

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung  
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT  
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage der Abgeordneten Dana Guth (fraktionslos)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung

**Inzidenzziele im Rahmen des „harten Lockdowns“**

Anfrage der Abgeordneten Dana Guth (fraktionslos), eingegangen am 24.02.2021 - Drs. 18/8857 an die Staatskanzlei übersandt am 24.03.2021

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung vom 20.04.2021

**Vorbemerkung der Abgeordneten**

In der Telefonkonferenz zwischen Bundeskanzlerin Angela Merkel und den Ministerpräsidenten vom 10.01.2021 wurde der Inzidenzwert 35/100 000 je Woche als neue wesentliche Kennzahl für eine Lockerung des bereits mehrfach verlängerten „harten Lockdowns“ festgelegt. Der zuvor als Zielwert für Lockerungen ausgegebene Inzidenzwert 50/100 000 je Woche gilt seither öffentlich als überholt.

- 1. Das Inzidenzziel 50/100 000 je Woche wird regelmäßig damit begründet, dass die Gesundheitsämter bei einer höheren Inzidenz die Kontaktnachverfolgung nicht mehr leisten könnten. Teilt die Landesregierung diese Auffassung, und gilt diese Argumentation auch für das Inzidenzziel 35/100 000 je Woche?**

Grundsätzlich teilt die Landesregierung die Auffassung, dass das Inzidenzziel von 50 eingehalten werden sollte. Insofern gilt die Auffassung nicht für das Inzidenzziel von 35. Die Zahl 50 ergibt sich auch aus Analysen von Frau Prof. Priesemann vom MPI in Göttingen. Natürlich spielen weitere Faktoren eine Rolle. Ist die Anzahl der Kontaktpersonen je Fall gering, wie z. B. in der aktuellen Situation, wenn die Fälle durchschnittlich nur zwei bis sechs enge Kontaktpersonen haben, dann sind die Gesundheitsämter in der Lage, mehr Fälle zu bearbeiten als in Zeiten ohne Kontaktbeschränkungen, wenn zu den Fällen deutlich mehr Kontaktpersonen ermittelt und durch die Quarantäne begleitet werden müssen.

Im Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen - Infektionsschutzgesetz -, abgekürzt IfSG, das zum 31.03.2021 geändert worden ist, sind in § 28 a besondere Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) festgelegt.

Entscheidungen über Schutzmaßnahmen sind gemäß § 28 a Abs. 3 Satz 1 IfSG insbesondere an dem Schutz von Leben und Gesundheit und der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems auszurichten; dabei sind absehbare Änderungen des Infektionsgeschehens durch ansteckendere, das Gesundheitssystem stärker belastende Virusvarianten zu berücksichtigen.

Maßstab für die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen ist gemäß § 28 a Abs. 3 Satz 4 IfSG insbesondere die Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen. Bei Überschreitung eines Schwellenwertes von über 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen sind gemäß § 28 a Abs. 3 Satz 5 IfSG umfassende Schutzmaßnahmen zu ergreifen, die eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens erwarten lassen. Bei Überschreitung eines Schwellenwertes von über 35 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen sind gemäß § 28 a Abs. 3 Satz 6 IfSG breit angelegte Schutzmaßnahmen zu ergreifen, die eine schnelle Abschwächung des Infektionsgeschehens erwarten lassen.

Unterhalb eines Schwellenwertes von 35 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen kommen gemäß § 28 a Abs. 3 Satz 7 IfSG insbesondere Schutzmaßnahmen in Betracht, die die Kontrolle des Infektionsgeschehens unterstützen. Vor dem Überschreiten eines Schwellenwertes sind gemäß § 28 a Abs. 3 Satz 8 IfSG die in Bezug auf den jeweiligen Schwellenwert genannten Schutzmaßnahmen insbesondere bereits dann angezeigt, wenn die Infektionsdynamik eine Überschreitung des jeweiligen Schwellenwertes in absehbarer Zeit wahrscheinlich macht oder wenn einer Verbreitung von Virusvarianten im Sinne von Satz 1 entgegengewirkt werden soll. Bei einer bundesweiten Überschreitung eines Schwellenwertes von über 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen sind gemäß § 28 a Abs. 3 Satz 9 IfSG bundesweit abgestimmte umfassende, auf eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens abzielende Schutzmaßnahmen anzustreben. Bei einer landesweiten Überschreitung eines Schwellenwertes von über 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen sind gemäß § 28 a Abs. 3 Satz 10 IfSG landesweit abgestimmte umfassende, auf eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens abzielende Schutzmaßnahmen anzustreben. Nach Unterschreitung eines in den Sätzen 5 und 6 genannten Schwellenwertes können gemäß § 28 a Abs. 3 Satz 11 IfSG die in Bezug auf den jeweiligen Schwellenwert genannten Schutzmaßnahmen aufrechterhalten werden, soweit und solange dies zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erforderlich ist.

Das IfSG gibt der Landesregierung somit den Rahmen vor, in dem sie die für das Land Niedersachsen richtigen Entscheidungen trifft, die geeignet, erforderlich und angemessen sind.

**2. Solange durch fehlende Impfungen und Autoimmunisierungen noch eine große Zahl an Bürgern potenziell ansteckungsgefährdet ist, ist bei jeder Lockerung von Lockdown-Maßnahmen mit einer erneuten Zunahme von Inzidenzwerten zu rechnen. Dies könnte vorhersehbar dazu führen, dass bereits nach leichten Lockerungen die Inzidenzwerte von 35 oder 50 direkt wieder überschritten werden. Wäre es aus Sicht der Landesregierung dann folgerichtig, sofort wieder in den Modus „harter Lockdown“ zu wechseln?**

Der Verwendung des Begriffes „Autoimmunisierung“ ist hier nicht klar. Eigentlich wird unter diesem Begriff eine Immunreaktion auf Antigene des eigenen Körpers verstanden. Vermutlich meint die Anfragende aber eine Immunisierung durch eine natürliche Infektion. Des Weiteren ist nicht klar, was die Anfragende mit dem Begriff „harter Lockdown“ meint.

Grundsätzlich ist es das Ziel der Landesregierung, einerseits den Gesundheitsschutz der Bevölkerung zu gewährleisten und andererseits so viel Normalität und Freiheit wie möglich zu ermöglichen. Hierbei sind Änderungen der Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Zum Beispiel hat die aktuelle Strategie sehr gut auf das aus 2020 bekannte SARS-CoV-2 gewirkt. Dessen Meldeinzidenz konnte mittlerweile auf geschätzt zehn Fälle pro 100 000 Einwohner und 7 Tage reduziert werden (ca. 10 % der Meldetfälle). Leider ist seit Anfang des Jahres die deutlich infektiösere Variante B.1.1.7 vermehrt aufgetreten, die mittlerweile für ca. 90 % der Fälle verantwortlich ist. Diese erfordert nun wieder strengere Maßnahmen.

Das verstärkte Impfen und das Testen der Bevölkerung helfen der Landesregierung, das Infektionsgeschehen unter Kontrolle zu halten. Die Landesregierung prüft fortlaufend die tatsächliche und rechtliche Lage und passt dann auf Grundlage des IfSG die Niedersächsische Corona-Verordnung und gegebenenfalls die Niedersächsische Quarantäne-VO an.

**3. Sinkende Inzidenz führt zu Lockerungen, Lockerungen führen zu steigender Inzidenz, steigende Inzidenz führt zum Lockdown usw. Sofern Frage 2 mit Ja beantwortet wurde: Wie will die Landesregierung der „Spirale“ entkommen, wenn bei einer Impfung von ca. 31 000 Niedersachsen je Woche eine flächendeckende Bevölkerungsimmunisierung noch über Monate entfernt liegt?**

Die Landesregierung geht derzeit davon aus, dass in den Monaten April und Mai jeweils mehr als 200 000 Personen pro Woche geimpft werden, also durchschnittlich ca. 30 000 pro Tag, mit steigender Tendenz. Somit kann die Bevölkerungsimmunisierung mit zunehmender Geschwindigkeit erreicht werden.

Neben der Impfung schützen auch die Anwendung der LACHA-Regeln (Lüften, Abstand, Corona-Warn-Apps, Hygiene, Alltagsmasken) vor einer Infektion. Die Landesregierung hat zudem bei einer erhöhten Infektionsgefahr, z. B. beim Einkaufen, in Verkehrsmitteln und bei körpernahen Dienstleistungen, gemäß § 3 Abs. 3 Satz 3 der Niedersächsischen Corona-Verordnung medizinische Masken vorgeschrieben, also den bekannten medizinischen Mund-Nase-Schutz, die OP-Masken; dazu kommen die Atemschutzmasken mit dem Schutzniveau FFP 2, KN 95/N 95 oder vergleichbar. Die Landesregierung fördert zudem die intensive Forschung im Land zu Infektion und Infektionsschutz.

- 4. Bereits im November 2020 hatte eine Gruppe von Experten, zu denen die ehemaligen Gesundheitsweisen Prof. Matthias Schrappe (Universität Köln) und Prof. Glaeske (Universität Bremen) gehören, vorgeschlagen, die Sieben-Tage-Melderate durch einen Index zu ersetzen, der stärker differenziert und Aspekte wie die Hospitalisierungsrate berücksichtigt. Die im Infektionsschutzgesetz aufgenommenen Werte von 35 bzw. 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner seien, so die Autoren, „unrealistisch und verletzen das zentrale Gebot der Erreichbarkeit“. Wie begründet die Landesregierung die Fokussierung auf die Sieben-Tage-Inzidenz vor dem Hintergrund dieser Kritik?**

Die Verwendung der Meldeinzidenz als epidemiologische Maßzahl ist aus Sicht der Landesregierung aus verschiedenen Gründen sinnvoll, auch wenn es natürlich andere Maßzahlen gäbe, die jeweils wieder ihre eigenen Vor- und Nachteile aufweisen.

Zum einen ist die Meldeinzidenz generell anerkannt und wird national und international zur Bewertung der Situation verwendet, es steht eine Vielzahl von Vergleichs- und Orientierungsmöglichkeiten zur Verfügung. Die Meldeinzidenz basiert auf relativ großen Zahlen, weil alle gemeldeten Fälle eines Zeitraums und einer Region mit allen Bewohnern in das Verhältnis gesetzt werden. Damit ist sie vergleichsweise stabil im Vergleich beispielsweise zur Anzahl der Todesfälle, der beatmeten Fälle o. ä. Dies ist insbesondere wichtig, wenn man Regionen wie einzelne Landkreise betrachten möchte. Auch steht die Meldeinzidenz in einem funktionalen Zusammenhang mit den anderen Indikatoren wie Sterbefällen oder beatmeten Fällen, auch wenn sich dabei aktuell Verschiebungen im Verhältnis ergeben, z. B. durch die Impfung der Hochaltrigen, die zu weniger Sterbefällen führt. Aber dies lässt sich bei den entsprechenden Bewertungen berücksichtigen. Die Meldeinzidenz ist ein sehr früher Indikator, da die Meldung am Anfang der Krankheitsperiode erfolgt, während die Beatmung oder die Intensivbehandlung erst mit zwei bis vier Wochen Verzögerung stattfindet.

- 5. Welche Zahlen liegen der Landesregierung über den Grad der Autoimmunisierung unserer Bevölkerung in Bund und Ländern vor (auch unter Berücksichtigung einer geschätzten Dunkelziffer unbemerkter Krankheitsverläufe)?**

Es liegen derzeit keine aktuellen seroepidemiologischen Daten zu der Verbreitung von Antikörpern gegen SARS-CoV-2 in der niedersächsischen Bevölkerung vor. Eine Übersicht über Seroprävalenzstudien in der Allgemeinbevölkerung und in ausgewählten Gruppen, z. B. Berufsgruppen, in Deutschland bietet das RKI auf seiner Internetseite an. Ebenso stellt das Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung (HZI) in seinem Serohub im Rahmen des Projekts von Leoss.sero-survey und Covim eine Übersicht über Seroprävalenzstudien von deutschen Forschungsgruppen zur Verfügung.

Bundesweit läuft seit Mai 2020 die SeBluCo Studie des RKI, in der, in Kooperation mit 13 Blutspendediensten in 28 Regionen Deutschlands, alle 14 Tage zufällig ausgewählte Restkonserven von Blutspenderinnen und -spendern im Alter von 18 bis 72 Jahren auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 untersucht werden. Im Februar 2021 wurde so eine Seroprävalenz von ca. 7 % erhoben, von der jedoch knapp über 1 % vermutlich durch impfbedingte Antikörper verursacht wurden. Dieser so anzunehmenden infektionsverursachten Seroprävalenz von ca. 6 % stand eine Prävalenz von ca. 3 % gegenüber, die sich aus den kumulativen SARS-CoV-2-Meldezahlen ergab ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/SeBluCo\\_Zwischenbericht.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/SeBluCo_Zwischenbericht.html)). Diese Daten suggerieren einen Untererfassungsfaktor, d. h. den Faktor, mit dem sich die SARS-CoV-2-Fälle in der serologischen Studie von den im Meldesystem bekannten Fällen unterscheiden, von ca. 2. Da in der SeBluCo-Studie Blutproben von Blutspendern genutzt werden, ist sie nicht für die Gesamtbevölkerung repräsentativ, da nicht alle Teile der Bevölkerung zur Spende zugelassen sind.

Ein ähnlicher Untererfassungsfaktor fand sich in Untersuchungen im Rahmen des Projekts Corona-Monitoring lokal für Berlin-Mitte und Straubing (Bayern). Diese Studie des RKIs ist eine Querschnittuntersuchung in vier besonders betroffenen Regionen Deutschlands. An jedem Standort wurde eine Zufallsstichprobe von ca. 2 000 Personen über 18 Jahren auf SARS-CoV-2-Antikörper getestet. Für Straubing wurde im Zeitraum vom 8. bis 26. September 2020 so eine Seroprävalenz von 1,7 % durch Testung auf IgG-Antikörper ermittelt mit einem Untererfassungsfaktor von 1,6 ([https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet\\_Straubing.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet_Straubing.html)). In Berlin-Mitte lag die Seroprävalenz im Studienzeitraum vom 17. November bis 5. Dezember 2020 bei 4,4 % mit einem Untererfassungsfaktor von 2,2 ([https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet\\_Berlin-Mitte.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet_Berlin-Mitte.html)). Für die Standorte Bad Feilnbach (Bayern) und Kupferzell (Baden-Württemberg) fand die Studie Seroprävalenzen von 9,1 % bzw. 12 % mit Untererfassungsfaktoren von 4,5 bzw. 6 ([https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet\\_Bad\\_Feilnbach.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet_Bad_Feilnbach.html); [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet\\_Kupferzell.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/cml-studie/Factsheet_Kupferzell.html)).

Der Untererfassungsfaktor hängt stark von der Teststrategie bzw. der Testverfügbarkeit ab und kann somit stark zwischen Regionen und über den Verlauf der Pandemie variieren. Die Ergebnisse aus diesen Studien lassen sich daher nicht ohne weiteres auf Niedersachsen übertragen.

Ergebnisse aus der Corona-Monitoring-Studie bundesweit stehen derzeit noch aus. Sie lief von Oktober bis Dezember 2020 an Teilnehmern des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) in Kooperation mit dem RKI und soll neben einer Seroprävalenz auch Aufschluss über die anzunehmende bundesweite Dunkelziffer an SARS-CoV-2 Infektionen geben ([https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2020/08\\_2020.html](https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2020/08_2020.html)).

In Niedersachsen beträgt mit Stand 07.04.2021 die kumulative Zahl der gemäß IfSG gemeldeten SARS-CoV-2-Fälle ca. 204 000. Geht man von einem Untererfassungsfaktor von 2 aus, so hätten ca. 408 000 Einwohner Niedersachsens eine natürliche Immunität. Dies entspricht ca. 5 % der Bevölkerung. Geht man von einem Untererfassungsfaktor von 4 aus, so wären es ca. 10 % der Bevölkerung.

**6. Wie hoch muss aus Sicht der Landesregierung die gleichzeitige Zahl autoimmunisierter und via Impfung immunisierter Bürger sein, um abseits der Inzidenzzahlen von einer Kontrolle über die Pandemie sprechen zu können (unter Berücksichtigung der Hypothese, dass eine Immunität in der weiten Mehrzahl der Fälle auch bei Mutationen des Coronavirus greift)?**

Die Basisreproduktionszahl  $R_0$  von SARS-CoV-2 wird mit 2,8 bis 3,8 geschätzt (siehe Antworten auf FAQs (Stand 11.03.2021) beim Robert Koch-Institut). Nimmt man den ungünstigsten Fall von 3,8 an, dann müssen mindestens 73,7 % der Bevölkerung immunisiert sein, damit die Herdenimmunität gegeben ist. Dieser Wert wurde berechnet nach der Schätzformel  $HI_{\min} = 1 - (1/R_0) = 1 - (1/3,8) = 1 - 0,263 = 0,737$ .

(Verteilt am 23.04.2021)