



CharitéCentrum für Global Health

Charité | Campus Mitte | 10098 Berlin

A 27 – Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“

Institut für Virologie
Nationales Referenzzentrum für Coronaviren

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Christian Drosten

Charitéplatz 1 | 10117 Berlin
Interne Geländeadresse: Rahel-Hirsch-Weg 3

-Geschäftsstelle-

Berlin, 2.12.2025

Betr.: Nachreichung zur Sitzung der Corona-Enquetekommission vom 1.12.2025

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

in der gestrigen Sitzung sind aus Zeitgründen einige Fragen unbeantwortet geblieben. Mir ist sehr daran gelegen, auch offen gebliebene Fragen zu beantworten. Daher erlaube ich mir eine kurze Nachreichung.

Zu den Darstellungen und aus Zeitgründen bisher unbeantworteten Fragen des Sachverständigen Prof. Dr. Homburg:

Stichwort „Schweden“: Wenn man Übersterblichkeit über die ganze Pandemie vergleicht, fällt die Zeit vor der Impfung bei der Übersterblichkeit kaum ins Gewicht. Denn Schweden und Deutschland haben in dieser Zeit die Infektionen kontrolliert (auch Schweden, s. Oxford Index der Maßnahmenstärke). In der Impf-Ära wurden die Kontrollen in beiden Ländern aufgegeben, sodass erst in dieser Phase fast alle Infektionen stattfanden, die die Gesamt-Übersterblichkeit verursachten. Die Übersterblichkeit wurde jetzt u.a. beeinflusst von der Impfannahme, dem Wohlstand im Land und dem sozialen Zusammenhalt. In dieser Zeit zog die Sterblichkeit in Deutschland nach. Zum Unterschied der direkten Sterblichkeit in der ersten Welle konnte ich mich bereits in der Befragung äußern.

Stichwort „Frühe Aussagen zur Krankheitslast“: Es bestehen keine Widersprüche in meinen frühen Einschätzungen zur Krankheitslast. Die Beschreibung einer vergleichsweise milden Erkrankung, die sich bei den meisten Personen eher wie eine Erkältung darstellte, bezog sich auf den Vergleich mit SARS (Epidemie in 2003), das eine erheblich höhere Sterblichkeit aufwies. An anderer Stelle bezog sich meine Aussage auf die zu befürchtende bevölkerungsweite Krankheitslast angesichts einer exponentiellen Verbreitung von COVID-19 in der Frühpandemie-Phase. Beide Aussagen sind kongruent, der scheinbare Kontrast beruht auf einer Gegenüberstellung von Aussagen unter Vernachlässigung des Zusammenhangs.

Stichwort „Afrika“: Im Frühjahr 2020 gab es große Befürchtungen, was in den Ländern des Globalen Südens passieren würde, die die erste Welle nach damaliger Erwartung nicht kontrollieren konnten. Tatsächlich wurden dann aber in vielen Ländern - vor allem in den Großstädten - anfänglich sehr harte Kontrollmaßnahmen verhängt. Auch das jüngere Altersprofil

CHARITÉ – UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Gliedkörperschaft der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin

Charitéplatz 1 | 10117 Berlin | Telefon +49 30 450-50 | www.charite.de

Deutsche Bank | Konto 711 000 000 | BLZ 100 700 00 | IBAN DE03 1007 0000 0711 0000 00 | BIC DEUT DE BB
15224422v2

der Bevölkerung in den meisten Ländern des Globalen Südens wirkte sich glücklicherweise viel positiver aus, als ich damals erwartete.

Die Kontrollmaßnahmen waren aber nach der ersten Welle in den meisten Ländern des Globalen Südens nicht mehr aufrecht zu erhalten. Die schwere Frühpandemie in Südafrika ist hinlänglich bekannt. Aus sehr vielen anderen Ländern hatte man kaum Daten, man sollte daher mit leichtfertigen Urteilen vorsichtig sein. Viele werden sich erinnern an die dramatischen Bilder aus der brasilianischen Großstadt Manaus oder aus Großstädten in Indien, wo es nach Aufgabe der Kontrollen zu Zeit der frühen Delta-Variante zu grausamen Situationen kam. Man sah Menschen, die vor Krankenhäusern starben, es gab Berichte über Schwarzmärkte für Sauerstoffflaschen. Dies entspricht in etwa meiner damaligen Warnung vor Bildern, die wir uns im Alltag nicht vorstellen können und die eher in die Nähe von Filmbildern kommen.

Zu den Darstellungen und einer aus Zeitgründen bisher unbeantworteten Frage des Sachverständigen Lausen:

Die frühe Modellierungsstudie des von mir sehr geschätzten Kollegen Neil Ferguson betrachte ich auch rückblickend als maßgeblich. Seine Befunde und Prognosen wurden von den Arbeiten anderer Wissenschaftler wenig später bestätigt. Allgemein gilt das, was seit Beginn der Pandemie zu Modellierungen gesagt wurde: Die Unsicherheiten in den Maxima und Langfristprognosen von Szenarien-Modellierungen sind groß. Dass diese Szenarien zudem nicht real eintreten würden (Grund: selbständige oder regulativ bedingte Verhaltensänderungen) war klar und wurde in den meisten Modellierungsstudien auch kommuniziert. Der Vergleich zwischen projizierten Szenarien und realen Mortalitätsdaten ist insofern irreführend.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Christian Drosten

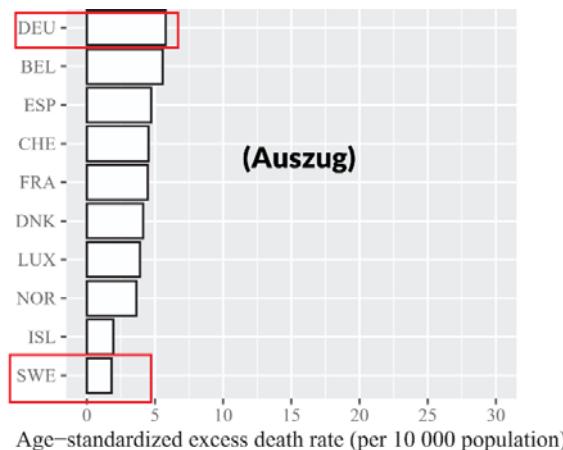
05.12.2025

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren,

vorgestern erhielten wir eine Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. Christian Drosten, Kommissionsdrucksache 21(27)18, zu drei offenen Fragen.

1. Warum schnitt Schweden besser ab als Deutschland?

Hintergrund war der Artikel aus „Lancet“, wonach Schweden im Zeitraum 2020-2023 die geringste alterststandardisierte Übersterblichkeit aller europäischen Länder aufwies:



<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2666-7762%2824%2900163-7>

Hierzu finden Sie in der genannten Stellungnahme folgende Passagen:

Drosten: „Schweden und Deutschland haben [in der Zeit vor der Impfung] die Infektionen kontrolliert. In der Impf-Ära wurden die Kontrollen in beiden Ländern aufgegeben.“

Beide Behauptungen sind unwahr: Erstens verhängte Deutschland Lockdowns, Ausgangssperren und Maskenzwang und schloss Kitas sowie sämtliche Schulklassen, während Schweden keine einzige dieser Maßnahmen ergriff.

Zweitens gab Deutschland den Lockdown in der Impf-Ära keineswegs auf, sondern hielt ihn monatelang aufrecht und verstärkte ihn ab 24.04.2021 um die Bundesnotbremse, die automatische Schulschließungen und Ausgangssperren anordnete.

Drosten „Die Übersterblichkeit wurde jetzt u.a. beeinflusst von der Impfannahme.“

Das ist fraglich und für den Vergleich von Schweden und Deutschland irrelevant, weil die Booster-Quoten bei ähnlichen 53,4% (Schweden) bzw. 62,6% (Deutschland) lagen. Je nach Zeitpunkt und Quelle schwanken die Werte, unterscheiden sich aber nicht stark:

<https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>

2. Warum änderte Drosten seine Ansicht zur Gefährlichkeit?

Die Stellungnahme lässt weiterhin offen, warum Drosten am 02.03.2020 von einer harmlosen Erkältung sprach und seine Ansicht am 18.03.2020 (Bilder aus Afrika, wie wir sie nur aus Kinofilmen kennen) diametral änderte.

Drosten: „[Ich bezog mich in der BPK vom 02.03.2020] auf den Vergleich mit SARS (Epidemie in 2003), das eine erhebliche höhere Sterblichkeit aufwies.“

Die Behauptung ist unwahr. In der BPK gab es keinerlei Bezug auf SARS-Cov-1, es ging dort ausschließlich um das neue Virus: <https://www.youtube.com/watch?v=9dcXTWhPnFg>

Drosten: „Die schwere Frühpandemie in Südafrika ist hinlänglich bekannt.“

In Südafrika gab es keine schwere Frühpandemie. Ganz im Gegenteil berichtete die BBC Ende 2020 über das „Mysterium“ hoher Infektionszahlen bei „ungewöhnlich niedrigen Sterberaten“ in Südafrika: <https://www.bbc.com/news/world-africa-55333126>

Drosten: „Viele werden sich erinnern an die dramatischen Bilder aus der brasilianischen Großstadt Manaus oder aus Großstädten in Indien.“

Abgesehen davon, dass Manaus und Indien nicht in Afrika liegen, sondern in Südamerika und Asien, können Boulevardgeschichten in keiner Weise die prognostizierten und niemals eingetretenen Horrorszenarien für Afrika stützen. Im März 2020 standen alle Signale auf Entwarnung. Insbesondere sanken die Fallzahlen in China, das nur einige Städte vornehmlich in der Provinz Hubei abgeriegelt hatte, schon seit dem Februar 2020:

<https://www.corona-in-zahlen.de/weltweit/volksrepublik%20china/>

In Deutschland stiegen die Fallzahlen Mitte März 2020 noch, aber bekanntlich mehr oder weniger parallel zu den Testzahlen; der R-Wert sank bereits.

3. Warum änderte Drosten seine Ansicht zu Masken?

Hierzu enthält die Stellungnahme kein Wort. Am 27.02.2020 stellte Drosten im NDR korrekt fest, es gebe keine wissenschaftliche Evidenz für den Nutzen von Masken. Am 18.09.2020

sagte er der Deutschen Welle, wir würden selbst nach Einführung von Impfungen noch lange mit Masken leben müssen. Stand der Wissenschaft war Anfang 2020 der „Nationale Pandemieplan“ des RKI nebst Covid-Ergänzung vom 04.03.2020. Das RKI empfahl Masken nur im Klinikbereich:

<https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf>

https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Strategie/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf

Die erste hochwertige (RCT-) Studie zum Nutzen von Alltagsmasken erschien erst im November 2020. Diese Studie bestätigte das seit langem gültige Ergebnis, Alltagsmasken hätten keinen signifikanten Nutzen: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817>

4. Zusammenfassung

Auch die nachgereichte Stellungnahme, ohne jegliche Belege und Literaturstellen, beantwortet keine der drei in der Sitzung gestellten Fragen. Zwischen dem 02.03. und dem 18.03.2020 erschienen keine Daten, die Drostens Kehrtwende begründen könnten. Angesichts der ungeheuren sozialen und wirtschaftlichen Konsequenzen, die seine Forderungen in Deutschland und andernorts hatten, ist das sehr bemerkenswert.

gez. Prof. Dr. Stefan Homburg