bei COVID-19 können zudem verschiedene Organe im menschlichen Körper betroffen sein (s. hierzu RKI-Ratgeber COVID-19: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/22\\_24.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/22_24.pdf?__blob=publicationFile)), da der Rezeptor von SARS-CoV-2 (d. h. die Bindungsstelle zum Eintritt in die Wirtszellen) in vielen Organen im menschlichen Körper vorkommt. Bei der saisonalen Influenza besteht eine Grundimmunität in der Bevölkerung gegen die saisonalen Influenzaviren, da diese jedes Jahr während der saisonalen Grippewellen in der Bevölkerung zirkulieren. Impfungen und spezifische antivirale Therapeutika gegen saisonale Influenza stehen zur Verfügung. Saisonale Influenzaviren verändern sich im Laufe der Zeit, aber im Vergleich zu SARS-CoV-2 relativ langsam. SARS-CoV-2 war im März 2021 noch ein neuartiges, pandemisches Virus, das sich noch sehr stark änderte (Variants of Concern), bei der die Erkrankung (COVID-19) noch nicht ausreichend erforscht war und Prävention und Therapie nicht ausreichend zum Schutz der Bevölkerung zur Verfügung standen.

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-corona-impfung-nebenwirkungsfrei-stoehr-91620934.html](http://www.merkur.de/deutschland/lauterbach-nebenwirkung-approbation-arzt-schaeden-politik-corona-impfung-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?“)?

Die Aussage bezog sich auf die vornehmlich zum Einsatz kommenden mRNA-Impfstoffe und wies auf eine grundsätzlich positive Nutzen-Risiko-Bewertung hin.

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.*