



Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Roland Magerl, Stefan Löw AfD**
vom 01.07.2020

Fragen zu Coronavirus | COVID-19 | 2019-nCoV | SARS-CoV-2 | Teil 10

Wir fragen die Staatsregierung:

- 1.1 Welche wissenschaftliche Erkenntnis führte dazu, auf Maßnahmen des Infektionsschutzgesetzes (Einreisestopp, Quarantäne von Einreisenden) ab dem Auftreten einer epidemischen Lage rund um SARS-CoV-2 in Bezug auf Reisende aus der betroffenen Region in China, auch über Transit-Flughäfen, zu verzichten? 3
- 1.2 Aufgrund welcher wissenschaftlichen Daten wurde das Risiko einer gesundheitlichen Gefährdung der deutschen Bevölkerung im Dezember 2019 sowie Januar/Februar 2020 seitens der Regierung noch so gering eingeschätzt, dass keine Maßnahmen getroffen wurden, einen hiesigen Ausbruch von COVID-19 präventiv einzudämmen oder gar zu verhindern? 3
- 2.1 Welche Modellrechnungen zu Hospitalisierungsraten, notwendigen Beatmungsplätzen und Todesfällen wurden verwendet, um ab Mitte März 2020 die Entscheidungen für diese dann umfassenden „Corona-Schutzmaßnahmen“ zu treffen? 3
- 2.2 Wurden diese Modellrechnungen auf ggf. vorhandene Vorteilnahme Dritter aus den resultierenden Maßnahmen überprüft?..... 3
- 2.3 Welche Zweit- und Drittgutachten wurden dahin gehend eingeholt? 3
- 3.1 Warum wurde ab dem ersten bayerischen Fall des Webasto-Mitarbeiters aus dem Landkreis Starnberg, behandelt im Klinikum München Schwabing, darauf verzichtet, die stets vermeldeten sog. Infektionszahlen zu kategorisieren in „symptomlos“, „leichte Symptome“, „schwere Symptome (Hospitalisierung)“, „lebensbedrohliche Symptome (Beatmung)“? 4
- 3.2 Aufgrund welcher Bedenken wurde darauf verzichtet und sogar davon abgeraten, ab dem ersten COVID-19-Toten diese zu obduzieren? 4
- 4.1 Aufgrund welcher wissenschaftlichen Datenlage wird die COVID-19-Erkrankung als gefährlicher für das Kollektiv und für die einzelne Person dargestellt als beispielsweise eine saisonale Influenza, womit wir nicht den grippalen Infekt meinen? 4
- 4.2 Sind im Vergleich zu den früheren Jahren während der Aufzeichnung der Arztbesuche aufgrund der sog. ARE*, der Hospitalisierungen und Todesfälle durch ARE*, in 2020 exzessive Abweichungen durch Hinzuaddition der verzeichneten COVID-19-Fälle zu sehen oder integrieren sich die COVID-19-Fälle in die früher übliche und gemittelte „ARE*-Statistik“? 5
- 4.3 Gibt es seitdem mehr Fälle von ARE* und dadurch resultierende Todesfälle oder ist es möglich, dass die Zahl der Fälle von akuten Atemwegserkrankungen durch die neue Atemwegserkrankung COVID-19 nicht gestiegen ist, sondern nur einen Teil der sonst üblichen ARE* abbildet? 5

Hinweis des Landtagsamts: Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Fragestellerin bzw. des Fragestellers sowie der Staatsregierung.

- 5.1 Wurde zur Aufklärung der Klinik und potenzieller Todesfälle nach positivem SARS-CoV-2-Abstrich zusätzlich auch Diagnostik auf die bisher aufgezeichneten und bekannten Viren (Influenza A, B, Adenoviren, Rhinoviren, hMPV, RSV) getätigt (falls ja, bitte die Ergebnisse nennen, und falls nein die Begründung dazu)? 5
- 5.2 Wurde der im Januar entwickelte SARS-CoV-2-Abstrich inzwischen weiterentwickelt und zu Rachenabstrich-Diagnostik-Zwecken validiert oder wird derzeit in Deutschland noch der Test verwendet, der bis zu 80 Prozent falsch-positiver Ergebnisse zeigt aufgrund von fehlender Validierung und damit einhergehendem fehlendem Ausschluss von erfassten unbekanntem Coronaviren, die beim Menschen keine Symptomatik oder Erkrankung auslösen? 5
- 5.3 Welche Gensequenzen des RNA-Genoms von SARS-CoV-2 werden zur Spezifitätssteigerung des Tests herangezogen (Bitte um Auflistung)? 5
6. Welche wissenschaftliche Grundlage hat die Staatregierung für die Erklärung, nur eine Impfung ließe eine gewohnte „Normalität“ wieder zu? 6
- 7.1 Welche wissenschaftlichen Thesen gibt es, eine Maskenpflicht für alle Bürger auszusprechen, obwohl als Antithese bekannt ist, dass viruszurückhaltende Masken aufgrund ihrer Filterfunktion und Porengröße nicht für den Alltag ausgelegt sind und die empfohlenen und verwendeten Alltagsmasken keine wissenschaftlich belegte Wirksamkeit aufweisen? 6
- 7.2 Warum wurden während der gesamten sog. Krise nur ein Wissenschaftler und sein Forschungsansatz (Coronaviren als solche!) in die Bewertung und die daraus resultierenden Maßnahmen einbezogen, statt einen unabhängigen Expertenrat aus verschiedenen Fachrichtungen einzuberufen, um kurzfristig für fachkompetente Entscheidungen zu sorgen? 6

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege
vom 06.08.2020

1.1 Welche wissenschaftliche Erkenntnis führte dazu, auf Maßnahmen des Infektionsschutzgesetzes (Einreisestopp, Quarantäne von Einreisenden) ab dem Auftreten einer epidemischen Lage rund um SARS-CoV-2 in Bezug auf Reisende aus der betroffenen Region in China, auch über Transit-Flughäfen, zu verzichten?

Auf die Antwort des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) zur Schriftlichen Anfrage der Abgeordneten Franz Bergmüller, Ralf Stadler, Ulrich Singer, Christian Klingen und Gerd Mannes (AfD) „Fragwürdige Nähe von Virologen zur Politik und eine daraus resultierende Möglichkeit der Opferung der Gesundheit der Bürger auf dem Altar der EU-Ideologie der offenen Grenzen“ vom 06.04.2020 (Drs. 18/8153) wird verwiesen.

1.2 Aufgrund welcher wissenschaftlichen Daten wurde das Risiko einer gesundheitlichen Gefährdung der deutschen Bevölkerung im Dezember 2019 sowie Januar/Februar 2020 seitens der Regierung noch so gering eingeschätzt, dass keine Maßnahmen getroffen wurden, einen hiesigen Ausbruch von COVID-19 präventiv einzudämmen oder gar zu verhindern?

Bereits das erste COVID-19-Cluster in Bayern wurde intensiv untersucht und eingedämmt. Entscheidungen sind unter anderem aufgrund folgender wissenschaftlicher Daten getroffen worden:

- eigene Daten des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit,
- Daten und Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI),
- Empfehlungen des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC),
- Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO),
- Daten zur Übersterblichkeit des European mortality monitoring (EUROMOMO),
- Modellierungen und Berechnung der Reproduktionszahl R.

2.1 Welche Modellrechnungen zu Hospitalisierungsraten, notwendigen Beatmungsplätzen und Todesfällen wurden verwendet, um ab Mitte März 2020 die Entscheidungen für diese dann umfassenden „Corona-Schutzmaßnahmen“ zu treffen?

2.2 Wurden diese Modellrechnungen auf ggf. vorhandene Vorteilnahme Dritter aus den resultierenden Maßnahmen überprüft?

2.3 Welche Zweit- und Drittgutachten wurden dahin gehend eingeholt?

Mitte März 2020 hatte die Corona-Pandemie Europa mit voller Wucht erreicht. Insbesondere aus Italien und Frankreich wurden notstandsähnliche Situationen mit vollkommen überlasteten stationären Einrichtungen berichtet. Gleichzeitig stieg die Zahl der gemeldeten Infektionen in Bayern und Deutschland exponentiell an. Aufgrund dieser Situation traf, selbstverständlich unter enger Einbeziehung der bundes- und landesseitigen Expertise (insbesondere RKI, Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit – LGL), die Staatsregierung umgehend verschiedene Maßnahmen: Zum einen mussten durch gesellschaftliche Restriktionen die Infektionsketten unterbrochen werden und zum anderen mussten die Krankenhäuser auf möglicherweise extreme Patientenströme vorbereitet werden. Hier konnte es nicht um theoretische Hospitalisierungsquoten gehen, sondern alleine darum, so rasch wie möglich so viele Kapazitäten wie möglich verfügbar zu machen – auch und gerade vor dem Hintergrund der Unsicherheit, ob die Maßnahmen zur Infektionsunterbrechung so gut wirken würden, wie es aus der Ex-post-Sicht der Fall war. Vor diesem Hintergrund ergingen die Allgemeinverfügungen vom 19.03.2020 und vom 24.03.2020, mit denen aufschiebbar Eingriffe in stationären Einrichtungen untersagt und eine Organisationsstruktur für die Verteilung der Patientenströme geschaffen

wurden. Gleichzeitig wurden die Intensivkapazitäten mit Möglichkeit zur invasiven Beatmung massiv erhöht.

3.1 Warum wurde ab dem ersten bayerischen Fall des Webasto-Mitarbeiters aus dem Landkreis Starnberg, behandelt im Klinikum München Schwabing, darauf verzichtet, die stets vermeldeten sog. Infektionszahlen zu kategorisieren in „symptomlos“, „leichte Symptome“, „schwere Symptome (Hospitalisierung)“, „lebensbedrohliche Symptome (Beatmung)“?

COVID-19 ist eine neuartige Erkrankung. Zu Beginn der Pandemie war noch wenig über das klinische Spektrum bekannt und die Erfassung dieser Daten in der elektronischen Meldesoftware noch nicht vorgesehen. Der Verlauf der Erkrankung kann zudem sehr variabel sein, d. h. bei der Erstmeldung bestehen nur leichte Symptome, dann aber kann es binnen Stunden oder Tagen zu einer Verschlechterung bis hin zum Lungenversagen und Tod kommen. Schließlich ist eine exakte Abgrenzung der oben genannten Kategorien nicht immer möglich.

3.2 Aufgrund welcher Bedenken wurde darauf verzichtet und sogar davon abgeraten, ab dem ersten COVID-19-Toten diese zu obduzieren?

In einer Veröffentlichung des RKI vom 23.03.2020 zum Umgang mit Verstorbenen wurde empfohlen, die innere Leichenschau, Autopsien oder andere aerosolbildende Maßnahmen zu vermeiden bzw. diese bei Notwendigkeit auf ein Minimum zu beschränken. Begründet wurde dies mit der Einstufung von SARS-CoV-2 in die Risikogruppe 3 durch den Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe und dem von an COVID-19-Verstorbenen ausgehenden Infektionsrisiko. Die entsprechenden Empfehlungen wurden im April 2020 präzisiert. Das RKI erkennt an, dass die innere Leichenschau wertvolle Erkenntnisse liefern kann, die zum Verständnis der COVID-19-Erkrankung beitragen. Dabei ist auf einen adäquaten Schutz des Personals zu achten.

4.1 Aufgrund welcher wissenschaftlichen Datenlage wird die COVID-19-Erkrankung als gefährlicher für das Kollektiv und für die einzelne Person dargestellt als beispielsweise eine saisonale Influenza, womit wir nicht den grippalen Infekt meinen?

Die Letalität unter Erkrankten und Infizierten kann derzeit, ebenso wie der Anteil asymptomatisch Infizierter, aus Quasi-Experimenten wie der vollständigen Untersuchung der Passagiere von Kreuzfahrtschiffen geschätzt werden. Auch die Untersuchungen von Reiserückkehrern im Rahmen von Reiserückholaktionen im Flugverkehr sowie die bisher verfügbaren gründlichen Aufarbeitungen regionaler Ausbrüche tragen zu diesen Einschätzungen bei. Realistisch erscheint die Annahme von einem Viertel bis zur Hälfte asymptomatischer bzw. oligosymptomatischer Fälle sowie eine bevölkerungsbezogene Letalität von etwa 1 Prozent der Erkrankten bzw. etwa 0,5 Prozent der Infizierten. Damit liegt die COVID-19-Letalität bei einem Mehrfachen der Letalität der im Rahmen der saisonalen Influenza Infizierten, welche orientierend mit einem Wert von 0,1 Prozent geschätzt wird. Für eine Hochrechnung der Mortalität bezogen auf die Bevölkerung insgesamt muss zudem der aktuelle Anteil der tatsächlich Infizierten und der Anteil der potenziell Empfänglichen berücksichtigt werden. Dieser wird für SARS-CoV-2 ohne Infektionsschutzmaßnahmen, ausgehend von der Basisreproduktionszahl von etwa 3, auf 60–70 Prozent geschätzt und liegt damit etwa viermal höher als bei der saisonalen Influenza. In einer konservativen Abschätzung des Einflusses auf die Sterblichkeit in der Bevölkerung multipliziert sich somit ein etwa vierfach höherer individueller Infizierten-Verstorbenen-Anteil (infection fatality rate) mit einer vermutlich vierfach höheren Befallsrate („attack rate“) der Bevölkerung auf den Faktor 16 gegenüber der saisonalen Influenza. Hinzu kommen bei COVID-19 noch mögliche Spätfolgen durch einen Multiorganbefall (Morbidity) bei Genesenen.

Die obigen Schätzungen gehen von einer Untererfassung um den Faktor von etwa 7 bis 10 aus. Die erhebliche Übersterblichkeit bis zum Greifen von Maßnahmen lässt sich bei EuroMOMO (www.euromomo.eu) unter <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/> gut erkennen.

Weitere konsistente Schätzungen finden sich hier: The infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data (preprint), s. Link: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.13.20101253v1>

4.2 Sind im Vergleich zu den früheren Jahren während der Aufzeichnung der Arztbesuche aufgrund der sog. ARE*, der Hospitalisierungen und Todesfälle durch ARE*, in 2020 exzessive Abweichungen durch Hinzuaddition der verzeichneten COVID-19-Fälle zu sehen oder integrieren sich die COVID-19-Fälle in die früher übliche und gemittelte „ARE*-Statistik“?

In den Berichten der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI werden Daten zu akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) mit dem bevölkerungsbasierten Überwachungsinstrument GrippeWeb sowie auch aus dem ambulanten Bereich berichtet. Weiter werden auch Daten aus der ICD-10-Code-basierten SARI-Surveillance des RKI (ICOSARI) berichtet.

Es handelt sich hierbei um eine syndromische Surveillance, unabhängig von möglichen Erregernachweisen. In den Analysen zeigten sich 2020 keine Auffälligkeiten gegenüber den Vorjahren. Weitere Informationen hierzu finden sich auch unter: <https://influenza.rki.de/>

4.3 Gibt es seitdem mehr Fälle von ARE* und dadurch resultierende Todesfälle oder ist es möglich, dass die Zahl der Fälle von akuten Atemwegserkrankungen durch die neue Atemwegserkrankung COVID-19 nicht gestiegen ist, sondern nur einen Teil der sonst üblichen ARE* abbildet?

Es wird hierzu auf die Antwort auf Frage 4.2 verwiesen.

5.1 Wurde zur Aufklärung der Klinik und potenzieller Todesfälle nach positivem SARS-CoV-2-Abstrich zusätzlich auch Diagnostik auf die bisher aufgezeichneten und bekannten Viren (Influenza A, B, Adenoviren, Rhinoviren, hMPV, RSV) getätigt (falls ja, bitte die Ergebnisse nennen, und falls nein die Begründung dazu)?

Hierzu liegen dem StMGP keine Erkenntnisse vor.

5.2 Wurde der im Januar entwickelte SARS-CoV-2-Abstrich inzwischen weiterentwickelt und zu Rachenabstrich-Diagnostik-Zwecken validiert oder wird derzeit in Deutschland noch der Test verwendet, der bis zu 80 Prozent falsch-positiver Ergebnisse zeigt aufgrund von fehlender Validierung und damit einhergehendem fehlenden Ausschluss von erfassten unbekanntem Coronaviren, die beim Menschen keine Symptomatik oder Erkrankung auslösen?

Es wird davon ausgegangen, dass unter „SARS-CoV-2-Abstrich (...) zu Rachenabstrich-Diagnostik-Zwecken“ und „Test“ der RT-PCR-Nachweis von SARS-CoV-2-RNA gemeint ist. Die RT-PCR-basierten Tests zum Nachweis der SARS-CoV-2-RNA wurden seit Januar kontinuierlich weiterentwickelt.

Derzeit sind mehr als 150 validierte RT-PCR-Testkits kommerziell erhältlich. Es wurde in Deutschland kein RT-PCR-Test verwendet, der 80 Prozent falsch-positive Ergebnisse erbrachte.

5.3 Welche Gensequenzen des RNA-Genoms von SARS-CoV-2 werden zur Spezifitätssteigerung des Tests herangezogen (Bitte um Auflistung)?

Im Rahmen des von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Dual-Target-Ansatzes werden in den kommerziell erhältlichen RT-PCR-Kits i. d. R. zwei Gene nachgewiesen, z. B. E-Gen, S-Gen, N-Gen, N2-Gen, orf1AB-Gen, RdRp-Gen.

6. Welche wissenschaftliche Grundlage hat die Staatregierung für die Erklärung, nur eine Impfung ließe eine gewohnte „Normalität“ wieder zu?

Eine effektive Impfung gegen SARS-CoV-2 würde bei hoher Akzeptanz einen Schutz der Bevölkerung mit einer Herdenimmunität herbeiführen. Damit kann das Virus sich nicht mehr ungehindert verbreiten, was zum Abbruch der Infektketten führt.

7.1 Welche wissenschaftlichen Thesen gibt es, eine Maskenpflicht für alle Bürger auszusprechen, obwohl als Antithese bekannt ist, dass viruszurückhaltende Masken aufgrund ihrer Filterfunktion und Porengröße nicht für den Alltag ausgelegt sind und die empfohlenen und verwendeten Alltagsmasken keine wissenschaftlich belegte Wirksamkeit aufweisen?

Es ist unzutreffend, dass die sog. Community-Masken keine wissenschaftlich belegte Wirksamkeit aufweisen. Es sind mehrere Studien zu diesem Thema veröffentlicht worden. Es wird in diesem Zusammenhang auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin verwiesen, in der eine Bewertung der Studien vorgenommen wird (s. Link: https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/COVID-19/2020-05-08_DGP_Masken_.pdf).

7.2 Warum wurden während der gesamten sog. Krise nur ein Wissenschaftler und sein Forschungsansatz (Coronaviren als solche!) in die Bewertung und die daraus resultierenden Maßnahmen einbezogen, statt einen unabhängigen Expertenrat aus verschiedenen Fachrichtungen einzuberufen, um kurzfristig für fachkompetente Entscheidungen zu sorgen?

Die der Frage 7.2 zugrunde liegende Annahme, dass nur ein Wissenschaftler einbezogen wurde, kann nicht nachvollzogen werden. Für die Bewertungen und die daraus abgeleiteten Maßnahmen und Empfehlungen wurde z. B. konsistent ein interdisziplinärer Public-Health- bzw. One-Health-Ansatz am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit verfolgt. Die beigezogenen fachlichen Expertisen umfassten im Verlauf der Pandemie neben verschiedenen humanmedizinischen Fachgebieten wie der Virologie, der Infektiologie und der Hygiene auch die Human- und Lebenswissenschaften, Infektionsepidemiologie, Veterinärmedizin, Mikrobiologie und Systembiologie, Public Health und Versorgungsforschung, Ethik sowie die Formalwissenschaft der Statistik. Darüber hinaus wurde auch die breitere wissenschaftliche Literatur z. B. in den Umweltwissenschaften und der Umweltepidemiologie beobachtet und konsultiert sowie auch die Evidenzsynthesen, Stellungnahmen und Empfehlungen wissenschaftlicher Fachgesellschaften und anderer großer Institutionen für die fachliche Beratung berücksichtigt. Darunter befinden sich u. a. die der WHO und deren Collaborating Centers, das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), das RKI, die Leopoldina sowie die Pettenkofer School of Public Health in München und deren weiteres Netzwerk.