

## Antwort

### der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Kay-Uwe Ziegler, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD  
– Drucksache 20/14214 –**

### **Konsequenzen aus der Veröffentlichung des kompletten Datensatzes aller Sitzungsprotokolle des Robert Koch-Instituts zum Corona-Krisenstab von 2020 bis 2023**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Am 23. Juli 2024 hat die Journalistin Aya Velázquez sämtliche Protokolle des Corona-Krisenstabes des Robert Koch-Instituts (RKI) nebst diversem Zusatzmaterial (<https://rki-transparenzbericht.de>) veröffentlicht, die sie von einer unbekanntenen Quelle erhalten hat. Bereits zuvor war ein Teil der Protokolle nach einer Klage des Onlinemagazins „Multipolar“ publik geworden. Die Echtheit der Protokolle wurde von der Bundesregierung bestätigt ([www.rki.de/DE/Content/InfAZ/C/COVID-19-Pandemie/Protokolle\\_DSGVO.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/C/COVID-19-Pandemie/Protokolle_DSGVO.html)).

Bei den Fragestellern ist aufgrund dieser Protokolle der Eindruck entstanden, dass die handelnden Akteure während der Corona-Pandemie häufig nicht den Empfehlungen des RKI folgten. Die Bundesregierung vermittelte der Öffentlichkeit jedoch den Eindruck, sich stets auf die wissenschaftliche Einschätzung des RKI zu stützen und dessen fachlichen Empfehlungen zu folgen. Medienberichten zufolge fühlte sich auch die Ständige Impfkommission am RKI (STIKO) von der Öffentlichkeit unter Druck gesetzt ([www.welt.de/politik/deutschland/plus252991274/RKI-Protokolle-entschluesst-Drei-Tage-vor-dem-ersten-Lockdown-aenderte-das-RKI-ploetzlich-seinen-Standpunkt.html](http://www.welt.de/politik/deutschland/plus252991274/RKI-Protokolle-entschluesst-Drei-Tage-vor-dem-ersten-Lockdown-aenderte-das-RKI-ploetzlich-seinen-Standpunkt.html)). Dabei ist die STIKO nach Angaben des RKI ein „unabhängiges“ Expertengremium ([www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html)).

So hielten es die Wissenschaftler des RKI den Protokollen zufolge mehrfach für angebracht, die Risikobewertung zu senken. Auf Anweisung des Bundesministers für Gesundheit, Dr. Karl Lauterbach, durften sie diese Entwarnung nach Medienberichten aber aus politischen Gründen nicht geben ([www.bild.de/politik/inland/rki-protokolle-lauterbach-gibt-zu-corona-experten-politisch-beeinflusst-66c43f3b8e840b14905e3dd9](http://www.bild.de/politik/inland/rki-protokolle-lauterbach-gibt-zu-corona-experten-politisch-beeinflusst-66c43f3b8e840b14905e3dd9)). In den Protokollen heißt es unter anderem: „Reduzierung des Risikos von sehr hoch auf hoch wurde vom BMG abgelehnt“ ([www.bild.de/politik/inland/lauterbach-schweigt-zu-pandemie-skandal-66b8bd8ec10294619c93366b](http://www.bild.de/politik/inland/lauterbach-schweigt-zu-pandemie-skandal-66b8bd8ec10294619c93366b)). „Im Hinblick auf das BMG sollte die Herabstufung aus strategischen Gründen zunächst auf hoch und nicht auf moderat erfolgen.“ „Eine Herabstufung vorher würde möglicherweise als Deeskalationssignal interpretiert, daher politisch nicht gewünscht“.

Auf diese Passagen in den RKI-Protokollen angesprochen, teilte Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach am 9. August 2024 gegenüber der „ARD“ mit: „Das RKI hat während der Pandemie Empfehlungen abgegeben. Die politische Verantwortung liegt aber beim Ministerium“ ([www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/corona-aufarbeitung-rki-100.html](http://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/corona-aufarbeitung-rki-100.html)).

In der Antwort des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf eine Frage des Abgeordneten Dr. Stephan Pilsinger heißt es: „Aufgrund der sehr dynamischen Entwicklung und der Gefahr der Überlastung des Gesundheitssystems entschied das BMG deshalb gemeinsam mit dem RKI, die Risikobewertung für die Gesundheit der Bevölkerung Ende Februar 2022 beizubehalten“. Aus den RKI-Protokollen geht jedoch hervor, dass diese Darstellung nicht zutrifft, wie „BILD“ berichtet ([www.bild.de/politik/inland/rki-protokolle-entlarven-minister-lauterbachs-corona-schimmel-fliegt-auf-66c5a90c9794d84471b88129](http://www.bild.de/politik/inland/rki-protokolle-entlarven-minister-lauterbachs-corona-schimmel-fliegt-auf-66c5a90c9794d84471b88129)).

Der FDP-Politiker Wolfgang Kubicki wirft laut „BILD“ (vgl. [www.bild.de/politik/inland/rki-protokolle-lauterbach-gibt-zu-corona-experten-politisch-beeinflusst-66c43f3b8e840b14905e3dd9](http://www.bild.de/politik/inland/rki-protokolle-lauterbach-gibt-zu-corona-experten-politisch-beeinflusst-66c43f3b8e840b14905e3dd9)) Dr. Karl Lauterbach vor, Falschinformationen zu verbreiten (ebd.). Auf X teilte Herr Kubicki am 20. August 2024 mit, dass erstens das RKI sei „eigenständig zum Schluss gekommen, dass die Lage weniger dramatisch war, als es der Gesundheitsminister verbreiten wollte“. Zweitens habe es keine „gemeinsame Entscheidung“ gegeben, sondern das RKI habe Entwarnung geben wollen, durfte aber nicht. Und drittens habe es keine Überlastung des Gesundheitssystems gegeben. Allein die Risikobewertung des RKI hatte erhebliche Auswirkungen, u. a. für die Rechtsprechung. Ein Beispiel dafür ist das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Rechtmäßigkeit von Ausgangssperren.

Im März 2024 hatte Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach anlässlich der Veröffentlichung der noch teilweise geschwärzten RKI-Protokolle noch mitgeteilt: „In die wissenschaftlichen Bewertungen des Instituts mischt sich die Politik nicht ein, ich auch nicht“ und das RKI habe „unabhängig von politischer Weisung gearbeitet“ ([www.bild.de/politik/inland/rki-protokolle-entlarven-minister-lauterbachs-corona-schimmel-fliegt-auf-66c5a90c9794d84471b88129](http://www.bild.de/politik/inland/rki-protokolle-entlarven-minister-lauterbachs-corona-schimmel-fliegt-auf-66c5a90c9794d84471b88129)). Auf „X“ teilte Dr. Karl Lauterbach zudem mit, Aufklärung sei gut, „aber wir dürfen nicht durch Einmischung fremder Regierungen Verschwörungstheorien in Sozialen Medien entstehen lassen“ ([www.nachdenkseiten.de/?p=113020](http://www.nachdenkseiten.de/?p=113020)).

Unklar ist aus Sicht der Fragesteller vor diesem Hintergrund, welche Informationen und Einschätzungen die Bundesregierung der Öffentlichkeit und den Abgeordneten des Deutschen Bundestages bei künftigen Pandemien präsentieren wird. Relevant wird diese Frage u. a., wenn es erneut um die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gehen sollte. Laut dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung vom 18. November 2020 liegt eine solche Lage vor, wenn „eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland besteht“, wenn entweder „die Weltgesundheitsorganisation eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite ausgerufen hat und die Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland droht“, oder aber, wenn „eine dynamische Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland droht oder stattfindet“. Klare Definitionen und Kriterien fehlen jedoch.

Einem Medienbericht zufolge steht das RKI im Verdacht, nachträglich und rechtswidrig Protokolle verändert zu haben, die das Onlinemagazin „Multipolar“ freigelegt hatte ([www.nius.de/corona/corona-grippe-vergleich-nachtraeglich-geloescht-anwalt-stellt-straftanzeige-wegen-manipulierter-rki-pro-tokolle/4af39f20-f153-4d0a-b7b9-2e924ce4dfc5](http://www.nius.de/corona/corona-grippe-vergleich-nachtraeglich-geloescht-anwalt-stellt-straftanzeige-wegen-manipulierter-rki-pro-tokolle/4af39f20-f153-4d0a-b7b9-2e924ce4dfc5)). Der Potsdamer Rechtsanwalt Friedemann Däblitz hat demnach Straftanzeige gegen die stellvertretende Leiterin der Rechtsabteilung des RKI gestellt.

Nachdem im Herbst 2021 offensichtlich wurde, dass ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung sich nicht gegen SARS-CoV-2 impfen lassen wollte, begann

nach Ansicht der Fragesteller eine Zeit der öffentlichen Diffamierung dieser Personengruppe.

Daran haben sich auch Mitglieder der Bundesregierung und Vertreter des RKI beteiligt. Einige der in diesem Zusammenhang getätigten Aussagen standen nicht nur im Widerspruch zu vorhandenen wissenschaftlichen Daten und Fakten, sie könnten nach Rechtsansicht der Fragesteller möglicherweise den Straftatbestand der Volksverhetzung erfüllen. Der Regierungsberater Dr. Christian Drosten unterstellt den Deutschen bezüglich der Corona-Maßnahmen sogar insgesamt ein zu niedriges Bildungsniveau ([www.nzz.ch/wissenschaft/corona-experte-drosten-zieht-lehren-aus-der-pandemie-die-wissenschaft-war-etwas-arrogant-ld.1842566](http://www.nzz.ch/wissenschaft/corona-experte-drosten-zieht-lehren-aus-der-pandemie-die-wissenschaft-war-etwas-arrogant-ld.1842566)).

Am 4. September 2021 sagte Bundeskanzler Olaf Scholz (SPD): „[...] waren beim Impfen Versuchskaninchen“ ([www.rnd.de/politik/olaf-scholz-waren-bei-m-impfen-versuchskaninchen-und-es-ist-gut-gegangen-CKUZFNF3KMQCZXFNYDPKH-GZGI.html](http://www.rnd.de/politik/olaf-scholz-waren-bei-m-impfen-versuchskaninchen-und-es-ist-gut-gegangen-CKUZFNF3KMQCZXFNYDPKH-GZGI.html)).

Am 8. September 2021 äußert der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in der Bundespressekonferenz (BPK): „Was wir gerade sehen, ist eine Pandemie der Ungeimpften“ ([www.youtube.com/watch?v=jPrE4QB\\_9Ro](http://www.youtube.com/watch?v=jPrE4QB_9Ro)). Im RKI-Protokoll vom 5. November 2021 heißt es dagegen, die Aussage „Pandemie der Ungeimpften“ sei „(a)us fachlicher Sicht nicht korrekt“. Und weiter: „Sagt Minister bei jeder Pressekonferenz, vermutlich bewusst, kann eher nicht korrigiert werden“.

Am 8. September 2021 teilt der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in der Bundespressekonferenz (BPK) mit: „Wir haben das Mittel in der Hand, uns zurück in Normalität und Freiheit zu impfen.“ Diese Aussage steht im Widerspruch zu § 2 des Grundgesetzes (GG), in dem es heißt: „Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.“

Am 8. September 2021 behauptet der damalige Präsident des RKI, Lothar Wieler, in der BPK, dass „das Risiko, dass Geimpfte wegen COVID-19 ins Krankenhaus müssen, zurzeit zehn Mal geringer ist als bei Nichtgeimpften“ ([www.n-tv.de/mediathek/videos/panorama/Wieler-Spahn-und-Montgomery-warnen-eindringlich-article22793214.html](http://www.n-tv.de/mediathek/videos/panorama/Wieler-Spahn-und-Montgomery-warnen-eindringlich-article22793214.html)).

Am 30. November 2021 bezeichnete der Bundesminister für Wirtschaft und Klimaschutz, Dr. Robert Habeck, den „Lockdown für Ungeimpfte“ als unumgänglich ([www.welt.de/politik/deutschland/article235365560/Corona-Robert-Habeck-haelt-Lockdown-fuer-Ungeimpfte-fuer-unumgaenglich.html](http://www.welt.de/politik/deutschland/article235365560/Corona-Robert-Habeck-haelt-Lockdown-fuer-Ungeimpfte-fuer-unumgaenglich.html)).

Am 2. Dezember 2021 sagte Bundeskanzler Olaf Scholz, SPD dass es „für seine Regierung „keine roten Linien“ mehr gebe „bei all dem, was zu tun ist“. Es gebe nichts, „was wir ausschließen“ (<https://twitter.com/spd/status/1466320902191255553?lang=de>).

Am 30. Dezember 2021 nannte Saskia Esken, Parteivorsitzende der SPD, MdB den Impfstoff als „sicher“, denn er sei „an Milliarden von Menschen getestet, sozusagen in einem großen Feldversuch auf der ganzen Welt“ (<https://reitschuster.de/post/spd-chefin-nennt-impfungen-grossen-feldversuch/>).

Am 19. Januar 2022 teilte die Bundesregierung mit, dass der Genesenenstatus von sechs Monaten auf drei Monate verkürzt werde ([www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/genesenen-status-corona-1999020](http://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/genesenen-status-corona-1999020)). Das RKI sei nach Prüfung „neuer vorliegender Studien“ zu dem Ergebnis gekommen, dass Ungeimpfte nach einer durchgemachten Infektion nun – angesichts der Omikron-Variante – einen herabgesetzten und zeitlich stärker begrenzten Schutz vor einer erneuten Infektion hätten als bei der Delta-Variante.

Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach kritisierte am 17. März 2022 Menschen, die nicht gegen COVID-19 geimpft sind, und teilte mit, „das ganze Land werde „in der Geiselhaft dieser Menschen sein“ ([www.welt.de/politik/deutschland/article237593247/Lauterbach-ueber-Ungeimpfte-Ganze-Land-in-Geiselhaft-dieser-Menschen.html](http://www.welt.de/politik/deutschland/article237593247/Lauterbach-ueber-Ungeimpfte-Ganze-Land-in-Geiselhaft-dieser-Menschen.html)).

Der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn droht Ungeimpften am 27. November 2021 im „ZDF“ mit der 2G-Regel für das gesamte Jahr 2022: „Stellt Euch darauf ein, 2G, geimpft oder genesen, und zwar auffrischgeimpft dann ab einem Punkt x, gilt mindestens mal das ganze Jahr 2022. Wenn Du irgendwie mehr tun willst als Dein Rathaus oder Deinen Supermarkt zu besuchen, dann musst Du geimpft sein“ ([www.berliner-kurier.de/politik-wirtschaft/gesundheitsminister-jens-spahn-droht-ungeimpften-mit-2g-regel-fuer-das-gesamte-jahr-2022-li.197428](http://www.berliner-kurier.de/politik-wirtschaft/gesundheitsminister-jens-spahn-droht-ungeimpften-mit-2g-regel-fuer-das-gesamte-jahr-2022-li.197428)).

Wie man den Protokollen des Corona-Krisenstabes des RKI entnehmen kann, war den handelnden Akteuren sehr früh bekannt, dass eine Schutzwirkung der Impfung gegen das Coronavirus vor Ansteckung und vor Weitergabe des Virus nicht belegt war ([www.swr.de/wissen/ansteckend-trotz-corona-impfung-forschung-102.html](http://www.swr.de/wissen/ansteckend-trotz-corona-impfung-forschung-102.html) und [www.rkileak.com/view?f=Sitzungsprotokolle/2021/Ergbnisprotokoll\\_Krisenstabssitzung\\_2020-01-08.docx](http://www.rkileak.com/view?f=Sitzungsprotokolle/2021/Ergbnisprotokoll_Krisenstabssitzung_2020-01-08.docx)). Jegliche Beschuldigung von Personen, die sich nicht gegen COVID-19 haben impfen lassen, war und ist somit medizinisch und wissenschaftlich unbegründet.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Am 27. Januar 2020 wurde in Deutschland der erste COVID-19-Fall diagnostiziert. Seitdem gab es mehr als 40 Millionen bestätigte Infektionen und mehr als 185 000 Todesfälle in Deutschland (Stand: 24. Januar 2025, [https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Todesfaelle\\_in\\_Deutschland/blob/main/COVID-19-Todesfaelle\\_Deutschland.csv](https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Todesfaelle_in_Deutschland/blob/main/COVID-19-Todesfaelle_Deutschland.csv)). Dennoch hat Deutschland die COVID-19-Pandemie im internationalen Vergleich gut bewältigt, insbesondere dank der schnellen Entwicklung von Impfstoffen und des Ergreifens von notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen. Ziel der staatlichen Schutzmaßnahmen war stets der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere vulnerabler Menschen sowie die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung. Grundlage dafür waren die zum jeweiligen Zeitpunkt verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Die Folgen mancher Infektionsschutzmaßnahmen haben aber bestimmte Teile der Gesellschaft besonders getroffen, insbesondere Kinder, Jugendliche und ihre Familien sowie vulnerable Gruppen wie pflegebedürftige Menschen und Personen mit Behinderungen. Die Bundesregierung nahm und nimmt diese Belastungen sehr ernst. Bereits im Sommer 2021 wurde deshalb die Interministerielle Arbeitsgruppe Kindergesundheit eingerichtet. Diese befasste sich mit den Auswirkungen der Pandemie auf die junge Bevölkerung und stellt in ihrem Abschlussbericht fest, dass bereits zahlreiche Maßnahmen umgesetzt wurden, um die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Pandemie für Kinder und Jugendliche aufzufangen. Gleichwohl wurden darin auch angesichts der insgesamt gestiegenen Krisenbelastungen weitere Handlungsbedarfe identifiziert und entsprechende Maßnahmen zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen abgeleitet. Die Bundesregierung ist sich bewusst, dass das Kindeswohl besonders berücksichtigt werden muss, insbesondere bei der Umsetzung etwaiger Schutzmaßnahmen.

Das Robert Koch-Institut (RKI) ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Es arbeitet wissenschaftlich unabhängig. Das BMG hat die Rechts- und Fachaufsicht und nimmt diese – wo erforderlich – wahr.

Während der Pandemie führte das RKI regelmäßig interne Krisenstabssitzungen durch, um die Lage zu bewerten und zu koordinieren. Die dabei entstandenen Protokolle dienten der internen Kommunikation und dokumentierten den wissenschaftlichen Diskurs zum jeweiligen Zeitpunkt. Diese Protokolle sind ohne Kenntnis des jeweiligen Kontextes und der zugrunde liegenden Daten nur bedingt aus sich heraus verständlich. Einzelne wiedergegebene Äußerungen im

Rahmen der erfolgten Diskussionen stellen nicht zwangsläufig eine abschließende wissenschaftliche Bewertung oder die abgestimmte Position des RKI dar.

1. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage hat sich die Bundesregierung für ungezielte Testungen auf SARS-CoV-2 entschieden, wie aus dem RKI-Protokoll vom 29. Juli 2020, TOP 7 hervorgeht, und warum hat sich die Bundesregierung nicht nach der Expertise des Regierungsberaters Dr. Christian Drosten gerichtet, der nach Angaben des RKI in einem Text festgehalten hatte, dass ungezielte Testungen nicht sinnvoll sind?

Aus wissenschaftlichen Studien war bekannt, dass sich die Viruslasten bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 bei symptomlosen bzw. präsymptomatischen Personen nicht signifikant von den Viruslasten symptomatischer Personen unterscheiden (vgl. Zou et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients, *New England Journal of Medicine*, 2020 und Lee et al. Clinical Course and Molecular Viral Shedding Among Asymptomatic and Symptomatic Patients With SARS-CoV-2 Infection in a Community Treatment Center in the Republic of Korea. *JAMA Internal Medicine*, 2020).

Die breitangelegten Testungen auf SARS-CoV-2 hatten deshalb das Ziel, symptomlose bzw. präsymptomatische infizierte Person zu erkennen, um im Fall des Vorliegens einer Infektion Maßnahmen (z. B. Quarantäne) veranlassen zu können und so die Weiterverbreitung des Virus oder einen Eintrag von Infektionen in bestimmte Bereiche wie Pflegeeinrichtungen zu verhindern.

Mehrere Modellierungsstudien haben gezeigt, dass breitangelegte Testungen unter bestimmten Rahmenbedingungen das allgemeine Infektionsgeschehen reduzieren können. Entscheidend für den Erfolg sind dabei verlässliche Testqualität, adäquate Testfrequenz und hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Wegen der Einzelheiten wird ergänzend auf die Veröffentlichung „Antigentests als ergänzendes Instrument in der Pandemiebekämpfung“ verwiesen, veröffentlicht im *Epidemiologischen Bulletin* 2021;17:14 -25 | DOI 10.25646/8264.

2. Auf welche wissenschaftliche Grundlage stützte sich das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erstellte Papier „Testen, testen, testen“ ([http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/C/Coronavirus/Faktenpapier\\_Testen.PDF](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Faktenpapier_Testen.PDF); bitte nach Art der Studie, Forscherteam, Datum der Veröffentlichung, Ort der Patientenrekrutierung, Umfang der Stichproben, Sponsoren der Studien aufschlüsseln)?

Mit dem strategischen Konzeptpapier „Testen, testen, testen“ veröffentlichte das BMG einen Überblick über die zum Zeitpunkt April 2020 bestehenden Rahmenbedingungen zur Umsetzung der RKI-Empfehlungen zur SARS-CoV-2-Diagnostik. Das Papier betonte die Bedeutung einer Teststrategie als wichtigen Pfeiler zur Eindämmung der Pandemie, fasste Erfordernisse zur Sicherstellung entsprechender Infrastrukturen sowie Testkapazitäten zusammen und identifizierte Forschungsbedarfe.

3. Ist es dem RKI oder einer anderen bundeseigenen Institution in Deutschland irgendwann gelungen, das SARS-CoV-2-Virus erfolgreich im Labor anzuzüchten, und wenn ja, wo und wann ist das gelungen, und wer waren die beteiligten Wissenschaftler?

Ja, SARS-CoV-2-Viren wurde am RKI und anderen bundeseigenen Institutionen aus Patientenproben angezüchtet. Dies ist in der öffentlich zugänglichen

wissenschaftlichen Literatur dokumentiert (z. B. in Mache et al., *Communications Biology* 2022 27;5(1):1138. DOI: 10.1038/s42003-022-04068-3; Wölfel et al. *Nature*. 2020;581(7809):465-469. DOI: 10.1038/s41586-020-2196-x; Zahn et al. *Allergy* 2022;77(7):2053-2066. DOI: 10.1111/all.15138).

4. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage hat der ehemalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Frühjahr 2020 das RKI angewiesen, in die Kriterien für die Risikoeinschätzung von Großveranstaltungen eine Passage zu Schulschließungen einzufügen, obwohl das RKI kurz zuvor noch in seinen Protokollen festgehalten hatte, dass Kinder keine wichtigen Glieder in Transmissionsketten sind und das RKI Schulschließungen nur in besonders betroffenen Gebieten für sinnvoll erachtet (RKI-Protokoll vom 11. März 2020, TOP 5)?

Die Übertragungswahrscheinlichkeiten auf und durch Kinder und Jugendliche hat sich im Verlauf der Pandemie verändert (siehe dazu Loenenbach A. et al. SARS-CoV-2 variant B.1.1.7 susceptibility and infectiousness of children and adults deduced from investigations of childcare centre outbreaks, Germany, 2021. *Euro Surveill.* 2021;26(21):pii=2100433. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.21.2100433>; Uthmann OA et al. Susceptibility and infectiousness of SARS-CoV-2 in children versus adults, by variant (wild-type, alpha, delta): A systematic review and meta-analysis of household contact studies. *PLOS ONE*, September 2024).

Die zum damaligen Zeitpunkt vorliegende Datenlage zeigte, dass die Symptomatik von COVID-19 bei Kindern zwar geringer ausgeprägt war als bei Erwachsenen, die Infektionsraten allerdings vergleichbar zu denen von Erwachsenen waren.

Aufgrund der hohen Reproduktionszahl (R-Wert) von 2–3 und der in anderen Ländern beobachteten Überlastung der Ressourcen des Gesundheitssystems beschlossen die damalige Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 12. März 2020 Maßnahmen, die zu einer Verlangsamung der Ausbreitung in der Bevölkerung führen sollten. Optional konnten in Regionen und Bundesländern mit sich abzeichnendem dynamischen Ausbruchsgeschehen auch die Verschiebung des Semesterbeginns an den Universitäten sowie die vorübergehende Schließung von Kindertagesstätten und Schulen, etwa durch ein verlängerndes Vorziehen der Osterferien durchgeführt werden. Die Entscheidung dazu oblag jeweils den zuständigen Ländern.

Daraufhin hat das RKI das Papier „Kriterien für die Risikoeinschätzung von Großveranstaltungen“ mit Bezug auf kleinere Veranstaltungen angepasst und auf den o. g. Beschluss verwiesen. Zum Aspekt der Schulschließungen hat das RKI zudem am 19. März 2020 im Epidemiologischen Bulletin eine „Fachliche Stellungnahme zu Schulschließungen als bevölkerungsbezogene antiepidemische Maßnahme“ veröffentlicht ([https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6537/12\\_2020\\_2.%20Artikel.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6537/12_2020_2.%20Artikel.pdf?sequence=1&isAllowed=y)).

5. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage beschlossen die damalige Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel und die Ministerpräsidenten der Bundesländer von Mitte Dezember 2020 bis Mitte Februar 2021 Schulschließungen (<https://www.dw.com/de/merkel-wir-sind-zum-handeln-gezwungen/a-55920584>), obwohl aus einem RKI-Protokoll vom 30. November 2020 hervorgeht, dass „Schulen eher nicht die treibenden Quellen“ ([https://www.focus.de/gesundheit/masken-schulen-lockdown-impfen-die-vier-zentral-en-stellen-der-rki-protokolle-und-was-sie-wirklich-bedeutend\\_id\\_259799408.html](https://www.focus.de/gesundheit/masken-schulen-lockdown-impfen-die-vier-zentral-en-stellen-der-rki-protokolle-und-was-sie-wirklich-bedeutend_id_259799408.html)) sind und Schulschließungen die Lage wohl noch eher verschärfen würden?

Ende 2020 war das Infektionsgeschehen auf einem sehr hohen Niveau, täglich starben mehr als 4 000 Menschen in Verbindung mit COVID-19, die Krankenhäuser und insbesondere das medizinische Personal waren bereits an der Grenze des Leistbaren. Impfstoff stand noch nicht zur Verfügung bzw. die Impfkampagne hatte mit einer sehr begrenzten Menge an Impfstoffen gerade erst begonnen. Der Beschluss erfolgte auf Grundlage mehrerer wissenschaftlicher Ausarbeitungen und Erkenntnisse. Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina veröffentlichte am 8. Dezember 2020 ihre 7. Ad-hoc-Stellungnahme: „Coronavirus-Pandemie: Die Feiertage und den Jahreswechsel für einen harten Lockdown nutzen“ ([www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2020\\_12\\_08\\_Stellungnahme\\_Corona\\_Feiertage\\_final.pdf](http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_12_08_Stellungnahme_Corona_Feiertage_final.pdf)).

Die Leopoldina empfahl u. a., die Schulpflichten vom 14. Dezember 2020 bis zum 10. Januar 2021 aufzuheben und nachdrücklich zur Arbeit im Homeoffice aufzufordern. Für den Wiederbeginn des Unterrichts nach den Weihnachtsferien sollte in allen Bundesländern das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes im Unterricht für alle Jahrgangsstufen verpflichtend sein. Darüber hinaus sollten ländereinheitliche Regeln für den Wechselunterricht ab der Sekundarstufe erarbeitet werden, die ab einer bestimmten Inzidenz greifen. Für die Kinder, die in der häuslichen Lernumgebung nicht lernen konnten, sollten alternative Orte für die Distanzphasen angeboten werden.

Durch kontaktreduzierende Maßnahmen wie Schulschließungen sollten als Teil eines Maßnahmenbündels vor allem die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems aufrechterhalten, aber auch Gefahren für die Gesundheit und das Leben der Bevölkerung abgewendet werden.

Die Empfehlungen des RKI für Schulen „Präventionsmaßnahmen in Schulen während der COVID-19 Pandemie“ wurden am 12. Oktober 2020 auf den RKI-Seiten veröffentlicht. Sie führten zum Punkt der „räumlichen Entzerrung“ aus: „Verkleinerung der Klassen (durch Teilung oder Wechselunterricht), so dass Mindestabstand von 1,5 m eingehalten werden kann“. Dieser Empfehlung lagen die wissenschaftlichen Erkenntnisse in Bezug auf den empfohlenen Mindestabstand zugrunde (Schutzwirkungen von Abstand und auch Mund-Nasen-Schutz zeigt die Lancet-Publikation von Chu et al. vom 27. Juni 2020, welche die zu diesem Zeitpunkt vorhandene Evidenz in einer systematischen Übersichtsarbeit auswertete). Die o. g. RKI-Empfehlungen wurden später durch die evidenzbasierte „lebende“ S3-Leitlinie zur Infektionsprävention an Schulen (Ersterscheinung Februar 2021) ergänzt.

Gemäß der föderalen Kompetenzverteilung obliegt die Organisation und Durchführung des Schulunterrichts den Ländern.

Kinder und Jugendliche waren in der Pandemie stark von den Auswirkungen der Corona-Schutzmaßnahmen betroffen. Die Bundesregierung ist sich bewusst, dass das Wohl der jungen Menschen besonders berücksichtigt werden muss, insbesondere bei der Umsetzung etwaiger Schutzmaßnahmen. In dem Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ (vom Bundeskabinett

am 8. Februar 2023 beschlossen) finden sich eine Darstellung der Auswirkungen auf junge Menschen sowie Handlungsempfehlungen und Maßnahmen: [www.bmfsfj.de/resource/blob/214866/fbb00bcf0395b4450d1037616450cfb5/ima-abschlussbericht-gesundheitliche-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf](http://www.bmfsfj.de/resource/blob/214866/fbb00bcf0395b4450d1037616450cfb5/ima-abschlussbericht-gesundheitliche-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf).

6. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage forderten die ehemalige Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel und der ehemalige Bundeskanzleramtsminister Helge Braun am 20. November 2020 eine Maskenpflicht für Schüler und halbierte Klassengrößen an ([www.bild.de/politik/inland/politik-inland/corona-regeln-der-laenderchefs-bei-den-schulen-droht-krach-mit-merkel-1-74105634.bild.html](http://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/corona-regeln-der-laenderchefs-bei-den-schulen-droht-krach-mit-merkel-1-74105634.bild.html))?

Die wissenschaftlichen Grundlagen der Beratungen der damaligen Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder finden sich in der Referenzliste zum Beitrag des RKI im Epidemiologischen Bulletin „Mund-und-Nasen-Bedeckung im öffentlichen Raum als weitere Komponente zur Reduktion der Übertragungen von COVID-19“ vom 7. Mai 2020 (<https://edoc.rki.de/handle/176904/6684>).

Durch die kurz darauf am 27. Juni 2020 publizierte Arbeit von Chu et al. wurde die Evidenzgrundlage für dieses Vorgehen weiter gestärkt (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32497510>). Bezüglich der spezifischen Anwendung von Mund-Nasen-Schutz und Mund-Nasen-Bedeckung im Kindesalter kann zudem auf eine Stellungnahme verschiedener pädiatrischer Fachgesellschaften vom 12. November 2020 „Verwendung von Masken bei Kindern zur Verhinderung der Infektion mit SARS-CoV-2“ verwiesen werden, welche auch die entsprechende Datenlage zu diesem Zeitpunkt in ihrer Referenzliste abbildet (<https://dgp.de/covid19-masken-stand-10-11-2020/>).

7. Welche Impfempfehlungen hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Teil der Bundesregierung in den Jahren 2021 und 2022 ausgesprochen, und inwiefern unterschieden sich diese von den Impfempfehlungen der STIKO?

Impfempfehlungen werden durch die am RKI ansässige Ständige Impfkommission (STIKO) nach einer Standardvorgehensweise auf Grundlage der verfügbaren Evidenz entwickelt. Die Empfehlungen und ihre wissenschaftliche Begründung werden auf der Internetseite des RKI veröffentlicht. Aufgabe der BZgA ist es, die von der STIKO erarbeiteten Impfempfehlungen für die Allgemeinbevölkerung verständlich aufzubereiten und an die relevanten Zielgruppen adressatengerecht zu kommunizieren. Die BZgA formuliert keine eigenen Empfehlungen. Die Empfehlungen der STIKO zur COVID-19-Impfung in den Jahren 2021 und 2022 sind auf der Internetseite des RKI einsehbar unter [www.rki.de/covid-19-impfempfehlung](http://www.rki.de/covid-19-impfempfehlung).

Die BZgA stellt auf der Internetseite [www.impfen-info.de](http://www.impfen-info.de) eine interaktive Grafik zum Thema „Wie Impfempfehlungen zustande kommen“ zur Verfügung: [www.impfen-info.de/wissenswertes/wie-impfempfehlungen-zustande-kommen/](http://www.impfen-info.de/wissenswertes/wie-impfempfehlungen-zustande-kommen/).

8. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage und auf wessen Anweisung hat die BZgA Ende 2021/Anfang 2022 ein „Merkblatt zum Thema Impfen ab 5“ erstellt ([https://www.infektionsschutz.de/download/5724-1656588091-BZgA\\_Merkblatt\\_Corona-Schutzimpfung-ab12-Eltern\\_und\\_Sorgeberechtigte.pdf/](https://www.infektionsschutz.de/download/5724-1656588091-BZgA_Merkblatt_Corona-Schutzimpfung-ab12-Eltern_und_Sorgeberechtigte.pdf/)), obwohl zu dieser Zeit keine Impfempfehlungen der STIKO für Kinder ab fünf Jahren vorlag?

Das in der Frage zitierte BZgA-Merkblatt „Merkblatt zum Thema Impfen ab 5“ stammt erst vom 14. Dezember 2022 und ist im Internet einsehbar unter [www.infektionsschutz.de/download/5724-1656588091-BZgA\\_Merkblatt\\_Corona-Schutzimpfung-ab12-Eltern\\_und\\_Sorgeberechtigte.pdf/](http://www.infektionsschutz.de/download/5724-1656588091-BZgA_Merkblatt_Corona-Schutzimpfung-ab12-Eltern_und_Sorgeberechtigte.pdf/). Dem Merkblatt lag die COVID-19-Impfempfehlung der STIKO für Kinder im Alter zwischen 5 und 11 Jahren vom 17. November 2022 zugrunde, auf der RKI-Internetseite einsehbar unter <https://edoc.rki.de/handle/176904/10433>.

Demnach empfahl die STIKO zu diesem Zeitpunkt gesunden Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren zum Aufbau einer Basisimmunität eine Impfstoffdosis sowie Kindern der Altersgruppe mit Vorerkrankungen zusätzliche COVID-19-Impfungen.

9. Welche Schutzmechanismen für die STIKO gibt es, damit von der Bundesregierung oder anderer Seite kein Druck auf das Expertengremium ausgeübt werden kann?

Gemäß Geschäftsordnung der STIKO ist die Mitgliedschaft in der Kommission ein persönliches Ehrenamt, die Mitglieder sind bei ihrer Tätigkeit nur ihrem Gewissen verantwortlich und zur unparteiischen Erfüllung ihrer Aufgaben verpflichtet. Zudem sind die Mitglieder der STIKO bei ihrer Tätigkeit verpflichtet, kontinuierlich Interessenkonflikte darzulegen. Je nach Interessenkonflikten nehmen die Mitglieder an entsprechenden Beratungen und Beschlussfassungen nicht teil. Entwurfsfassungen der STIKO-Empfehlungen werden betroffenen Fachkreisen, den obersten Landesgesundheitsbehörden und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Gelegenheit zur Stellungnahme übermittelt, die anschließend in die Beratung der Kommission eingebracht werden. Die Empfehlungen werden mit der zugehörigen wissenschaftlichen Begründung und der ihr zugrunde liegenden wissenschaftlichen Evidenz im Epidemiologischen Bulletin allgemein zugänglich veröffentlicht. Diese Vorgehensweise stellt ein sehr hohes wissenschaftliches Niveau sicher, einen hohen Grad an Transparenz und stärkt die Unabhängigkeit der Arbeit der STIKO.

10. Inwiefern ist ein Weiterbestehen der STIKO noch gerechtfertigt und erforderlich?

Die von der STIKO erstellten Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und zur Durchführung anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten beim Menschen dienen den obersten Landesgesundheitsbehörden als Grundlage für deren öffentliche Empfehlungen und unterstützen den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die Ärzteschaft bei der Durchführung von Schutzimpfungen. Darüber hinaus entwickelt die STIKO Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion von einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung. Die von der STIKO formulierten Empfehlungen gelten daher als medizinischer Standard und sind Voraussetzung für die Aufnahme einer Schutzimpfung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Global Vaccine Action Plan alle Länder aufgerufen, bis zum Jahr 2020 eine National Immunization Techni-

cal Advisory Group (NITAG) zu etablieren. Die NITAG soll als unabhängige, multidisziplinäre Gruppe von Expertinnen und Experten evidenzbasierte Bewertungen und Empfehlungen zu Impfungen für Entscheidungsträger entwickeln. Die STIKO nimmt diese Funktion für Deutschland wahr.

11. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage verkündete Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach im August 2021, es spreche nichts gegen die Impfung von Kindern, obwohl zu diesem Zeitpunkt keine entsprechende Empfehlung der STIKO vorlag ([www.deutschlandfunk.de/corona-impfung-fuer-kinder-und-jugendliche-lauterbach-100.html](http://www.deutschlandfunk.de/corona-impfung-fuer-kinder-und-jugendliche-lauterbach-100.html))?
12. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage warb Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach für die Impfung von Kindern, obwohl feststand, dass Kinder und Jugendliche durch Sars-CoV-2 weder besonders gefährdet noch Treiber der Pandemie waren, und obwohl der lange behauptete Fremdschutz der Impfung bereits widerlegt war, wie das RKI-Protokoll vom 24. August 2021 zeigt?

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

Die Europäische Kommission hat am 31. Mai 2021 den COVID-19-Impfstoff von BioNTech/Pfizer auch für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren zugelassen. Seitdem ist die Verwendung bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren möglich.

Im Interview im Deutschlandfunk vom 2. August 2021 wird durch Dr. Karl Lauterbach auf die internationale Datenlage, die zu dem Zeitpunkt bereits veröffentlichte COVID-19 Impfeempfehlung für Kinder und Jugendliche der US-amerikanischen Impfkommision sowie auf das positive Nutzen-Risiko-Verhältnis der Impfung nach Studienlage hingewiesen.

Nach Prüfung der vorliegenden Evidenzlage hat die STIKO am 16. August 2021 ihre Empfehlung für eine Impfung mit dem Impfstoff von BioNTech/Pfizer allgemein für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren veröffentlicht, da die Vorteile der Impfung gegenüber dem Risiko von sehr seltenen Impfnebenwirkungen überwogen.

Die jeweiligen Evidenzbewertungen zur Impfung für Kinder und Jugendliche kann auf der Internetseite des RKI (<https://www.rki.de/covid-19-impfeempfehlung>) und des Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), [https://www.cdc.gov/acip-recs/hcp/vaccine-specific/covid-19.html](https://www.cdc.gov/acip/recs/hcp/vaccine-specific/covid-19.html), eingesehen werden.

13. Um welche neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse und um welche neu vorliegenden Studien handelt es sich, die das RKI nach Angaben des BMG in seiner Mitteilung vom 19. Januar 2022 (<https://www.spiegel.de/gesundheit/corona-genesenen-status-wird-auf-drei-monate-verkuerzt-a-bb9609c5-ea74-4f38-8ba1-d32e3a68d7ca>) geprüft hat und auf deren Basis die Bundesregierung den Genesenenstatus von sechs Monaten auf drei Monate verkürzt hat (bitte nach Art der Studie, Forscher-team, Datum der Veröffentlichung, Ort der Patientenrekrutierung, Umfang der Stichproben, Sponsoren der Studie aufschlüsseln)?

Die dynamische Entwicklung der Pandemie wurde durch das Auftreten neuer SARS-CoV-2-Varianten mitbestimmt, die veränderte Eigenschaften aufwiesen und u. a. Veränderungen in der Übertragbarkeit, der Immunevasion und der Krankheitsschwere bedingten. Die Gültigkeit des Genesenennachweises wurde im Januar 2022 gemäß der Verordnung zur Änderung der COVID-19-Schutz-

maßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung vom 14. Januar 2022 auf 90 Tage reduziert. Die wissenschaftliche Evidenz wies zu diesem Zeitpunkt darauf hin, dass Ungeimpfte nach einer durchgemachten Infektion mit der Deltavariante oder einer früheren Virusvariante einen im Vergleich zur Reinfektion mit der Deltavariante herabgesetzten und zeitlich noch stärker begrenzten Schutz vor einer SARS-CoV-2-Infektion mit der Omikron-Variante hatten. Die Entscheidung des RKI zur Reduktion der Dauer des Genesenenstatus war fachlich begründet.

Die zum damaligen Zeitpunkt vorliegenden Studien zeigten insbesondere, dass es unter dominanter Zirkulation der Omikron-Variante bei zuvor infizierten und nicht geimpften Personen häufig zu Reinfektionen kommt (1). Daten der britischen SIREN-Studie (2) wiesen darauf hin, dass Genesene unter diesen Bedingungen nur noch eine Schutzwirkung von ca. 40 Prozent gegenüber Reinfektionen aufweisen. In einer weiteren Studie, die die Schutzwirkung gegenüber Reinfektionen mit verschiedenen Virusvarianten verglich, hatten Genesene gegenüber Omikron-Reinfektionen nur einen Schutz von ca. 60 Prozent, während es gegenüber Delta-Reinfektionen mehr als 90 Prozent waren (3). Dies wurde durch laborbasierte Studien unterstützt, die zeigten, dass Seren von Personen, die mit SARS-CoV-2 infiziert und nicht geimpft waren, eine deutlich verringerte Neutralisationsfähigkeit gegen Omikron (im Vergleich zum Wildtyp bzw. zur Delta-Variante) aufwiesen (5-7).

Erste Erkenntnisse zur Impfstoffwirksamkeit gegenüber der Omikron-Variante zeigten darüber hinaus, dass ab etwa 15 Wochen nach der Grundimmunisierung (zwei Impfstoffdosen) die Wirksamkeit gegenüber symptomatischen Erkrankungen durch die Omikron-Variante so stark reduziert ist (<20 Prozent), dass nicht mehr von einem ausreichenden Schutz vor Erkrankung ausgegangen werden kann (2, 4).

Art der Studie, Forscherteam, Datum der Veröffentlichung, Ort der Patientenrekrutierung, Umfang der Stichproben, Sponsoren der Studie können den jeweiligen Publikationen entnommen werden:

- (1) Ferguson et al.: Hospitalisation risk for Omicron cases in England. Imperial College London (22-12-2021)
- (2) UK Health Security Agency: SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England. Technical briefing 34
- (3) Altarawneh et al.: Protection afforded by prior infection against SARS-CoV-2 infection with the Omicron variant. Preprint. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.05.22268782v1>
- (4) Wissenschaftliche Begründung der STIKO für die Empfehlung zur Verkürzung des Impfabstands zwischen Grundimmunisierung bzw. Infektion und Auffrischimpfung auf einen Zeitraum ab drei Monaten  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/9169.2>.
- (5) Gruell, H., Vanshylla, K., Tober-Lau, P., Hillus, D., Schommers, P., Lehmann, C., ... & Klein, F. (2022). mRNA booster immunization elicits potent neutralizing serum activity against the SARS-CoV-2 Omicron variant. *Nature medicine*, 1-4.
- (6) Schmidt, F., Muecksch, F., Weisblum, Y., Da Silva, J., Bednarski, E., Cho, A., ... & Bieniasz, P. (2021) Plasma neutralization properties of the SARS-CoV-2 Omicron variant (preprint).
- (7) Rössler A, Riepler L, Bante D, von Laer D, Kimpel J. SARS-CoV-2 Omicron Variant Neutralization in Serum from Vaccinated and Convalescent Persons. *N Engl J Med*. 2022 Jan 12.

14. Auf welche wissenschaftlichen Daten und Fakten stützte sich der ehemalige Präsident des RKI, Dr. Lothar Wieler, bei seinen Aussagen auf der Bundespressekonferenz vom 8. September 2021, als er sagte, dass aufgrund von COVID-19 „aktuell besonders viele Menschen zwischen 35 und 59 Jahren im Krankenhaus liegen“, dass „auch auf den Intensivstationen der Altersdurchschnitt immer jünger“ werde und dass das daran liege, „dass der Großteil der Betroffenen nicht geimpft ist“ (bitte aufschlüsseln)?
15. Auf welche wissenschaftlichen Daten und Fakten stützte sich der ehemalige Präsident des RKI, Dr. Lothar Wieler, als er auf der BPK vom 8. September 2021 sagte: „Das Risiko, dass Geimpfte wegen COVID-19 ins Krankenhaus müssen, ist zurzeit zehn Mal geringer als bei Nichtgeimpften“?

Die Fragen 14 und 15 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das RKI hat während der COVID-19-Pandemie auf Grundlage der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) Auswertungen zur Anzahl der an COVID-19 erkrankten Personen in Krankenhäusern und auf Intensivstationen durchgeführt. Ergebnisse dieser Auswertungen wurden bis zum 21. April 2023 vom RKI als tägliche Situationsberichte veröffentlicht, einsehbar unter [www.rki.de/covid-19-situationsbericht](http://www.rki.de/covid-19-situationsbericht). Zudem erschienen bis zum 8. Juni 2022 Wochenberichte des RKI zum Monitoring des Impfgeschehens, die ab Juli 2022 von Monatsberichten abgelöst wurden. (<https://www.rki.de/covid-19-impfbericht>).

16. Auf welchen wissenschaftlichen Daten und Fakten basierte die Aussage von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach Anfang November 2021, die Ungeimpften seien „im Moment die Treiber der Pandemie“ (<https://www.welt.de/vermisches/article234857078/Maybrit-Illner-Fuer-Karl-Lauterbach-sind-Ungeimpfte-die-Treiber-der-Pandemie.html>; bitte aufschlüsseln)?
17. Auf welchen wissenschaftlichen Daten und Fakten basierte die Aussage des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Jens Spahn in der BPK vom 8. September 2021, dass es sich bei dem zu diesem Zeitpunkt herrschenden COVID-19-Krankheitsgeschehen in Deutschland um eine „Pandemie der Ungeimpften“ handelte?
18. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage behauptete der ehemalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, dass es sich um eine „Pandemie der Ungeimpften handelt“, obwohl die RKI-Wissenschaftler laut RKI-Protokoll vom 5. November 2021 zu dem Schluss gekommen waren, dass die Aussage „Pandemie der Ungeimpften“ aus „fachlicher Sicht nicht korrekt“ nicht korrekt sei?

Die Fragen 16 bis 18 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die verfügbaren Daten auf Grundlage der Meldedaten gemäß IfSG und der wissenschaftliche Kenntnisstand im Herbst 2021 zeigten, dass die COVID-19-Impfungen einen hohen Schutz insbesondere vor einem schweren COVID-19-Erkrankungsverlauf bieten. Zudem reduzierte eine vollständige Grundimmunsierung mit einem COVID-19-Impfstoff im Falle einer Infektion die Weitergabe des Virus an ungeimpfte Kontaktpersonen nachweislich.

Die Wirksamkeit bei der Verhinderung von asymptomatischen Infektionen in Höhe von geschätzt ca. 65 Prozent trug außerdem zum Gesamteffekt der Trans-

missionsverhinderung bei. Da die COVID-19-Impfung das Risiko einer Transmission reduzierte, nicht aber vollständig verhinderte, konnte auch eine geimpfte Person mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit potenziell eine Infektionsquelle darstellen. Das RKI hat daher darauf hingewiesen, dass sich auch Geimpfte weiter an die AHA+L-Regeln halten sollten und nicht nur Ungeimpfte zum Infektionsgeschehen beitragen. Dennoch entwickelten Ungeimpfte im Vergleich zu vollständig geimpften Personen signifikant häufiger schwere Krankheitsverläufe und wurden überproportional häufiger auf Intensivstation behandelt, darüber hinaus trugen sie auch mehr zur Virus-Transmission in der Bevölkerung bei.

Die Datengrundlage und der wissenschaftliche Kenntnisstand zur Wirksamkeit der Impfstoffe ist in den wissenschaftlichen Begründungen zur COVID-19-Impfempfehlung der STIKO zusammengefasst, einsehbar unter [www.rki.de/covid-19-impfempfehlung](http://www.rki.de/covid-19-impfempfehlung).

19. Welche medizinischen Fakten veranlassten nach Kenntnis der Bundesregierung Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach zu der Aussage, dass der Ausnahmezustand die neue Normalität ist ([www.tichyseinblick.de/kolumnen/knauss-kontert/karl-lauterbach-ausnahmezustand-wird-normalitaet-sein/](http://www.tichyseinblick.de/kolumnen/knauss-kontert/karl-lauterbach-ausnahmezustand-wird-normalitaet-sein/))?

Im Gespräch im März 2022 mit dem RBB-Sender radioeins bezog Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach seine Aussage über einen Ausnahmezustand darauf, dass der Klimawandel künftig zwangsläufig zu mehr Pandemien führen werde. In einer Studie, die im Fachjournal „Nature“ veröffentlicht wurde, kamen Wissenschaftler der Georgetown University in Washington zu dem Ergebnis, dass die Gefahr für neue Pandemien und resistente Krankheitserreger durch den Klimawandel binnen weniger Jahrzehnte radikal wachsen werde ([www.nature.com/articles/s41586-022-04788-w](http://www.nature.com/articles/s41586-022-04788-w)).

20. Auf welche wissenschaftliche Definition von „Pandemie“ und „Pandemie der Ungeimpften“ stützt sich die Bundesregierung ggf. (bitte entsprechende Publikationen auflisten)?

Die Bundesregierung stützt sich bezüglich einer „Pandemie“ auf folgende wissenschaftliche Definition:

Eine neu, aber zeitlich begrenzt in Erscheinung tretende, weltweite starke Ausbreitung einer Infektionskrankheit mit hohen Erkrankungszahlen und in der Regel auch mit schweren Krankheitsverläufen (<https://www.rki.de/fachwoerterbuch>).

Der Begriff „Pandemie der Ungeimpften“ ist kein wissenschaftlicher Begriff, ihm liegt daher auch keine wissenschaftliche Definition zugrunde. Es wird im Übrigen auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 16 bis 18 verwiesen.

21. Welche Gründe sprechen aus Sicht der Bundesregierung für die Aufrechterhaltung und den Weiterbetrieb des RKI, wenn die Bundesregierung dessen wissenschaftliche Expertise in entscheidenden Fragen wie dem Pandemiemanagement ignoriert bzw. wenn sich der Bundesgesundheitsminister über fachliche Einschätzungen und Empfehlungen der dortigen Experten hinwegsetzt (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Das RKI hat einen gesetzlichen Auftrag, der über die COVID-19-Pandemie hinausgeht. Die rechtliche Stellung des RKI und seine Aufgaben sind grundlegend in § 2 des Gesetzes über Nachfolgeeinrichtungen des Bundesgesundheitsamtes (BGA-NachfG) geregelt. Das RKI ist ein Ressortforschungsinstitut und ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des BMG. Ressortforschungseinrichtungen wie das RKI sind in der Methodik und der Bewertung der wissenschaftlichen Ergebnisse frei. Die Auswahl der Forschungsgegenstände und die Umsetzung der Forschungsergebnisse unterliegen jedoch, wie bei allen Ressortforschungseinrichtungen des Bundes, der Rechts- und Fachaufsicht durch das übergeordnete Ministerium. Das bedeutet, dass z. B. in Bezug auf Empfehlungen zum Krisenmanagement Vorgaben durch das BMG erfolgen können.

22. Liegen der Bundesregierung die wissenschaftlichen Originaldaten und Originalfakten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Infektions-, Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten bezüglich SARS-CoV-2 bzw. COVID-19 vor, auf deren Basis die WHO am 30. Januar 2020 eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite durch COVID-19 ausgerufen und COVID-19 am 11. März 2020 zu einer Pandemie erklärt hat, und wenn ja,
- a) seit wann liegen dem RKI oder der Bundesregierung diese Daten vor,
  - b) welche Experten haben diese Daten für die Bundesregierung gesichtet, überprüft und eigenständig ausgewertet (bitte nach Namen der Experten, Qualifikation, Tätigkeitsbereich, Anbindung an Institution aufschlüsseln),
  - c) zu welchem Schluss sind die von der Bundesregierung konsultierten Experten nach Sichtung und Auswertung der Daten gekommen,
  - d) in welcher nachgeordneten Behörde, welchem Bundesministerium oder welchem Ressort speichert die Bundesregierung ggf. die Daten, die der WHO-Ausrufung zugrunde liegen,
  - e) wo können Journalisten bzw. wo kann die Öffentlichkeit diese Daten ggf. einsehen?
23. Wenn der Bundesregierung oder dem RKI die wissenschaftlichen Originaldaten und Originalfakten der Weltgesundheitsorganisation zu Infektions-, Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten bezüglich SARS-CoV-2 bzw. COVID-19 nicht vorlagen oder vorliegen, warum ist das so, wurden sie von der Bundesregierung bzw. vom RKI nicht angefordert, oder war die WHO nicht bereit, diese Daten zur Verfügung zu stellen, und auf welche anderen epidemiologischen Erhebungen, Daten und Analysen zu SARS-CoV-2 haben sich das RKI und die Bundesregierung stattdessen seit Januar 2020 gestützt (bitte aufschlüsseln)?

Die Fragen 22 und 23 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zur Einschätzung, ob eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite oder eine Pandemie vorliegt, verwendet die WHO eine Vielzahl von Informationen in der Gesamtbetrachtung. Zu den regelmäßig verwendeten Informationen gehören insbesondere Situationsberichte und Daten, welche der WHO unter anderem gemäß der Internationalen Gesundheitsvorschriften

(2005) übermittelt werden, wissenschaftliche Berichte, einschließlich Analysen, Studien und Publikationen. Die Bundesregierung stand und steht im engen Austausch mit der WHO. Im Übrigen wird auf die Antworten der Bundesregierung zu den Fragen 24 sowie 27 bis 29 verwiesen.

24. Inwiefern hat sich die Bundesregierung bei ihrer Entscheidung für Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19-Infektionen ab März 2020 auf die Bewertung der Weltgesundheitsorganisation WHO gestützt, die COVID-19 am 30. Januar 2020 zur gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite (GNIT) und am 11. März 2020 zu einer Pandemie erklärt hat, wenn ja, inwiefern hat die Bundesregierung überprüft, aufgrund welcher Datenlage die WHO diese Einstufung vorgenommen hat, und wenn nein, auf welche epidemiologischen Erhebungen hat sich die Bundesregierung stattdessen bzw. zusätzlich gestützt?

Neben deutschen Daten aus der eigenen infektionsepidemiologischen Surveillance und Modellierungen wurden auch die von der WHO veröffentlichten Meldedaten zugrunde gelegt. Die von der WHO veröffentlichten Daten enthalten je nach Situation oder Ausbruchsgeschehen beispielsweise Daten zur Anzahl von Fällen oder Verstorbenen, durchgeführten Testungen oder Impfquoten. Diese Daten werden von der WHO situationsabhängig aggregiert nach geographischen Regionen dargestellt.

Hintergrund für die Risikoeinschätzung der Bundesregierung waren unter anderem die weiter steigenden Fallzahlen, also eine hohe Übertragungsdynamik. Die täglichen Situationsberichte des RKI sind unter [www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/infektionskrankheiten-a-z-node.html](http://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/infektionskrankheiten-a-z-node.html) abrufbar, einschließlich beispielsweise der beiden Berichte vom 15. und 16. März 2020 ([www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/infektionskrankheiten-a-z-node.html](http://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/infektionskrankheiten-a-z-node.html), siehe jeweils Abbildung 3 „Epidemiologische Kurve“). Darunter waren schwere und sehr schwere Fälle auf Intensivstationen. Zudem gab es zunehmend Fälle, die sich nicht mehr auf bekannte Fälle zurückführen ließen, d. h. dass Infektionsketten sich nicht mehr nachvollziehen ließen. Ergänzend lagen zu diesem Zeitpunkt bereits die Ergebnisse einer Modellierung des RKI vor, die eine Abschätzung von Szenarien der erwartbaren Dynamik des Weiteren Pandemieverlaufs ermöglichten ([www.rki.de/covid-19-modellierung-2020](http://www.rki.de/covid-19-modellierung-2020)). Eine in der Fachzeitschrift „Eurosurveillance“ veröffentlichte RKI-Analyse zur Erkrankungsschwere von COVID-19 zeigte im Vergleich zur saisonalen Influenza einen hohen Anteil von Patienten, die einer Beatmung bedurften, sowie eine längere Beatmungsdauer bei Patienten mit COVID-19 im Vergleich zur saisonalen Influenza ([www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.11.2000258](http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.11.2000258)). Mitte März 2020 gab es auch einen klaren Anstieg der Positiv-Rate bei den Testungen auf SARS-CoV-2, dementsprechend handelt es sich nicht um ein Artefakt durch vermehrte Testung (<https://edoc.rki.de/handle/176904/9025>). Zudem stellte sich die weltweite Situation seinerzeit so dar, dass noch in der ersten Hälfte des Monats März 2020 eine Reihe von Ländern ein allgemeines Einreiseverbot verhängt (darunter die USA) und das öffentliche Leben heruntergefahren hatten (Spanien, Italien). Beispielsweise aus Bergamo/Italien wurde bekannt, dass im Februar/März 2020 sehr viele Menschen an COVID-19 starben (im März 0,6 Prozent der Einwohner, 670 Tote bei 120 000 Einwohnern). Auf Deutschland übertragen wären das 480 000 Todesfälle in einem Monat gewesen.

26. Welche Beratungen, Treffen, Geldtransfers und andere Formen des Kontakts zwischen Vertretern der Bundesregierung oder nachgeordneter Behörden und Vertretern der WHO, des Wellcome Trust und der Bill und Melinda Gates Stiftung fanden seit 2018 statt (bitte nach Datum, Art des Kontakts, beteiligten Personen, Beträgen aufschlüsseln)?

Die Mitglieder der Bundesregierung pflegen in jeder Wahlperiode im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung Kontakte mit einer Vielzahl von Akteuren aller gesellschaftlichen Gruppen. Eine Verpflichtung zur Erfassung sämtlicher geführter Gespräche bzw. deren Ergebnisse – einschließlich Telefonate und elektronischer Kommunikation – besteht nicht, und eine solche umfassende Dokumentation wurde auch nicht durchgeführt. Eine Beantwortung der Frage für die gesamte Bundesregierung kann wegen des unzumutbaren Aufwandes, der mit der Erhebung verbunden wäre, nicht erfolgen.

Da das Informationsbedürfnis der Fragesteller sich auf Grund des Gesamtkontextes der Fragestellung der Kleinen Anfrage lediglich auf Kontakte des BMG und seiner nachgeordneten Behörden beschränken dürfte, ist nur hier eine Abfrage erfolgt. Aus den oben genannten Gründen erfolgen die nachfolgenden Ausführungen bzw. aufgeführten Angaben auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse sowie vorhandener Unterlagen und Aufzeichnungen. Die Daten sind somit möglicherweise nicht vollständig.

Das BMG sowie das RKI, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und die BZgA sind im ständigen Austausch insbesondere mit der WHO und arbeiten auf vielfältige Weise und auf den verschiedensten Ebenen mit ihr zusammen.

Dies geschieht unter anderem im Rahmen der Zusammenarbeit der bei den Behörden im Geschäftsbereich des BMG angesiedelten WHO-Kooperationszentren. Darüber hinaus erfolgt ein anlassbezogener fachbezogener Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern des Wellcome Trust und der Bill und Melinda Gates Stiftung, z. B. im Rahmen von Konferenzen und Projektzusammenarbeit.

Unterhalb der Leitungsebene gibt es daher vielfältige dienstliche Kontakte von Vertreterinnen und Vertretern des BMG und der nachgeordneten Behörden. Eine Aufstellung über all diese Kontakte kann aufgrund fehlender Recherchierbarkeit, z. B. wegen Personalwechsels, nicht erstellt werden, sodass eine Auflistung von Einzelterminen unterhalb der Leitungsebene nicht erfolgt.

Die insofern auf die Ministerebene beschränkten Kontakte des BMG sind der Anlage 1 zu entnehmen.\*

Deutschland unterstützt die WHO im Rahmen seiner eingegangenen Verpflichtungen durch jährliche Pflichtbeiträge sowie freiwillige Beiträge.

Darüber hinaus bestehen bei den nachgeordneten Behörden des BMG folgende Kooperationen:

Am PEI gibt es zwei WHO-Kooperationszentren (WHO-Kooperationszentrum für die Qualitätssicherung von Blutprodukten und Invitro-Diagnostika sowie das WHO-Kooperationszentrum für die Standardisierung und Bewertung von Impfstoffen). Unterschiedliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des PEI sind in diversen Gremien und Arbeitsgruppen der WHO als reguläre Mitglieder, Berater oder Beobachter aktiv und nehmen an entsprechenden Sitzungen teil.

Das BfArM sowie das vor der Fusion noch separat bestehende Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) haben in der Funktion als WHO-Kooperationszentrum regelmäßige fachliche Kontakte zu der WHO und zu anderen Kooperationszentren. Im Rahmen der Pandemie wur-

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/14802 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

den kurzfristige Kodes für die Kodierung von COVID-19 benötigt, die bis zu deren Veröffentlichung in häufigen Gesprächen mit der WHO und den anderen Kooperationszentren abgestimmt wurden. Auch nachträglich fand ein regelmäßiger Austausch zu dem Thema statt.

Folgende Projekte des RKI werden seit 2018 durch den Wellcome Trust und die Bill und Melinda Gates Stiftung finanziert, in deren Rahmen auch ein Austausch mit Vertretern dieser Organisationen besteht:

Wellcome Trust, Persistence of (humoral) immunity in children after yellow fever vaccination, PL Nitsche (ZBS1), Laufzeit 14. Juni 2017 bis 14. Oktober 2018, 62.056,31 Euro,

Gates Foundation, Investigating the origin of the smallpox vaccines, PL Nitsche (ZBS1), Laufzeit 28. November 2019 bis 31. Oktober 2024, 81.143,52 Euro,

Gates Foundation, Support for the WHO Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence, PL Hanefeld, Laufzeit 15. November 2021 bis 31. Januar 2023, 251.433,08 Euro.

27. Auf welche Kriterien bzw. auf welche wissenschaftlichen Daten und Fakten wird sich die Bundesregierung künftig stützen, wenn aus ihrer Sicht eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland besteht?
28. Auf welche Kriterien bzw. auf welche wissenschaftlichen Daten und Fakten wird sich die Bundesregierung künftig stützen, wenn aus ihrer Sicht die Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland droht?
29. Auf welche Kriterien bzw. auf welche wissenschaftlichen Daten und Fakten wird sich die Bundesregierung künftig stützen, wenn aus ihrer Sicht eine dynamische Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland droht oder stattfindet, und an welchen Kriterien und Parametern konkret macht die Bundesregierung eine dynamische Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit fest?

Die Fragen 27 bis 29 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach § 5 Absatz 1 Satz 6 IfSG liegt eine epidemische Lage von nationaler Tragweite vor, wenn eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland besteht, weil

1. die WHO eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite ausgerufen hat und die Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland droht oder
2. eine dynamische Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland droht oder stattfindet.

Zur fortlaufenden Einschätzung einer Gefahr betrachtet die Bundesregierung lageabhängig Informationen, u. a. zur Übertragbarkeit, Krankheitsschwere, mögliche betroffene Bevölkerungsgruppen, wahrscheinliche bzw. mögliche Immunität der Bevölkerung, mögliche Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und die Gesellschaft, Wirksamkeit, Verfügbarkeit und Akzeptanz von Gegenmitteln und -maßnahmen sowie mögliche negative Auswirkungen von Gegenmaßnahmen. Dabei werden auch erregerspezifische Eigenschaften wie diagnos-

tische Nachweisbarkeit, Stabilität in der Umwelt, Übertragungswege, Inkubationszeit, Latenzzeit, tierische Reservoirs, etc. betrachtet. Zur Bewertung der epidemiologischen Lage werden verschiedene Datenquellen genutzt. Beispiele von genutzten Surveillancesystemen und Studien während der COVID-19-Pandemie sind im Epidemiologischen Bulletin 29/2022 aufgelistet (<https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/9968/EB-29-RKI-Surveillance.pdf?sequence=1>). Auch werden verfügbare Daten und die Risikobewertungen von anderen Institutionen wie der EU und der WHO sowie anderen Staaten bei der Bewertung beachtet. Auch auf internationaler Ebene findet eine Bewertung statt:

Gemäß Artikel 20 VO (EU) 2022/2371 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren finden Gefährdungsbeurteilungen durch die verschiedensten EU-Agenturen gemeinsam statt. Ein intersektoriell zusammengesetzter beratender Ausschuss für gesundheitliche Notlagen berät gemäß Artikel 24 VO (EU) 2022/2371 die Kommission oder den EU-Gesundheitssicherheitsausschuss zur Feststellung und Aufhebung einer gesundheitlichen Notlage auf Unionsebene. Im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) müssen WHO-Mitgliedstaaten unverzüglich internationale Ereignisse melden, die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite oder schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren darstellen können. Die Bewertung eines Ereignisses, das eine potenzielle grenzüberschreitende Gefahr darstellen könnte und gemeldet werden muss, erfolgt gemäß der vier Kriterien des IGV-Bewertungsschemas. Bewertet wird dementsprechend ein Ereignis hinsichtlich der Schwere, dem Kontext in dem das Ereignis stattfindet (ungewöhnlich oder unerwartet, etc.), ob Gefahr für eine grenzüberschreitende Ausbreitung und/oder ein Risiko für internationale Handels- und/oder Reisebeschränkungen bestehen. (vgl. [www.rki.de/igv](http://www.rki.de/igv)).

Das RKI steht zudem im Rahmen von internationalen Netzwerken in engem Kontakt mit anderen Ländern und betreibt Frühwarnsysteme auf nationaler und internationaler Ebene (vgl. [www.rki.de/epidemic-intelligence](http://www.rki.de/epidemic-intelligence) und [www.rki.de/ig1](http://www.rki.de/ig1)).

Im Falle einer dynamischen Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland ist relevant, dass es eine enge Zusammenarbeit und einen regelmäßigen Austausch auf unterschiedlichen Ebenen zwischen Bund und Ländern gibt (vgl. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8515>). Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen (Verwaltungsvorschrift-IfSG-Koordinierung) legt Verfahren zur Zusammenarbeit zwischen dem RKI, dem BMG und anderen Behörden des Bundes, dem öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder und weiteren beteiligten Behörden und Stellen in epidemisch bedeutsamen Fällen fest. Im Rahmen der Früherkennung von Infektionsgefahren führt das RKI eingehende Informationen unterschiedlicher nationaler und internationaler Quellen zusammen, wertet sie aus und bewertet diese hinsichtlich der Eintragung bedrohlicher übertragbarer Krankheiten in die Bundesrepublik Deutschland oder ihrer Ausbreitung. Die Einschätzung der Dynamik einer Ausbreitung hängt dabei davon ab, wie sich die Fallzahl regional und national entwickelt, ob zunehmend Fälle beobachtet werden, ob Übertragungswege noch nachvollziehbar bleiben und Gegenmaßnahmen wirken.

30. Worauf basierte die Entscheidung von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach, die Risikobewertung für die Gesundheit der Bevölkerung Ende Februar 2022 entgegen der Empfehlung und Einschätzung der RKI-Wissenschaftler beizubehalten und die Reduzierung des Risikos von sehr hoch auf hoch abzulehnen (RKI-Protokoll 25. Februar 2022, TOP 4)?

Die Empfehlung zur Herabstufung der Risikobewertung wurde zwischen dem RKI und dem BMG auf Grundlage verschiedener Daten und Kriterien zur internationalen und nationalen epidemiologischen Situation sowie der Verfügbarkeit von Schutz- und Behandlungsmaßnahmen eng abgestimmt.

Ende Februar 2022 konnten die Auswirkungen des hohen Infektionsdrucks durch die schneller übertragbare Omikron-Sublinie BA.2 auf das Gesundheitssystem sowie mögliche Langzeitfolgen wie Long COVID noch nicht abschließend beurteilt werden. Das Gesundheitssystem war zu diesem Zeitpunkt sehr stark ausgelastet und es war von weiteren Einschränkungen auszugehen. Die Sieben-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle und die Hospitalisierungsrate stiegen bis Ende März 2022 an, täglich verstarben mehr als 1 000 Menschen in Verbindung mit einer COVID-19-Erkrankung. Aufgrund der sehr dynamischen Entwicklung und der Gefahr der Überlastung des Gesundheitssystems entschied das BMG gemeinsam mit dem RKI, die Risikobewertung für die Gesundheit der Bevölkerung Ende Februar 2022 beizubehalten. Aufgrund der positiven epidemiologischen Entwicklungen im weiteren Verlauf konnte die Risikobewertung für die Allgemeinbevölkerung am 6. Mai 2022 auf „hoch“ herabgestuft werden.

31. Auf welche fremden Regierungen bezog sich der Gesundheitsminister in seinem Tweet auf „X“ vom 25. März 2024 ([https://x.com/Karl\\_Lauterbach/status/1772329604398694801?lang=de](https://x.com/Karl_Lauterbach/status/1772329604398694801?lang=de)), um welche Art von Verschwörungstheorien in sozialen Medien handelte es sich nach Kenntnis der Bundesregierung, und welche Belege für Einmischung fremder Regierungen liegen der Bundesregierung vor?

Tweets des Ministers stehen für sich. Dass fremde Regierungen gezielt Desinformationen auf Social Media Plattformen setzen, um Einfluss auf den deutschen Diskurs zu üben, ist seit Jahren bekannt und beschäftigt unter anderem auch den Verfassungsschutz, vgl. <https://www.verfassungsschutz.de/SharedDocs/hintergruende/DE/spionage-und-proliferationsabwehr/desinformation.html>.

32. Ist es nach Kenntnis der Bundesregierung möglich, dass ein Teil der RKI-Protokolle nachträglich verändert wurden, wie von Aya Velázquez behauptet (<https://www.tichyseinblick.de/dailiessentials/rki-protokolle-nachtraeglich-aenderung/>), und wenn ja, wie lauten die ursprünglichen Textstellen, und welche Personen haben die Änderungen wann angeordnet und/oder vorgenommen (bitte aufschlüsseln)?

Die von Frau Velázquez aufgestellte Behauptung ist in dieser Form unzutreffend. Mitarbeitende des Lagezentrums des RKI haben zwischen dem 12. April 2021 und dem 10. Mai 2021 in älteren Protokollen ausschließlich Formatänderungen vorgenommen. Diese Anpassungen wurden vorgenommen, um formale Dokumentationsanforderungen zu erfüllen, die zum damaligen Zeitpunkt noch nicht bei allen Protokollen umgesetzt waren. In den Protokollen wurden beispielsweise zum Teil Aktenzeichen ergänzt, Seitenzahlen angepasst oder eingefügt sowie damit einhergehende Formatierungen vorgenommen.

Bezogen auf die Vorbemerkung der Fragesteller im Hinblick auf die stellvertretende Leiterin des Leitungsstabs und der Stabsstelle Grund-satz und Recht des RKI wird darauf hingewiesen, dass die insoweit erfolgte wahrheitswidrige Berichterstattung rechtskräftig gerichtlich untersagt wurde (LG München, 26 O 10599/24, Endurteil vom 2. Oktober 2024).

33. Ist es als Folge des Brandes im Serverraum des RKI (<https://www.rbb24.de/panorama/beitrag/2024/06/berlin-feueralarm-am-robert-koch-institut-feuerwehr.html>) und der folgenden Löscharbeiten Anfang Juni 2024 zu einem unwiederbringlichen Datenverlust bezüglich des Corona-Krisenstabes gekommen, und wenn ja, welche Daten wurden zerstört (bitte aufschlüsseln)?

Es gab Anfang Juni 2024 keinen Brand im Serverraum des RKI, sondern lediglich einen Brandmeldealarm, und demgemäß auch keine Löscharbeiten. Ein Datenverlust ist nicht eingetreten.

34. Wie ist die Mitteilung von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach vom 25. März 2024 via „X“ ([https://x.com/Karl\\_Lauterbach/status/1772305513524433240](https://x.com/Karl_Lauterbach/status/1772305513524433240)) vor dem Hintergrund der rechtlichen Stellung des RKI als weisungsgebundener Behörde des BMG in den nun veröffentlichten Protokollen zu verstehen, in der er schrieb, dass „Medien spekulieren, das RKI habe auf politische Weisung, nicht wissenschaftlich unabhängig gearbeitet. Das ist falsch“?

Tweets des Ministers stehen für sich. Zur rechtlichen Stellung des RKI wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 21 verwiesen. 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 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).

Zur Diskussion um die Risikoeinstufung wird zudem auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 30 verwiesen.

35. Welche Anweisungen hat Dr. Karl Lauterbach dem RKI seit seinem Amtsantritt als Bundesgesundheitsminister bezüglich der Corona-Pandemie konkret erteilt (bitte nach Datum, Adressat, Art der Mitteilung, also mündlich bzw. schriftlich, E-Mail etc. aufschlüsseln)?

Die rechtliche Stellung des RKI und seine Aufgaben auf den Gebieten der Infektionskrankheiten und der nicht übertragbaren Krankheiten sind grundlegend in § 2 BGA-NachfG geregelt. Das BMG übt gemäß § 3 Absatz 1 GGO die Dienst-, Fach- und Rechtsaufsicht über das RKI nach den hierfür geltenden Regelungen aus.

Vor diesem Hintergrund hat Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach mit dem damaligen Präsidenten des RKI, Dr. Lothar Wieler, im ersten Quartal des Jahres 2022 mehrfach fachlich im persönlichen Gespräch erörtert und abgewogen, welche Risikoeinschätzung der damaligen epidemiologischen Lage angemessen war sowie wann und welche Kommunikation hierzu angebracht erschien. Hierbei galt es – basierend auf dem damaligen Stand des Wissens – verschiedene Perspektiven und Datengrundlagen im Kontext einzuordnen und abzuwägen.

36. Wie ist die Aussage von Dr. Karl Lauterbach zu verstehen, dass das RKI während der Pandemie Empfehlungen abgegeben habe, die politische Verantwortung aber beim Bundesministerium liege, in welchen Fällen hat der Bundesgesundheitsminister anders entschieden als vom RKI empfohlen, und welche Gründe waren dafür ausschlaggebend (bitte nach Datum, Adressat der Anweisung, Inhalt der Entscheidung, Art der Mitteilung, also mündlich oder schriftlich, E-Mail etc. aufschlüsseln)?

Das RKI ist eine nachgeordnete Behörde des BMG. Es arbeitet wissenschaftlich unabhängig. Das BMG hat die Dienst-, Rechts- und Fachaufsicht und nimmt diese – wo erforderlich – wahr. Im Übrigen wird hierzu auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 21 verwiesen.

37. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, dass es sich bei dem neuartigen Coronavirus (2019-nCoV) um ein künstlich erzeugtes Produkt aus der Virenforschung handeln könnte (<https://www.suedtirolnews.it/chronik/nobelpreistraeger-sagt-coronavirus-entstand-im-labor>)?

Welche Corona-Erkältungsviren haben nach Kenntnis der Bundesregierung ebenfalls Furin-Spaltstellen (vgl. o. g. Protokoll 5. Februar 2020, TOP 2: „Shedding: nCoV hat zusätzliche multibasische Furin-Spaltstelle, Drosten-Hypothese ist, dass 2019-nCoV sich auch durch effektiveres und längeres shedding von SARS unterscheidet“)?

Saisonale Corona-Viren mit Furin-Spaltstellen sind: HCoV-OC43, HCoV-HKU1 (vgl. Wu & Zhao, <https://doi.org/10.1016/j.scr.2020.102115>).

Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 97 des Abgeordneten Dr. Rainer Rothfuß (AfD) in der Woche vom 22. Januar 2024 (Drucksache 20/10170 vom 26. Januar 2024, S. 79) verwiesen. Die Position der Bundesregierung ist unverändert. Es gibt zum jetzigen Zeitpunkt keine stichhaltigen Gründe, die bereits formulierte Einschätzung zu modifizieren.

38. Wo ist das damalige Gesundheitskommissionspaket Chinas einsehbar, und welche Informationen enthält es, stammt nach Kenntnis der Bundesregierung aus dieser Quelle das Konzept der „Lockdowns“, und welche Forschungsk Kooperationen zwischen RKI und China gibt oder gab es seit 2017 (bitte nach Jahren, Träger, Höhe der Förderung und Haushaltstitel aufschlüsseln, vgl. o. g. Protokoll 13. Februar 2020, TOP 1: „China wünscht keine G7 Involvierung, Deutschland hat scheinbar Vertrauensvorsprung, sollte nicht missbraucht werden um zukünftigen Informationsaustausch nicht aufs Spiel zu setzen“; vgl. o. g. Protokoll 14. Februar 2020, TOP 10: „Auf Initiative der Leopoldina war der Kontakt zur Chinesischen Botschaft entstanden. – Es wird es nächsten Mittwoch ein Treffen mit der chinesischen Botschaft geben, um z. B. über Forschungsthemen und zukünftige Kooperation zu reden – BMG und AA [Auswärtiges Amt] sind über Treffen informiert. Darüber hinaus hat die Botschaft zugesagt, dass das RKI zukünftig das aktuelle Gesundheitskommissionspaket Chinas erhält.“)?

Ein „Gesundheitskommissionspaket Chinas“, aus welchem das Konzept der „Lockdowns“ stammen soll, ist der Bundesregierung nicht bekannt.

Das RKI hat seit 2016 ein Memorandum of Understanding (MoU) mit dem Chinesischen Centres for Disease Control (China CDC). Konkrete Forschungsk Kooperationen auf Grundlage dieses MoU haben bislang nicht stattgefunden.

39. Wieso kam es nach Kenntnis der Bundesregierung zu wochenlangen Schulschließungen in Deutschland, obwohl schon sehr früh durch eine Studie in China bekannt war, dass Kinder im Infektionsgeschehen keine tragende Rolle hatten, wo ist diese Studie einsehbar (vgl. o. g. Protokoll 26. Februar 2020, TOP 0: „Altersverteilung: Kinder 2 % der Fälle in großer Studie, Kinderkrankenhaus bestätigt alle ohne Komplikationen; auch in Transmissionsketten nicht prävalent; Schulen, Kitas stehen nicht im Vordergrund, Kinder keine wichtigen Glieder in Transmissionsketten; scheiden lange im Stuhl aus aber unklar, ob lebendes Virus; Rolle der Kinder eher untypisch untergeordnet [anders als Influenza], mehr Studien müssen erfolgen.“)?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 4 und 5 verwiesen.

Bei der im Protokoll vom 26. Februar 2020 erwähnten Publikation aus China handelt es sich um „The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) – China, 2020“ von „The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team“ aus dem „Chinese Center for Disease Control and Prevention“, erschienen am 17. Februar 2020 im CCDC Weekly/Vol. 2/8, P 113-122. Diese Studie ist einsehbar unter: <https://weekly.chinacdc.cn/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51>. Die dort dargestellten Daten wurden inhaltlich ergänzt durch mündlichen Bericht von Eindrücken aus der WHO-Mission nach China (einsehbar hier: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19---final-report-1100hr-28feb2020-11mar-update.pdf>).

40. Welche „Maßnahmen“ haben nach Kenntnis der Bundesregierung in China eine „Wirksamkeit“ gezeigt, um welche Art von Wirksamkeit handelte es sich, wie war sie definiert, und wie wurde diese gemessen (vgl. o. g. Protokoll 3. März 2020, TOP 5: „Maßnahmen, von denen sich in China gezeigt hat, dass sie wirksam sind, könnten als Handlungsempfehlungen/-optionen vorgeschlagen werden.“)?

Im RKI-Protokoll vom 3. März 2020 wird auf die Ergebnisse der WHO-Mission nach China vom 16. bis 24. Februar 2020 verwiesen, einsehbar unter: [www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19---final-report-1100hr-28feb2020-11mar-update.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19---final-report-1100hr-28feb2020-11mar-update.pdf).

Die dort beschriebenen Maßnahmen, die China ergriffen hat, adressieren u. a. Etablierung von Krisenmanagementstrukturen und Entwicklung von Diagnostik, Ausbau der Surveillance, Ausbau der klinischen Behandlungskapazitäten, Isolation von Fällen, Quarantäne von Kontaktpersonen, Absagen von Massenveranstaltungen sowie Maßnahmen an Grenzen. Laut WHO-Bericht bemühte sich China um eine Balance zwischen effektiven Maßnahmen der Epidemiekontrolle und Eingrenzung der sozialen und wirtschaftlichen Folgen sowie um wissenschaftliche evidenzbasierte politische Entscheidungsfindung. Aspekte des beschriebenen Vorgehens erschienen sinnvoll und wirksam und somit aus Sicht des RKI-Krisenstabs auch für Deutschland interessant.

Das Protokoll gibt insoweit lediglich Überlegungen wieder, nicht jedoch ein konkretes Ergebnis bzw. konkrete Schlussfolgerungen.

41. Arbeitet das RKI mit einer konkreten Arbeitsdefinition des Begriffes „Public Shaming“, und wenn ja, mit welcher, und hält die Bundesregierung Maßnahmen wie Public Shaming für rechtlich vertretbar und angemessen, um welche Art von Erfahrungen ging es, und was versteht die Bundesregierung in diesem Zusammenhang konkret unter „guter Risikokommunikation“, bzw. nach welchen Kriterien erfolgte die Beurteilung, und wie weit darf dieses „Public Shaming“ nach Auffassung der Bundesregierung gehen (vgl. o. g. Protokoll 23. März 2020, TOP 1: „Andere Länder haben aus der Vergangenheit schon Erfahrungen gehabt [China mit SARS, Südkorea mit MERS]. Dort durchgeführte Maßnahmen sind beispielsweise eine frühe Isolierung von Fällen, einen weit verbreitete gute Risikokommunikation [Public Shaming] sowie die Trennung der Gesundheitseinrichtungen [Krankenhaus für COVID-19 Patienten] und eine staatliche Quarantäne [nicht zuhause] für milde Fälle. Es gibt Strafen für die Nichteinhaltung.“)?

Nein. Das RKI berichtete lediglich über diese Maßnahmen.

42. Wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bei der Entwicklung der Impfstoffe gezielt Studien verkürzt, die normalerweise der Arzneimittelsicherheit dienen, und wenn ja, welche, und um welche Art von relevanten Daten handelte es sich konkret, die noch fehlten (vgl. o. g. Protokoll 27. April 2020, TOP 5: „Vorbereitung der Einführung einer Impfung – Es werden mehrere Impfstoffe kommen, die im Schnelldurchgang entwickelt und geprüft wurden – Relevante Daten werden erst Post-Marketing erhoben“)?

Die klinischen Prüfungen, die die Grundlage für die Zulassung darstellten, wurden nach Kenntnis der Bundesregierung nicht verkürzt. Die Möglichkeit der schnellen Entwicklung ergab sich nach Information des PEI u. a. aus der Tatsache, dass umfangreiche Vorarbeiten vorlagen, die die Basis für die COVID-19-Impfstoffe darstellten, und der Möglichkeit der Kombination von klinischen Prüfungen unter einem Protokoll zur administrativen Vereinfachung der Durchführung. Zum Zeitpunkt der Zulassung lagen Studiendaten zur Impfstoffwirksamkeit und zur Sicherheit vor.

Langzeitdaten zur Wirksamkeit und Sicherheit lagen zum Zeitpunkt der Erteilung der Zulassung noch nicht vor und stellten keine Voraussetzung für diese dar. Da ein formaler Abschlussbericht („clinical study report“) der klinischen Prüfungen, die zur Zulassung führten, noch nicht vorlag, musste dieser im Rahmen der bedingten Zulassung als Auflage nachgereicht werden.

Es wird in diesem Zusammenhang auch auf die Informationen der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) verwiesen: [www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/covid-19-public-health-emergency-international-concern-2020-23/covid-19-vaccine-s-development-evaluation-approval-monitoring](http://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/covid-19-public-health-emergency-international-concern-2020-23/covid-19-vaccine-s-development-evaluation-approval-monitoring).

43. Gab es nach dem Start der Corona-Impfkampagne im Dezember 2020 einen vollständigen Abgleich der Daten zu Impfschäden zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI)?

Das PEI bewertet die Verdachtsmeldungen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (Nebenwirkungen) nach Impfung und führt keine Begutachtung von Impfschäden im Rahmen des Sozialen Entschädigungsrechts durch. Auf die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 70 des Abgeordneten Lars Rohwer (CDU/CSU) vom 25. November 2024 (BT-Drucksache 20/13937 vom 29. November 2024, S. 53) wird verwiesen.

44. Welche Schäden kann das dauerhafte bzw. vermehrte Tragen von Masken nach Kenntnis der Bundesregierung verursachen (bitte nach Art, Häufigkeit und Schwere der Schäden aufschlüsseln), wurde die Bevölkerung von der Bundesregierung über mögliche Gefahren und Schäden aufgeklärt, und wenn ja, wie, und warum wurde trotz dieser Bedenken das Tragen von Masken, besonders in Schulen, vorgeschrieben (vgl. o. g. Protokoll 2. Mai 2020, TOP 4: „Das dauerhafte/vermehrte Tragen von Masken kann auch Schaden bringen.“)?

Der Bundesregierung liegen keine Daten zu nachgewiesenen gesundheitlichen Schäden durch das Tragen von Masken vor. Bezüglich des Tragens von Masken gab es von Seiten der Bundesregierung eine Vielzahl von Empfehlungen:

Das RKI weist z. B. auf seiner Internetseite darauf hin, dass das Tragen von FFP2-Masken bei Personen mit z. B. eingeschränkter Lungenfunktion oder älteren Personen möglichst ärztlich begleitet werden sollte. Die Anwenderinnen und Anwender sollten gut über das korrekte Tragen, die Handhabung und maximale 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 FAQ des RKI: Masken zur Infektionsprävention [www.rki.de/covid-19-faq-masken](http://www.rki.de/covid-19-faq-masken)).

Das BfArM gibt Hinweise zur richtigen Verwendung von Masken ([www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html)).

Eine Stellungnahme verschiedener pädiatrischer Fachgesellschaften zur Verwendung von Masken bei Kindern stellte fest, dass es kaum Daten zu unerwünschten Wirkungen gibt (<https://dgpi.de/covid19-masken-stand-10-11-2020>). In einer Studie mit 8- bis 11-jährigen Kindern bevorzugten die Probanden Masken, die das Atmen erleichterten, die Gesichtshaut kühl hielten und altersgemäß aussahen (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32498327/>). Masken führten auch bei Kindern nicht zu einer relevanten Erhöhung der Kohlendioxid-Konzentration und stellten für Kinder mit kontrolliertem Asthma über 6 Jahren keine Gefahr dar. Erfahrungen aus Kinderkliniken und Spezialambulanzen zeigten, dass Kinder nach altersgerechter Erklärung keine Probleme mit dem Maskentragen haben. Dies galt sowohl für das Kind als Maskenträger als auch für das Kind als Gesprächspartner eines Maskenträgers. Die Verständigung konnte jedoch erschwert sein, da Masken besonders hohe Frequenzen der Sprache filtern, Lippenlesen unmöglich machen und den Gesichtsausdruck weniger sichtbar machen (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33038046/>). Ärztinnen und Ärzte mussten daher mehr Zeit für die Kommunikation aufwenden. Kinderärztinnen und -ärzte berichteten, dass das Tragen einer Maske, besonders bei jüngeren Kindern und weniger erfahrenen Ärztinnen und Ärzten, die Kommunikation erschwert (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32770801/>).

Die Entscheidung über die Anordnung einer Maskenpflicht musste in der Pandemie immer in Abwägung mit möglichen negativen Auswirkungen, etwa hinsichtlich einer beeinträchtigten Entwicklung der Sprachfähigkeiten, getroffen werden. Bezüglich des Masketragens in Schulen wird im Übrigen auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 6 verwiesen.

45. Wer hat nach Kenntnis der Bundesregierung von politischer Seite nachdrücklich Indikatoren vom RKI eingefordert und gesetzt, obwohl diese vom RKI aus fachlicher Seite weitgehend abgelehnt wurden, und wer beim RKI befürchtete, dass dem RKI das Instrument der Risikobewertung entzogen werden könnte, falls die Risikoindikatoren nicht den politischen Erwartungen entsprechen, welche Person oder Institution hätte dann diese Aufgabe übernommen (vgl. o. g. Protokoll 5. Mai 2020, TOP 7: „Allgemein: CDs-Schalte [Anmerkung: Chef der Staatskanzleien] Schwellenwert Inzidenz 35/100 000 Einwohner. 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. – Kommt das RKI der politischen Forderung nicht nach, besteht das Risiko, dass politische Entscheidungsträger selbst Indikatoren entwickeln und bzw. oder das RKI bei ähnlichen Aufträgen nicht mehr einbindet...Bei fehlender fachlicher Grundlage für die Entwicklung der gewünschten Indikatoren müsse dies klar kommuniziert werden, um die Glaubwürdigkeit des Instituts nicht zu gefährden.“, TOP 7a: „50/100 000 EW pro Woche. Der Wert wurde politisch gesetzt.“)?

Die Bewertung der Anknüpfungstatsachen war Gegenstand verschiedener Diskussionen von Bund, Ländern, RKI und Wissenschaft. Wer von politischer Seite nachdrücklich Indikatoren vom RKI eingefordert hat und von wem die Äußerung, „Kommt das RKI der politischen Forderung nicht nach, besteht das Risiko, dass politische Entscheidungsträger selbst Indikatoren entwickeln und/oder das RKI bei ähnlichen Aufträgen nicht mehr einbindet.“, stammt, ist nicht mehr rekonstruierbar.

Die 7-Tage-Inzidenz für SARS-CoV-2-Neuinfektionen pro 100 000 Einwohner war zum damaligen Zeitpunkt als Auslöser für bundesweit geltende Maßnahmen zur Pandemieeindämmung geeignet, da es sich um den frühesten Indikator für ein zunehmendes Infektionsgeschehen handelte. Zudem gestattete die Inzidenz, die mit einem gewissen Zeitversatz eintretende Belastung des Gesundheitssystems und die Anzahl der zu erwartenden Todesfälle unter Berücksichtigung der Eigenschaften der jeweils vorherrschenden Virusvariante frühzeitig abzuschätzen.

Eine funktionierende Nachverfolgung von Kontakten gehört zu den effektivsten Mitteln im Kampf gegen die Pandemie. Deshalb wurde eine

7-Tage-Inzidenz von 35 bzw. 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner als der Richtwert festgelegt, bis zu welcher Anzahl von infizierten Personen die Gesundheitsämter noch in der Lage sind, die Infektionsketten vollständig nachzuvollziehen.

Das Bundesverfassungsgericht kam zu dem Schluss, dass sowohl die Anknüpfung von Kontaktbeschränkungen an die Inzidenz als auch die Festsetzung der Höhe des Schwellenwerts innerhalb des Einschätzungsspielraums des Gesetzgebers lägen ([www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2021/11/rs20211119\\_1bvr078121.html](http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2021/11/rs20211119_1bvr078121.html)).

46. Gelten Länder, die besonders viele und starke Schutzmaßnahmen wie zum Beispiel Ausgangssperren oder Gebietsabriegelungen durchgeführt haben, nach Kenntnis der Bundesregierung als Best-Practice-Beispiele, und wenn ja, warum, um welches Papier handelt es sich bei dem „Gates Foundation Papier“, welche Länder wurden darin verglichen, wer hat die Studie initiiert und durchgeführt, wann, und wo wurde sie veröffentlicht, und in welcher Form war Lothar Wieler in die Forschungsarbeiten involviert (vgl. o. g. Protokoll 29. Mai 2020, TOP 6: „Gates Foundation Papier: Das Papier greift den epidemiologischen Verlauf und das Management von 3 Ländern weltweit auf, die als Best Practice Beispiele gewürdigt werden, darunter DEU. Als Co-Autoren sind Herr Wieler und Frau Rexroth vorgesehen.“)?

Nein. Bei dem am 29. Mai 2020 angesprochenen Papier handelte es sich um die Publikation „Emerging COVID-19 success story: Germany’s push to maintain progress“, die im Jahr 2021 von „Our World in Data“ veröffentlicht und von der „Exemplars in Global Health“ Plattform angeregt wurde. Dr. Wieler war eingeladener Erstautor. „Exemplars in Global Health“ wird u. a. von der „Bill & Melinda Gates Foundation“ finanziert. Die Publikation fokussiert sich ausschließlich auf den Beginn des Pandemieverlaufes in Deutschland; in derselben Reihe sind aber auch noch Berichte zu Vietnam und Südkorea erschienen. Die Publikation ist über den Link <https://www.exemplars.health/emerging-topics/epidemic-preparedness-and-response/covid-19/germany> abrufbar; Informationen dazu finden sich auch unter <https://edoc.rki.de/handle/176904/8514?show=full>.

47. Welche medizinischen Erkenntnisse begründeten nach Kenntnis der Bundesregierung den massenhaften Einsatz von Schnelltests, inwiefern lässt eine starke Ausweitung von Tests die Meldeinzidenz steigen, und warum wurde die Einschätzung, dass Antigentests nicht Mittel der Wahl sind, ignoriert (vgl. o. g. Protokoll 31. August 2020, TOP 10: „Von Minister Spahn kam die Idee die virologische Surveillance mittels Schnelltests von Abbott stark ausbauen. Dies erscheint nicht sinnvoll. Antigenteste nicht Mittel der Wahl, Methoden, die Sequenzierung ermöglichen, wären zu priorisieren. ->PCR Stärkung und Ausweitung“)?

Hinsichtlich der Gründe für den Einsatz von SARS-CoV2-Antigentests wird zunächst auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 1 verwiesen. Der Einsatz von Antigen Schnelltests bei symptomlosen Personen ermöglicht die Erkennung „stiller“ Infektionsketten. Des Weiteren korreliert eine hohe Viruslast häufig mit höherer Kontagiosität. Antigen-Schnelltests detektieren vor allem Proben mit höheren Viruskonzentrationen und können so Personen identifizieren, die sich gerade in einer besonders ansteckenden Krankheitsphase befinden. Darüber hinaus steigt nach einer Infektion die Viruslast im Nasen-Rachen-Raum in der frühen (präsymptomatischen) Phase oft rasch an. Da Antigen-Schnelltests innerhalb weniger Minuten ein Ergebnis liefern, können sie (bei ausreichender Testfrequenz) die hochansteckende Phase der Infektion frühzeitig erfassen. Sie können also das diagnostische Fenster verkürzen und es so den Infizierten ermöglichen, sich rechtzeitig zu isolieren, um Infektionsketten frühzeitig zu unterbinden.

Eine intensivierete Testaktivität führt dabei zu einer vollständigeren und früheren Erfassung von Infektionen, die andernfalls unentdeckt geblieben wären, und kann auch zu einem Anstieg der Fallzahlen führen. In der COVID-19-Pandemie zeigte sich bereits früh, dass für die Einschätzung des Infektionsgeschehens mehrere Indikatoren herangezogen werden sollten. So konnte durch die Ermittlung der Viruslast im Abwasser auch unabhängig von der Teststrategie eine Aussage über die Dynamik des Infektionsgeschehens getroffen werden.

48. Welche Maßnahmen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung getroffen, um die eher risikoarme Gruppe der Grundschüler vor psychischen Folgen von dauerhaftem Maskentragen zu schützen, welche Langzeitfolgen wurden befürchtet (vgl. o. g. Protokoll 21. Oktober 2020, TOP 5: „Kritisch diskutiert wird Maskenpflicht für Grundschüler, evtl. Langzeitfolgen.“)?

Gemäß der föderalen Kompetenzverteilung obliegt die Organisation und Durchführung des Schulunterrichts den Ländern. Dazu zählt auch die Anordnung und Durchführung von Infektionsschutzmaßnahmen im schulischen Kontext.

In einer Stellungnahme vom 12. November 2020 der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Gesellschaft für Pädiatrische Pulmologie (GPP) und der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (SGKJ) zur Verwendung von Masken bei Kindern zur Verhinderung der Infektion mit SARS-CoV-2 hieß es:

Kinder unterschiedlicher Altersgruppen können das Tragen der Maske als unangenehm, störend und subjektiv das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit einschränkend erleben. Das Tragen der Maske z. B. auch im Unterricht ist eine Belastung, die respektiert und anerkannt werden muss (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32917303/>). Deshalb ist eine pädagogisch gute Einführung in Hintergrund und Handhabung essentiell. Auch sollten die Kinder nicht durch altersabhängig überlange Tragzeiten überfordert werden. In einer bundesweiten Studie zur psychischen Belastung von Kindern und Jugendlichen durch die SARS-CoV-2-Pandemie konnten keine Hinweise darauf gefunden werden, dass das Tragen von Masken die Kinder in ihrer seelischen Gesundheit beeinträchtigt (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33568260/>).

Von der Bundesregierung wurden im Verlauf der Pandemie eine Vielzahl von Studien und Expertisen als Entscheidungshilfe und zur Anpassung von Schutzmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen innerhalb der Zuständigkeit der Bundesregierung genutzt:

- Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“, 15. September 2021 ([www.bmfsfj.de/resource/blob/185696/317281a594f986c9a4be384a934c1fb5/ima-bericht-gesundheitliche-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf](http://www.bmfsfj.de/resource/blob/185696/317281a594f986c9a4be384a934c1fb5/ima-bericht-gesundheitliche-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf));
- 7. Stellungnahme des Corona-ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 „Zur Notwendigkeit einer prioritären Berücksichtigung des Kindeswohls in der Pandemie“, 17. Februar 2022 ([www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2006266/c6e9cae1ee2b840b83a0946664867eb4/2022-02-17-siebte-stellungnahme-expertenrat-data.pdf?download=1](http://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2006266/c6e9cae1ee2b840b83a0946664867eb4/2022-02-17-siebte-stellungnahme-expertenrat-data.pdf?download=1));
- Corona-KiTa-Studie des Deutschen Jugendinstituts (DJI) und des RKI ([www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/corona-kita-studie.html](http://www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/corona-kita-studie.html));
- S3-Leitlinie „Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen“ ([https://register.awmf.org/assets/guidelines/027-076k\\_Praevention\\_und\\_Kontrolle\\_SARS-CoV-2-Uebertragung\\_in\\_Schulen\\_2023-09.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/027-076k_Praevention_und_Kontrolle_SARS-CoV-2-Uebertragung_in_Schulen_2023-09.pdf)).

49. Wieso sollten nach Kenntnis der Bundesregierung die Schutzmaßnahmen nicht verringert werden, nachdem eine deutliche Abnahme des Infektionsgeschehens festgestellt wurde (vgl. o. g. Protokoll 30. Oktober 2020, TOP 7: „Aktuell ein leichtes Indiz für eine Verlangsamung der Dynamik – dies sollte jedoch nicht so vermittelt werden um die neuen Maßnahmen nicht in Frage zu stellen, zumal wir uns nicht sicher sein können, wie die Tendenz sich weiterentwickelt“; Kommentarfeld: „Meiner Meinung nach sollte das leichte Absinken tatsächlich kommentiert werden, da es schon auffällt – aber eben nicht bedeutet, dass wir kein exponentielles Wachstum mehr haben.“)?

Am 30. Oktober 2020 ließ sich auf Basis der damals verfügbaren Daten aus Sicht des RKI-Krisenstabs trotz der leichten Verlangsamung der Dynamik noch keine Entspannung der epidemischen Lage ableiten. Daher war der RKI-Krisenstab zurückhaltend, ein Signal der Entwarnung nach außen zu kommunizieren.

50. Wieso ist das RKI nach Kenntnis der Bundesregierung anfänglich von einer Herdenimmunität durch die Corona-Impfung ausgegangen, die bei anderen Atemwegsinfektionen so nicht bekannt ist, wer hat nach Kenntnis der Bundesregierung dafür gesorgt, dass das Narrativ der Herdenimmunität vom RKI verbreitet wird, wann haben sich das RKI und die Bundesregierung von diesem Narrativ verabschiedet und auf wessen Weisung (vgl. o. g. Protokoll 8. Januar 2021, TOP 8: „Verabschieden wir uns vom Narrativ der Herdenimmunität durch Impfung?“)?

Das RKI ist nicht davon ausgegangen, dass die COVID-19-Impfung SARS-CoV-2 eliminieren kann. Anfang des Jahres 2021 lagen noch keine Daten zum möglichen Effekt der Impfung auf die Transmission oder zu den indirekten Effekten der Impfung und zur Dauer des Impfschutzes vor. Im weiteren Verlauf des Jahres wurden zunehmend Studien verfügbar, die zunächst einen deutlichen Effekt auf die Weiterverbreitung des Virus belegten und damit auch zeigten, dass indirekte Effekte (also Herdeneffekte) bei entsprechend hohen Impfquoten zu erwarten sind. Es zeigte sich, dass eine „sterile Immunität“, ein vollständiger Infektionsschutz, nicht erzielt wird.

51. Ab welchem Zeitpunkt waren nach Kenntnis der Bundesregierung gesicherte Daten zur Impfstoffwirkung und zur Dauer des Schutzes bekannt, wo sind diese einsehbar (vgl. o. g. Protokoll 9. Januar 2021, TOP 8: „Evidenzlage – Impfstoffwirkung ist noch nicht bekannt – Dauer des Schutzes ist ebenfalls unbekannt“)?

Ergebnisse zur Wirksamkeit der Impfstoffe wurden in den klinischen Prüfungen ermittelt, die Grundlage für die damalige Zulassung waren. Es wird auf die öffentlichen Bewertungsberichte verwiesen, die auf den Internetseiten der EMA abrufbar sind. Übersichtliche Verlinkungen bietet das PEI an ([www.pei.de/DE/Arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html](http://www.pei.de/DE/Arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html)).

Informationen zum jeweils aktuellen Stand der Wirksamkeit und Sicherheit der jeweiligen COVID-19-Impfstoffe sind in den wissenschaftlichen Begründungen der fortlaufend aktualisierten Empfehlungen der STIKO enthalten, in denen der jeweilige wissenschaftliche Kenntnisstand zusammengefasst ist und die Quellenangaben enthalten. Die erste STIKO-Empfehlung für eine COVID-19-Impfung wurde am 14. Januar 2021 im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht und war vorab seit 17. Dezember 2020 auf der Internetseite des RKI öffentlich einsehbar ([www.rki.de/covid-19-impfempfehlung](http://www.rki.de/covid-19-impfempfehlung)).

52. Ist es nach Einschätzung der Bundesregierung möglich, dass der Impfstoff von AstraZeneca ein Pandemietreiber war, weil viele der damit Geimpften – anders als behauptet – weiterhin Virusüberträger waren, gibt es diesbezüglich Erkenntnisse zu den anderen Impfstoffen (vgl. o. g. Protokoll 22. Januar 2021, TOP 2: „[...] bei AstraZeneca gibt es Hinweise, dass es asymptomatische Infektionen gibt nach Impfung [also womöglich auch Virusausscheidung?], bei den mRNA-Impfstoffen gibt es bisher keine Daten dazu“)?

Es gibt keinen Hinweis darauf, dass COVID-19-Impfstoffe Pandemietreiber waren.

Wie für Impfstoffe üblich, war primärer klinischer Endpunkt die Wirksamkeit gegenüber COVID-19 jeglichen Schweregrades. Das RKI hat den wissenschaftlichen Kenntnisstand zur Übertragbarkeit von SARS-CoV-2 durch Geimpfte in Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) zusammengefasst und fortlaufend aktualisiert, abrufbar unter [www.rki.de/covid-19-faq-impfen](http://www.rki.de/covid-19-faq-impfen).

53. Um wie viel geringer war und ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Wirksamkeit des Impfstoffes von AstraZeneca im Vergleich zu den Impfstoffen von BioNTech/Pfizer, Johnson & Johnson (vgl. o. g. Protokoll 10. Februar 2021, TOP 5: „Geringe AstraZeneca-Wirksamkeit ist erklärbar durch den Vektor [Immunität gegen Schimpansen-Virus], Sputnik mit Adenovirus-Vektor umgeht das“)?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 51 verwiesen.

54. Welche Verbesserungsmaßnahmen hat das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) im Rahmen seiner gesetzlichen Pflicht zur Überwachung der Sicherheit der Impfstoffe getroffen, nachdem feststand, dass es eingehenden Meldungen nicht mehr zeitnah bearbeiten konnte (vgl. o. g. Protokoll 19. März 2021, TOP 8: „Auch in Deutschland schwierig: PEI hatte am Montag 1.600 Meldungen, die individuell abgearbeitet werden müssen, dies liegt möglicherweise an der erhöhten Awareness, – PEI/Pharmakovigilanzstellen kommen nicht gut hinterher“; vgl. o. g. Protokoll 7. Mai 2021, S. 8: „Nebenwirkungsmeldungen: PEI hatte 45 000 in den letzten Wochen. Dies kann mit an der schieren Masse von jetzt >1 Mio. Impfdosen/Tag liegen. Bruchteil der Geimpften hat Impfreaktionen, diese sind meist unbedenklich werden aber dennoch gemeldet, auch aufgrund der erhöhten Aufmerksamkeit Herausforderung für PEI ist relevante Dinge herauspicken, z. B. Myokarditis bei jungen Männern, Sinusvenenthrombosen, usw.“)?

Zu dieser Fragestellung wurden seitens der Bundesregierung verschiedene Fragen aus dem parlamentarischen Raum beantwortet. Unter anderem wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 81 des Abgeordneten Thomas Dietz (AfD) in der Woche vom 21. Oktober 2024 (Bundestagsdrucksache 20/13511 vom 25. Oktober 2024, S. 66) sowie auf die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 85 des Abgeordneten Kay-Uwe Ziegler (AfD) vom 23. Dezember 2024 (Bundesdrucksache 20/14393 vom 9. Januar 2025, S 72) verwiesen.

Bezüglich der Zitate aus den „RKI-Protokollen“ wird darauf hingewiesen, dass sich die Aussage: „PEI hatte am Montag 1 600 Meldungen, die individuell abgearbeitet werden müssen...“ auf die elektronische Versendung der Meldungen von Verdachtsfällen an die EMA bezog. Ursache für diese Verzögerung war die Priorisierung der Eingabe (vor allem manuell) und Validierung der Meldungseingänge, damit die statistischen Signalanalysen in der Datenbank erfolgen und die Sicherheitsberichte zeitnah erstellt werden konnten. Dadurch konnte bei-

spielsweise das Risikosignal für das „Thrombose mit Thrombozytopenie-Syndrom“ (TTS) nach Impfung mit dem Impfstoff Vaxzevria sehr frühzeitig durch das PEI entdeckt werden.

55. War nach Kenntnis der Bundesregierung die Verhängung verschärfter Corona-Schutzmaßnahmen des vom RKI beobachteten Risikos des Infektionsgeschehens politisch motiviert, und warum wurde diesen Motiven der Vorrang gegeben vor wissenschaftlich fundierten Kriterien, und wenn ja, mit welcher Begründung (vgl. o. g. Protokoll 25. März 2021, TOP 4: „Die Trends sollten besser erstmal nicht formuliert werden, da es sonst schwierig sein kann weitere Maßnahmen zu begründen.“)?

Bezüglich der Grundlagen der Risikohochstufung am 16. März 2020 wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 24 verwiesen.

Angesichts der niedrigen Immunität in der Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt und der schnellen Zunahme der Fallzahlen waren gesamtgesellschaftliche Infektionsschutzmaßnahmen notwendig, um die Infektionsdynamik zu bremsen und eine Überlastung kritischer Infrastrukturen zu verhindern.

Bei der zitierten Aussage im Protokoll, keine Trends zu formulieren, handelte es sich um eine Empfehlung der BZgA hinsichtlich der Kommunikation mit der Allgemeinbevölkerung.

56. Aus welchen Gründen sollte die Öffentlichkeit zunächst nicht erfahren, dass der Impfstoff von AstraZeneca das Risiko von Sinusthrombosen bei Männern als Nebenwirkung 20-fach erhöht, mit welcher medizinischen Begründung wurde der Impfstoff von AstraZeneca weiter verimpft (vgl. o. g. Protokoll 9. April 2021, TOP 9: „Sinusthrombosen als Nebenwirkung des AstraZeneca-Impfstoffs: in D und Skandinavien sind die Fallzahlen 10 Mal so hoch wie in England. Inzwischen sind auch vermehrt Männer davon betroffen [aktuell 7 Fälle bei Männern in Deutschland] und damit gibt es auch bei Männern eine zwanzigfach erhöhte Inzidenz“)?

Das PEI hat seit Bekanntwerden der ersten Fälle bereits Mitte März 2021 öffentlich transparent und fortlaufend über die Erkenntnisse eines möglichen Zusammenhangs zwischen dem AstraZeneca-Impfstoff und Hirnvenenthrombosen berichtet ([www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/functions/hp-meldung-en-node-2021.html](http://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/functions/hp-meldung-en-node-2021.html)).

Das Signal des erhöhten Risikos von Sinusvenenthrombosen (später als Thrombose mit Thrombozytopenie-Syndrom konkretisiert) wurde initial nur auf junge Frauen (<55 Jahre) bezogen, da es bis zu dem Zeitpunkt der Detektion des Risikosignals diesbezüglich hauptsächlich Verdachtsfälle nach Impfung von Frauen gab. Dies kann nach Informationen des PEI auf eine Verzerrung der Daten (einen sogenannten Indikations-Bias) zurückgeführt werden, denn die zu dem Zeitpunkt in der Impf-Priorisierung befindlichen Personengruppen waren Angehörige der Gesundheitsberufe und damit hauptsächlich Frauen im berufstätigen Alter. Der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC) der EMA kam in der ersten Nutzen-Risiko-Analyse nach Detektion des Risikosignals (18. März 2021) zu Vaxzevria zu dem Ergebnis, dass trotz des Risikosignals der Nutzen in der pandemischen Situation im März 2021 weiterhin gegenüber dem Risiko überwiegt.

Die Aussage, dass die Fallzahlen in Deutschland vermeintlich zehnmal so hoch seien als in England, steht im Zusammenhang mit einem BBC-Bericht, der am

3. April 2021 erschienen ist und auf den hier im Original verwiesen wird: [www.bbc.com/news/health-56620646](http://www.bbc.com/news/health-56620646)

In der Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung der STIKO und der dazugehörigen wissenschaftliche Begründung, die vorab am 8. April 2021 auf der Internetseite des RKI veröffentlicht wurde (<https://edoc.rki.de/handle/176904/8071.2>), empfiehlt die STIKO auf Grundlage der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Evidenz und unter Berücksichtigung der damaligen pandemischen Lage, den COVID-19 Impfstoff von AstraZeneca für Personen im Alter  $\geq 60$  Jahren zu verwenden. Es wird auf seltene Fälle thrombotischer Ereignisse bei Personen überwiegend im Alter  $< 60$  Jahren nach Impfung mit dem COVID-19-Impfstoff von AstraZeneca hingewiesen und die Möglichkeit, alternative COVID-19-Impfstoffe zu nutzen. In der wissenschaftlichen Begründung zur COVID-19-Impfempfehlung ist die Einschränkung des Anwendungsgebietes für den AstraZeneca-Impfstoff ausführlich begründet sowie die altersabhängige Risiko-Nutzen-Bewertung zusammengefasst.

57. Wurde vom RKI eine Modellierung der Lockdown-Effekte vorgenommen, und wenn ja, welche Ergebnisse hat diese nach Kenntnis der Bundesregierung geliefert (vgl. o. g. Protokoll 16. April 2021, TOP 9: „BMG möchte eine Modellierung der Lockdown Effekte. Dazu gibt es ein Pool von ca. 2 000 Personen, die alle 2 Wochen befragt werden.“)?

Im „Epidemiologischen Bulletin“ des RKI sind zwei wissenschaftliche Publikationen von Modellierungen der Effekte der COVID-19-Impfung veröffentlicht, in denen auch sog. „Lockdown-Effekte“ (als Kontaktreduktion) berücksichtigt wurden: „Welche Impfquote ist notwendig, um COVID-19 zu kontrollieren?“ (Epidemiologisches Bulletin 27/2021, DOI 10.25646/8742, <https://edoc.rki.de/handle/176904/8483>) sowie „Die Impfung gegen COVID-19 in Deutschland zeigt eine hohe Wirksamkeit gegen SARS-CoV-2-Infektionen, Krankheitslast und Sterbefälle (Analyse der Impfeffekte im Zeitraum Januar bis Juli 2021).“ (Epidemiologisches Bulletin 35/2021, DOI 10.25646/8887, <https://edoc.rki.de/handle/176904/8602>).

58. Aufgrund welcher medizinischen Erkenntnisse hat der damalige Gesundheitsminister Jens Spahn Booster-Impfungen empfohlen (vgl. o. g. Protokoll 29. Oktober 2021, TOP 8: „Minister hat allen Booster-Impfung nahe-gelegt [ist von STIKO aber noch nicht empfohlen] und doppelte Impfung von Genesenen [hierzu liegen FG33 und WHO noch keine Daten vor]“)?

Im Herbst 2021 zeichnete sich vermehrt ab, dass die Impfeffektivität zur Verhinderung einer SARS-CoV-2-Infektion mit der Zeit abnimmt. Zudem war das Ausmaß der Transmissionsreduktion durch die Impfung unter der Delta-Variante im Vergleich zur Alpha-Variante vermindert. Bei bestimmten Personengruppen zeigte sich eine reduzierte oder schnell nachlassende Immunantwort nach einer vollständigen COVID-19-Impfung. Dies betraf insbesondere immungeschwächte Patientinnen und Patienten sowie Höchstbetagte und Pflegebedürftige. Vor diesem Hintergrund hat die STIKO am 18. Oktober 2021 Personen  $\geq 70$  Jahre, Personen mit bestimmten Grunderkrankungen und Personen, die mit der COVID-19 Vaccine Janssen geimpft wurden, eine COVID-19-Auffrischimpfung empfohlen. Die Anpassung der Empfehlung für eine COVID-19-Auffrischimpfung für alle Personen im Alter  $\geq 18$  Jahren erfolgte mit Aktualisierung der STIKO Empfehlung am 29. November 2021. Ziel der Auffrischimpfung war die Aufrechterhaltung des Individualschutzes sowie die Reduktion der Transmission von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung, um schwere Er-

krankungs- und Todesfälle zu verhindern und das Gesundheitssystem in Deutschland zu entlasten.

In diesem Kontext hat der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Ende Oktober 2021 zu Auffrischungsimpfungen gegen SARS-CoV-2 aufgerufen.

Die Evidenzbewertungen für die STIKO-Empfehlung zur Auffrischimpfung für alle Personen im Alter  $\geq 18$  Jahren kann auf der Internetseite des RKI ([www.rki.de/covid-19-impfempfehlung](http://www.rki.de/covid-19-impfempfehlung)) einsehen werden.

59. Inwiefern teilt die Bundesregierung die Einschätzung von Dr. Christian Drosten, dass die Schweiz aufgrund eines hohen Bildungsniveaus mit weniger Corona-Maßnahmen auskam als Deutschland (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

In dem angeführten Interview benennt Dr. Christian Drosten als strukturelle Unterschiede zwischen der Schweiz und Deutschland u. a. die wirtschaftliche Situation, die geografische Größe und den Reiseverkehr neben dem Bildungsniveau. Die Bundesregierung nimmt die Äußerung von Dr. Christian Drosten als unabhängigen Wissenschaftlicher zur Kenntnis.

60. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über Cyberangriffe auf die Webseite <https://rki-transparenzbericht.de> (Aya Velázquez: „Statusbericht aus dem IT-Cockpit: Unsere Webseite <https://rki-transparenzbericht.de> hatte in den vergangenen sieben Tagen einen Traffic von über 50 Terabyte, und 3,2 Millionen Angriffsversuche erfolgreich abgewehrt. Gestern zwischen 14 und 16 Uhr gab es den ersten Versuch eines DDOS-Angriffs – siehe „Spike“ in der Grafik. Keine Chance – die Webseite steht.“ – [t.me/ayawas-geht](https://t.me/ayawas-geht))?

Die Bundesregierung hat dazu keine Kenntnisse.

**Anlage 1 zur Antwort auf Frage 26 der Kleinen Anfrage 20/14214:****WHO:**

<b>Datum</b>	<b>Art des Kontakts</b>	<b>Beteiligte</b>
21.05.2018	Gespräch mit der RG'in der WHO Euro, Frau Dr. Zsuzsanna Jakab am Rande der World Health Assembly in Genf	BM Spahn
15.07.2021	Bilaterales Gespräch mit WHO GD Dr. Tedros	BM Spahn
15.10.2022	Gespräch mit WHO GD Dr. Tedros	BM Lauterbach
02.02.2023	Gespräch mit Dr. Catharina Boehme, Cabinet Chief at WHO	BM Lauterbach
02.02.2023	Gespräch mit Dr. Mike Ryan, WHO Emergencies Director	BM Lauterbach
02.02.2023	Gespräch mit WHO GD Dr. Tedros	BM Lauterbach
02.02.2023	Gespräch mit Dr. Hans Kluge, WHO RD für Europa	BM Lauterbach
21.-22.05.2023	Teilnahme an der World Health Assembly	BM Lauterbach
22.05.2023	Gespräch mit Jeremy Farrar, WHO Chief Scientist	BM Lauterbach
16.02.2024	Gespräch mit WHO GD Herrn Dr. Tedros	BM Lauterbach
27.-28.05.2024	Teilnahme an der 77. World Health Assembly in Genf	BM Lauterbach
14.10.2024	Teilnahme am World Health Summit	BM Lauterbach
30.10.2024	Gespräch mit Dr. Michael Ryan und Catharina Böhme (WHO)	BM Lauterbach

**Wellcome Trust:**

<b>Datum</b>	<b>Art des Kontakts</b>	<b>Beteiligte</b>
19.02.2022	Gespräch mit Jeremy Farrar, Director Wellcome Trust	BM Lauterbach
13.10.2024	Gespräch mit dem CEO John Arne Rottingen, Wellcome Trust	BM Lauterbach

**Bill & Melinda Gates Stiftung:**

<b>Datum</b>	<b>Art des Kontakts</b>	<b>Beteiligte</b>
19.02.2022	Gespräch mit Bill Gates	BM Lauterbach
26.04.2022	Videokonferenz mit Bill Gates	BM Lauterbach
17.01.2023	Gespräch mit Dr. Chris Elias	BM Lauterbach
18.02.2023	Gespräch mit Bill Gates	BM Lauterbach
21.05.2023	Gespräch mit Dr. Chris Elias	BM Lauterbach
15.10.2023	Gespräch mit Dr. Chris Elias	BM Lauterbach
07.05.2024	Gespräch mit Bill Gates	BM Lauterbach

