



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

78. Sitzung (öffentlich)

9. April 2020

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:15 Uhr bis 16:20 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Präsentation der Zwischenergebnisse der „Covid-19 Case-Cluster-Study“

3

- Bericht durch den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, und den Direktor des Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Bonn, Herrn Professor Dr. Hendrik Streeck

* * *

Präsentation der Zwischenergebnisse der „Covid-19 Case-Cluster-Study“

- Bericht durch den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, und den Direktor des Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Bonn, Herrn Professor Dr. Hendrik Streeck

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlich willkommen! Schon gestern haben wir uns darauf verständigt, dass wir uns heute noch einmal zu einer zweiten Runde zusammefinden. Ich darf Sie alle ganz herzlich begrüßen und freue mich, in unserer Mitte Herrn Professor Dr. Hendrik Streeck begrüßen zu dürfen, den Direktor des Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Bonn. Mit dabei sind natürlich auch Herr Minister Karl-Josef Laumann sowie der Staatssekretär.

Wir möchten uns über Ihre bisherigen Erkenntnisse der Untersuchungen in Heinsberg informieren lassen. Ich denke, die eine oder andere Frage ergibt sich wahrscheinlich noch vonseiten der Damen und Herren Abgeordneten. Danke schön für die Möglichkeit, dass wir dies so durchführen können.

Wollen Sie noch einführen, Herr Minister? – Dann haben Sie das Wort, Herr Professor.

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn): Vielen lieben Dank, und vielen Dank für die Einladung. Ich bin gerade erst vor sechs Monaten aus Düsseldorf weggezogen und gleich selber von dieser Pandemie überrollt worden.

Wir wurden vom Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg gebeten, dort für einige Zeit die Diagnostik zu übernehmen, weil das Labor nicht mehr hinterherkam. Wir haben das als Chance begriffen, das Virus ein bisschen besser zu verstehen. Wir waren schon drei Wochen im Voraus in Heinsberg unterwegs, haben viele verschiedene Untersuchungen durchgeführt und zum Beispiel den Geruchs- und Geschmacksverlust als typisches Symptom beschrieben. Wir haben zudem Schnelltests auf ihre Funktionsfähigkeit getestet, und davon ausgehend hatten Herr Minister Laumann und ich irgendwann ein Gespräch, in dem ich vorgeschlagen hatte, eine solche Studie zu machen.

Wir haben diese Studie in Windeseile realisiert, was ungewöhnlich für eine solche Studie ist. Denn wir fanden, dass es extrem notwendig ist, über diese Daten zu verfügen.

Diese Studie ist nicht von mir allein; das will ich von Anfang an herausstellen. Dahinter stehen über 80 verschiedene Ärzte, Wissenschaftler, Studenten, MTAs und viele andere. Die Kreisverwaltung von Heinsberg hat uns unheimlich geholfen. Wir haben zum Beispiel die Bibliothek leergeräumt und an Computern mit Handscannern gearbeitet, damit wir die Probenlast überhaupt bewältigen konnten.

Intellektuell stehen zudem noch Professor Dr. Martin Exner als Hygieniker dahinter, der im Rahmen der Studie die Hygieneempfehlungen mit bearbeitet hat, sowie Herr Professor Dr. Hartmann als Leibniz-Preisträger und Leiter des Exzellenzclusters Immunsensation. Er hat die Studie im Bereich der Immunologie begleitet.

Wir hatten die Methodik schon einmal vorgestellt. Dennoch möchte ich ganz kurz die Eckdaten dazu benennen. Wir richten uns nach einem WHO-Protokoll, das frei zugänglich ist. In diesem wird beschrieben, dass in einer Hochprävalenzregion 100 Haushalte stichprobenartig eingeladen werden, um an einer Studie teilzunehmen. Wir haben uns entschlossen, einen viel höheren Wert zu nehmen, und haben insgesamt 600 Haushalte eingeladen, um von der Gemeinde Gangelt eine möglichst genaue Stichprobe zu nehmen. In die Studie sind 1.010 Einwohner aus 410 Haushalten eingeflossen. Wir haben die Gemeinde Gangelt gewählt, weil es ein Hochprävalenzgebiet ist und dort unheimlich viel getestet wurde. Wir wollten wissen, ob wir dort trotz allem immer noch Nichtinfizierte, nicht erkannte Infektionen finden und wie sich das Virus dort verbreitet.

Wir haben anhand von Fragebogen in Zweierverfahren abgefragt. Wir haben Rachenabstriche genommen, um zu sehen, ob derzeit eine Infektion vorliegt, also ob diese Personen gerade andere Menschen infizieren können. Dabei haben wir auf Antikörper getestet, und zwar auf IgA- und IgG-Antikörper. Wir haben also zwei verschiedene Testverfahren durchgeführt, um eine gewisse Bandbreite zu haben. Ich möchte allerdings herausstellen, dass es sich um Zwischenergebnisse von 509 Personen handelt. Der Rest wird gerade noch analysiert. Es kann sich auch immer noch etwas in der Analyse verschieben. Was die Statistik betrifft, so liegt die Repräsentativität zwar schon weit über den Vorgaben der WHO, aber es kann durchaus noch zu Verschiebungen kommen.

In dem Endbericht werden wir auch unsere Analysen zu den Haushalten bekanntgeben. Wir haben Umweltproben von Haushalten genommen, also Türklinken und Handys abgestrichen, Luft eingesaugt. Wir haben Toilettenwasser genommen, Waschbecken abgestrichen, zusammen mit der Hygiene. Die Hygiene hat das nach ihren Standards gemacht. Normalerweise kümmern sie sich eher um Bakterien. Darum ist das für sie auch eine neue Form der Zusammenarbeit. Wir haben die Proben bekommen, und wir setzen alles daran, das Virus anhand dieser Abstriche wieder anzuzüchten. Das bedeutet, wir sind nicht nur Forensiker, die zeigen können, dass ein Virus sozusagen einmal gestorben ist, sondern wir können auch zeigen, ob es – in Führungsstrichen – „lebt“ oder nicht. Schließlich leben Viren ja nicht. Jedenfalls lassen sich daraus besser Rückschlüsse ziehen, ob sich ein Virus über solche Wege verbreiten kann oder nicht.

Wir nehmen auch die Kappensitzung, also die Karnevalssitzung, ganz genau unter die Lupe. Uns liegt ein fast hundertprozentiger Rücklauf der ganzen Sitzung vor. Wir wissen, wo die Infizierten gesessen haben, mit wem sie geredet haben, was sie getrunken haben. Das ist ein bisschen Detektivarbeit gewesen, aber den Doktoranden macht es unglaublichen Spaß, da richtig einzusteigen, weil man dann auch verstehen kann, wie sich ein solches Virus auf einer derartigen Sitzung verbreiten kann. Das wird auch im Endbericht zu finden sein, und damit lässt sich die Ausbreitungsverbreitung besser analysieren.

Nun zu den Ergebnissen. Gangelt ist, wie gesagt, eine Region, in der unheimlich viel getestet wurde. Wir haben herausgefunden, dass die bestehende Immunität bei 14 % liegt, wobei die Spezifität der Methode 99,1 % beträgt. Bei 2 % der Personen liegt der-

zeit eine Infektion vor. Sie sind also noch infektiös und könnten andere Menschen somit quasi noch infizieren. Als vorläufiges Ergebnis ist festzuhalten, dass die Infektionsrate in der Gemeinde Gangelt derzeit bei insgesamt 15 % liegt. Das ist, muss ich dazusagen, eher konservativ gerechnet. Berücksichtigt man alle Daten, die wir haben, liegt die Infektionsrate bei 21 %. Wir fanden es jedoch wichtiger, erst einmal konservativ vorzugehen und keine zu hohe Infektionsrate anzunehmen. Diese Spannweite werden wir im Endbericht noch besser beschreiben können.

Anhand dieser Infektionsrate können wir für das Virus zum ersten Mal eine Letalität beschreiben. Wir können also sagen, wie viele infizierte Menschen an COVID-19 sterben. Bei einer Infektionsrate von 15 % beträgt die Letalitätsrate 0,37 %. Das heißt, 0,37 % der Infizierten versterben an dieser Erkrankung, und zwar – und das ist das typische Bild – ältere Menschen mit Vorerkrankungen, die besonders gefährdet sind.

Diese Werte sind um das Fünffache geringer als die Werte der Johns-Hopkins-Universität, meiner alten Alma Mater. Dort hat man eine Letalität von 1,98 % berechnet. Das ist sehr leicht zu erklären. Das liegt daran, dass man dort danach schaut, wie viele Infizierte gemeldete Infektionen sind, wodurch die Dunkelziffer nicht mit einbezogen werden kann. Daher ist die Anzahl der Infizierten eine gar nicht so ausschlaggebende Größe, weil sie von der Anzahl der Tests abhängig ist. Das spiegeln die Daten der Johns-Hopkins-Universität sehr gut wider, vergleicht man sie mit den erhobenen Daten, anhand derer wir ganz genau sagen können, wie viele Personen infiziert sind. Damit beträgt die Gesamtmortalität, also auf die ganze Population bezogen, 0,06 %.

Man kann das Ganze auch positiv formulieren und sagen, dass 15 % der Bevölkerung bereits immun gegen SARS-CoV-2 sind. Das heißt, 15 % der Bevölkerung können sich nicht mehr infizieren, und damit reduziert sich die Ausbreitungsgeschwindigkeit. Bezogen auf die Reproduktionsrate bedeutet das, dass eine Person nicht mehr drei weitere Personen infizieren kann, sondern 15 % weniger. In die bisherigen epidemiologischen Modelle ist nicht eingeflossen, dass sich die weitere Ausbreitung dauerhaft verlangsamen wird, wenn eine Grundimmunität vorhanden ist, wie zum Beispiel in dem Fall von 15 %.

Wir sehen auch darin einen Erfolg, dass sich durch stringente Hygienemaßnahmen, die wir jetzt alle verinnerlicht und erlernt haben, nicht nur die Ausbreitung verlangsamt, sondern auch die Infektionsdosis, also die Virenkonzentration bei der Infektion, verringert. Da wir auf Abstand gehen und bestimmte Maßnahmen einhalten, ist die Infektion geringer, und dadurch verringert sich auch der Schweregrad der Erkrankungen. Daher müssen im Moment ungünstige Voraussetzungen vermieden werden, wie sie bei den Ausbruchereignissen vorlagen, also den Superspreading Events wie der Karnevalsitzung, der Après-Ski-Bar in Ischgl oder der „Trompete“ in Berlin.

Wir sehen das Vier-Phasen-Modell der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, an dem Herr Exner beteiligt war, als ein sehr gutes Modell an. Wir befinden uns gerade in der ersten Phase, in der es darum geht, Ausbruchereignisse zu unterbinden, sodass es keine großen Ausbrüche mehr geben kann, damit wir eine Kontrolle über das Virus erlangen. Die Politik hat richtig reagiert, und jetzt muss man lernen, mit dem Virus in der Gesellschaft umzugehen. Denn eines ist sicher: SARS-CoV-2 wird

nicht mehr aus der Gesellschaft verschwinden. Wir müssen vielmehr lernen, damit umzugehen.

Nachdem wir nun einen unkontrollierten Ausbruch vermieden haben, fängt die zweite Phase an, in der wir gelernt haben, aktiv und diszipliniert die Hygienemaßnahmen anzuwenden. Diese Sicherung der hygienischen Rahmenbedingungen ermöglicht uns, in eine zweite Phase einzutreten, in der man für bestimmte Bereiche die Quarantänierungsmaßnahmen zurückfährt.

Die wichtigste Kenngröße für uns ist nicht die Anzahl der Infizierten. Wir werden nicht verhindern können, dass sich das Virus ausbreiten wird und Menschen daran sterben werden. Es geht vielmehr darum, dass die schwer erkrankten Menschen einen Intensivbettplatz bekommen. Damit ist die Kenngröße, die wir im Auge behalten müssen, die Anzahl der Intensivbetten. Es muss sichergestellt sein, dass immer genug Intensivbetten und Ressourcen für die Menschen vorhanden sind, die einen schweren Krankheitsverlauf durchmachen. Darum sind Überlegungen wie die zu einem Zentralregister für Intensivbetten oder Beatmungsgerät extrem wichtig. Darauf sollten wir uns fokussieren. Wir arbeiten gerade daran, dass man anhand von Stichproben die Anzahl der Infektionen ausrechnen kann, um zu sehen, ob wir zu nah an unsere Kapazitätsgrenzen stoßen.

Ich finde es wichtig – das sage ich auch für meine Kollegen –, zu erwähnen, dass wir Wissenschaftler und keine Politiker sind. Ich werde keine Empfehlungen abgeben, was mit Kindergärten, Schulen oder öffentlichen Verkehrsmitteln passieren sollte. Das ist nicht meine Aufgabe, das ist Ihre Aufgabe. Ich finde, in einer öffentlichen Debatte sollte es so sein, dass Sie und nicht die Virologen die Entscheidung darüber treffen. – Vielen Dank.

(Allgemeiner Beifall)

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Wird dazu das Wort gewünscht? – Herr Kollege Yüksel.

Serdar Yüksel (SPD): Ganz herzlichen Dank. Das war spannend. Ich habe bereits im Fernsehen verfolgt, was Sie gesagt haben. Es war erfrischend, einen anderen Blickwinkel auf die Geschehnisse zu bekommen. Denn was wir in den letzten Wochen gehört haben, war sehr spekulativ, und Modellrechnungen, die präsentiert worden sind, waren lediglich durch Annahmen begründet, die aber schnell in sich zusammenfallen, wenn man vernünftiges Datenmaterial hat und sich anhand von Daten anschaut, wie sich die Situation tatsächlich verhält.

Mich interessieren zwei Dinge. Wie können wir die Kapazitäten effektiv erhöhen? Wo sehen Sie in dieser Hinsicht Handlungsmöglichkeiten? Was halten Sie insbesondere von diesen Schnelltests, die im Moment auf dem Markt angeboten werden? Wie können wir eine verlässliche, sensitive Messung auch derer gewährleisten, die über Antikörper verfügen? Sie haben ganz klar gesagt, diejenigen, die sich angesteckt haben und gesund sind, haben nicht mehr die Fähigkeit, andere anzustecken oder selbst erneut daran zu erkranken.

Das Zweite ist die Frage, wie wir diejenigen zählen, die an COVID-19 verstorben sind. Die Frage lautet doch: Sind die tatsächlich alle an oder mit Corona gestorben? Ich kann das durchaus verstehen, wenn jemand an einer respiratorischen Insuffizienz oder an pneumonischen Infiltraten leidet – CT-gesichert –, intubiert und beatmet wird und dann verstirbt. Dann kann man sagen, diese Person ist tatsächlich an diesem Krankheitsverlauf gestorben.

Was passiert aber mit all denen, bei denen man post mortem einen Rachen- und Nasenabstrich macht, die zwischen 83 und 89 Jahren waren, wie ich das in meiner Stadt erlebt habe, Pflegegrad 5 hatten, multimorbid erkrankt waren und dann gestorben sind und bei denen der Abstrich in Bezug auf Corona einen positiven Befund ergibt? Der Arzt, der drei von ihnen behandelt hat, hat mir gesagt, es könnte sein, dass diese Personen positiv waren, sie sind aber nie und nimmer an Corona gestorben, sondern mit Corona gestorben.

Deshalb meine Frage: Müssen wir da nicht zu einer anderen Zählweise kommen, wenn wir eine Statistik führen? Führt es nicht in die Irre, wenn wir anhand von Rachenabstrichen zählen anstatt anhand gesicherter Krankheitsverläufe, CT-Untersuchungen oder pneumonischer Infiltrate und ähnlicher Dinge?

Vorsitzende Heike Gebhard: Wir sammeln die Fragen zuerst, sonst beißen wir uns an einer Stelle fest, und dann kommen die anderen nicht mehr zum Zuge und sind traurig. – Herr Kollege Neumann.

Josef Neumann (SPD): Vielen Dank auch von meiner Seite für den spannenden Vortrag. – Ich habe zwei Nachfragen. Kann man Ihre Untersuchungen in Heinsberg zu dem Verhältnis der Immunisierten oder Infizierten auf andere Gebiete ausweiten, oder ist das sozusagen eine regionale Bewertung?

Sie haben die Kappensitzung, aber auch Ischgl angesprochen. Spielt bei den Untersuchungen beispielsweise auch die Frage des Fußballspiels des BVB eine Rolle?

Vorsitzende Heike Gebhard: Herr Mostofizadeh.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Vielen Dank auch von meiner Seite. – Interessant sind die wirklichen Ansteckungswege. Das muss zumindest uns, die Abwägungsentscheidungen zu treffen haben, wie Sie gesagt haben, besonders interessieren. Wenn ich im Fußballstadion bin, ist die Wahrscheinlichkeit überschaubar, dass ich mich bei jemandem anstecke, der im gegenüberliegenden Block sitzt. Wenn man dann aber das Stadion durch einen engen Ausgang verlässt, ist das wieder etwas anderes. Hier ist die Situation ähnlich. Wir sitzen zwar auf Abstand, was aber nichts bringt, wenn wir den Saal alle gleichzeitig durch diese Tür verlassen. Diese Frage wäre sicher zu erörtern. Welche Kenntnisse haben Sie dazu? Es geht schließlich um die Frage, welche Schutzintensität an den Tag zu legen ist, und zwar in allen gesellschaftlichen Situationen. Ich denke in diesem Zusammenhang an Friseure oder Masseure, also an Betriebe, die auch irgendwann wieder anlaufen müssen.

Meine zweite Frage geht auch ein bisschen ins Politische und bezieht sich auf die Isolation und die Ansteckungswege. Wie intensiv müssen die Menschen geschützt werden? Ich bin sehr froh, dass wir die Einzelzimmerquote bei den Altenpflegeheimen durchgesetzt haben und es deswegen in diesem Bereich besser aussieht als noch vor zehn Jahren. Gibt es Ihrerseits schon Erkenntnisse dazu, wie stark die räumliche Trennung sein müsste?

Vorsitzende Heike Gebhard: Frau Kollegin Schneider.

Susanne Schneider (FDP): Vielen Dank für Ihren spannenden Vortrag. – Sie hatten die Antikörpertests angesprochen. Das Schönste wäre, wenn wir schnell über sehr zuverlässige Antikörpertests verfügten. Den Medien entnehme ich immer wieder, das sei noch nicht der Fall. Ich denke mir, wenn wir vernünftig und valide testen könnten, könnten wir diejenigen, die Antikörper haben, sozusagen ganz schnell wieder nach vorne in den Einsatz schicken. Wie ist Ihre Einschätzung dazu? – Danke schön.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herr Dr. Vincentz, bitte.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Ich habe eine Frage zu der Mortalität. Die Studie, die Sie vorgestellt haben, repräsentiert im Gegensatz zu den ersten Schätzungen eine sehr niedrige Mortalität. Uns lagen im AGS Zahlen von diagnostizierten Fällen vor, die bis dato ausgewertet worden waren, die ein ähnliches Ergebnis lieferten wie die Johns-Hopkins-Universität, also eine Sterblichkeit von rund 1,5 %.

Über Medline sind bereits einige Studien abrufbar. Ich habe drei Studien aus China gefunden, die einen ähnlichen Anhalt geben wie Ihre Studie, die besagt, man diagnostiziert im Prinzip zu wenige, weil es viele milde Verläufe gibt, sodass die Mortalität eher geringer ist. Die Grundannahme einer höheren Mortalität ist aufgrund der anderen Coronaviridae-Infektionen, also MERS und Co., wahrscheinlich nicht falsch gewesen. Ich meine, es ist nicht falsch gewesen, dass man erst einmal eine gewisse Gefährlichkeit des Virus angenommen hat. Aber es scheint doch eher eine Erhöhung um den Faktor 3 oder 4 gegenüber der saisonalen Grippe zu sein.

Wie lässt sich vor diesem Hintergrund erklären, dass es Zustände wie in Italien, New York oder Spanien gibt, wo die Verläufe im Regelfall zwar milder sind, das Gesundheitssystem dort aber trotzdem an seine Grenzen stößt?

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Ich möchte an die Bemerkung der Kollegen Yüksel und Schneider anknüpfen. Wenn man feststellt, es sind Antikörper vorhanden, kann man sicherlich unterstellen, dass sich diese Person nicht wieder infiziert. Aber woher hat man die Sicherheit, dass man kein Passivträger ist und das Virus nicht weitergeben kann? Ist das gesichert? Vielleicht können Sie mir das als Nichtmedizinerin einmal erklären.

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn): Ich hoffe, meine Notizen sind gut genug. Sonst müssen Sie mich unterbrechen, wenn ich etwas falsch verstanden habe.

Als Allererstes muss ich mich bei Ihnen entschuldigen. Sie hatten mir eine E-Mail geschrieben und eine spezifische Frage gestellt. Mein E-Mail-Programm funktioniert seit Samstag nicht mehr. Mein Postfach wurde regelrecht gesprengt. Sie kennen so etwas sicher, aber ich kenne das gar nicht. Man wird attackiert, weil man sich auf die Fakten beruft. Es ist für einen Wissenschaftler sehr ungewohnt, mit so etwas umzugehen. Daher habe ich auch nicht geantwortet. Ich beantworte gerade keine E-Mails.

(Heiterkeit)

Sie haben die Antikörpertests angesprochen. Es gibt Antikörpertests, die relativ gut funktionieren. Eine der produzierenden Firmen ist die deutsche Firma EUROIMMUN bei Hamburg. Die Tests sind mittlerweile für den Nachweis einer COVID-19-Infektion klinisch zertifiziert. Wir sehen – und das wurde auch beschrieben – eine Spezifität von 99 %. Allerdings sind sie nicht geeignet, um eine derzeit vorliegende Infektion zu zeigen, sondern sie zeigen nur eine zurückliegende Infektion an. In Bezug auf den IgA-Antikörper, den Schleimhautantikörper, der sich typischerweise im Mund befindet, beträgt die Sensitivität 90 %. Das ist eigentlich gar nicht so schlecht, wenn man bedenkt, dass die Fehlerrate bei 10 % liegt. Das ist zumindest etwas, womit man arbeiten kann.

Das Gute daran ist, dass man bei Coronaviren annimmt, dass, wenn Antikörper gebildet sind, erst einmal ein gewisser Schutz vorhanden ist. Das ist nicht wie bei den anderen Viren, die wir im Körper haben, wie zum Beispiel Herpes, CMV oder EBV. Diese Viren können immer wieder ausbrechen, und man kann sie weitergeben.

Beim Coronavirus gehen wir davon aus, dass, wenn Antikörper vorhanden sind, man das Virus nicht mehr weitergeben kann. Es gibt eine Übergangsphase; darum habe ich das jetzt nicht ganz klar formuliert. Nach Tag 7 bis 14 gibt es eine Zeit, in der zwar Antikörper vorhanden sein können, in der man das Virus aber gegebenenfalls noch weitergeben kann. Wenn jemand „Abstrich negativ“ ist, also im Rachen keinen Virus hat, aber Antikörper zeigt, ist er immun und trägt keinen Virus in sich.

Wir wissen nicht, wie lange eine Immunität für SARS-2 vorliegt. Wir können das Virus nur für den Zeitraum überblicken, seit es in der menschlichen Bevölkerung vorkommt. Wir kennen aber andere Coronaviren, von denen vier jedes Jahr in der Gesellschaft einen grippalen Infekt verursachen. Das sind alles Namen, die Sie sofort wieder vergessen werden, zum Beispiel OC43 oder HKU1. Diesen Herbst war HKU1 sehr präsent und hat vielen Probleme gemacht. Wir wissen, dass es eine Immunität von 6 bis 18 Monaten geben – so genau ist das nicht erforscht –, man sich dann aber doch wieder mit ihnen infizieren kann. Häufig fällt die nächste, zweite Infektion jedoch milder aus als die erste. Bei SARS-2 wird es sich wahrscheinlich genauso verhalten. Für MERS wurde eine sterilisierende Immunität, sprich eine langfristige Immunität, beschrieben. Aber für SARS kann man annehmen, dass es sich wie die anderen Erreger verhält.

Zu den Schnelltests. Wir haben im Doppelblindverfahren einen Antikörperschnelltest der Berliner Firma PharmACT getestet – der hatte eine sehr niedrige Sensitivität von

40 % –, um eine vorliegende Infektion nachzuweisen. Wenn er ausgeschlagen hat, war er in 93 % der Fälle positiv, das heißt, die Spezifität betrug 93 %. Wir haben nicht getestet, ob dieser Test richtige Vorhersagen bei Menschen treffen kann, die eine Infektion durchgemacht haben. Dieser Test ist nicht gelaufen, sondern es wurde nur getestet, ob man etwas vorhersagen kann.

Es ist eine Möglichkeit – das sehe ich auch so –, darüber zu diskutieren, ob Antikörperträger eher in Pflegeheimen, in Krankenhäusern oder in anderen kritischen Bereichen eingesetzt werden können. Das ist ein interessanter Gedanke. Als wir nicht wussten, wie sich die Infektion verhält, haben wir intern darüber diskutiert, ob man jüngeren Menschen anbietet, sich freiwillig infizieren zu lassen. Denn man weiß, sie haben einen ruhigen, asymptomatischen Verlauf, und sie könnten sich dann um ältere Menschen kümmern. Das sind Gedanken, die unter Virologen einfach mal durchgespielt wurden. Das ist ethisch sehr schwierig. Wenn es schon so viele Infizierte gibt, sollte man aber zumindest darüber nachdenken, ob sich diejenigen, die schon infiziert waren, nicht um kritische Bereiche kümmern sollten.

Die Frage, ob jemand an oder mit COVID-19 verstorben ist, finde ich selbst sehr spannend. Dazu brauchen wir bessere Daten. Hamburg hat eine Pflichtobduktion für an COVID-19 Verstorbene angeordnet. Daher kriegen wir bessere Daten. Der dortige Rechtsmediziner, Herr Püschel, hat der „WELT“ ein Interview gegeben und darin ganz erhellende Erkenntnisse vorgebracht. Er sagte, dass bei den meisten multimorbide Erkrankungen vorgelegen hatten und niemand von den Verstorbenen ohne Vorerkrankungen war.

Generell wünsche ich mir – das sollte man für die Zukunft überlegen –, dass man den Gesundheitsämtern noch mehr an die Hand gibt, damit sie solche Daten besser sammeln und dass sie auch solche Fragestellungen bei derartigen Pandemien besser erfassen können. Es ist einfach schwierig, an solche Daten zu kommen. Aber ich glaube, in Zukunft wäre das für uns alle hilfreich, solche Daten zu haben.

Herr Neumann, Sie haben mich gefragt, ob man unsere Studie auf andere Gebiete beziehen kann. Für einen Punkt gilt das in jedem Fall, und das ist die Letalität. Wie viele Menschen, die mit SARS-CoV-2 infiziert sind, versterben daran? Das ist ein relativ fester Wert, den man gut übertragen kann. Die andere Letalität bezieht sich dann eher auf das Gesundheitssystem. Daran schließt sich die Frage zur Situation in Italien und New York an. Es gibt eine Studie zu Blutspendern in der Lombardei, die auf SARS-CoV-2-Antikörper getestet wurden, und das Ergebnis war eine Seroprävalenz von 70 %.

Vorsitzende Heike Gebhard: 70 %?

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn): 70 %. Der Artikel ist leider auf Italienisch. Ich spreche kein Italienisch. Ich habe mir das von jemandem übersetzen lassen. Man nimmt an, dass dort die gleiche Letalität vorliegt. In anderen Worten: Wir nehmen im Moment an, dass Italien die Erkrankung bereits durchgemacht hat, zumindest in der Lombardei. Auch für New York muss man annehmen, dass sich das Virus dort sehr viel stärker verbreitet hat.

Hinzu kommt das Gesundheitssystem in Italien mit seinen vorhandenen Intensivkapazitäten. Das sind alles Faktoren, die da hineinspielen, die ich selber nicht gut urteilen kann. Zusätzlich ist in Italien der Altersdurchschnitt, vor allem in der Lombardei, anders, und man hat eine höhere Rate an Rauchern. Wir wissen, dass die Sterblichkeit bei Rauchern mit COVID-19 14-fach erhöht ist.

(Serdar Yüksel [SPD]: Jetzt haben alle Raucher im Raum aufmerksam zugehört! – Heiterkeit)

– Es ist nie zu spät, um aufzuhören.

Zum BVB-Spiel kann ich gar nichts sagen. Ich habe das auch gar nicht verfolgt. Alle Dinge mit Fußball blende ich immer aus.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Daher habe ich auch den Zusammenhang mit COVID-19 nicht betrachtet. Wir wissen mittlerweile aber sehr genau von diesem Coronavirus und anderen Coronaviren, wie sie sich verbreiten, nämlich als Tröpfcheninfektion. Das Virus hält sich zwar für eine gewisse Zeit auf einer Oberfläche, auf einem Glas, an Türklinken – wir haben es schon überall in Form eines genetischen Nachweises gefunden –, aber wir konnten es an keinem dieser Orte anzüchten, sodass es sich wieder vermehren konnte.

Wir haben jetzt sehr viel mehr Haushalte getestet und geschaut, ob wir es anzüchten können. Es kann sein, dass wir es schaffen. Aber zu einer Tröpfcheninfektion gehört, dass, wenn man Viren anfasst und auf seine Hand bringt, man sie auch irgendwie auf die Schleimhäute bringen muss. Wir haben im Rahmen der Husten- und Nies-Etikette und der regelmäßigen Handhygiene gelernt, dass das keinen Übertragungsweg darstellt. Das ist anders als bei Masern, also anders als bei einer Schmierinfektion, bei der man sich durch das Anfassen infizieren kann.

Darum sehe ich Bereiche wie den öffentlichen Nahverkehr oder das Einkaufen im Supermarkt weniger kritisch. Denn zum einen wissen wir, es ist eine Tröpfcheninfektion, es wird über Tröpfchen übertragen, und wir haben bisher keine erwiesenen Daten dafür, dass sich jemand auf diese Weise infiziert hat.

Mein Lieblingsbeispiel dafür ist Webasto. Diese Mitarbeiterin aus China war krank. Sie hat einige Tage in Bayern – ich weiß nicht, ob es in München war – gewohnt, im Hotel, ist mit dem Taxi gefahren, hat dort gegessen, hat bestimmt etwas eingekauft. Aber die einzigen gesicherten Infektionen ließen sich bei den Mitarbeitern der Firma nachweisen. Sie hat jedoch nicht die Leute im Flugzeug oder irgendwo darum herum infiziert. Jetzt wurde auch noch einmal nachgeprüft, ob irgendwelche Infektionen entstanden sind. Das war wirklich konzentriert auf Webasto zurückzuführen. Das zeigt: Natürlich können Infektionen auch im Bus passieren, aber das sind vereinzelte Fälle. Und das sind dann die Fälle, die von den Medien hochgespielt werden, wenn es heißt, dass sich doch jemand auf diese Weise infiziert habe. Aber das gilt nicht für Großausbrüche wie in Gangelt oder in Ischgl. In Ischgl ist ein infizierter Bartender mit einer Trillerpfeife durch die Bar gelaufen und hat somit einen Sprühnebel mit Viren verbreit-

tet. Das ist eine ganz andere Dimension der Tröpfcheninfektion, die zu einer Verbreitung geführt hat. Auch in Bergamo wurde ausgelassen gefeiert, nachdem eine Mannschaft unerwartet gesiegt hatte. So viel zu Ihrer Frage zu den Ansteckungswegen.

(Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE]: Können Sie das vielleicht noch einmal für die räumliche Situation in Pflegeheimen oder Krankenhäusern sagen, inwieweit Sie da Ergebnisse haben?)

– Da bin ich selbst in einem ethischen Dilemma in dem Sinne, dass ich virologisch etwas anderes empfehlen würde als als Bürger oder Arzt. Virologisch gesehen sollte man unter strikten Hygienemaßnahmen die Rahmenbedingungen aufrechterhalten und vulnerable Personen in Quarantäne belassen und isolieren. Das ist die virologische Betrachtung. Als Bürger und als Arzt ist das jedoch unethisch. Also muss man kreative Wege finden, wie man beides zulässt. Aber gerade in dieser Phase müssen wir davon ausgehen, dass wir, wenn wir so weitermachen wie bisher, das Problem nur vertagen. Es wird dann immer weiter ein Problem sein, weil die Grundimmunisierung dann viel länger dauern wird.

Die Frage ist – und das können andere besser beurteilen als ich –, wie man auf der einen Seite eine Grundimmunisierung der Bevölkerung zulässt, also eine Infektion mit einer geringeren Infektionsdosis, weil wir auf die Hygienemaßnahmen achten, und auf der anderen Seite diese Population schützt. Wir arbeiten gerade im Rahmen dieser Studie an Ideen. Eine ist zum Beispiel das Pool-Testen aller Mitarbeiter. Wir versuchen gerade, einen molekularen Schnelltest vorzuschalten, wenn man das Krankenhaus oder das Pflegeheim besuchen will. Das sind alles Ideen, an denen wir arbeiten. Aber uns liegen keine Daten oder Fakten vor, die belegen, dass das funktionieren kann. Daher habe ich keine Lösung. Es handelt sich lediglich um virologische und hygienische Aspekte.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Es geht darum, dass man das einmal kategorisiert. Ich spiele das jetzt einmal anhand eines typischen, lebenswirklichen Beispiels durch: Die Schwiegermutter sitzt draußen im Rollstuhl bei schönem Wetter und 25 Grad, und man trägt meinetwegen einen Stoffmundschutz. Mit einer FFP3-Maske wäre das Thema durch. Geht man aber von einem normalen Mundschutz aus, müsste doch eine gewisse Wahrscheinlichkeit gegeben sein. Sie brauchen die Entscheidung nicht zu treffen. Dazu wird Sie niemand zwingen. Aber wir müssen irgendwelche Handreichungen dazu haben. Beim Arbeitsschutz ist es ähnlich. Man sagt: Unter bestimmten Umständen kann eine Verpuffung stattfinden, wenn diese oder jene Faktoren zusammenkommen, aber es ist höchst unwahrscheinlich. Insofern darf der Prozess stattfinden. – Und auf dieselbe Weise muss man hier doch auch absichten und sagen können: Solange du keinen Desinfektionsroboter hast, der das Zimmer desinfiziert, darfst du dies und jenes nicht. – Ich spinne jetzt ein wenig herum. Es geht darum, zu kategorisieren und zu sagen: In dem Fall liegt die Wahrscheinlichkeit bei 90 %, in dem Fall bei 70 %, und deswegen trifft der Gesundheitsminister oder wer auch immer die Entscheidung, dass dieses oder jenes unter den und den Bedingungen erlaubt ist oder nicht.

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn): Draußen zu sein, ist ja eher gut für das Immunsystem und schlecht für das Virus. Ich denke schon, dass man Bedingungen schaffen kann, unter denen es ungefährlicher wäre. Ein Risiko gibt es immer. Kranke und alte Menschen sterben auch an ganz anderen viralen Erkrankungen. Das Problem sind Relation und Verhältnismäßigkeit. Wir schauen auf etwas, was sowieso in unserer Gesellschaft passiert.

Herr Exner hat gestern Nacht gesagt, die Pneumonie sei der Freund des alten Mannes. Das ist wohl ein typischer Spruch von Hygienikern. Eine der häufigsten Todesursachen bei alten Menschen ist, an den Folgen der Pneumonie zu versterben. Es ist aber auch ein relativ ruhiger Tod.

Das Problem ist, dass wir den Fokus gerade auf ein Geschehen legen, das sowieso passiert, und wir versuchen, es in eine Relation zu setzen, obwohl niemand dazu imstande ist. Kein Virologe, kein Hygieniker und wahrscheinlich auch kein Politiker oder Philosoph ist fähig, diese Abwägung zu treffen.

Ich denke selbst sehr viel darüber nach. Wir werden gefragt: Ist es so oder so? – Wir können aber nur über Wahrscheinlichkeiten sprechen. Generell fände ich es schlimm, die Einsamkeit von alten Menschen noch weiter zu verstärken. In dieser Hinsicht müsste in meinen Augen eine Abwägung geschehen. Aber aus dieser Abwägung bin ich raus.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich bin mir nicht ganz sicher, ob jetzt alle Fragen beantwortet sind. Sonst steigen wir in eine nächste Runde ein. – Herr Schrumpf.

Fabian Schrumpf (CDU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Vielen Dank für den Vortrag, Herr Professor Streeck. Ich habe zwei Fragen. Die eine Frage betrifft die möglichen Verbreitungswege des Virus. Ich habe gelesen, dass man von Wuhan bis Ganges verschiedene Modifikationen des Virus erkennen und eine genetische Vielfalt nachvollziehen kann. Können Sie daraus deutschlandweit Rückschlüsse ziehen, ob es bereits zu einem früheren Zeitpunkt als bekannt zur Einschleppung gekommen sein könnte, was für eine höhere Grundimmunsierung spräche? Im Moment sind natürlich jede Menge Quatschgeschichten unterwegs, aber man hört immer wieder von Leuten, die schon zuvor vergleichbare Symptome aufwiesen, ähnlich wie in Italien.

Zu meiner zweiten Frage. Haben Sie Hinweise auf Infektionsverstärkende Antikörper gefunden?

Vorsitzende Heike Gebhard: Frau Kapteinat, bitte.

Lisa-Kristin Kapteinat (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Meine Frage bezieht sich auf die Infektiosität von Kindern. Sie sagten gerade, wenn man eine relativ hohe Dosis des Virus abbekommen hat, spricht das auch für einen stärkeren Krankheitsverlauf. Zum Verlauf bei Kindern liest man alles Mögliche. Einmal heißt es, sie seien ganz normale Träger, dann wiederum, sie seien weniger stark betroffen. Aber man liest Gott sei Dank nur von sehr wenigen Fällen, in denen Kinder schwer daran erkranken. Liegt

das daran, dass sie das Virus nicht so intensiv, also in nicht so hoher Dosis, abkriegen? Oder liegt es daran, dass sie es einfach grundsätzlich besser wegstecken?

Vorsitzende Heike Gebhard: Herr Dr. Vincentz.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Meine Frage geht in eine ähnliche Richtung wie die Frage aus den Reihen der CDU. Wenn ich es richtig verstanden habe, ist die Basis eine Reproduktionszahl, die Sie aktuell ermittelt haben, die gar nicht so hoch ist. Wenn aber trotzdem 50 % bis 70 % in Teilen Italiens infiziert sind, liegt der Verdacht doch schon nahe. Anhand der Genomanalyse weiß man in etwa, über welche Wege sich das Virus verbreitet hat. Über welche Achse haben sich so viele Menschen infizieren können? Ist es tatsächlich die zeitliche Achse? Hat uns das Virus vielleicht schon früher erreicht? Liegen dazu Erkenntnisse vor?

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn): Zu den Infektionswegen. Dazu kann ich eigentlich noch gar nicht so viel sagen. Wir sind da auch gerade dran. Es gibt in Gangelt Berichte darüber, dass das Virus schon früher im Ort gewesen sein könnte. Natürlich sind die Symptomatiken der normalen Grippe sehr ähnlich. Das ist sehr schwer abzuschätzen. Wir haben bisher keine gesicherten Daten dazu, wie das Virus nach Gangelt gekommen ist. Wir analysieren gerade die Kappensitzung. Wir erhoffen uns genauere Rückschlüsse darauf, ob es wirklich von der einen Person an viele weitergegeben wurde oder ob es dort von mehreren verteilt wurde. Eine Sache, die mich bei der Kappensitzung stutzig macht, ist, dass das erste erkrankte Ehepaar weniger als 24 Stunden danach Symptome aufwies. Irgendwas passt da für mich noch nicht zusammen. Aber ich habe keine Erkenntnisse darüber, wie die Verbreitungswege sonst sein könnten.

Zur Infektiosität von Kindern. Kinder können generell besser mit viralen Erkrankungen umgehen. Das kann man so allgemein sagen. Wir kennen das zum Beispiel von Windpocken. Früher hat man immer Windpocken-Partys gemacht, damit Kinder die Windpocken bekommen. Denn wenn man zum ersten Mal Windpocken im Erwachsenenalter bekommt, kann das zu schweren Hirnschäden führen. Es handelt sich um das Varizella-Zoster-Virus. Wenn man das dann reaktiviert hat, ist das nicht mehr so schlimm. Die Erstinfektion im Erwachsenenalter kann jedoch sehr gefährlich sein. Ähnlich nehmen wir das im Fall von SARS-2 und Kindern an. Das hat nichts mit der Infektionsdosis zu tun, allein das Immunsystem reagiert nicht so stark. Dadurch schwebt der Infekt auch eher nur vorbei.

Wir nehmen an, dass die Reproduktionszahl hoch ist und ungefähr beim Faktor 3 liegt. Aber im Moment fehlt in den epidemiologischen Modellen die Annahme, dass ein bereits Infizierter nicht noch einmal infiziert werden kann. In den derzeitigen Modellen läuft die Reproduktionszahl – ausgehend von dem Faktor 3 – einfach stur weiter. Eigentlich müsste man das immer um die Anzahl der Infizierten reduzieren, was im Moment aber noch nicht gemacht wurde.

Daher nehmen wir an, dass mit der Zeit eine Verlangsamung allein dadurch eintreten wird, dass mehr Menschen immun sind. Das leuchtet ein. Es gibt im Moment keine Hinweise für uns, dass es anders kommen könnte.

(Fabian Schrupf [CDU]: Die Frage zu den Infektionsverstärkenden Antikörpern ist noch offen!)

– Einen Hinweis auf ein Antibody-dependent Enhancement, auf Infektionsverstärkende Antikörper, gibt es bisher nicht.

Serdar Yüksel (SPD): Da Sie jetzt keine E-Mails mehr beantworten, möchte ich hier noch mal nachfragen.

(Heiterkeit)

Herr Professor Dr. Streeck, wie ist Ihre Meinung zu den Untersuchungen bei Blutplasmaspendedern, sprich Patienten, die diese Antikörper haben? Es gibt erste Veröffentlichungen, die darauf hinweisen, dass Schwerekrankte von diesen Blutplasmaspendedern profitieren könnten.

Wir sind dankbar, dass Sie und Ihre Kollegen diese Studie in Nordrhein-Westfalen durchgeführt haben. Hat das RKI schon bei Ihnen angerufen und gesagt: „Das würden wir jetzt auch gern machen. Gut, dass du das gemacht hast. Das ist ganz sinnvoll.“? Man hätte sich jedenfalls gewünscht, dass auch das RKI auf diese Idee gekommen wäre.

Wenn wir diese Restriktionen noch über mehrere Wochen und Monate beibehalten, abgesehen von den sozialmedizinischen Auswirkungen, was passiert dann mit den Herz-Kreislauf-Erkrankten? Was passiert mit den Osteoporose-Erkrankten, mit den Depressiven, mit den Diabetikern, die jetzt zu Hause sitzen und sozial isoliert sind? Wir müssen uns doch die Frage stellen, ob wir mit diesen Maßnahmen nicht am Ende mehr Schäden anrichten als Leben retten. Auch das gehört zu einer Güterabwägung dazu.

Wie ist Ihre Fachmeinung dazu, dass die Herdenimmunität durch diese Restriktionen verlangsamt bzw. ausgeschlossen werden könnte? Ich bin der Erste, der gesagt hat, dass wir diese Maßnahmen machen müssen, um die Kapazitäten im Gesundheitswesen auszubauen. Aber birgt das nicht auch die Gefahr, dass wir diesen Prozess verschlanken, dass wir das Ganze in die nächste Grippesaison verschleppen und dieses Virus damit im Grunde genommen konservieren, ohne dass wir eine vernünftige Immunität in der Gesellschaft hinbekommen? Damit bestünde die Gefahr, dass wir in der nächsten Grippesaison vor denselben Problemen stehen, vor denen wir jetzt stehen. Ist eine Verlängerung dieser Phase aus epidemiologischer Sicht und aus der Sicht eines Virologen somit nicht unverantwortlich, wenn man das vom Ende her denkt?

(Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE]: Also Corona-Partys!)

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn): Ich möchte mit dem Letztgenannten beginnen. Das ist eine politische Frage.

Ich bin da eher pragmatisch. Es hilft nicht, zurückzuschauen. Ich glaube, die Maßnahmen waren richtig, weil wir das Virus erst einmal kennenlernen mussten. Vor einem halben Jahr ahnten wir noch nicht, dass so etwas auf uns zukommen würde. Daher finde ich es schon wichtig, dass man da erst einmal gesagt hat: Wir wollen das Ausbruchsgeschehen kontrollieren können. Wir wollen Großausbrüche verhindern. – Aber jetzt, vorwärtsgewandt, müssen wir schauen, dass wir vor dem Hintergrund der gelernten Maßnahmen, der verinnerlichten Hygienemaßnahmen, die Bereiche wieder hochfahren, damit es nicht, wie Sie sagen, zu anderweitigen Schäden kommt. Wir haben noch Kapazitäten in den Krankenhäusern; das ist jedem klar. Ich fand es richtig und wichtig, dass die ersten Schritte gemacht wurden.

Zu den Plasmaspendern. Ja, es wurde gezeigt, dass das bei anderen Erkrankungen wirken und funktionieren kann. Es gibt Bereiche, in denen es nicht funktioniert hat, zum Beispiel bei HIV.

Mit Herrn Wieler vom Robert Koch-Institut habe ich in den letzten Tagen sehr viel telefoniert, und er unterstützt unsere Studie ausdrücklich und ist auch interessiert, in Zukunft mit uns zusammenzuarbeiten. Da ist also eine positive Entwicklung zu verzeichnen.

(Serdar Yüksel [SPD]: Könnten Sie noch etwas dazu sagen, was es bedeuten könnte, die Phase nach hinten zu verlängern?)

– Das ist eine Spekulation, zu der ich nichts Fundiertes sagen kann. Güterabwägung und Verhältnismäßigkeit gehören meiner Meinung nach in die Hand der Juristen. Das fällt nicht in meinen Fachbereich.

Ob jetzt die eine Welle in die nächste stoßen könnte, ist sehr spekulativ. Dazu kann ich wirklich nichts sagen. Das tut mir leid.

Vorsitzende Heike Gebhard: Frau Kollegin Freimuth.

Angela Freimuth (FDP): Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Professor Streeck, ich bitte um Entschuldigung, dass ich Ihre einführenden Bemerkungen leider nicht verfolgen konnte. Ich hatte mit Blick auf die vorangegangene Plenarsitzung noch etwas anderes zu erledigen. Gleichwohl bin ich hier nicht als Mitglied des Ausschusses, sondern aus Interesse und aus dem Bereich Wissenschaft und Forschung.

Mich interessieren insbesondere zwei Fragestellungen. Meine erste Frage bezieht sich auf die Testkapazitäten, also eine flächendeckende Ausbringung von Testungen, insbesondere mit Blick auf die vorhandenen Antikörper, um überhaupt eine valide Angabe zur Immunitätsfeststellung machen zu können. Was halten Sie von einer Testung aus den Rachenschleimhäuten, um möglicherweise dort Nachweise zu erbringen? Würde so etwas Sinn machen? Wann hätte man solche Testkapazitäten überhaupt in der entsprechenden Stückzahl zur Verfügung?

Meine zweite Frage ergab sich aus der Antwort auf die Fragestellung der Kollegin Kapteinat, dass Kinder mit Virusinfektionen grundsätzlich besser zurechtkommen, was ihre

körpereigene Abwehr angeht. Wie sind Kinder definiert, also bis zu welcher Altersstufe gilt das?

Das könnte angesichts der einen oder anderen Veranstaltung natürlich auch politisch gewertet werden.

(Minister Karl-Josef Laumann [MAGS]: Wir beide fallen nicht mehr da-runter! – Heiterkeit)

– Meinen Sie nicht?

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn): Ich muss leider recht bald los.

Vorsitzende Heike Gebhard: Dann stellen Sie bitte jetzt noch die letzten Fragen, und Herr Professor Dr. Streeck beantwortet noch einmal alle zusammen, damit er die Chance hat, seinen nächsten Termin verspätet zu erreichen. – Frau Schneider, bitte.

Susanne Schneider (FDP): In diesem Raum ist sicher bekannt, dass ich einer der größten Impf-Fans auf dieser Welt bin. Alles, was die STIKO empfiehlt, wird auch geimpft. Basta! Das mache ich auch mit meinen Kindern so.

Haben Sie schon Erkenntnisse, ob geimpfte Menschen, die zum Beispiel gegen Influenza oder Pneumokokken geimpft sind, weniger oft befallen waren? Man rät ja zu beiden Impfungen, weil man sagt, dann sei die Lunge zumindest davor geschützt, und diese Viren machten dann nicht auch noch Ärger. Gibt es dazu schon etwas?

Vorsitzende Heike Gebhard: Herr Kollege Neumann.

Josef Neumann (SPD): Vielen Dank. – Ich habe eine Frage zu den Untersuchungen, die Sie bis jetzt durchgeführt haben. Wurden bestimmte Personengruppen, wie zum Beispiel Menschen mit Behinderung, erfasst oder untersucht, zu denen eventuell Ergebnisse vorliegen, die für die weitere Vorgehensweise wichtig sind?

Vorsitzende Heike Gebhard: Und nun ein letztes Mal.

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn): Das sind zum Glück Fragen, die ich ganz schnell beantworten kann.

Wie die Kinder definiert werden, dazu kann ich wirklich nicht viel sagen. Wir nehmen von der Immunantwort her einen fließenden Übergang an. Mit wachsendem Alter verändert sich die Immunreaktion auf Viren, sodass man keine harte Linie ziehen und sagen kann: Ab dem Alter reagiert das Immunsystem so oder so. – Wir wissen, dass die Thymusinvolution, also ein Teil des Thymus, mit der Pubertät stärker wird, aber auch das ist ein fließender Übergang.

Zu den Testkapazitäten. Ich finde Testen unheimlich wichtig. Das Testen sollte man hochfahren können, und man kann dabei auch kreativ sein. Es gibt viele unterschiedliche Vorgehensweisen. Man kann gemeinsam pool-testen, also immer zehn Personen gleichzeitig testen, will man große Betriebe oder große Krankenhäuser testen. Wir haben uns jetzt mit der Humangenetik zusammengetan und beginnen, über Riesenplattformen zu testen, sodass wir bei uns bald allein 40.000 Tests in einer Woche machen können werden. Ich denke, das ist ein guter Weg.

Ich fände es toll, wenn es den Antigen-Nachweis als Schnelltest gäbe. Das gibt es aber noch nicht. Daran wird gearbeitet. Wie gut das dann am Ende wirklich funktioniert, das muss man dann wieder im Versuch sehen.

Ich bin auch ein riesiger Impf-Fan, weil das bisher der einzige Weg ist, um einen Erreger einzudämmen. Wir haben aber keine Ergebnisse dazu, dass alte Impfungen gegen COVID-19 funktionieren. Wir haben das abgefragt, aber wir wissen nicht, ob es dazu bisher Ergebnisse gibt. Das gilt auch für den BCG-Impfstoff, von dem es heißt, dass er vielleicht helfen könnte. Das wird jetzt gerade erst einmal vorausschauend getestet. Aber es gibt noch keine gesicherten Ergebnisse, dass es da einen Effekt geben könnte.

Sie haben nach der Einschränkung bestimmter Personengruppen gefragt. Wir haben noch gestern Nacht die Daten analysiert. Wir haben leider noch keine Ergebnisse zu bestimmten Personengruppen oder entsprechende Aufschlüsselungen. Wir hoffen, nächste Woche das Endergebnis zu haben, damit wir uns bestimmte demografische Gruppen genauer anschauen können. Die Maschinen laufen im Moment noch. Wir wollen das so schnell wie möglich machen, damit wir mit Fakten zu der Diskussion beitragen können. Über Ostern werden wir es hoffentlich wissen.

Vorsitzende Heike Gebhard: Dann sage ich recht herzlichen Dank im Namen des Ausschusses.

(Allgemeiner Beifall)

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn): Danke schön.

Vorsitzende Heike Gebhard: Unsere nächste Sitzung findet am 22. April statt. Wenn Sie bis dahin tatsächlich Erkenntnisse hätten, wären wir sehr daran interessiert. Es kommt auch gar nicht auf die Schönheit des Papiers an.

(Professor Dr. Hendrik Streeck [Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn]: 22. April?)

– Am 22. April ist die nächste Sitzung. Wenn Sie bis dahin vielleicht das eine oder andere Ergebnis vorlegen könnten, wäre das sehr hilfreich.

(Professor Dr. Hendrik Streeck [Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn]: Das ist ja noch lange hin!)

– Ja, das kommt einem noch lange vor, aber es kommt immer viel schneller, als man denkt.

Ich wünsche Ihnen eine gute Fahrt. Passen Sie auf sich auf, und bleiben Sie gesund!

(Professor Dr. Hendrik Streeck [Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Bonn]: Danke schön!)

– Bitte.

Gibt es jetzt noch weitere Rückfragen oder Rückmeldungen? – Dann dürfen wir uns in die Osterpause begeben und sehen uns vermutlich am Osterdienstag alle wieder.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzende

14.04.2020/15.04.2020

73