



**N i e d e r s c h r i f t**  
**über die 4. - öffentliche - Sitzung**  
**des Sonderausschusses zur Aufarbeitung der bisher gewonnenen Erkenntnisse**  
**aus der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie und - daraus schlussfolgernd -**  
**zur Vorbereitung auf künftige pandemiebedingte**  
**Gesundheits- und Wirtschaftskrisen**  
**am 18. Januar 2021**  
**Hannover, Landtagsgebäude**

Tagesordnung:

Seite:

**1. Themenblock 2:**

**„Stand der Forschung über die Verbreitung und Übertragung;  
Konsequenzen für das öffentliche und das private Leben“**

Bezug: Einsetzungsbeschluss - Drs. 18/7603

*Anhörung*

- Dr. Viola Priesemann, Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation,  
Leiterin der Forschungsgruppe „Theorie neuronaler Systeme“ ..... 5
  - Prof. Dr. Hendrik Streeck, Deutsches Zentrum für Infektionsforschung,  
Direktor des Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Bonn (UKB) ..... 14
  - Dr. Georg Schütte, Generalsekretär der VolkswagenStiftung ..... 23
  - Prof. Dr. Ferdi Schüth, Vorsitzender der Wissenschaftlichen  
Kommission Niedersachsen, Direktor des Max-Planck-Instituts für Kohlen-  
forschung, Mülheim/Ruhr ..... 27
  - Prof. Dr. Jürgen Wienands, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-  
Universität, Institut für Zelluläre und Molekulare Immunologie ..... 32
  - Dr. Petra Bahr, Mitglied des Deutschen Ethikrates, Regionalbischöfin für  
den Sprengel Hannover der ev.-luth. Landeskirche Hannovers (vertagt) ..... 36
  - Prof. Dr. Michael Baumann, Vorstandsvorsitzender und Wissenschaftlicher  
Vorstand des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg ..... 37
- 2. Terminierung der Abläufe und Inhalte der nächsten Sitzungen ..... 41**

**Anwesend:****Mitglieder des Ausschusses:**

1. Abg. Kai Seefried (CDU), Vorsitzender
2. Abg. Markus Brinkmann (SPD)
3. Abg. Jörn Domeier (SPD)
4. Abg. Deniz Kurku (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
5. Abg. Oliver Lottke (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
6. Abg. Wiard Siebels (SPD)
7. Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD)
8. Abg. Dr. Karl-Ludwig von Danwitz (CDU)
9. Abg. Christoph Eilers (i. V. d. Abg. Christian Fühner) (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
10. Abg. Gerda Hövel (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
11. Abg. Sebastian Lechner (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
12. Abg. Jens Nacke (CDU)
13. Abg. Helge Limburg (GRÜNE)
14. Abg. Christian Grascha (FDP)

**Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses:**

15. Abg. Jörg Hillmer (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
16. Abg. Gudrun Pieper (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
17. Abg. Julia Willie Hamburg (GRÜNE) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
18. Abg. Susanne Victoria Schütz (i. V. d. Abg. Dr. Stefan Birkner) (FDP)

Von der Landtagsverwaltung:

Beschäftigte Kahlert-Kirstein,  
Beschäftigte Stürzebecher,  
Prof. Dr. Duttge (wissenschaftliche Begleitung),  
Dr. Lammers (wissenschaftliche Begleitung).

Niederschrift:

Gaststenografin Laveuve (TOP 1),  
Gaststenografin Mennekes (TOP 1),  
Regierungsdirektor Pohl (TOP 1 und 2),  
Stenografischer Dienst.

**Sitzungsdauer:** 13.00 Uhr bis 16.33 Uhr.

**Außerhalb der Tagesordnung:***Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigte die Niederschriften über den öffentlichen und nicht öffentlichen Teil der 3. Sitzung.

\*

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU) teilte mit, dass es gelungen sei, Herrn Prof. Dr. Duttge von der Georg-August-Universität Göttingen und Herrn Dr. Lammers, Rechtsanwalt aus Münster, für die wissenschaftliche Begleitung des Sonderausschusses sowie die Erstellung des Abschlussberichts zu gewinnen.

\*\*\*



Tagesordnungspunkt 1:

### Themenblock 2:

### „Stand der Forschung über die Verbreitung und Übertragung; Konsequenzen für das öffentliche und das private Leben“

Bezug: Einsetzungsbeschluss - Drs. 18/7603

### Anhörung

#### Dr. Viola Priesemann

Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation, Leiterin der Forschungsgruppe „Theorie neuronaler Systeme“

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 12*

**Dr. Viola Priesemann:** Ein Hallo aus Göttingen nach Hannover und an den Rest der Welt!

Wir haben jetzt das erste Jahr der Pandemie hinter uns, und es sieht nicht so aus, als würde es in den kommenden Monaten viel einfacher werden. Insbesondere sind wir alle pandemiemüde. Ich denke, das gilt für Sie genauso wie für mich und meinen Freundes- und Bekanntenkreis. Aus unserer Sicht stehen wir vor großen Herausforderungen.

Das Impfen hat begonnen, aber Sie wissen selbst am besten, wie lange es noch dauern wird, bis genug Personen geimpft werden. Wie viele Leute werden bis Juni/Juli den Impfstoff bekommen? Das wird die Zukunft zeigen. Wir werden sehen, ob bis dahin zumindest alle, die sich impfen lassen wollen, geimpft sind. Das heißt, eine gewisse Herdenimmunität, die möglicherweise erreicht wird, hilft uns in der kurzen Zeit noch nicht.

Auch hoffen wir auf eine gewisse Saisonalität, also darauf, dass sich das Virus im Frühjahr weniger stark ausbreitet. Es ist extrem schwer, wissenschaftlich zu quantifizieren, wie stark dieser Effekt sein wird. Man geht davon aus, dass er nicht so stark ausfallen wird, dass wir ein Leben wie vorher haben werden. Er wird aber größtenteils ein wenig Erleichterung bringen.

Das heißt, wir müssen mit vielen weiteren Monaten rechnen, weil das Impfen so lange braucht. Selbst dann, wenn alle, die sich impfen lassen

wollen, geimpft sind - man sagt, zurzeit liegt das bei 50 %, vielleicht ein bisschen mehr -, ist das bei Weitem nicht ausreichend, um so etwas wie eine Herdenimmunität zu erreichen oder den Umgang mit dieser Pandemie sehr stark zu erleichtern.

Daher brauchen wir einen Plan für die nächsten Monate. Wir können nicht so weitermachen. In den letzten Monaten gab es starke Einschränkungen, aber die Fallzahlen sinken trotzdem nicht. Die Pandemiemüdigkeit wird stärker und stärker. So geht es nicht gut weiter.

Deswegen stelle ich Ihnen heute vor, was ich in den letzten Wochen und Tagen intensiv mit anderen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen besprochen habe.

Wir sehen ganz klar einen Konsens, der besagt, dass niedrige Fallzahlen helfen, und dies nicht nur im Hinblick auf die Gesundheit, sondern auch im Hinblick auf die Gesellschaft und auf die Wirtschaft. Die hohen Fallzahlen stellen ein großes Problem dar. Es sind wirklich ganz klar die hohen Fallzahlen, und es ist nicht der Lockdown, der das Problem verursacht. Würden wir den Lockdown aufheben, dann würde sich die Pandemie noch deutlich stärker ausbreiten.

Ich möchte zeigen, warum wir ein so großes Problem haben und warum auch die Kommunikation so extrem schwierig ist.

Im Freundeskreis höre ich immer wieder: Warum werden so starke Einschränkungen vorgenommen? Ich kenne doch fast niemanden, der COVID hat, und ich kenne überhaupt niemanden, der daran gestorben ist. - Das ist zunächst einmal Klasse, das ist super. Hätten wir das Virus einfach laufen lassen, sähe es sicherlich ganz anders aus. Das zeigt aber auch, wie viel Luft nach oben noch in Sachen Ausbreitung ist bzw. wie viel wir mit unseren Eindämmungsmaßnahmen schon erreichen.

Wir wissen, dass inzwischen, offiziell registriert, etwa 2 % der Bevölkerung infiziert worden sind. Wir wissen, dass die Dunkelziffer nicht extrem hoch ist. Sie ist maximal um den Faktor 2 größer. Das ist ein verschwindend kleiner Anteil. Insofern ist es absolut korrekt: Wenn eine Person rund 100 Freunde oder Bekannte hat, dann erwartet man, dass zwei positiv Getestete darunter sind. Das ist fast niemand. Dann zu erklären, warum wir die

Restaurants, die Schulen, die Geschäfte schließen, ist außerordentlich schwierig.

Aber man muss sich vor Augen führen, dass es ein Erfolg ist, dass fast niemand jemanden kennt, der sich infiziert hat, und dass es wirklich ein Erfolg ist, dass eigentlich auch niemand jemanden kennt, der gestorben ist. Inzwischen versterben 1 bis 2 % der infizierten Personen. Es hängt extrem vom Alter ab; aber dies ist der Mittelwert, der für Deutschland gelten würde, wenn jede Gruppe gleichermaßen infiziert wäre.

Das heißt, es gibt noch sehr viele Menschen, die sich infizieren und entsprechend auf eine Intensivstation kommen könnten. Deswegen ist ganz schwer abzusehen, ob im Frühjahr eine große Entspannung eintritt. Das ist nicht sehr wahrscheinlich.

Wir brauchen also einen Plan für das nächste halbe Jahr und wahrscheinlich deutlich darüber hinaus; denn wir wissen auch nicht, wie lange eine Immunität anhält. Niedrige Fallzahlen sind deshalb das Ziel und haben ganz klare Vorteile.

Dabei spreche ich, wie gesagt, nicht für mich allein, sondern für eine wirklich sehr große Gruppe deutscher und europäischer Wissenschaftler, Epidemiologen, Physiker, Virologen, genauso wie Wirtschaftswissenschaftler und Gesellschaftswissenschaftler.

Wir müssen die grundlegende Frage stellen: Wollen wir diese Katastrophe der hohen Fallzahlen weiter verwalten, oder schaffen wir es, die Ausbreitung so gut unter Kontrolle zu bringen, dass die Gesundheitsämter wieder mit der Kontaktnachverfolgung nachkommen?

Dass niedrige Fallzahlen Vorteile haben, ist wirklich Konsens. Auch Herr Streeck, der nach mir sprechen wird, hat diesen Aufruf unterschrieben.

Woran sich jetzt die Geister scheiden, ist - das möchte ich auch ganz klar sagen - die Frage: Können wir die Fallzahlen im Winter senken?

Erstens ist der saisonale Effekt nicht besonders groß. Das heißt, wenn wir im Winter nicht auf niedrigere Zahlen kommen, ist es sehr unwahrscheinlich, dass wir im Sommer herunterkämen. Dies gilt insbesondere aufgrund der möglichen neuen Variante aus England oder auch anderen Varianten, die sich sicherlich noch entwickeln

werden. Das heißt, wir sehen nur ein sehr kleines Zeitfenster, in dem wir noch die Chance haben, von den hohen Fallzahlen herunterzukommen.

Zweitens. Warum denke ich, dass die Fallzahlen im Prinzip gut gesenkt werden können? - Das liegt daran, dass alle unsere Nachbarländer dies geschafft haben. Wir können nach Belgien, Frankreich und Österreich schauen. Diese Länder haben die Fallzahlen heruntergebracht und halten sie unten. Ich könnte diese Liste beliebig verlängern. Unsere Nachbarn schaffen es. Es gibt fast keinen Grund, warum Deutschland das nicht auch schaffen sollte.

Wenn man die Fallzahlen senken will, wie schafft man das am besten? Ich würde Ihnen jetzt am liebsten ein Baukastensystem geben und Ihnen z. B. sagen: Wir brauchen eine Reduktion der Ansteckungen um 75 %. Dafür brauchen Sie aus diesem Baukasten den ersten, zweiten und dritten Block für drei Wochen, für vier Wochen, für sechs Wochen. - Das kann ich leider nicht.

Ich kann Ihnen sagen, warum das so schwer vorhersehbar ist: Wir können quantifizieren, wie viel die Schließung der Schulen und Universitäten im März gebracht hat, aber im März gab es eine komplett naive Population. Jetzt besteht eine ganz andere Situation. Die Bevölkerung verhält sich anders. Wir haben aber auch bessere Hygienemaßnahmen, bessere Masken und bessere Tests. Insofern ist es extrem schwer vorhersehbar, wie sich eine Maßnahme am Ende auf die Zahlen auswirken wird. Das heißt, wir wissen es nicht.

Dennoch kann ich Ihnen relativ klare Empfehlungen geben. Wenn Sie das Ziel haben, die Fallzahlen zu senken - das ist wirklich eine Entscheidung von ja oder nein; dabei gibt es keinen Raum für Kompromisse -, dann sollten Sie das so schnell wie möglich machen. Denn es ist unser aller Ziel, dass wir die Schulen endlich wieder sicher aufmachen. Dahinter stehe auch ich. Ich habe das gleiche Betreuungsproblem wie viele meiner Kolleginnen, wie viele meiner Freunde. Wir wollen die Schulen wieder zuverlässig offen haben. Wir können sie öffnen, wenn die Fallzahlen unten sind.

Wie bekommen wir sie also schnell herunter? Dabei sollte es nicht um die Frage gehen, was wir aus den Maßnahmen herausnehmen können, sondern darum, was wir alles in diese Maßnah-

men aufnehmen können, damit wir nicht vier Monate, sondern nur vier Wochen brauchen.

Ich möchte Ihnen sagen, warum wir jetzt jede 5%-Stufe brauchen, wenn wir die Fallzahlen senken wollen. Wenn wir einen R-Wert von 0,9 erreichen, dann dauert es einen Monat, um die Fallzahlen zu halbieren. Wenn wir einen R-Wert von 0,7 erreichen, dann brauchen wir eine Woche, um die Fallzahlen zu halbieren. Um also um den Faktor 10 zu reduzieren, brauche ich entweder vier Wochen oder vier Monate.

Das ist Ihre Entscheidung! Es ergibt keinen Sinn, halbe Sachen zu machen, weil es den Lockdown unnötig extrem verlängert. In dem Moment, wenn ich es aber schaffe, 5 % mehr Ansteckungen zu vermeiden, kann ich die notwendige Dauer des Lockdowns im Zweifel halbieren.

Wir brauchen klare Ziele. Inzwischen ist es, denke ich, Konsens, dass wir unter einen Inzidenzwert von 50, im Zweifel deutlich unter einen Inzidenzwert von 50, kommen sollten. Sie können Ihre Gesundheitsämter fragen, ab wann die Kontaktnachverfolgung wieder gut funktioniert. Sie können schauen, ab wann die Tests wieder ausreichen, um alle Kontakte zu verfolgen.

Wie gesagt, um die Fallzahlen zu senken, zählt jede zusätzliche Reduzierung um 5 %. Ich weiß, dass die Politik die Kunst des Kompromisses ist. Aber ich möchte mich als Wissenschaftlerin ganz klar positionieren und sagen: Das ist dieses Mal eine Frage von ganz oder gar nicht. Das Zeitfenster, das für Sie besteht, bevor sich diese Variante aus England oder irgendeine andere Variante hier etabliert hat und es uns sehr viel schwieriger macht, ist klein. Das ist eine Frage von ein paar Tagen, vielleicht noch von ein, zwei Wochen. Es ist schwierig, präzise Zahlen zu nennen, weil wir keine gute genetische Surveillance haben. Aber ich denke, dass in diesem Fall Vorsicht geboten ist.

Daher mein Aufruf. Es gibt viele Bereiche, in denen Kompromisse gut sind. In diesem Fall sind Kompromisse ausnahmsweise nicht gut. Sie brauchen einmal eine klare Entscheidung hin auf ein Ziel: ob Sie die Fallzahlen herunterbringen wollen oder ob sie sie nicht herunterbringen wollen. Wenn Sie sagen, Sie wollen weiter auf diesem Niveau bleiben, so ist das eine mögliche Alternative. Sie können sagen: Wir schauen weiterhin einfach nur, dass die Intensivkapazitäten nicht

zu sehr überlastet sind - was auch immer „zu sehr“ genau bedeutet. Dann kann man im Prinzip noch Monate so weitermachen. Aber das ist weder eine Strategie, noch bringt das Erleichterung.

Es gibt eine Erleichterung, wenn die Fallzahlen unten sind. Das liegt daran, dass sich die Gesundheitsämter dann auf die verbleibenden Infektionsketten konzentrieren können.

Lassen Sie mich dazu ein Bild zeichnen:

Ich habe lange in Portugal gelebt. Portugal ist ein wunderbares Land, aber dort gibt es auch immer wieder Waldbrände. Ich habe es auf der anderen Seite des Flusses ein-, zweimal gesehen. Wenn ein Brand außer Kontrolle geraten ist, haben die Löschhubschrauber oder Löschflugzeuge im Prinzip keine Chance. Alles, was man machen kann, ist zu schauen, dass die Dörfer nicht abbrennen.

Das ist eine Möglichkeit und entspricht sozusagen dem Schutz der Älteren. Das kann man versuchen. Viele Dörfer, zumindest die kleineren, brennen trotzdem ab.

Die andere Möglichkeit besteht darin zu sagen: Es gibt einen lokalen Ausbruch, es gibt ein lokales Feuer. Es ist Kapazität vorhanden, so lange es noch klein ist, es mit aller Kraft einzudämmen. - Dann gibt es lokale Einschränkungen, und man muss nicht ganz Deutschland in einen Lockdown versetzen, der zudem noch ständig on und off nachreguliert werden muss.

Dieses Waldbrandmotiv passt sehr gut zur Pandemie. Es zeigt sehr deutlich, dass wir entweder die Kontrolle oder keine Kontrolle haben. Eine halbe Kontrolle gibt es leider nicht.

Ich möchte auf den Schutz der Älteren eingehen, weil das auch ein wichtiges Thema ist. Es ist selbstverständlich, dass wir die vulnerablere Bevölkerung schützen wollen und sollten. Das haben auch viele Länder schon versucht. Leider war bisher noch kein einziges Land darin erfolgreich - außer vielleicht den Ländern, die jetzt bei „zero COVID“ sind.

Aber wir haben das in Deutschland schon sehr gut geschafft. Wir haben im Sommer eine extrem niedrige Inzidenz bei den älteren Personen zu verzeichnen gehabt. Das lag daran, dass die Fallzahlen insgesamt niedrig waren und dass es

wahrscheinlich eine sehr geringe Dunkelziffer gab. Das heißt, eine niedrige Inzidenz ist der allerbeste Schutz der vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Das ist intuitiv und leicht verständlich.

Wenn Sie möchten, können Sie bei *Nature Communications* ein Paper dazu nachlesen. Das ist gerade vor drei Tagen im Journal akzeptiert worden. Alternativ kann ich versuchen, Ihnen das intuitiv klarzumachen.

Wenn die Fallzahlen niedrig sind, können die Gesundheitsämter die Kontakte nachverfolgen. Es gibt genug Tests, um alle Verdachtspersonen zu testen. Das ist gut. Es bedeutet: Jemand, der getestet ist, ist im Idealfall zu Hause in Quarantäne und steckt niemanden mehr an. Das Problem sind die Menschen, die nicht in Quarantäne sind, die Menschen, die gar nicht wissen, dass sie infiziert sind und dann in ihrer prä- oder auch in ihrer asymptomatischen Phase dieses Virus zu ihren Freunden, zu ihrer Familie oder zu ihrem Arbeitsplatz und im Zweifel auch in ein Altenheim tragen.

Das ist nicht schön für die Person, die jemanden infiziert hat, der möglicherweise auch einen schweren Verlauf hat, und es nicht schön für die Person, die einen schweren Verlauf haben könnte.

Wenn die Fallzahlen hoch sind und die Gesundheitsämter nicht mehr hinterherkommen, gibt es immer mehr von diesen Menschen, die nicht wissen, dass sie Träger sind. Die sind unser Problem. Unser Problem sind nicht die Personen, die schon getestet sind. Diese isolieren sich hoffentlich ausreichend gut. Das Problem sind jene, die gar nicht wissen, dass sie infiziert sind. Die Zahl dieser Menschen geht, wie gesagt, deutlich nach oben, wenn die Fallzahlen hoch sind und die Gesundheitsämter die Kontrolle verloren haben. - Das ist der Unterschied zwischen Kontrolle und Nicht-Kontrolle.

Wir haben in einer Publikation für das *Deutsche Ärzteblatt* darlegen können, dass die Fallzahlen und auch die Todeszahlen bei den Älteren den ganzen Sommer über bis Mitte/Ende September konstant geblieben sind, obwohl die Fallzahlen in der Gesamtbevölkerung anstiegen. Was bedeutet das? - Die Fallzahlen in der Gesamtbevölkerung sind anfangs hochgegangen, aber die Todeszahlen sind nicht gestiegen, weil die Älteren geschützt waren. Dann kam der Kipp-Punkt, und es gab zu viele Infizierte. Das Geschehen ist Land-

kreis für Landkreis außer Kontrolle geraten, und es erfolgte der Eintrag in die vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Mit dem Delay von zwei Wochen, den man erwartet, sind auch die Todeszahlen entsprechend hochgegangen.

Das heißt, wir sehen in den Daten diesen Kipp-Punkt, ab dem die Gesundheitsämter die Kontrolle verlieren und ab dem dieses Virus vermehrt zur vulnerablen Bevölkerung getragen wird.

Das eine ist der Schutz der Personen in Heimen. Er ist absolut wichtig, und er erfolgt ja auch. Jeder, der sagt, wir müssten die Alten schützen, sagt im Prinzip, wir hätten es bisher nicht gemacht. Das ist sicherlich nicht der Fall. Die Menschen geben sich sehr viel Mühe. Es ist bisher einfach keinem Land perfekt gelungen. Niedrige Fallzahlen helfen extrem. Sicherlich kann man mit Tests versuchen, das Virus aus den Heimen zu halten. Aber jedes Mal, wenn ein Virus diese Tests auf die eine oder andere Weise umgehen kann, dann ist es im Heim, und dann ist es auch außerordentlich schwer, es dort wieder herauszuholen.

Sie können gerne mit Sandra Ciesek aus Frankfurt darüber reden, die gemeinsam mit den Gesundheitsämtern dort versucht, das Virus wieder aus den Altenheimen herauszubringen, wenn es dort angekommen ist. Es setzt sich dort trotz großer Bemühungen teilweise in hohem Maße fest.

Die Jüngeren liegen uns natürlich auch sehr am Herzen. Wir brauchen Bildung, wir brauchen Schule, wir brauchen den Zugang der Betreuungspersonen, der Lehrpersonen zu den Schülern. Das ist absolut richtig. Deswegen ist es aus unserer Sicht so extrem wichtig, dass wir nicht nur die Schulen schließen, sondern dass wir jetzt auch alles andere schließen, was man schließen kann, damit wir die Schulen so schnell wie möglich wieder öffnen können.

Es gibt sehr kreative Konzepte, wie man die Schulen sinnvoll und vorsichtig wieder öffnen kann. Man findet einen Weg. Sie können sich gern umhören. Der Direktor der Göttinger Gesamtschule hat z. B. ein sehr gutes Konzept zur Insellösung vorgestellt.

Aber die essenzielle Frage lautet: Wollen Sie niedrige Fallzahlen? - Diese Frage müssen Sie mit einem Ja oder einem Nein und dürfen Sie nicht mit einem Vielleicht beantworten. Wenn Sie

niedrige Fallzahlen wollen, dann ist klar, dass das Allerbeste ein kurzer, starker Lockdown ist, damit wir die Zielinzidenz so schnell wie möglich erreichen. Wir dürfen es nicht an einem Datum festmachen, sondern an einer Zielinzidenz, und wir sollten, wenn ein Bundesland diese erreicht hat, entsprechend nachplanen, belohnen und einen Lockerungsplan haben, der natürlich diesen Erfolg nicht direkt wieder verspielen soll.

Die Kurzfassung lautet: Bitte entscheiden Sie sich jetzt endlich für ein Ganz-oder-gar-nicht!

Wenn Sie Fragen stellen wollen, werde ich nun den Rest meiner Redezeit gern darauf verwenden.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Frau Dr. Priesemann, das ist großartig. Zunächst vielen Dank für Ihren eindrücklichen und nachdrücklichen Impuls. Erste Wortmeldungen gibt es bereits. Wir werden die Fragen jetzt direkt an Sie richten. Frau Kollegin Thela Wernstedt wird beginnen.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Frau Priesemann, herzlichen Dank für Ihr leidenschaftliches Plädoyer. Ich habe zwei Fragen.

Erstens. Sie sprachen, wie ich glaube, völlig zu Recht an, dass dieses abstrakte Moment von Fallzahlen, von Inzidenzwerten usw. gut kommuniziert werden muss, damit die Menschen eine Vorstellung davon haben, wie wichtig es ist, sich an bestimmte Verhaltensregeln zu halten. Gibt es Konzepte für eine gute Risikokommunikation? Das ist ja durchaus eine Herausforderung, sowohl für Wissenschaftler als auch für Politiker als auch für andere Menschen, die sich in der Öffentlichkeit bewegen.

Zweitens. Sie plädieren sehr stark dafür, dass die Bundesregierung zusammen mit den Länderchefs jetzt harte Maßnahmen einleitet. Was passiert danach? Nehmen wir einmal an, wir machen das jetzt alles, und in vier Wochen sieht die Lage wesentlich besser aus. Dann sind wir immer noch im Winter, dann sind die Räume immer noch geschlossen und geheizt, und die Menschen fangen dann bestenfalls stufenweise wieder an, Geburtstage zu feiern, zur Arbeit zu gehen usw. Dann schießen die Zahlen ja wieder hoch. Gibt es Berechnungen, wie ein Stufenplan sinnvollerweise aussehen kann, damit das gerade nicht passiert, sondern wir auf einem niedrigen Niveau bleiben?

Das habe ich mich schon den ganzen Winter über bei sämtlichen Äußerungen dieser Art gefragt und habe bisher noch keine befriedigende Antwort bekommen - zumindest keine, die öffentlich kommuniziert wurde.

**Dr. Viola Priesemann:** Erstens. Risikokommunikation und Konzepte sind essenziell, aber das ist absolut nicht mein Metier. Allerdings müssen Sie insoweit definitiv nacharbeiten, um auch die Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die wir noch nicht erreicht haben.

Ich würde sagen, ein ganz großer Teil der Bevölkerung gibt sich schon seit Wochen und Monaten, mindestens seit November oder Dezember, sehr viel Mühe. Aber es gibt einen anderen Teil, den man sehr schlecht erreicht. Ja, insoweit brauchen wir ganz dringend ein Konzept und auch mehr Möglichkeiten.

Meiner Meinung nach würde es sehr helfen, wenn sich die Politik einigte und klar sagte, man wolle jetzt dieses Ziel der niedrigen Inzidenz verfolgen. Sie sollte nicht sagen: „Wir wollen es, aber wir öffnen das, das und das“, sodass nach der Konferenz die Öffnungsdiskussionen direkt wieder losgehen, lange bevor man ein aus epidemiologischer Sicht sinnvolles Ziel erreicht hat.

Was passiert danach? Das ist eine gute Frage. Würde ich Ihnen versprechen, das Leben sei danach wie vorher, wäre das leider nicht korrekt. Selbstverständlich brauchen wir weiterhin AHA-Maßnahmen usw. und auch gewisse Einschränkungen.

Wir wissen grob, was die Einschränkungen bringen. Wir können sehen, dass wir im letzten Sommer über Monate niedrige Fallzahlen und über Monate eine Kontrolle hatten. Jetzt gibt es mehr Tests, es gibt inzwischen sogar Schnelltests. Das heißt, in dem Maße, wie wir testen, testen und noch einmal testen, können wir auf der anderen Seite lockern. Aber Ziel muss eine niedrige Inzidenz sein, und man muss in dem Moment, in dem man eine Inzidenz von 50 auch nur annähernd erreicht, so schnell wie möglich gegensteuern und darf es nicht laufenlassen, bis man wieder über solche Maßnahmen nachdenkt.

Nehmen wir, um etwas Konkretes zu nennen, die Studie von Brauner et. al., die gerade in der *Science* erschienen ist und quantifiziert, welche Maßnahmen in etwa wie viel bringen, und unsere

Studie, bei der wir überlegt haben, wie viel man durch Kontaktnachverfolgung erreicht. Wir sehen, dass wir rund 40 % der Ansteckungen vermeiden müssen. Im Prinzip geht es um sechs Bereiche: um den Einzelhandel, um das Testen bzw. alternativ um Homeoffice, um Basishygienemaßnahmen, um das Absagen der Großveranstaltungen, um Schulen und um Mobilität.

Um eine Größenordnung zu nennen: Wir wissen, dass jeder dieser Bereiche zwischen 15 und 30 % bringt. Das heißt, die Hygienemaßnahmen zusammen mit dem Absagen der Großveranstaltungen, also zusammen mit einer Kontaktbeschränkung bis herunter auf zehn Personen, werden im Sommer wahrscheinlich ausreichend sein - wenn dies alles wirklich eingehalten wird, wenn die Menschen, die als infiziert festgestellt werden, auch wirklich in Quarantäne gehen und wenn das Testen und das Kontaktnachverfolgen zuverlässig und schnell funktionieren. Um diese drei Wenns geht es. Überall, wo Lücken sind, muss an anderen Stellen nachgearbeitet und ausgeglichen werden.

Im Winter ist die Eindämmung etwas schwieriger. Da wird man sich überlegen, in welchen anderen Bereichen Einschränkungen aufrechterhalten werden müssen. Dabei kann an einen Aufruf zum Homeoffice, es kann an Wechselunterricht in den Schulen gedacht werden. Das ist etwas, was in Ihren Händen liegt und mit dem wir auch Erfahrung sammeln müssen. Aber die Größenordnung, die ich Ihnen ganz grob an die Hand geben würde, wäre, dass Treffen jenseits von zehn Leuten auch weiterhin sicherlich nicht gut möglich sind und dass wir die Fallzahlen unbedingt niedrig halten müssen. Ansonsten wird die Eindämmung deutlich schwieriger. Das ist der andere Punkt, warum es sich lohnt, die Fallzahlen niedrig zu halten.

Ich würde es Ihnen so gerne sagen, aber ich kann es Ihnen nicht sagen. Sie hören, wie ich quasi stottere. Man muss es ausprobieren, und es hängt eben essenziell auch daran, wie die Menschen informiert sind, wie gut sie es umsetzen und wie gut z. B. am Arbeitsplatz gescreent und getestet wird. Das sind ja Möglichkeiten, die man im Prinzip gut umsetzen könnte, wenn wir genügend Schnelltests haben.

All das gleicht es aus. Je früher man Infektionsketten entdeckt, desto schneller kann man sie eindämmen, solange sie noch klein sind.

Es ist einfach schwierig. Ich würde es Ihnen gern sagen. Ich kann es nicht. Das muss man ausprobieren, und am Ende ist es auch eine Güterabwägung, die in gewissem Maße arbiträr ist: Erlaube ich erst, dass sich Menschen mit 20 Personen treffen, oder führe ich lieber Wechselunterricht in den Schulen durch? Insoweit kann ich Ihnen nicht wirklich weiterhelfen.

Den Punkt, den ich für essenziell halte, nenne ich Ihnen noch einmal: Um Fallzahlen herunterzubringen, haben wir oft einen mehr als additiven Effekt, wenn wir alles gleichzeitig machen. Denn wenn beispielsweise im Homeoffice gearbeitet wird und die Schulen geschlossen sind, ist auch der öffentliche Verkehr, der besonders in großen Städten eine Rolle spielt, deutlich entlastet.

Es ist also ein Ganz-oder-gar-nicht. Danach kann man schauen, inwiefern man mit moderaten Einschränkungen über die nächsten Monate kommt. Das Schöne ist: Es wird von Monat zu Monat einfacher. Wir werden mehr Tests haben, wir werden mehr Impfungen haben, und wir werden Stück für Stück mehr Erfahrung haben, und auch das Wetter wird uns ein wenig helfen. Dagegen sprechen die Pandemiemüdigkeit und das Erreichen all jener, die wir noch nicht so gut erreicht haben.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Vielen Dank, Frau Dr. Priesemann. Als Sie eine kurze Gedankenpause einlegten, war es sehr ruhig im Saal, weil alle dachten: Welche konkrete Angabe kommt jetzt? Aber wenn es so einfach wäre, würde es diesen Sonderausschuss mit seiner Fragestellung nicht geben, um den Blick in die Zukunft zu richten.

Abg. **Christian Grascha** (FDP): Vielen Dank, Frau Dr. Priesemann, für den Input. Ich habe drei Fragen, die sich für mich ergeben haben.

Erstens. Das angestrebte Ziel lautet, die Zahlen möglichst deutlich zu reduzieren. Wenn ich das, was ich von Ihnen in den letzten Tagen und Wochen wahrgenommen habe, richtig verstanden habe, ist für Sie nicht die Inzidenz von 50 relevant, sondern eine Größenordnung deutlich darunter. Diese Situation hatten wir ja im Prinzip im Sommer des letzten Jahres. Was haben wir im Sommer aus Ihrer Sicht falsch gemacht bzw. wo

hätte man im Sommer noch viel stärker Vorsorge treffen müssen, um nicht in diese Situation hineinzugeraten, die aktuell besteht?

Zweitens. Sie haben gesagt, im Prinzip solle „alles“ geschlossen werden. Vielleicht können Sie das präzisieren. Ich nenne einmal die Beispiele des Lebensmitteleinzelhandels um die Ecke, der Kureinrichtungen, wo andere Erkrankte versorgt werden, der Physiotherapeuten, die andersartige Erkrankungen behandeln oder therapieren. Was heißt aus Ihrer Sicht, „alles“ zu schließen?

Meine dritte Frage bezieht sich auf die Nachverfolgung von Kontakten. Über sie haben wir heute Morgen auch im Sozialausschuss gesprochen. Von der Landesregierung wurde gesagt - das ist auch bekannt -, eine Kontaktnachverfolgung sei im Moment aufgrund der Vielzahl der Fälle nicht möglich.

Wir haben die Frage, wo eigentlich Infektionen entstehen, schon im Sommer des letzten Jahres gestellt. Damals konnte uns das auch nicht gesagt werden. Was muss eigentlich die Kontaktnachverfolgung erfragen; oder nach welchem Muster sollte man vorgehen, damit eine relativ hohe Wahrscheinlichkeit besteht, tatsächlich herauszufinden, wo Infektionen entstehen? Möglicherweise entstehen sie auch nicht nur an einer Stelle. Man kann ja auch - so habe ich das verstanden - an verschiedenen Stellen einer Viruslast ausgesetzt sein, und die Summe führt dann zu einer Erkrankung.

Können Sie Empfehlungen geben, welche Merkmale man erfassen sollte, um ein besseres Bild darüber zu haben oder - im Moment haben wir ja keines - überhaupt ein Bild darüber zu bekommen, wo Infektionen entstehen?

**Dr. Viola Priesemann:** Was ist im Sommer gut gelaufen, was ist im Sommer schiefgelaufen? Im Sommer ist extrem gut gelaufen, dass wir monatelang niedrige Fallzahlen hatten. Wenn Sie sich die Fallzahlen Deutschlands versus den Fallzahlen der Nachbarländer im August und September anschauen - wenn Sie möchten, kann ich es noch einmal zeigen; das ist wirklich sehr beeindruckend -, dann sehen Sie, dass in den Nachbarländern, in Belgien, in der Schweiz, in Tschechien usw., die Fallzahlen deutlich gestiegen sind, während sie in Deutschland noch relativ niedrig waren. Das heißt, sechs Wochen lang haben wir uns einem Influx entgegenstemmen können.

Im Sommer sind drei Dinge zusammengekommen. Erstens gab es durch den Influx von außen neue Fälle, zweitens hat man mehr und mehr gelockert, drittens spielte ein Stück weit die Saisonalität eine Rolle. Das werden die Hauptfaktoren gewesen sein. Wie viel jeder dazu beigetragen hat, war sicherlich regional verschieden.

Was dann falsch gemacht wurde, ist, dass die Obergrenze von 50, die ja immer als eine klare Obergrenze definiert war, nicht mehr wahrgenommen worden ist. Im Sommer wurde das anders gemacht. Im Sommer wurde, als es in Gütersloh oder in Göttingen oder in anderen Orten Ausbrüche gab, konsequent nachgesteuert. Das bedeutet: Göttingen hat nachgesteuert, damit nicht ganz Deutschland in den Lockdown musste.

Das ist die Idee von einer Art Strategie, die aber nur funktioniert, wenn die Fallzahlen insgesamt äußerst niedrig sind.

Im Sommer ist also gut gelaufen, dass wir die Fallzahlen trotz der hohen Inzidenzen in den Nachbarländern lange niedrig gehalten haben. Aber irgendwann ist es aus verschiedenen Gründen gekippt.

Das weist klar darauf hin, dass man das nicht in Deutschland alleine regulieren kann. Man kann es immer nur zu einem gewissen Grad. Eigentlich brauchen wir eine europäische Lösung. Es gibt die Website <https://containcovid-pan.eu> mit vielen Unterzeichnenden. Dort stehen viele Informationen, und Sie sehen dort, dass sehr viele sehr hochkarätige internationale Wissenschaftler dies unterstützen.

Was bedeutet, alles zu schließen, genau? Da sage ich: Das ist Ihre Aufgabe. Sie müssen wirklich noch einmal genau hinschauen. Jede weitere Reduzierung um 5 % bringt etwas. Zu halbieren, bedeutet - nehmen wir einen Landkreis mit einer Inzidenz von 200; diese haben wir ja in Niedersachsen fast nirgendwo - einen exponentiellen Rückgang von 200 auf 100, auf 50, auf 25, auf 12,5. Das heißt, die Inzidenz von 12,5 ist von der Inzidenz von 50 gar nicht so weit weg. Das ist die Frage, ob man zwei Wochen früher oder zwei Wochen später auf- oder zumacht.

Es geht auch nicht darum, den Lockdown zu erhalten, bis man dort unten ist. Es geht darum, ihn zu halten, bis die Gesundheitsämter wieder hinterherkommen.

Jetzt ist zu fragen: Wo liegt die Kapazitätsgrenze der Gesundheitsämter? Gibt es eine fixe Zahl? Können wir beispielsweise sagen, bis zu einer Inzidenz von 20 schaffen sie es, darüber schaffen sie es nicht? - Nein, diese Kapazitätsgrenze gibt es natürlich auch nicht. Jetzt, da es eine Kontaktbeschränkung gibt, hat jede Person viel weniger Kontakte. Insofern ist die Kontaktnachverfolgung auch viel einfacher. Das macht locker den Faktor 10 aus, wenn es darum geht, wie lange es dauert, die Kontakte einer Person nachzuverfolgen.

Woran Sie auch arbeiten könnten, ist die Öffentlichkeitsarbeit. Erzählen Sie den Leuten, wie „Kontaktnachverfolgung zum Selbermachen“ geht! Schauen Sie nach Schweden. Dort machen die Menschen das selbst. Wenn jemand infiziert ist oder vermutet, infiziert zu sein, kontaktiert er selbst seine Freunde und Bekannten; denn man weiß ja, mit wem man Kontakt gehabt hat.

Was bringt die Kontaktnachverfolgung insbesondere im Hinblick auf die Frage, wo Infektionen entstehen? - Die meisten Infektionen entstehen dort, wo man lange viel Kontakt hat. Meistens kennt man die Namen dieser Personen. Die wichtigen und die besonders riskanten Kontakte, was eine Ansteckung angeht, sind also typischerweise bekannt. Denn die meisten Infektionen entstehen in der Familie, und das wird sich nicht vermeiden lassen. Wenn ich sage: „Alles schließen!“, heißt das nicht, dass wir wollen, dass sich jede Person einer Familie in einem separaten Raum aufhält. Ich denke, die Güterabwägung ist uns allen klar.

In den Familien lassen sich diese Infektionen also nicht vermeiden. Man muss sich demnach auf alle Verbindungen zwischen den Haushalten konzentrieren. Das ist die Schule, das ist der Arbeitsplatz, das ist der Freundeskreis, es ist die Freizeit.

Ein flankierender Punkt ist die Mobilität. Wenn man sie einschränkt, hilft es, das Infektionsgeschehen nicht zu sehr von einem Bereich in den anderen zu tragen. Das bringt immer dann etwas, wenn man irgendwo lokal einen großen Ausbruch verzeichnet, von dem man nicht möchte, dass er sich in die gesamte Region ausbreitet.

Wir wissen nicht, was in Restaurants geschieht. Wir wissen nicht, wie viele Infektionen in den öffentlichen Verkehrsmitteln erfolgen. Diese werden sich auch zu einem gewissen Grad nicht vermei-

den lassen. Aber zu sagen, nur weil wir es nicht wissen, geschieht dort nichts, bedeutet die Umkehr des schönen Spruchs „Absence of evidence is not evidence of absence“, was bedeutet: Nur, weil wir es nicht wissen, heißt es nicht, dass es dort nicht stattfindet. Im Gegenteil. Wir haben ja gerade hier in Niedersachsen zu Anfang ein paar sehr prominente Ausbrüche in Restaurants zu verzeichnen gehabt.

Abg. **Helge Limburg** (GRÜNE): Auch von mir herzlichen Dank. - Frau Dr. Priesemann, Sie haben in einem Interview mit dem Deutschlandfunk Anfang Januar vorgeschlagen, statt auf die Zahl der erlaubten Kontakte - eine Person oder zwei Personen außerhalb des Haushalts - zu schauen, eher auf Bubbles zu setzen. Könnten Sie näher erläutern, welche Vorteile das hat?

Und können Sie ein paar Sätze dazu sagen, wie Schweden die private Kontaktnachverfolgung gelungen ist? Ich zumindest glaube, dass dieser Weg viel schneller ist als der über Teststation und Gesundheitsamt. Zumindest in der Kita läuft es in der Regel auch so, dass man, wenn es eine Infektionserkrankung gibt, alle Eltern schnell selbst informiert und nicht über die Kita-Leitung und über das Gesundheitsamt geht und wartet, bis diese es meldet.

**Dr. Viola Priesemann:** Die private Kontaktnachverfolgung ist auch datenschutzrechtlich ein wichtiger Punkt. Man selbst darf jeden darüber informieren, dass man möglicherweise infiziert ist. Das hilft extrem. Insofern könnte Öffentlichkeitsarbeit sicherlich helfen.

In Schweden ist es angeblich normal, dass es privat gemacht wird. Die Gesundheitsämter scheinen diesbezüglich relativ wenig zu unternehmen. So sind aber eben alle europäischen Länder ein Stück weit verschieden, was die unterschiedlichen Maßnahmen angeht.

Ein Problem besteht allerdings bei der privaten Kontaktnachverfolgung. Eine Personen, die sich isolieren will, braucht eine Quarantäne-Anordnung. Das heißt, eine Warnung durch die App oder die Warnung von einem Freund oder Kollegen, dass man möglicherweise infiziert ist, reicht nicht aus, um zu Hause zu bleiben. Das ist ein Dilemma, vor dem viele Menschen stehen. Man kann natürlich versuchen, sich anderweitig zurückzuhalten, aber man muss theoretisch weiter zur Schule oder zur Arbeit gehen. Daher ist es

wichtig, dass die Testergebnisse schnell vorliegen.

Nun zu den Bubbles. Die Kontakte sind jetzt auf eine Person beschränkt, die mit im Haushalt sein kann. Ich finde, man sollte die persönlichen Dinge nicht damit vermengen. Epidemiologisch ist es viel wichtiger zu sagen, die Anzahl der Kontakte, die ich über eine Woche habe, sollte so gering wie möglich sein.

Nehmen wir zwei Partnerhaushalte, die sich oft treffen und über die Schule oder die Arbeit nur wenig weitere Kontakte haben. Eine solche Bubble hat fast keine Verbindung nach außen. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass das Virus dort hineinkommt oder dort wieder herauskommt. Das ist eine Sackgasse.

Ich würde mir wünschen, dass es eine Empfehlung für Bubbles oder feste Kontakte von Partnerhaushalten gibt, so wie es auch eine Empfehlung zum Homeoffice gibt. Ich weiß, dass man das nicht kontrollieren kann, aber man könnte es offensiv empfehlen. Man sollte auf jeden Fall Kontakte haben. Sie kennen sicherlich auch in Ihrem Bekannten- oder Freundeskreis Menschen, die sich absolut isolieren und darunter leiden. Das ist ja auch nicht gut.

Wenn man sich einen Partnerhaushalt sucht, kann das auch in der Kinderbetreuung extrem helfen. Wir haben uns im ersten Lockdown, als dies hier in Niedersachsen erlaubt war, mit einer Partnerfamilie zusammengetan. So kann man die Kinderbetreuung, zumindest wenn man flexible Arbeitszeiten hat, relativ gut stemmen. Zwei Haushalte bedeuten vier Eltern, das bedeutet, dass jeder einen Wochentag übernehmen kann. Wenn man den Samstag hinzunimmt, hat man anderthalb Betreuungstage und kann man bei sechs Arbeitstagen der Arbeit relativ gut hinterherkommen.

Bei einem solchen festen Partnerhaushalt haben die Kinder soziale Kontakte. Aber das muss jeder selbst finden. Das würde z. B. auch die Notbetreuung entlasten, und auch die Lerngruppen in Schulen könnten sich daran orientieren.

Die Idee sind feste Kontakte. Ich nenne einmal das Beispiel von Weihnachten und Neujahr. Für diese Zeit habe ich es einmal explizit aufgeschrieben. Ich treffe zu Weihnachten das eine Set, die Familie. Dann habe ich die Inkubations-

periode von einer Woche. Und zu Neujahr treffe ich das andere Set, die Freunde. Damit eröffne ich dem Virus Wege, die es zuvor gar nicht gehabt hat. Mit festen Kontakten ist die Anzahl der Wege, die dieses Virus gehen kann, einfach viel geringer. Deswegen ist das so wichtig.

Ich denke, auch insoweit könnte die Kommunikation, die Öffentlichkeitsarbeit, noch deutlich besser werden. Wir haben ja schon über Kontaktnachverfolgung, über Vorsichtsmaßnahmen und darüber gesprochen, dass wir die Gruppen erreichen sollten, die wir noch nicht erreicht haben. Aber es geht auch um die Bubbles. Sie müssen in gewisser Weise erlaubt bleiben bzw. erlaubt werden.

Warum werden die Treffen draußen oft verboten, und drinnen wird nicht explizit eingeschränkt? Ich weiß, dass es hierbei um rechtliche Gründe geht. Aber ich weiß auch, dass es epidemiologisch viel besser wäre, wenn man die Leute nach draußen brächte. Sich draußen zu treffen, ist um Größenordnungen, um den Faktor 20, weniger ansteckend, und wenn der Wind weht, wahrscheinlich noch weniger. - Selbstverständlich sollte dabei kein großes Gedränge herrschen.

Abg. **Wiard Siebels** (SPD): Wenn ich Sie richtig verstanden habe, haben Sie in Ihrem Eingangstatement den saisonalen Effekt als nicht besonders hoch eingeschätzt. Bei der Beantwortung einer Nachfrage haben Sie aber den saisonalen Effekt als einen der Faktoren bezeichnet, der dazu geführt habe, dass das Infektionsgeschehen im Sommer nicht so groß war. Wie schätzen Sie den saisonalen Effekt ein?

**Dr. Viola Priesemann:** Ich kann Ihnen die Größenordnung nennen. Aber es ist schwer, gut abzuschätzen. Herr Drosten hat eingeschätzt, dass der saisonale Effekt den R-Wert wahrscheinlich von 3 auf 2,5 bringt. Das weiß man von anderen Corona- oder Grippeviren. Die Basisreproduktionszahl  $R_0$  geht also von 3 auf 2,5 zurück. Das ist eine Reduktion um rund 20 %. 20 % machen einen großen Unterschied. Im Sommer lag der R-Wert bei etwa 1. Kommt ein saisonaler Effekt hinzu, ist man bei einem R-Wert von 1,2. Dies führt dazu, dass sich die Fallzahlen etwa alle zwei bis drei Wochen verdoppeln. Das haben wir grob gesehen. Danach wurde natürlich wieder gesteuert.

Die Größenordnung des saisonalen Effekts liegt also bei 20 %. Die Virus-Variante aus England bringt uns einen Effekt von 40 bis möglicherweise 70 %. Für die Einordnung bedeutet das zwei saisonale Effekte. Das heißt, wenn die neue Virus-Variante zusammen mit dem saisonalen Effekt auftritt, dann ist es so ähnlich, als ob wir unterm Strich vom Sommer nicht auf den Winter, sondern auf einen Doppelwinter gingen.

20 % ist die Größenordnung, die man zurzeit vielleicht durch eine Schulschließung erreicht. Der saisonale Effekt macht also einen Unterschied, der so groß ist, als ob die Schulen offen gehalten oder geschlossen werden.

Ich finde, es ist sehr schwer, Zahlen bezüglich der neuen Virus-Variante zu nennen. Eine Studie benennt die Schulschließungen zusammen mit der Schließung von Universitäten und Kitas.

Langer Rede kurzer Sinn: 20 % sind eine Größenordnung für den saisonalen Effekt. Dies ist einfach kein Gamechanger.

Ich will es einmal explizit sagen: Man könnte hoffen, wenn man auf die Zahlen des letzten Frühjahrs schaut. Im letzten Frühjahr sind die Fallzahlen in allen Ländern gesunken. Es gibt Stimmen, die sagen, dass dies nur aufgrund des saisonalen Effekts der Fall war und wenig mit dem Lockdown zu tun hatte.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Frau Dr. Priesemann, ich sage einen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Ausschusssitzung. Ich weiß, dass wir mit Sicherheit noch hätten weitermachen können und dass auch weitere Fragen auftauchen. Aber bei einer solchen Anhörung müssen wir auch darauf achten, den Zeitplan einzuhalten.

Nochmals einen herzlichen Dank für Ihre Informationen, für den tollen Einstieg, aber auch für die Beantwortung der Fragen.

Noch eine Frage von mir: Werden Sie noch eine schriftliche Stellungnahme abgeben, oder könnten wir zumindest einen Literaturnachweis für die von Ihnen zitierten Quellen bekommen?

**Dr. Viola Priesemann:** Ich habe schriftlich bislang nichts vorbereitet, da ich in gewisser Weise nicht für mich, sondern für eine große Gruppe von Wissenschaftlern gesprochen habe. In den

nächsten Tagen werden wir gemeinsam etwas verbreiten. Das ist sicherlich sinnvoller, als wenn nur ein Name darunter steht.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Super! Dann auch noch einen herzlichen Dank dafür. Vielen Dank, dass Sie uns zur Verfügung gestanden haben. Weiterhin alles Gute und viel Kraft!

**Dr. Viola Priesemann:** Danke für die Einladung!

**Prof. Dr. Hendrik Streeck**

Deutsches Zentrum für Infektionsforschung  
Direktor des Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Bonn (UKB)

**Prof. Dr. Hendrik Streeck:** Zunächst möchte ich mich für die Einladung bedanken, die ich als gebürtiger Göttinger sehr gern angenommen habe.

Ich habe eine Folie zu einem Themenkomplex am Ende meiner Ausführungen mitgebracht. Wir werden sehen, ob es gelingt, dass ich sie zeigen kann. Dabei geht es um die Saisonalität von Coronaviren.

Wir Virologen haben in unserer Facharztausbildung sehr viel Erfahrung mit Coronaviren, nicht nur mit SARS-CoV-2, sondern auch mit sechs weiteren, die den Menschen krank machen. Darüber hinaus gibt es unzählige Coronaviren im Tierreich, und es gibt auch Pflanzen-Coronaviren. Coronaviren sind eben bei uns heimisch, also endemisch.

Vor rund 130 Jahren ist letztmals ein heimisches Coronavirus auf den Menschen übergegangen - das vermutet man zumindest -, die anderen, die uns krank machen, vor ein paar Tausend Jahren.

Im Jahr 1890 gab es die Russische Grippe, von der wir mittlerweile denken, dass sie durch das sogenannte Coronavirus OC43 ausgelöst worden ist. Sie bewirkte eine weltweite Pandemie, bei der geschätzt eine Million vor allem ältere Menschen verstorben sind. Wir nehmen an, dass das Virus damals in der Region Tadschikistan von der Kuh auf den Menschen übergegangen ist. Man kam dem auf die Spur, dass es von der Kuh kommen musste, weil die Kühe gleichzeitig krank gewesen sind. Heute ist dieses Virus bei uns heimisch geworden.

Über OC43 hinaus kennen wir weitere endemische Viren wie HKU1, NL63 und 229E. - Das sind Namen, die man gleich wieder vergisst.

Mit dieser Präambel will ich etwas Wichtiges sagen. Diese vier Coronaviren sind für 10 bis 30 % der gripptypischen Infekte in den Herbst- und Wintermonaten verantwortlich, einmal mehr, einmal weniger. Das zeigt uns, dass wir das neue Coronavirus ernst nehmen müssen, dass es auch wichtig ist, aber dass wir nicht jetzt erst beginnen, Erfahrungen zu sammeln. Wir haben mittlerweile, wie Frau Priesemann gesagt hat, ein Jahr Pandemie, und wir sehen, dass sich dieses Coronavirus ähnlich wie die anderen Coronaviren verhält.

Eines noch vorweg gesagt: Ich finde es gut, dass sowohl Frau Priesemann als auch ich sprechen; denn in vielen Dingen sind wir zwar einer Meinung, aber wir interpretieren unterschiedlich. Am Ende liegt es an Ihnen, wie Sie die gleichen Daten und unterschiedlichen Interpretationen auslegen.

Die Infektionszahlen stagnieren zurzeit auf hohem Niveau, gehen vielleicht ein Stück zurück. Es ist ein fragiler Gewinn, so scheint es, der durch einen harten Lockdown hart erkauft wurde. Ein Zusammenbruch des Gesundheitssystems konnte abgewendet und ein gesamtwirtschaftlicher Einbruch begrenzt werden. Das sind zwar bemerkenswerte Erfolge einer gewaltigen gemeinsamen Kraftanstrengung, doch es wird zunehmend deutlich, dass wir trotz des Impfstoffs langfristig mit dem Coronavirus und seinen Mutationen leben müssen.

Die gute Nachricht ist: Angesichts der Erfahrung mit anderen Coronaviren werden wir auch mit dem neuen Coronavirus leben können.

Ich habe bereits am Anfang der Pandemie gesagt, dass wir mit dem Virus leben müssen. Das ist keine Floskel, und das ist keine Plattitüde. Wenn man das verinnerlicht und sich vor Augen führt, was das für jeden von uns bedeutet, dann muss man sich überlegen, eine Strategie hierauf auszurichten, und erkennt man, dass eine Analyse der gegenwärtigen Situation schwierig ist, da viele Entscheidungen - vor allem von Ihnen - auf der Basis breiten Unwissens gefällt werden müssen und derzeit leider sehr kurzfristig gedacht sind.

Wäre ich Entscheidungsträger wie Sie, wäre ich in einer gewaltigen Zwickmühle und wollte auf dieser Basis gar keine Entscheidung treffen, geschweige denn eine Strategie entwickeln, weil wir viel zu wenig wissen und gerade viel zu viel ohne Wissen entscheiden, und dies auch noch extrem kurzfristig.

Leider wissen wir auch nach fast einem Jahr Pandemie nicht, wo sich das Infektionsgeschehen in Deutschland abspielt. Derzeit können wir nur rund 20 % der Infektionen erklären. Wo stecken sich die Menschen gehäuft an, in welchen Bereichen des Lebens? Besteht bei uns in Kitas, Schulen, Büros, Fabriken mit oder ohne Lockdown das höchste Infektionsgeschehen? Wie gut funktionieren eigentlich Hygienekonzepte in Restaurants, Theatern, Museen, Schulen, Geschäften? Was bewirken einzelne Maßnahmen überhaupt?

Gewiss lässt sich das, auch, was Lockdowns bewirken können, mit einer gewissen Vorhersagbarkeit in Computermodellen errechnen; aber diese Modelle sind weder wissenschaftlich belegt noch empirisch erforscht. Wir wissen schlicht nicht, wie es ohne Lockdown aussieht. Es wird das Präventionsparadoxon angeführt, das natürlich in gewisser Weise greift, aber dieses wird eben leider auch als Totschlagargument angeführt.

Zu sagen, wir sind an diesem Punkt nur wegen des Lockdowns, ist in meinen Augen genauso falsch, wie zu sagen, der Lockdown wirke nicht. Wir bewegen uns in der Mitte, weil wir, so glaube ich, wichtige Faktoren des Infektionsgeschehens und der Pandemie einfach nicht verstehen.

Wenn man wüsste, dass es in bestimmten Bereichen gehäuft zu Infektionen kommt, könnte man dort gezielt gegensteuern. Dann hätten Sie auch eine Entscheidungsgrundlage. Andersherum: Dort, wo - mit oder ohne Konzept - gesichert keine Infektionen stattfinden, müsste man keine Maßnahmen ergreifen.

Ich habe im Sommer dafür geworben, dass wir mehr Mut haben sollen, um Dinge auszuprobieren und zu sehen, ob Hygienekonzepte funktionieren, ob Maßnahmen wirken. Dafür wurde ich - übrigens auch von Kollegen - massiv angegangen. Die Daten fehlen leider immer noch, aber sie würden uns jetzt helfen, Entscheidungen zu treffen.

Das ist kein Experimentieren am Menschen, sondern bedeutet, Wissen zu generieren. So, wie wir jetzt wissen, dass der Impfstoff wirkt, hätte man laborartig auch Hygienekonzepte testen können. Dann könnten wir jetzt anfangen, mit dem Skalpell zu arbeiten, anstatt weiter mit dem Hammer draufzuhauen.

In meinen Augen ist es nicht zu spät, diese Daten zu sammeln und diese Forschung in gewisser Weise voranzutreiben. Ja, man muss sich die Zeit für eine intensive Forschung und Überprüfung der Maßnahmen im Verhältnis zu ihren Wirkungen und Nebenwirkungen nehmen, da nur so eine Strategie entwickelt werden kann. Die Nebenwirkungen und Kollateralschäden werden zu wenig oder gar nicht erfasst, was mich wirklich überrascht. - Wir wissen nicht, was die Kollateralschäden in Bezug auf die Gesundheit der Menschen bei Krebs, Herzerkrankungen und Ähnlichem sind. Somit können wir auch ihre Bedeutung nicht verifizieren. - Aber ich denke, sie sind genauso Teil dieser Pandemie wie die direkten Opfer.

Der Großteil der an oder mit dem neuen Coronavirus Verstorbenen lebte in Pflegeheimen. Das wissen wir mittlerweile. In Berlin etwa waren 63 % aller Corona-Toten Heimbewohner, in Schleswig-Holstein sogar rund 90 %. Weltweit geht ein Drittel aller Todesfälle auf nur 2 % der Bevölkerung zurück, und zwar auf Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen leben.

Der Wunschgedanke, diese Fallzahlen durch die Gesamtzahl der Neuinfektionen zu steuern, ist mathematisch sicherlich richtig. Aber das Leben folgt nicht jeder mathematischen Gleichung. Ein gängiger Einwand ist, dass man Risikogruppen angesichts des schwammigen Begriffs und aufgrund der Vielzahl der verschiedenen Risikogruppen nicht gezielt schützen könnte. Das ist richtig, wenn man alle potenziellen Risikogruppen als gleichwertig sieht. Das höchste Risiko haben aber immer noch jene, die in Alten- und Pflegeheimen sind.

Hier setzt auch die neue Impfstrategie an, und hier ist es kein Problem. Bevorzugt werden die Älteren zuerst geimpft, nämlich jene, welche das höchste Risiko haben, an einer COVID-19-Erkrankung zu versterben. Es kann also funktionieren.

Um das Infektionsgeschehen besser zu verstehen, muss in meinen Augen dringend geforscht

werden. Damit solche Forschungsvorhaben aber ihre Wirkung entfalten, müssen sie konzertant und interdisziplinär vorgebracht werden. Ein virologisches oder epidemiologisches Institut allein kann solch ein Projekt nicht stemmen. Vielmehr bedarf es einer klaren, strukturierten Führung, z. B. im Sinne eines Forschungskoordinators des Bundes, jenseits von Partikularinteressen, um zu vermeiden, dass Projekte unnötig gedoppelt werden, und zu ermöglichen, dass Gruppen mit ähnlichen, aber vielleicht konkurrierenden Interessen dennoch zusammenarbeiten können.

Wir sind zwar in der Pandemie weit fortgeschritten. Solche Daten sind jedoch umso nützlicher geworden, da wir erwarten müssen, dass das Virus endemisch, also heimisch, wird und uns auch die nächsten Jahre begleitet.

In der Tat muss man davon ausgehen, dass das Virus nicht ausgerottet werden kann. Weitere neue Varianten werden entstehen, wogegen die bisherigen Impfstoffe vielleicht weniger wirksam sein könnten.

Dass Viren und Coronaviren mutieren, ist im Übrigen nichts Ungewöhnliches. Dementsprechend kommen auch bei SARS-CoV-2 Mutationen vor. Bereits jetzt wurden über 4 000 unterschiedliche Mutationen im SARS-CoV-2-Genom identifiziert. Es gibt mehrere Variantenbildungen. Das bedeutet, dass viele Mutationen zusammenkommen. Wir beobachten gerade „evolution in the making“. Für Charles Darwin wäre es wahrlich ein Genuss, dem zuzusehen; denn wir wohnen gerade einer echten natürlichen Selektion bei.

Man muss sich das so vorstellen, dass die Immunsysteme aller Infizierten gerade einen Selektionsdruck auf das Virus bewirken. Je mehr Viren es auf der Welt gibt, desto schneller geht die Evolution voran. Die Viren, die am besten und längsten überleben, werden, statistisch gesehen, auch eher weitergegeben. Und dort, wo am meisten Viren ausgeschieden werden, werden diese Varianten eher durchkommen.

Fast alle Viren versuchen übrigens ein längeres Überleben und ein vermehrtes Ausscheiden. Dies führt dazu, dass sie zwar leichter übertragen werden, aber dafür nimmt ihre Gefährlichkeit mit der Zeit ab.

Das ist in der Vergangenheit so gewesen. Ob das beim neuen Coronavirus der Fall sein wird, bleibt

abzuwarten. Jedoch ist eines klar: Eine Variante wird man nur gemeinsam, und das global, aufhalten können. Eine Eradikation von B.1.1.7 und auch der südafrikanischen Variante ist in meinen Augen nicht mehr möglich. Dafür ist es einfach zu spät. Es nützt nichts, wenn wir unsere Grenzen jetzt rigoros absperren, aber beispielsweise in England, Frankreich und Dänemark bereits die andere Variante grassiert. Wir können die Ausbreitung definitiv verzögern, und das sollten wir auch, aber wir können sie leider langfristig nicht verhindern. Früher oder später werden diese Varianten auch bei uns ankommen.

Daran schließt sich für mich die nächste Überlegung an. Eine der zentralen und wichtigsten Fragen, die in meinen Augen noch nicht beantwortet wurde, lautet: Wie viele Neuinfektionen pro Tag sind für das Gesundheitssystem verkraftbar? - Natürlich ist keine Infektion wünschenswert. Insofern bin ich mit Frau Priesemann einer Meinung. Am liebsten hätte ich gar keine Infektion bzw. würde die Infektionszahlen ganz weit unten halten. Aber wir haben bisher nicht definiert, wie viel eigentlich zu viel ist und wie viel unser Gesundheitssystem managen kann. Diese Spanne, in der wir uns gerade bewegen, ist bisher nicht klar. Aber klar ist, dass wir diesen Wert brauchen, um strategisch gesteuert aus dem Lockdown zu kommen, anstatt Woche für Woche darauf zu hoffen, dass die Infektionszahlen fallen.

In meinen Augen fehlt eine Richtschnur, ein Kompass, der uns zeigt, wohin wir steuern. Ob eine Inzidenz von 50, 25 oder 10 auf 100 000 Einwohner ein gutes Ziel ist, ist eine theoretische und politische Entscheidung, die Sie tragen, aber keine medizinische oder wissenschaftliche.

Zudem muss man sich fragen, ob solche Werte im Winter überhaupt erreicht werden können. Denn auch wenn dies wünschenswert ist - auch ich bin der Meinung, dass dies wünschenswert ist -, ist das nach den bisherigen Erfahrungen illusorisch. Es gibt hier in meinen Augen kein Ja oder Nein. Wir alle wollen niedrigere Infektionszahlen. Darum ist es eine kategorische Frage, die wir alle nur mit Ja beantworten können. Die Frage, ob es realistisch ist, beantworte ich mit Nein.

In meinen Augen ist eine Berechnung mit dem Rechenschieber im Grunde möglich und richtig. Menschlich, biologisch und virologisch weiß ich nicht, ob es möglich ist.

Zu all dem ein Beispiel: Bei Schweinen kann es zu einer Corona-Infektion kommen. Schweine, die im Sommer wie im Winter im Stall gehalten werden, weisen im Herbst und Winter hohe, im Sommer niedrige Infektionszahlen auf, ohne jegliche Veränderung der Bewegung dieser Schweine. Wieso, wissen wir nicht.

Bei den angewandten Grenzwerten ergibt sich in meinen Augen ein zweites Problem. Seit dem 3. November haben sich die Richtlinien für Testungen auf SARS-CoV-2 grundlegend geändert. Zudem sind Antigentests auf dem Markt, die für eine höhere Positivquote bei den PCR-Tests sorgen. Das merke ich sehr deutlich in unserer täglichen Arbeit, in unserer Diagnostik. Bei den rund 2 000 PCR-Tests, die wir durchführen, haben wir eine außerordentlich hohe Positivquote zu verzeichnen. Warum? - Weil vorher Antigentests laufen und ein Vortest gemacht wurde. Es gibt also einen Fehler in der Vortestwahrscheinlichkeit. Wir selektionieren die Tests auf die positiven Werte.

Mit anderen Worten: Die Daten vom Frühjahr und Sommer sind nicht mit denen dieses Winters vergleichbar. Man muss derzeit von einer enormen Dunkelziffer ausgehen, die wir aber nicht kennen. Es fehlt in erster Linie an der Zuverlässigkeit der Messung, die unabhängig ist vom Testverhalten, von Ferien und von der Dunkelziffer. Ein Grenzwert von 50 auf 100 000 war im Sommer ein völlig anderer als jetzt. Um es noch einmal drastisch zu sagen - das ist keine Meinung, sondern nur eine drastische Darstellung -: Diesen Wert könnte man auch sehr schnell erreichen, würde man z. B. noch strenger testen.

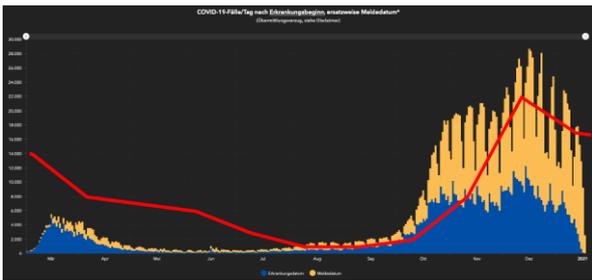
Auch hier ist in meinen Augen wieder die Wissenschaft gefragt. Das Infektionsgeschehen kann am besten abgeschätzt werden, wenn neben den Zahlen der Neuinfektionen hoch frequent repräsentative Stichproben genommen werden. Nur so können wir das Infektionsgeschehen zum einen abschätzen, zum anderen aber auch besser beurteilen, ob jenseits von Dunkelziffern und möglichen Nebeneffekten Maßnahmen greifen. Die ausschließliche Fokussierung auf einen variablen und gemeldeten Wert, also auf die Labordaten, die ohne wissenschaftliche Standards erhoben wurden, dürfte aus meiner Sicht nicht der Leitfaden für die Pandemie sein.

Die Politik sollte daher ihr Krisenmanagement nicht mehr darauf beschränken, situativ auf aktu-

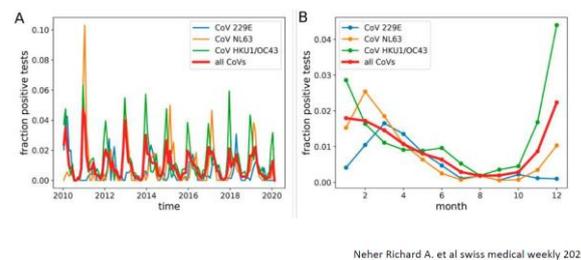
elle Entwicklungen zu reagieren und Neuinfektionen zu verwalten, aber dabei unspezifische Maßnahmen einzusetzen und diese mit eben diesem wiederholenden Narrativ zu kommunizieren. Es geht in meinen Augen darum, langfristig zu wirken, auch einen Plan B zu haben, falls unser Plan A, der Impfstoff und die derzeitigen Testungen, nicht so funktioniert, wie wir es wollen.

Maßnahmen müssen natürlich beschlossen werden, sie müssen aber auch überprüft werden. Modelle müssen nachjustiert werden, und die Maßnahmen müssen verbessert werden. Aber das können wir nur, wenn das auch wissenschaftlich begleitet wird. Am Ende geht es darum, Daten ohne jegliche Eitelkeit zu analysieren.

Ich wage die kühne Behauptung, dass der erste Lockdown auch deshalb so gut funktioniert hat, weil es Frühjahr wurde. Hierzu möchte ich, wenn ich darf, kurz einen Slide\* teilen.



Sie sehen darauf die Kurven des Robert Koch-Instituts bezüglich der Neuinfektionszahlen mit einer Doppelachse in den Januar hinein. In einer roten Kurve habe ich die Entwicklungen der endemischen Coronaviren in Deutschland von zehn Jahren darüber gelegt. Es ist ein typisches Verhalten, dass wir im März/April in die Sommermonate hinein eine deutliche Abflachung und dann im Oktober/November ein starkes Hochschnellen der Infektionszahlen sehen. Danach geht es wieder nach unten.



Neher Richard A. et al swiss medical weekly 2020

Auf diesem Slide\* sind die Daten aus dem *Swiss Medical Weekly* zusammengestellt. Wir sehen über die Jahre immer und immer wieder exakt das gleiche Verhalten der Coronaviren. Einmal ist das eine Coronavirus stärker, einmal das andere. Es geht hoch und herunter und beschreibt eine „Dauerwelle“.

So kann man auch bereits die Daten über SARS-CoV-2 dahin gehend interpretieren, dass wir den Abfall wahrscheinlich zum großen Teil nicht durch den Lockdown, sondern durch die Saisonalität erreicht haben.

In meinen Augen geht es am Ende darum, pragmatische Lösungsansätze zu finden. Wir brauchen ein vorausschauendes Management statt einer auf tägliche Ereignisse fokussierten Verwaltung. Diese muss natürlich auch sein und auch im Moment sein. Aber wir müssen anfangen, mit dem Skalpell zu arbeiten und nicht mit dem Hammer. Es geht in meinen Augen um Diskussion und Diskurs, aber auch darum, die Diskussion und den Diskurs zu fördern, wobei ich mit Verwunderung feststellen muss, dass diese in Deutschland zumindest auf Bundesebene nur begrenzt geführt werden. Zahlenspiele und dauermahnde Voraussagen helfen in meinen Augen sehr wenig, wenn es darum geht, einen offenen Diskurs zu fördern und die gesamte Bevölkerung mitzunehmen.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit. Nun beantworte ich gerne Fragen.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Herr Professor Streeck, vielen Dank für Ihren Impuls. - Erste Fragen gibt es bereits.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Herr Streeck, vielen Dank für Ihre Ausführungen, die sich in Ihren Schlussfolgerungen durchaus von denen Ihrer Vorrednerin unterscheiden. Aber wir sitzen hier ja auch zusammen, um die unterschiedlichen Haltungen und ihre Begründungen zu hören.

\* In Großformat sind die Grafiken dieser Niederschrift als Anlage beigefügt.

Auf meine erste Frage komme ich, weil Sie zu Anfang auf die Historie der Viren eingegangen sind. Von Artenschützern hört man immer wieder, dass die Häufigkeit von Pandemien in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat, weil der Mensch die letzten Naturreservate für Wildtiere bedrängt und quasi die Wahrscheinlichkeit maximiert, dass Menschen auf Wildtiere stoßen, wodurch Übertragungen häufiger sind. Ist das aus Ihrer Sicht plausibel, oder haben Sie eine andere Sicht der Dinge?

Zweitens. Sie haben nachdrücklich dargestellt, dass wir nach wie vor nicht wissen, wo sich das Infektionsgeschehen wie abspielt. Sie selbst haben relativ zu Beginn der Pandemie schon einmal eine eingeschränkte und schnelle Studie mit Ergebnissen durchgeführt. Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass wir nach einem Jahr und vielen Hundert Millionen an Forschungsförderung noch nicht zu einem Ergebnis gekommen sind?

Sie sagen, es bräuchte eine bundesweite Koordination. Gibt es drittens vielleicht weitere Faktoren, weswegen sich das bisher noch nicht effektiv gestaltet hat?

Nun meine letzte Frage. Von einigen Wissenschaftlern wurde in den letzten Monaten kritisch angemerkt, dass man auf Bundesebene so etwas wie einen Pandemierat aus Wissenschaftlern gebraucht hätte, um die sehr unterschiedlichen Sichtweisen auf ein Infektionsgeschehen zu beleuchten und dann auch umfassende Ratschläge geben zu können. Wie sehen Sie das?

Prof. **Dr. Hendrik Streeck**: Was Ihre erste Frage zu den Artenschützern und den potenziellen Gefahren neuer Pandemien angeht, so haben die Kollegen in meinen Augen völlig recht. Der Klimawandel und die Globalisierung hatten Einfluss auf die Übertragung von viralen Erkrankungen. Es gibt einiges, was im Tierreich noch schlummert und auf uns zukommen kann. Es freut mich, dass die Debatte darüber, dass Artenschutz und Klimawandel weitreichende Folgen haben, an die man vorher nicht dachte, angestoßen wurde.

Ich denke, die Problematik besteht wirklich darin, dass sich die Virologie zu bestimmten Fachbereichen nur begrenzt äußern kann. Das sieht man sehr deutlich an den Fragen zu Schulen und Kindern. Wir wissen schlicht nicht, wie stark Schüler und Kinder zu dem Pandemiegeschehen beitragen. Diesbezüglich gibt es sehr widersprüchliche

Veröffentlichungen, je nachdem, welchen Lieblingsvirologen man zitiert. Irgendwann sind dann in meinen Augen auch die Kinderärzte, die Soziologen, die Kinderpsychologen gefragt, um Fragen zu den Auswirkungen zu beantworten.

In Nordrhein-Westfalen gibt es einen kleinen Expertenrat. Ich höre mir die verschiedenen Sichtweisen auf die Pandemie extrem interessiert an. Es gibt - das sehe ich sehr deutlich - keinen Fachbereich, der *die* Lösung hat. In gewisser Weise liefern alle Fachbereiche ihren Beitrag, aber es gibt nicht *den einen* Fachbereich. Daher würde ich es sehr begrüßen, wenn es einen Pandemierat gäbe, der breit aufgestellt ist und die verschiedenen Sichtweisen einbezieht, die der Einzelne aus seinem Fachbereich heraus gar nicht beurteilen kann.

Nun zu Ihren weiteren Fragen. Ich denke, ein Problem besteht immer darin, dass es Partikularinteressen gibt. Ich würde mich genauso als Forschungskoordinator herausnehmen, wie ich andere Kollegen oder auch das Robert Koch-Institut als Forschungskoordinator ausnehmen würde, weil wir natürlich Partikularinteressen haben. Bei uns geht es um Forschungsgelder, bei uns geht es um Veröffentlichungen. Im Grunde muss für das deutsche Volk geforscht werden, ohne Veröffentlichungen oder andere Interessen. Das ist in meinen Augen etwas, was zentral vom Bundesministerium für Gesundheit zu steuern wäre, weil nur für das Ministerium dieses eine Interesse im Vordergrund steht.

Wie viele zero-epidemiologische Studien nach Heinsberg an verschiedenen Hotspots mittlerweile durchgeführt wurden, ist wirklich unglaublich. Aber sie sind nie koordiniert worden, sodass man sie zusammenführen könnte. Deshalb sehe ich einen großen praktischen Nutzen darin, einer Gruppe von Wissenschaftlern zu sagen, welche Fragen beantwortet werden müssen.

Eine einfache Frage lautet beispielsweise: Warum versuchen wir nicht, herauszufinden, welche Berufe die Infizierten haben? Würden die Gesundheitsämter jeden Infizierten fragen, welchem Beruf er nachgeht, dann könnte man schon sehr viel besser eingrenzen, ob es in bestimmten Berufen ein gehäuftes Infektionsgeschehen gibt. Fragen, die uns allen sehr viel weiterhelfen würden, lauten: Sind das Leute im Großraumbüro? Sind das Ärzte? Sind das Lehrer? Sind das Betreuer? -

Das sind einfache Fragen, die wir aber im Moment noch nicht beantworten können. Dafür braucht es in meinen Augen eine koordinierte Vorgabe. Das kann kein einzelnes virologisches oder epidemiologisches Institut leisten, weil es sich um globale, deutschlandweite Fragen handelt.

Abg. **Christian Grascha** (FDP): Herr Professor Streeck, im Niedersächsischen Landtag findet der Diskurs, den Sie, wie ich finde, zu Recht einfordern, statt, und das ist auch gut so.

Ich habe drei Fragen.

Erstens. Dass Sie eine Langzeitstrategie vorschlagen, kann ich nachvollziehen. Zu fragen ist allerdings, auch bezogen auf die Kurven, die Sie aufgelegt haben: Was müssten wir denn Ihrer Meinung nach in der aktuellen Situation tun, um in diese Langzeitstrategie hineinzukommen? Dass im Moment die Fallzahlen zu hoch sind und dass, würden wir jetzt nichts tun, womöglich das Gesundheitssystem überfordert wäre, ist wahrscheinlich sogar unstrittig. Aber was würden Sie aus Ihrer Sicht empfehlen? Was müsste die Politik aktuell tun?

Zweitens. Sie sind bei der Frage, wo Infektionen entstehen, im Wesentlichen auf die Thematik der Forschungsvorhaben und der Zentralisierung der Forschungsvorhaben eingegangen. Welche Rolle können dabei die Gesundheitsämter und die konkrete Kontaktnachverfolgung spielen? Ist es überhaupt sinnvoll, die Kontaktnachverfolgung so durchzuführen, wie man das in der Vergangenheit gemacht hat, oder ist es notwendig, wissenschaftlicher an sie heranzugehen?

Nun zu meiner dritten Frage. Tagespolitisch beschäftigt uns im Moment das Thema Mutationen. Wenn ich die Diskussion, die bundesweit läuft, richtig verstehe, wissen wir zwar noch nicht so genau, wie sich die Mutation auswirkt, aber es werden trotzdem schon Gegenmaßnahmen diskutiert.

Sie haben darauf verwiesen, dass es eine Vielzahl von Mutationen gibt. Diese wird es wahrscheinlich auch in Zukunft geben. Wie sollte die Politik mit solchen Mutationen, mit solchen Veränderungen, intelligent umgehen?

Prof. **Dr. Hendrik Streeck**: Zur aktuellen Situation und den Maßnahmen kann man nur bedingt et-

was sagen. Der Montag ist im Hinblick auf die Infektionszahlen immer noch schwierig, weil die Zahlen im Vergleich zu anderen Tagen immer niedriger sind. Aber wir sehen durchaus einen Rückgang. Die Maßnahmen, die ergriffen wurden, scheinen zu wirken.

Meine erste Frage dazu wäre an Ihrer Stelle: Was bewirken denn die zusätzlichen Maßnahmen? - Wir haben ja gesehen, dass der harte Lockdown einen Einfluss hat, aber wir wissen nicht, wie stark dieser Einfluss ist und wie man ihn bewerten kann.

Auch ich habe keine Glaskugel, aber was mich ein wenig beunruhigt, ist, dass wir genau das Gegenteil von dem erreichen, was wir eigentlich erreichen wollen. Wir wollen ja eigentlich die Menschen entflechten, auseinanderziehen, aber wir schlagen vor, dass sie drinnen bleiben und sich eher in Innenräumen treffen, wo dann meistens doch keine Masken getragen werden.

Ob man jetzt kurzfristig irgendwelche Wege beschreiten sollte, die vorher nicht getestet wurden, ist meiner Meinung nach strittig und ist für mich eine extrem schwierige Frage. In meinen Augen hätte man viel früher, in den Sommermonaten, damit anfangen müssen zu testen, was funktioniert und was nicht. Gefühlt - aber das ist eine gefühlte Wahrheit; das ist nichts, was ich weiß - wäre es mir lieber, wenn sich Leute mit einem Hygienekonzept draußen trafen, als dass sie in Innenräumen zusammenkommen. Aber dazu fehlen die Studien.

Ich glaube nicht, dass es sich, wenn man jetzt noch einen 15-km-Radius oder eine Ausgangssperre beschlösse, in den Infektionszahlen so stark widerspiegeln würde, wie das alle wünschen. Ich denke, wenn man auf dem momentanen Level weitermacht, dann werden die Fallzahlen im März und April nach unten gehen, und wir werden die Saisonalität der Infektionszahlen beobachten. Andere Länder wie Spanien oder Frankreich, die harte Maßnahmen beschlossen hatten, haben trotzdem keinen Rückgang der Fallzahlen zu verzeichnen gehabt. Dort hat man das sehr deutlich gesehen.

Frau Priesemann hat vorhin etwas gesagt, was ich auch für sinnvoll erachte. Man muss die Gesundheitsämter entlasten. Dies kann man, indem die Kontaktnachverfolgung von jenen übernommen wird, die positiv getestet werden, indem die

Menschen Eigenverantwortung übernehmen und sie verpflichtet werden, selbst Verbindung mit ihren Kontakten aufzunehmen.

Man hört immer wieder einmal, dass sich die Leute darüber „freuen“, dass es zwei Wochen gedauert hat, bis sie vom Gesundheitsamt endlich mitgeteilt bekamen, dass sie einen positiven Kontakt hatten. Das ist ja nicht Sinn und Zweck der Sache. Ich denke, es wäre sinnvoll, dass jeder selbst die Verantwortung dafür hat, es zu übermitteln.

Was die Fragen zur Aktualität angeht, so tapen wir auf sehr vielen Ebenen im Dunkeln. Wir kennen weder das Infektionsgeschehen, noch sehen wir den Einfluss auf die Infektionszahlen, den wir eigentlich haben wollten, sodass man im Moment, außer, man probiert aus, einfach nur zu einem Weiter-so raten kann. Das ist das Traurige daran.

Abg. **Helge Limburg** (GRÜNE): Vielen Dank, Herr Professor Streeck, für Ihre ausführlichen Ausführungen. Für mich bleibt nur eine Frage übrig. Sie haben eine Folie zur Saisonalität eingeblendet. Effekte durch Mutationen sind dabei aber wohl nicht einbezogen. Würden Sie nach Ihrer Erfahrung sagen, Sie glauben nicht, dass der Effekt besonders groß wird? Die Zahlen aus Irland und Großbritannien legen eher nahe, dass dieser, was den Verlauf angeht, durchaus groß werden könnte.

Prof. **Dr. Hendrik Streeck**: Dass die B.1.1.7-Mutation einen Einfluss auf die Übertragbarkeit, also auf die Infektiosität und Transmissibilität des Coronavirus hat, fußt auf zweierlei Erkenntnissen: einmal auf der Erkenntnis, dass es Veränderungen in der Bindungsstelle, an dem Rezeptor, gibt, die darauf hindeuten, dass es besser an den Rezeptor im Rachen bindet, sodass es weniger Viren braucht, um eine Übertragung zu vollziehen, und zum anderen auf epidemiologischen und gesellschaftlichen Erkenntnissen. Wir führen gerade eine Beobachtung durch, die darauf hindeutet, dass es eine erhöhte Übertragbarkeit gibt, aber es gibt keine epidemiologische Studie darüber, und wir wissen nicht, wie stark dieser Effekt sein wird.

Ich warne generell davor, sich nur auf die Modelle zu verlassen, auch wenn sie alle ihre Berechtigung haben. Denn bei der letzten NERVTAG-Telekonferenz hat man erfahren, dass die Erhöhung des R-Werts auf 0,39 bis 0,92 gesunken ist.

Das ist eine unglaubliche Spanne. Dabei muss man soziale Faktoren, die auch eine Rolle spielen, herausrechnen. Brian Murphy hat in Irland darauf hingewiesen, dass die Weihnachtszeit einen Einfluss gehabt haben könnte usw.

Damit will ich sagen: Wir müssen die Variante ernst nehmen, beobachten, aber wir dürfen jetzt nicht den Fehler machen, von einer absoluten Wahrheit auszugehen, dass es in jedem Fall nur dadurch zu einem massiven Anstieg kommt.

Ich will das gar nicht kleinreden. Aber uns fehlen die entsprechenden Studien.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Herr Professor Duttge hat sich ebenfalls zu Wort gemeldet. Für Sie, Herr Professor Streeck zur Kenntnis: Herr Professor Duttge ist als wissenschaftlicher Mitarbeiter für den Landtag tätig und wird unsere Ausschussarbeit begleiten. Ich gehe davon aus, dass es im Sinne des Ausschusses ist, wenn auch Herr Professor Duttge im Rahmen der Debatte Fragen stellen kann. - Bitte, Herr Professor Duttge!

Prof. **Dr. Gunnar Duttge** (wissenschaftliche Begleitung): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Herr Professor Streeck, ich habe zwei Fragen.

Das Dunkelfeld zeichnet sich ja dadurch aus, dass man nichts oder kaum etwas weiß. Sie haben nun aber eine Aussage getroffen, die diametral gegensätzlich zu der Ihrer Vorrednerin war. Sie sprachen von einer höheren Dunkelziffer; Frau Dr. Priesemann sprach von einer Dunkelziffer, die nicht allzu hoch sei. Nun kann man natürlich durch elaborierte Dunkelfeldforschung versuchen, der Sache etwas näherzukommen. Als Strafrechtswissenschaftler weiß ich das, aber ich bezweifle, dass es in unserem Themenbereich eine solche elaborierte Dunkelfeldforschung geben könnte.

Was also ist die Grundlage Ihrer Einschätzung zur Frage des Dunkelfelds, das uns ja enorm umtreibt und das von zentraler Bedeutung ist, wenn man sinnvolle Maßnahmen ergreifen will?

Ich habe eine weitere Frage. Sie beklagten ein eklatantes Forschungsdefizit, insbesondere auch, was die Wirkweise der Schutzmaßnahmen angeht. Gibt es denn konkrete Forschungskonzepte, und warum ist das zumindest in der Zeit von Sommer bis Herbst nicht betrieben worden? Wir haben auch jetzt keinen Lockdown chinesischen

Modells und könnten auch jetzt noch hier und da Forschung betreiben. Es ist ja auch sehr viel an Forschungsgeldern geflossen.

Um es positiv zu wenden: Was müsste aus Ihrer Sicht getan werden, damit dieses eklatante Forschungsdefizit, was die Wirkweise von Schutzmaßnahmen anbelangt, sukzessive beseitigt werden kann?

**Prof. Dr. Hendrik Streeck:** Wo fange ich jetzt am besten an? Ich könnte beim Frühjahr anfangen. Vielleicht sagt man, das sei keine gute Idee. Aber im Frühjahr bestand eine vergleichsweise hohe Dunkelziffer. Das war relativ deutlich, weil wir nicht viel testen konnten. In den Sommermonaten sind die Testzahlen massiv nach oben gegangen, und wir haben die Dunkelziffer sehr gut ausgeleuchtet.

Jetzt besteht folgende Problematik: Am 3. November wurde die Teststrategie geändert. Jetzt werden nur noch jene getestet, die symptomatisch sind und einen Risikokontakt hatten. So lauten die neuen Testvorgaben des Robert Koch-Instituts. Aus vielen Publikationen wissen wir mittlerweile, dass jede fünfte Infektion eigentlich ohne Symptome verläuft, sodass es eine massive Dunkelziffer geben muss.

Zusätzlich kann uns ein anderer Faktor einen Hinweis geben: die intensivmedizinische Belegung. In vielen Studien in den USA und in China wurde bisher, vereinfacht gesagt, gezeigt, dass 5 % der Infizierten intensivmedizinische Betreuung brauchen. Wir wissen es nicht, aber wenn wir davon ausgehen, dass dies ein relativ konstanter Wert ist, dann muss es eine viel höhere Dunkelziffer geben, als bisher angesichts der Infektionszahlen angenommen wurde. Aber unter dem Strich muss ich sagen: Wir wissen es nicht, weil es derzeit keine Studien gibt, die die Dunkelziffer wirklich ausleuchten und beschreiben. Aus diesen Veröffentlichungen kann man schließen, wie viele gegebenenfalls infiziert sein müssten. Aber die veränderte Teststrategie ist eindeutig. Auch in den akkreditierten Medizinlaboratorien hat sich der seinerzeitige Einbruch in der Testhäufigkeit deutlich gezeigt.

Nun zu den Schutzmaßnahmen. Warum das nicht getestet wurde, weiß ich nicht. Das kann ich nicht beschreiben. Das sind hygienische Fragestellungen, die nicht primär in meinen Bereich der Expertisen fallen. Es kann sein, dass einzelne Insti-

tute dies getestet haben, aber es wäre wiederum für den Bund interessant, solche Studien durchzuführen. Das ist eine Frage, die man an das BMG oder aber an das Robert Koch-Institut richten muss.

Dass der Schutz von Altenheimen funktioniert - die Kokonierung -, zeigt in meinen Augen Tübingen, obwohl man als Externer sagen muss, dass man bestimmte Maßnahmen noch viel stärker versuchen sollte.

**Abg. Christian Grascha (FDP):** Ich habe eine Frage zu den Übertragungswegen. Es wird darüber diskutiert, dass Infektionen nicht nur an einem Ort und durch ein Ereignis erfolgen können, sondern dass auch die Summe einer über einen bestimmten Zeitraum gesammelten Virenlast zu einer Infektion bzw. zu einer Erkrankung führt. Können Sie uns dazu noch etwas sagen? Wenn das so sein sollte, was würde das aus Ihrer Sicht für die Nachverfolgung bedeuten?

**Prof. Dr. Hendrik Streeck:** Wenn ich das richtig verstanden habe, meinen Sie, dass asymptomatische Infektionen zu einer Übertragung führen könnten.

**Abg. Christian Grascha (FDP):** Nein, es geht darum, dass jemand z. B. innerhalb von acht Stunden mehrmals mit Infizierten, gleich, ob sie symptomatisch oder asymptomatisch sind, Kontakt hat. Meine Frage lautet, ob dann die Summe der Virenlast am Ende dazu führt, dass es bei der Kontaktperson zu einer Infektion bzw. auch zu einer Erkrankung kommt. Ist das aus Ihrer Sicht Stand der Wissenschaft bzw. wie ist Ihre Einschätzung dazu?

Daraus ergibt sich zwangsläufig die Frage: Was bedeutet es für die Nachverfolgung, wenn diese Kontakte an mehreren Orten und zu unterschiedlichen Zeiten stattfinden?

**Prof. Dr. Hendrik Streeck:** In der Hygienelehre und in der Virologie kennen wir es aus vielen Bereichen, dass die Infektionsdosis häufig auch den Schweregrad ausmacht. Das ist nicht immer so. Es gibt auch virale Erkrankungen, bei denen das nicht der Fall ist. Das gilt beispielsweise für das Ebolavirus. Aber bei Coronaviren und bei Influenza wurde gezeigt, dass der Verlauf umso schwerer ist, je mehr Viren man abbekommt. Das zeigt, dass Abstandhalten und Masketragen ein

natürlicher Schutz vor einem schweren Verlauf sind, weil man so weniger Viren abbekommt.

Man muss sich das, vereinfacht gesagt, so vorstellen: Entweder kommt ein Virus in den Rachen, und dann kämpft das Immunsystem gegen diesen kleinen Herd, oder es entstehen ganz viele kleine Herde im Rachen, sodass das Immunsystem nicht mehr dagegen ankommen kann.

Daher hat die Reduktion der Virenlast einen Einfluss. Dies kann aber natürlich nur bedingt funktionieren.

Jemand, der keine Symptome und dadurch auch keinen Long-Prohibit hat, ist im Grunde ja etwas Gutes, weil er aus der Gleichung der Pandemie herausgenommen wird. - Das ist kein Werben für asymptomatische Infektionen, sondern ein differenziertes Betrachten dieser asymptomatischen Infektionen. Wenn die Leute besser Masken tragen und besser Abstand halten, können wir dadurch den Schweregrad der Infektionen heruntersetzen.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Herr Professor Dr. Streeck, auch Ihnen gilt ein großer Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, für den Sonderausschuss des Niedersächsischen Landtages zur Verfügung zu stehen. Ich weiß, auch das Gespräch mit Ihnen hätten wir noch lange fortsetzen können, aber wir müssen in unserer Tagesordnung vorankommen.

Auch im Namen unseres Ausschusses weiterhin viel Kraft für die wichtigen Aufgaben, die uns gemeinsam beschäftigen und bei denen Sie selbst ganz besonders gefordert sind!

#### **Dr. Georg Schütte**

Generalsekretär der VolkswagenStiftung

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 8*

**Dr. Georg Schütte:** Ihre Aufgabe ist nicht einfach, das haben die ersten Beiträge schon gezeigt. Was kann ich Ihnen jetzt liefern, was kann ich beitragen? - Wir wechseln nun in gewisser Weise auf eine Metaebene der Forschungsförderung. Ich spreche für die VolkswagenStiftung und bin persönlich aufgrund meiner Erfahrung an der Schnittstelle von Wissenschaftsförderung und Politik tätig. Daher kann ich Ihnen keine weiteren

Hinweise zu den detaillierten fachlichen Fragen geben, die Sie gerade mit Frau Dr. Priesemann und Herrn Professor Streeck diskutiert haben. Erlauben Sie mir aber hier und da durchaus einen Kommentar zum bisher Gehörten. Auf die Ihnen schriftlich übersandte Stellungnahme der VolkswagenStiftung werde ich nur noch kursorisch eingehen.

Lassen Sie mich an den Anfang stellen: Wenn wir auf die wissenschaftlichen Einrichtungen in Niedersachsen, aber auch in Deutschland insgesamt schauen, dann kann man sagen, dass hier eine großartige Leistung erbracht wird, um das Wissen, das in diesen Einrichtungen vorhanden ist, beständig auszubauen, gleichzeitig zu übersetzen und zur Verfügung zu stellen. Wenn wir auf die Universitätskliniken schauen, dann stellen wir fest, dass dort in der Krankenversorgung eine Herkulesaufgabe gemeistert wird, die große Anerkennung und unser aller Respekt verdient.

Ich möchte in den folgenden Minuten auf die Leitfragen eingehen, die Sie vorab für die heutige Ausschusssitzung - und wir haben einen weiteren Termin am 8. Februar - artikuliert haben.

Die erste Frage lautet, wie die Pandemiebekämpfung auf deutscher und auf europäischer Ebene in den Forschungseinrichtungen verlaufe. Dazu eine allgemeine Bemerkung:

Die OECD gibt in diesen Tagen den aktuellen *Science Technology and Innovation Outlook* heraus, der im Internet zwar schon verfügbar ist, aber im Printprodukt gerade erst fertiggestellt wird. Eine der zentralen Aussagen dort lautet, dass sich die Forschung im vergangenen Jahr enorm beschleunigt hat, dass die Forschungsausgaben enorm und deutlich gestiegen sind. Wodurch ist das bedingt? - Fast ausschließlicher Treiber ist die Forschung zu COVID-19, zu der Pandemie. Wir sehen also, dass die öffentlichen Forschungsförderer unmittelbar reagiert haben. Wir sehen auch, dass die Kräfte in der Wissenschaft mobilisiert wurden, um diese Thematik zu adressieren. Das gilt sowohl für Deutschland als auch für die europäische Ebene.

Wenn wir die deutsche nationale Ebene betrachten, so stellen wir fest, dass im vergangenen Jahr beispielsweise aus dem Bundesministerium für Bildung und Forschung heraus das „Netzwerk Universitätsmedizin“ gegründet wurde, unterstützt mit ungefähr 150 Millionen Euro, um die Arbeiten

an den Unikliniken in ganz Deutschland zu koordinieren und fachlich in Einklang zu bringen, so dass nicht in Konkurrenz, sondern in Aufgabenteilung und mit gebündelter Kraft gearbeitet wird.

Wir stellen gleichzeitig eine enorme Kraftanstrengung in der Impfstoffentwicklung fest, gefördert aus dem Bundeshaushalt mit 750 Millionen Euro. Hier wurden und werden substanzielle Beträge zur Verfügung gestellt. Das liegt im Trend aller Industriestaaten. Hier kommt die besondere Forschungsstärke Deutschlands zum Tragen.

Auf der Ebene der Wissenschaftseinrichtungen sehen wir, dass die öffentlich geförderten Wissenschaftseinrichtungen und Forschungsförderer, also die Deutsche Forschungsgemeinschaft und die großen außeruniversitären Forschungseinrichtungen, ebenfalls ad hoc reagiert haben. Es gibt Sonderprogramme der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Es gibt konzertierte Stellungnahmen der außeruniversitären Forschungseinrichtungen, also der Max-Planck-Gesellschaft, der Fraunhofer-Gesellschaft, der Helmholtz-Gemeinschaft, der Leibniz-Gemeinschaft. Eine wichtige Rolle spielt die Leopoldina, die mit ihren Ad-hoc-Stellungnahmen ihrer Rolle als Nationale Akademie der Wissenschaften mehr als gerecht wird.

Erlauben Sie mir einen Kommentar zu dem eben Gehörten: Sie stehen natürlich vor der schwierigen Herausforderung, dass Sie Forschungsaussagen aus der Epidemiologie und aus der Simulationsforschung, wie Sie sie von Frau Priesemann gehört haben, mit Aussagen aus der Virologie zusammenbringen müssen, also aus der Fachwissenschaft, die sich mit Viren und ihrer Entstehung und Verbreitung beschäftigt; das ist das, was Sie von Herrn Professor Streeck gehört haben.

Richtig ist, dass es immer wünschenswert ist, zunehmend mehr Studien zu haben. Wünschenswert ist es auch, dass die beiden Disziplinen und viele weitere mehr - ich komme später darauf - miteinander in einen Dialog kommen. Kann es gelingen, dass dies ministeriell perfekt orchestriert wird? - Ich bin skeptisch und sehe hier bei aller Interessengebundenheit der Forschung, die Herr Professor Streeck ansprach - jeder konkurriert um Forschungsgelder, jeder möchte gute Publikationen haben -, eine Selbstverantwortung der Wissenschaft, der die Wissenschaft gerecht werden muss, sich in den Dialog zu bringen. Dabei spielen - ich habe es eben schon gesagt - die Wis-

senschaftsakademien, insbesondere die Leopoldina, eine herausragende Rolle. Ich würde die Koordination der Forschung zumindest auf der fachlichen Seite ein gutes Stück innerhalb der Wissenschaft positionieren und nicht direkt zu einer ministeriellen Aufgabe machen. Das überfordert die Ministerialbürokratie und wird der fachlichen Herausforderung nicht gerecht.

In Ihrer ersten Frage geht es auch darum, was in Deutschland fehlt. Ich habe es gerade angedeutet: eine Übersetzungsleistung zwischen den Disziplinen und eine Abwägung der Möglichkeiten. Das Dilemma, in dem Sie stehen, ist, dass es zwar wünschenswert ist, zunehmend Studien zu haben, die die Effekte bestimmter Maßnahmen belegen, dass Sie aber bedauerlicherweise *jetzt* entscheiden müssen. Auch auf der Bundesebene muss *jetzt* entschieden werden. In diesem zeitlichen Dilemma hinreichende Hilfe zu bekommen, dazu bedarf es als Erstes einer Übersetzung zwischen den Disziplinen, und die muss die Wissenschaft leisten.

Was brauchen wir darüber hinaus? - Die bakterielle Infektionsforschung haben wir in den vergangenen Jahren in Deutschland aus guten Gründen sehr stark gefördert. Die Stichworte lauteten „Antibiotikaresistenz“ und insbesondere „Multiresistenz“, die in Kliniken zu finden sind und die Gefahr einer Sepsis als schwerer Krankheit erhöhen. Hier haben wir die Fördermittel massiv erhöht und stellen nun fest, dass wir dabei die virale Infektionsforschung ein Stück weit vernachlässigt haben. Der „schwarze Schwan“ war plötzlich da, und wir haben bis dahin nur auf die „weißen Schwäne“ geschaut. Das heißt im Umkehrschluss: Wir müssen die virale Infektionsforschung stärken, wir müssen die Therapeutikaentwicklung weiter stärken - wir waren sehr erfolgreich bei der Impfstoffentwicklung, die Therapeutikaentwicklung bleibt eine Herausforderung -, und wir müssen eine Brücke in die Industrie hinein bauen, um dann auch, wie wir es jetzt bei den Vakzinen sehen, in die Produktion zu kommen.

In Ihrer zweiten Frage wollen Sie wissen, wie es um die Pandemiebekämpfung in Niedersachsen und die Forschungseinrichtungen, die hier arbeiten, steht. Ich denke, Herr Professor Schüth und Herr Professor Wienands werden dazu in ihren folgenden Stellungnahmen sehr detailliert Auskunft geben können. Deswegen will ich nur ein

kurzes Schlaglicht auf das werfen, was die VolkswagenStiftung getan hat.

Unsere Leitschnur lautete: Als eine der größten wissenschaftsfördernden Stiftungen in Deutschland können wir gleichwohl nicht mit den öffentlich geförderten Forschungseinrichtungen und Forschungsfördereinrichtungen konkurrieren. Die Beträge, die im öffentlichen Bereich zur Verfügung gestellt werden, übersteigen um ein Vielfaches die finanziellen Möglichkeiten der Stiftung. Wir haben also versucht, zwei Stärken der Stiftung auszuspielen, nämlich erstens Schnelligkeit und zweitens Risikofreudigkeit.

Zum Stichwort „Schnelligkeit“: Wir haben im vergangenen Jahr - das finden Sie detailliert in der schriftlichen Stellungnahme - eine Ausschreibung gemacht, ein Förderangebot unterbreitet, bei dem wir nicht so sehr die biomedizinische Perspektive der Pandemie in den Mittelpunkt gestellt, sondern eher gefragt haben, welche Grundannahmen in der Forschung, und zwar nicht nur in der Biomedizin, sondern auch in anderen Disziplinen, durch die Pandemie infrage gestellt werden, mehr noch, welche Grundannahmen gesellschaftlichen Zusammenlebens neu überdacht werden müssen.

Wir sind überrannt worden vom Interesse an dieser Ausschreibung und haben 1 100 Vorschläge bekommen. Noch im vergangenen Jahr haben wir rund 100 Projekte zur Förderung ausgewählt. Eine kurze schematische Übersicht, welche Fächer und Fragestellungen adressiert werden, finden Sie in der schriftlichen Stellungnahme.

Wir haben ad hoc die niedersächsischen Hochschulen darin unterstützt, in der digitalen Lehre voranzukommen und hier die Kräfte zu bündeln. Ende dieses Monats werden Sie von dem neuen Verbund „Hochschule.digital Niedersachsen“ lesen können, mit dem es gelingt, mit Mitteln der VolkswagenStiftung und zusätzlichen Mitteln des Landes die Digitalisierung in den Hochschulen - in der Lehre, in der Forschung und später auch in der Administration - zu bündeln.

Schließlich haben wir - ich habe eben die Herausforderungen bei der viralen Infektionsforschung benannt - eine neue Ausschreibung lanciert. Im Moment sind wir in der Begutachtung von 37 Anträgen zu viralen Zoonosen mit der klaren Aufgabe, die wir uns selber stellen, in diesem Forschungsfeld unkonventionelle Ansätze, Forschungsansätze an Hochschulen zu identifizie-

ren, um im Zusammenwirken mit Biotechnologie- und Pharmaunternehmen neue Forschungsrichtungen zu verfolgen, um auch in der Therapeutikaentwicklung weiterzukommen. „Schnelligkeit“ und „Risikofreudigkeit“ waren hier die Stichworte.

Wie stellt sich ein solches Handeln auch im internationalen Vergleich zu anderen Stiftungen dar? - Wir sehen in einigen anderen Ländern große private wissenschaftsfördernde Stiftungen, die mit einem deutlich höheren Förderbudget im Bereich Biomedizin unterwegs sind. In Großbritannien ist das der Wellcome Trust, der aus der Privatisierung eines Pharmaunternehmens entstanden ist, der inzwischen bis zu 1 Milliarde Euro pro Jahr ausschüttet und massiv in die virale Infektionsforschung investiert.

In Dänemark hat die Novo Nordisk Stiftung, die ebenfalls aus der Pharmaindustrie entstanden ist, insbesondere im Bereich der Testung wegweisend und schnell gehandelt.

Die VolkswagenStiftung hat mit dem Konzern gar nichts mehr zu tun, sondern ist aus der Privatisierung des Konzerns in den 60er-Jahren entstanden und hat die Förderung von Wissenschaft und Technik in Forschung und Lehre zum Ziel. Die VolkswagenStiftung ist eher in einem mittleren Segment, was unsere Förderung betrifft, aber gleichwohl durchaus schnell unterwegs.

Auf den dritten Frageblock Ihrer vier Leitfragen zur Pandemiebekämpfung in der Zukunft werden Sie die Fachantworten sicherlich - nach dem, was Herr Professor Streeck schon zu den Forschungsbedarfen ausgeführt hat - unter anderem noch von Herrn Professor Wienands und Herrn Professor Baumann hören.

Darüber hinaus müssen wir zwei Dinge tun. Die nächste Krise, die nächste große gesellschaftliche Herausforderung kann sicherlich wieder im Bereich der Biomedizin und einer Pandemie liegen. Aber die „schwarzen Schwäne“ mögen auch anders entstehen. Ich nenne nur das Stichwort „Cyber Security“ und die Verletzlichkeit großer Infrastrukturen in Deutschland, was dieses Thema betrifft. Ich nenne die Gefahr des Terrorismus. Das heißt, wir können nicht exakt sagen, was die nächste große krisenhafte Herausforderung sein wird.

Dazu zwei Antworten. Die erste lautet: Wir müssen die Hochschulen in die Lage versetzen, zur

Resilienz gegenüber Krisen beitragen zu können. Die große Sorge, die sich in Niedersachsen längst artikuliert hat, sich in Deutschland zu artikulieren beginnt und international bereits besteht, lautet: Bei aller Forschungsförderung zu Corona werden wir in der Post-Corona-Zeit die hohen öffentlichen Ausgaben an irgendeiner Stelle wieder einsparen müssen. Wenn dies zulasten der Forschung an den Hochschulen geht, dann graben wir uns selbst das Wasser ab, weil wir dann den Resilienzraum, den wir in der Wissenschaft haben, für die Vielfalt möglicher Herausforderungen beschränken und damit nicht mehr krisenresistent sein werden. Mit anderen Worten: In der Post-Corona-Zeit darf und kann dies, bei aller Notwendigkeit der Haushaltskonsolidierung, nicht zulasten der Hochschulen gehen.

Die zweite Antwort: Wir sehen gleichzeitig, dass die Wirtschaft enorm unter dieser Krise leidet. Wir müssen uns fragen, gerade auch in Niedersachsen, bei allen strukturellen Herausforderungen mit den großen Industrien im Land, aber auch bei den großen ökologisch-ökonomischen Herausforderung in der Fläche, in der Landwirtschaft und den Herausforderungen im Bereich der Küsten: Wie können wir mit einer vorbeugenden und gezielten Forschungs- und Innovationspolitik das Land auch künftig krisenfähig machen?

Ein letzter Punkt: Ich vermute, dass Regionalbeschöfin Dr. Bahr auf die sozialen Implikationen der Krise hinweisen wird. Auch hier brauchen wir erstens Forschung und zweitens soziale Innovationen, um mit den Krisenfolgen umgehen zu können.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Ich bohre an dem Punkt der Koordination der nationalen Forschungsanstrengungen noch einmal nach, die Herr Professor Streeck im Bundesministerium verortet haben wollte, während Sie das - sicherlich aus eigener Erfahrung heraus - eher kritisch sehen. Ich habe wahrgenommen, wie viele andere auch, dass die Leopoldina mit den Ad-hoc-Stellungnahmen in der Tat wesentliche Impulse gegeben hat, um zur Bewältigung der Pandemie beizutragen. Können Sie uns noch etwas detaillierter schildern, wie das in der Leopoldina funktioniert? Und wenn man sich dazu entschließt, eine Koordination eher dort zu verorten, könnte das vielleicht in irgendeiner Weise mehr gefördert oder gestärkt werden?

**Dr. Georg Schütte:** Die Leopoldina ist traditionell eine Wissenschaftsakademie, die mit ihrer Mitgliedschaft Forschungsleistungen und wissenschaftliche Leistungen honoriert. Hier kommen renommierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zusammen. Seitdem die Leopoldina auch Nationale Akademie der Wissenschaften ist, haben sich die bisherigen Präsidenten darum bemüht, sie stärker zu einer Arbeitsakademie zu machen, stärker Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die noch voll in ihren Disziplinen stehen, in die Arbeit der Akademie einzubeziehen. Das ist aktuell noch einmal forciert geschehen. Die Leopoldina hat ungeachtet von Mitgliedschaften in den vergangenen Wochen und Monaten Personen in die Beratungen hineingeholt, die ein möglichst breites Spektrum an Disziplinen vertreten. - Das als kurzer Einblick in die Arbeit, als grobe Beschreibung.

Zur Frage der Koordination: Wir sehen, dass jeweils die einzelnen Wissenschaftsorganisationen in ihrer Ausrichtung der Forschung und der Ausrichtung der Forschungsförderung in der Deutschen Forschungsgemeinschaft - auch das BMBF ist eine Forschungsfördereinrichtung - bisher nach der eigenen Rationalität, nach den eigenen Zeitplänen, nach den eigenen Zielstellungen die Förderprogramme erweitert und neu ausgeschrieben haben. Ich kann mir durchaus vorstellen, dass hier - auch um dem Petitum von Herrn Professor Streeck gerecht zu werden - eine stärkere Koordinierung notwendig wäre. Das wäre eine zusätzliche Fragestellung für die Leopoldina.

Die bisherige lautet: Was muss aktuell getan werden? Wenn man dies ergänzen würde um die Fragestellung, wie wir Forschungsarbeiten koordinieren müssen, wenn wir eine Mittel- bis Langfristplanung haben wollen, zu welchen Fragen und dazu, wer was bis wann macht, dann wäre das ein zusätzlicher Auftrag. Ich befürchte, dass die Leopoldina mit ihren bisherigen Möglichkeiten, auch den bisherigen finanziellen Möglichkeiten, irgendwann an die Grenze des Handelns kommt. Es wäre ein Appell an das BMBF, die Bedingungen dafür zu schaffen, die Leopoldina weiter handlungsfähig zu halten.

Wer müsste dort hinzukommen? - Das Robert Koch-Institut als Ressortforschungseinrichtung des Gesundheitsministeriums hat sicherlich nicht nur die Aufgabe, die täglichen Warnhinweise zu geben, sondern es ist auch eine Forschungsein-

richtung mit einer klaren ressortbezogenen Fragestellung. Auch das Robert Koch-Institut müsste also hinzugezogen werden.

**Prof. Dr. Gunnar Duttge** (wissenschaftliche Begleitung): Herr Dr. Schütte, Sie waren im Sinne der klassischen Forschungsförderung im Bereich der Erkenntnisgewinnung unterwegs. Das heißt, es werden Mittel eingesetzt, damit entsprechende Forschungsprojekte lanciert werden, um in unserem Kontext jetzt über die medizinisch-biologischen Fragestellungen von COVID-19 weitergehende Erkenntnisse zu gewinnen.

Nicht weniger wichtig erscheint mir allerdings die Frage, ob es vielleicht auch Forschungsförderbedarf oder überhaupt konzeptionellen Bedarf geben könnte, diese Erkenntnisgewinne möglichst zeitnah, effektiv und praktisch operationabel den politisch verantwortlichen Institutionen zugänglich zu machen; denn niemand ist in der Lage, im Wochentakt die entsprechenden Journals auszuwerten, ganz abgesehen von der fehlenden Expertise.

Gibt es nach Ihrem Kenntnisstand Initiativen, dieses Feld der, wenn man so will, Rückkommunikation entsprechender Erkenntnisse in den allgemeinen gesellschaftspolitischen Bereich und speziell im Hinblick auf politische Verantwortungsträger und Institutionen, diese Art von Rückkopplung zu verstärken, zu fördern? Gibt es allgemein entsprechende Initiativen oder beispielsweise auch Initiativen der VolkswagenStiftung?

**Dr. Georg Schütte:** Auf der allgemeinen Ebene haben wir gesehen, wie einerseits die Allianz der großen Wissenschaftsorganisationen, ein informeller Zusammenschluss aller großen Forschungsorganisationen und Wissenschaftsförderer, erstmals seit Langem mit gemeinsamen Stellungnahmen versucht hat, die jeweiligen Forschungsstände publik zu machen und daraus Empfehlungen für das Handeln der Akademie bzw. der Akademien abzuleiten.

Das, was ich eben geschildert habe, vollzieht sich auf einer ähnlichen Ebene. Das ist die Übersetzungsleistung, die momentan in der organisierten Wissenschaft erbracht wird. Hier läuft der Prozess ab, den Frau Priesemann schon angedeutet hat. Man publiziert Forschungsergebnisse, die in unterschiedlichster Form qualitätsgesichert werden und dann über solche Abstimmungs- und Veröf-

fentlichungsmechanismen in die politische Debatte einfließen.

Wie kann man solche Prozesse gleichwohl beschleunigen? - Ich hatte eben geschildert, dass wir rund 100 Forschungsprojekte zu gesellschaftlichen Auswirkungen der Krise und kleine explorative Forschungsprojekte zu den Bereichen Biomedizin, Biomedizintechnik ausgewählt haben. Diese fördern wir zunächst für ein Jahr. Alle Geförderten wurden gebeten, im Herbst dieses Jahres erste Zwischenberichte zu publizieren, sodass wir die Ergebnisse selber aus einer Quersicht, unter Umständen unterstützt von einigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, möglichst schnell in die weitere Debatte einbringen können.

stellv. Vorsitzende Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Im Moment gibt es keine weiteren Fragen an Sie. Ganz herzlichen Dank für Ihre Zeit und für die präzisen Darstellungen!

#### **Prof. Dr. Ferdi Schüth**

Vorsitzender der Wissenschaftlichen Kommission Niedersachsen  
Direktor des Max-Planck-Instituts für Kohlenforschung, Mühlheim/Ruhr

#### *Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 9*

**Prof. Dr. Ferdi Schüth:** Ich bin Chemiker und kann ähnlich wie Herr Schütte nichts oder wenig zu den sehr spezifischen Fragen beitragen, auf die Frau Priesemann und Herr Streeck eingegangen sind, sondern nehme eher zu übergreifenden, zu strukturellen Themen Stellung und orientiere mich dabei wie Herr Schütte an den Leitfragen, die Sie im Vorfeld gestellt haben. Ich werde mich auf die Leitfragen 2, 3 und teilweise 4 konzentrieren; denn hier nehmen Berufenere teil, die mehr zur internationalen Einbettung etc. sagen können.

Zur aktuellen Forschungssituation in Niedersachsen zur COVID-19-Pandemie: Ich hatte Ihnen meine Stellungnahme in schriftlicher Form im Vorfeld zukommen lassen. Diese werde ich nicht wiederholen, sondern mich auf ein paar Themen fokussieren, die mir wichtig erscheinen, und das Ganze zusammenfassen, damit wir im Zeitrahmen bleiben.

Grundsätzlich stimme ich Herrn Schütte in der Einschätzung zu, dass die Universitäten, die Landesregierung, alle Forscherinnen und Forscher sowohl in Niedersachsen als auch deutschlandweit grundsätzlich sehr gut und schnell auf die Herausforderungen durch die COVID-Krise reagiert haben. Wenn ich mir die Forschungsförderung als strukturelle Randbedingung ansehe, dann stelle ich fest: Das Land Niedersachsen hat sehr schnell erhebliche Forschungsmittel bereitgestellt, genau wie es die VolkswagenStiftung mit ihrer Flexibilität vielleicht noch rascher und in einem mit weniger Randbedingungen versehenen Umfang getan hat. Insgesamt sind zwischen 25 und 30 Millionen Euro spezifisch aktiviert worden. Dazu kommen die umgewidmeten Mittel, die in den Forschungsorganisationen und Universitäten verfügbar waren, die dann auf die Herausforderungen durch die COVID-Krise gerichtet worden sind.

Um es ein bisschen spezifischer zu sagen: Im Frühjahr standen 16,2 Millionen Euro für eine ganze Reihe von Projekten zur Verfügung, die sich ganz speziell auf das SARS-Virus gerichtet haben, 2,9 Millionen Euro für die Sammlung von Daten zum Infektionsgeschehen an Schulen, und es wurde das Forschungsnetzwerk COFONI gegründet, zu dem ich gleich noch einige Worte sage.

Wie gesagt, dazu haben Universitäten und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen eine Vielzahl weiterer Projekte initiiert. Die Landeshochschulkonferenz hat das abgefragt. Es gab insgesamt fast 400 Rückmeldungen zu Projekten, die mit dem Coronavirus zu tun hatten, 285 an Hochschulen, 99 an außeruniversitären Einrichtungen. Da ist noch nicht einmal alles einbezogen, weil nicht alle Institutionen eine Rückmeldung gegeben haben.

Herr Duttge hat gerade gefragt, warum wir bei so vielen Projekten und so viel Förderung immer noch so wenig über die Wirkung der Schutzmaßnahmen wissen. Ich glaube, da muss man differenzieren. Wir hatten Projekte zu den technischen Schutzmaßnahmen, zu technischen Vorrichtungen. Da wissen wir schon relativ gut Bescheid. Wir wissen, die Masken wirken. Wir wissen, wie sich Viren in Räumen ausbreiten. In Projekten zwischen dem DLR und dem Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation ist das analy-

siert worden. Es gibt also einen bestimmten Wissensstand, auf den wir zurückgreifen können.

Interventionsmaßnahmen auf der gesellschaftlichen Ebene zu beurteilen ist natürlich viel schwieriger. Ich will es ganz kurz erläutern. Das können Sie eigentlich nur dann vernünftig analysieren, wenn Sie auch eine gewisse Zahl von Fällen haben. Wenn Sie nur hier und da jeweils einen einzelnen Fall haben, dann können Sie aus einer statistischen Analyse nicht herauslesen, wie Interventionsmaßnahmen wirken. Wenn Sie aber genügend Fälle haben, dann sind Sie im Krisenmodus. Dann müssen Sie Maßnahmen beschließen, und wenn die Maßnahmen nicht sehr schnell wirken, müssen Sie sie verschärfen. Das heißt, Sie haben eigentlich nie ein vernünftiges Setting, in dem Sie einzelne Maßnahmen quasi wie im Labor analysieren können. Denn bevor die eine Maßnahme ihre Wirkung voll entfaltet hat, wird möglicherweise schon die nächste implementiert oder eine Maßnahme wieder aufgehoben und durch eine andere ersetzt. Das macht es extrem schwierig, gesellschaftliche Interventionen zu beurteilen. Es ist sicherlich eine Herausforderung für die Forschung, auch im Nachgang dieser Krise, hier bessere Techniken zu entwickeln.

Weiter zu den bisher im Land geförderten Projekten: Es ist nicht so, dass diese nur spezifisch auf Infektiologie gerichtet sind, auf biologische Fragen, sondern die thematische Vielfalt dessen, was getan worden ist, ist wirklich beeindruckend. Es geht zum Beispiel um die kardiovaskulären Komplikationen bei COVID-19-Patienten, also Sekundäreffekte. Es geht um eine Biobank zur Erforschung der Biomarker für die Analyse und den Vorschlag von Behandlungsstrategien bei COVID-19. Es geht um humane Antikörper und Plasmaprodukte gegen COVID-19, aber auch um gesellschaftliche Themen wie die Folgen sozialer Einschränkungen auf die gesundheitliche Lebensqualität älterer Menschen oder eine Befragungsstudie, wie Jugendliche die COVID-19-Pandemie erleben, also wirklich ein ganz breites Spektrum. Die Ergebnisse liegen teilweise vor, teilweise noch nicht, weil die Dinge mitunter verhältnismäßig lange dauern.

Es sind auch übergreifende Verbünde vernetzt worden. Das landesfinanzierte COFONI-Netzwerk aus der Universitätsmedizin Göttingen, der MHH, dem Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung und der Tierärztlichen Hochschule Hannover be-

schäftigt sich mit übergreifenden Methodenplattformen, übergreifenden Tiermodellen und stellt Daten und Biobanken zur Verfügung. Da gibt es durchaus koordinierte Anstrengungen.

Was fehlt? - Herr Streeck hat bereits darauf hingewiesen. An manchen Stellen hätte man sich eine stärkere Koordination, Zusammenführung parallel laufender Forschungsprojekte gewünscht, nicht nur auf Landesebene, sondern darüber hinaus auch auf Bundesebene. Das hat innerhalb der außeruniversitären Forschung meiner Einschätzung nach verhältnismäßig gut funktioniert, weil es stärker zentralisiert möglich ist. Da gibt es die jeweiligen Zentralen. Damit ist eine Absprache unter den Leitungsgremien relativ schnell möglich. Das ist bei der Vielfalt der universitären Strukturen sicherlich schwieriger, obwohl auch da so etwas stattgefunden hat. Man muss aber im Hinterkopf behalten: In dieser Pandemie standen die Universitäten vor der Herausforderung, die Lehre von einem auf den anderen Tag auf andere Konzepte umzustellen. Das Dach brannte an allen Stellen. Da macht man nicht alles richtig. Das würde ich auch niemandem vorwerfen.

Ich glaube schon, dass man in der Krisensituation eine gewisse Koordinierung braucht. Ich glaube aber nicht, dass solche Koordinierungsmaßnahmen auch jenseits der Krise sehr sinnvoll sind. Im Normalbetrieb braucht Forschung Freiräume. Wir brauchen die Breite. Nur durch die Breite der Ansätze war es in der Pandemie möglich, an so vielen Stellen so schnell zu reagieren. Koordinierung sorgt oft für eine gewisse stromlinienförmige Ausrichtung. Im Normalbetrieb brauchen wir die Breite. Ich glaube aber, wir müssen Strukturen und Mechanismen vorhalten, um verhältnismäßig schnell eine Koordinierung zu ermöglichen. Man könnte bereits Netzwerke aufsetzen, sie dann quasi in einen Ruhezustand, in den Stand-by-Betrieb versetzen und nur gelegentlich, wie bei einer Übung, wieder aufrufen. Normalerweise allerdings sollte man der Forschung die Freiheit lassen.

Wie ist es Niedersachsen gelungen, in verhältnismäßig kurzer Zeit so viele Aktivitäten ins Leben zu rufen? - Gerade die niedersächsische Forschung war gut vorbereitet. Wenn Sie schauen, wer prominent zu Fragen über COVID-19 Stellung nimmt, dann merken Sie, dass ein deutlich überdurchschnittlicher Teil der Forscherinnen und Forscher aus Niedersachsen kommt. Das

liegt daran, dass wesentliche Bereiche in Niedersachsen sehr gut etabliert waren, zum einen aufgrund der Breite der Forschung, zum anderen aufgrund der Schwerpunktsetzung, die das Land in der Vergangenheit vorgenommen hat.

Es war sicherlich eine Mischung aus Weisheit und Glück - so bezeichne ich es mal - verantwortlich dafür, dass das Land das Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung hat, das in Kooperation mit den Universitäten auf dieses Thema gerichtet ist. Vor zehn Jahren hätte niemand gesagt, dies sei unbedingt nötig, weil wir es 2020 mit COVID zu tun bekommen. Aber grundsätzlich hat das Land die Notwendigkeit erkannt und dort etwas getan. Die Infektionsforschung war in Niedersachsen also sehr gut aufgestellt. Das hat 2011 auch die Wissenschaftliche Kommission Niedersachsen in einer Analyse für die Norddeutsche Wissenschaftsministerkonferenz herausgearbeitet. Damals ist die biologische, biomedizinische Forschung angeschaut und Niedersachsen gerade in dieser Frage als hervorragend aufgestellt identifiziert worden.

Grundsätzlich war ein großes Potenzial vorhanden. Man muss einfach sagen: Wenn dieses Potenzial nicht da ist, kann man auf eine solche Krise nicht angemessen reagieren. Man kann nicht mit Grundlagenforschung beginnen, wenn es brennt. Darauf muss man vorbereitet sein.

Man muss nicht unbedingt auf die ganz spezifische Fragestellung vorbereitet sein. Die Kolleginnen und Kollegen in Niedersachsen haben es geschafft, in Tagen und Wochen ihre Forschungsrichtung zu verändern und auf das Virus auszurichten, wenn sie bereits grundsätzlich relevante Forschung auf diesem Themengebiet durchgeführt hatten. Die Investitionen in der Vergangenheit haben sich an dieser Stelle also ausgezahlt. Es war eine Mischung aus Planung und glücklicher Fügung, dass Niedersachsen in dieser Frage besonders gut aufgestellt war.

Wie muss sich Niedersachsen nun für zukünftige Pandemien aufstellen? - Zum einen müssen wir sicherlich damit rechnen, dass es wiederum Pandemien geben wird. Ein Land, das jetzt schon stark in der Infektionsforschung aufgestellt ist, sollte diesen Bereich erhalten und ausbauen. Zum anderen möchte ich noch einmal ganz klar das bekräftigen, was Herr Schütte eben genannt hat: Eine Krise kann auch auf ganz anderen Ge-

bieten kommen. Jede Gesellschaft ist gut beraten, sich in der Forschung nicht zu fokussiert aufgrund der tagesaktuellen Notwendigkeiten aufzustellen, sondern die Breite ist wichtig, um schnell reagieren zu können.

Wenn wir uns das Gebiet der Infektionsforschung genau anschauen, müssen wir auch sagen: Wir wissen nicht, ob der nächste wirklich gefährliche Erreger ein Virus oder gar ein Coronavirus ist. Es können auch andere Bedrohungen auf uns zukommen. Derzeit haben wir die Bedrohung durch das Coronavirus. Eine andere Herausforderung können durchaus bakterielle Infektionen oder Ähnliches sein. Wenn wir uns zu stark fokussieren, dann wird es schwierig sein, solchen Herausforderungen zu begegnen. Ganz entscheidend ist es, die Forschungsbasis breit zu halten und nicht zu schmal anzulegen und zu sagen: Weil jetzt Coronaviren das beherrschende Thema sind, wird es auch in den nächsten zehn Jahren so sein. - Die Infektionsforschung ist eine große Stärke. Sie soll weiter ausgebaut und sicherlich erhalten werden, aber nicht fokussiert nur auf einen Erregertyp, sondern in genügender Breite.

Die Breite ist nicht nur in der Infektionsforschung zu sehen, sondern Forschung in der Breite ist ganz allgemein ein großes Asset. Eine meiner Vorrednerinnen, Frau Priesemann, ist Physikerin. Sie hat sich vorher auch mit der Ausbreitung von Krankheiten beschäftigt, aber das war nicht ihr Hauptforschungsgebiet. Sie hat sich grundsätzlich mit solchen Modellen, die man jetzt auf das Coronavirus anwenden kann, beschäftigt und konnte innerhalb kürzester Zeit aus einem ganz anderen Bereich ihre Erfahrungen auf das übertragen, was jetzt relevant ist. Gute Forschung, breit aufgestellt, wird immer in der Lage sein, gut zu reagieren.

Es geht nicht nur darum, die Forschung in den Lebenswissenschaften zu stärken, sondern Public Health ist wichtig. Wirtschafts-, Sozial- und Geisteswissenschaften sind wichtig, um die Folgen zu beherrschen.

Im Nachgang der Corona-Pandemie sollte meiner Einschätzung nach analysiert werden, welche Daten man eigentlich braucht, um für neue Herausforderungen in ähnlichen, aber eben nicht gleichen Situationen die Ausbreitung von Erregern vorherzusagen, die Wirksamkeit von Gegenmaßnahmen zu beurteilen. Herr Streeck hat darauf

hingewiesen, es wäre ganz interessant zu wissen, welche Berufe die Infizierten haben. Das erheben wir derzeit nicht. Aber wenn wir das Gefühl haben, es könnte hilfreich sein, dann kann man Strukturen dafür aufbauen, um so etwas zu tun.

Es wird noch eine ganze Reihe solcher Fragen geben. Diese Daten müssten hinsichtlich ihrer Aussagekraft analysiert und dann auch Mechanismen etabliert werden, um sie zu erheben. Dafür braucht es eine Infrastruktur. Diese Infrastruktur brauchen wir dann vielleicht für zehn Jahre nicht. Der Appell an Sie ist: Wenn Sie eine solche Infrastruktur jetzt in der Krisensituation aufbauen, dann müssen Sie in zehn Jahren das Rückgrat haben, diese zu verteidigen. Mich hat es sehr geärgert, dass wir in der Anfangsphase der Pandemie sehr oft die Stimmen hatten: Wir haben zu wenig Masken, und die Schutzkleidung fehlt. - Im Nachhinein stimmt das natürlich. Meine Unterstellung ist, dass dieselben Menschen, die sich darüber beklagt haben, sich in einer Zeit ohne Pandemie darüber beklagt hätten, dass man teure Ausrüstungsgegenstände unnützerweise für 10, 20, 50 Jahre einlagert. Wenn man entscheidet: „Wir brauchen so etwas“, dann muss man das Rückgrat haben, es durchzuhalten, auch wenn die Krise aus dem kollektiven Bewusstsein schon wieder ein bisschen verdrängt ist.

Schließlich halte ich den Aufbau eines Strategieportfolios für wichtig. Wir haben in dieser Krise ad hoc reagiert, aber es gibt eine ganze Reihe innovativer Vorschläge - Frau Priesemann hat eben einige genannt -, wie man vielleicht mit solchen Infektionen umgehen könnte. Es gibt Vorschläge zu alternierenden Lockdown-Strategien. Es gab Vorschläge zum Pooltesten in Zeiten niedriger Testkapazitäten, um eine Voreinengung kritischer Gruppen vorzunehmen. Man könnte als Trockenübung untersuchen, welche Maßnahmen in Bezug auf Datenschutz oder Aufklärung von der Bevölkerung akzeptiert werden. An vielen Stellen sind wir durch bestimmte Begrenzungen, die wir vielfach sicher zu Recht haben, eingeschränkt. In einer Krisensituation mag es akzeptabel sein, bestimmte Einengungen aufzuheben. Das kann man tun, auch wenn die Krise nicht da ist. Das funktioniert dann sogar besonders gut, weil man nicht ständig Feuer austreten muss.

Was können Sie tun, um notwendige exzellente und breit aufgestellte Forschung in Niedersachsen zu erhalten? - Grundsätzlich ist Niedersach-

sen, wie gesagt, gut aufgestellt. Wenn Sie genauer hinschauen, stellen Sie fest, dass eine ganze Reihe der sehr prominenten Forscherinnen und Forscher auf dem Gebiet der Infektionsforschung aus außeruniversitären Forschungseinrichtungen kommt.

Das liegt an zwei Dingen: Zum einen hatte ich bereits darauf hingewiesen, dass die Universitäten das große Problem hatten, sehr schnell auf neue Lehrkonzepte umzustellen. Das wird nicht einfacher, wenn man dann auch noch in die Forschung einsteigen will. Zum anderen haben außeruniversitäre Forschungseinrichtungen einen höheren Anteil an flexiblen Mitteln, die sie für Forschung einsetzen und umwidmen können. Das Ministerium hat sehr schnell Mittel für die Universitäten bereitgestellt, aber wenn Universitäten eine Grundfinanzierung haben, die sie einsetzen und auch verschieben können, dann ist das als Krisenreaktionsmaßnahme sehr hilfreich. Das heißt, es ist wichtig, diesen Block zu erhalten, eine Grundfinanzierung, die nicht projektgebunden ist, um in Niedersachsen weiterhin eine breit aufgestellte Forschungslandschaft zu fördern und zu bewahren.

Die Universitäten sind von der globalen Minderausgabe genauso betroffen wie alle anderen Bereiche. Die Universitäten und die Forschung haben gezeigt, dass sie in einer Krise ganz besonders wichtig sind. Andere Bundesländer haben keine globale Minderausgabe für die Wissenschaft beschlossen oder die Wissenschaft in diesen Bereichen ausgenommen und fördern sie zusätzlich. Die Wissenschaft muss Freiräume haben, um sich breit aufzustellen. Die Bedeutung einer breit aufgestellten Wissenschaft haben wir in der Corona-Krise gesehen.

Die Qualität muss gut sein, aber dafür hat Niedersachsen gut implementierte Mechanismen. Das, was wir aus der Forschung und Wissenschaft sehen, zeigt uns, dass die Qualität vorhanden ist. Die Wissenschaftliche Kommission betrachtet die Forschungseinrichtungen in Niedersachsen, evaluiert mit externen Fachmännern und -frauen die Forschungsleistungen. Das werden wir auch weiterhin tun. Auf die Qualität der Forschung in Niedersachsen kann sich das Parlament verlassen.

Dabei möchte ich es bewenden lassen. Niedersachsen ist grundsätzlich hervorragend für die Infektionsforschung aufgestellt, konnte deswegen in

dieser Pandemie eine wesentliche Rolle spielen und hat sehr schnell reagiert. Ich möchte Sie ermutigen, diesen Weg fortzusetzen, dabei aber darauf zu achten, eine möglichst breit aufgestellte Landschaft vorzuhalten; denn wir wissen nicht, wo uns die nächste Herausforderung treffen wird.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Ich danke Ihnen für Ihre mahnenden Worte mit Blick auf die Gesamtsituation.

Abg. **Helge Limburg** (GRÜNE): Am Ende Ihrer schriftlichen Stellungnahme und auch gerade haben Sie auf die Frage der Grundfinanzierung Bezug genommen. Sie loben - ich finde, zu Recht - große Teile der Forschungslandschaft in Niedersachsen für die Arbeit in dieser Situation, haben aber schon Sorgen hinsichtlich der Grund- und der Projektfinanzierung. Betrifft das die Gegenwart oder die Zukunft? Sorgen Sie sich eher darum, dass da gekürzt werden könnte, oder sagen Sie, da ginge auch jetzt schon noch mehr? - Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage: Sie sprechen dann, wie auch schon Herr Professor Dr. Streeck, die Frage der nationalen Koordinierung an. Dabei geht es tatsächlich um eine Koordinierung und nicht um eine dirigistische Steuerung, oder? Es geht sozusagen darum, dass nicht parallel geforscht wird, ohne voneinander zu wissen, sondern dass zumindest jedem klar ist, was wer wo plant, um das ein bisschen aufeinander abstimmen zu können?

Prof. **Dr. Ferdi Schüth**: Die Frage nach der Höhe der Grundfinanzierung von Universitäten wird immer wieder gestellt und muss immer wieder neu austariert werden, weil jede Gesellschaft viele Herausforderungen hat. Mit Sorge sehen wir die globale Minderausgabe, die die Zukunftsfähigkeit des Systems beeinflusst. Es gibt Universitäten, bei denen der Projektanteil in der Forschung mittlerweile deutlich den Grundfinanzierungsanteil übersteigt. Das fokussiert Forschung. Das mag für eine Zeit manchmal tragbar sein, grundsätzlich ist aber eine breit aufgestellte Forschungslandschaft resilienter und reaktionsfähiger als eine auf sehr spezifische Themen fokussierte. Wie gesagt, das ist eine Frage, die jeweils austariert werden muss. Uns macht die Tendenz Sorgen. Die Wissenschaftliche Kommission setzt sich aus Experten zusammen, die alle nicht aus Niedersachsen kommen. Man könnte jetzt sagen, dass sie sich dann freuen, weil die Konkurrenz

aus Niedersachsen schlechter finanziert wird. Die zurückgehende Grundfinanzierung bereitet uns grundsätzlich Sorge.

Zur Koordinierung: Das Credo, das ich in jedem Fall vertrete, ist, dass Forschung im Normalfall große Freiräume braucht. Große Verbände sind an manchen Stellen sehr hilfreich und wichtig, sind aber oft auch schwerfällig und fokussieren sich typischerweise auf Mainstream. Forschung, die breit ist, innovativ ist, frei ist, braucht möglichst wenige Randbedingungen. In einer Krisensituation hilft es nicht, wenn jeder in seinem Gärtchen arbeitet und in vier Gärtchen Tulpen gezüchtet werden, obwohl man alle Pflanzen braucht. In einer Krisensituation braucht man auf jeden Fall eine Koordinierung, damit a) keine Doppelarbeit geleistet wird und b) vor allen Dingen Erkenntnisse zwischen unterschiedlichen Akteuren möglichst schnell ausgetauscht werden.

COFONI, das Netzwerk, das Sie etabliert haben, dient zum Beispiel dazu, eine Datenbasis zu erzeugen, gemeinsame Erkenntnisse zu teilen. Herr Streeck hat darauf hingewiesen, dass die epidemiologischen Studien alle nebeneinanderher liefern. Jeder hat seine oder ihre Daten erhoben. Aus der Gesamtschau hätte man möglicherweise viel mehr lernen können.

Über das richtige Ausmaß der Koordinierung kann man sicher lange trefflich streiten. Wenn das Dach wirklich brennt, dann braucht man sogar fast eine Art Dirigismus - für kurze Zeit in einer Notsituation. Im absoluten Normalbetrieb würde ich größtmögliche Freiräume lassen. In einem Zwischenzustand ist vielleicht eine Koordinierung, ein Informationsaustausch erforderlich. Es gilt, im Vorfeld Strukturen und Mechanismen zumindest zu implementieren und vorzuhalten; denn es kann sehr schwierig sind, so etwas ad hoc aus dem Boden zu stampfen. In einer Krisensituation - wir haben es im Frühjahr erlebt, als die Zahlen innerhalb von Wochen nach oben gingen - bekommt man sicherlich keinen optimalen Koordinierungsmechanismus aufgesetzt. Man muss sich vorher Gedanken machen, die Strukturen aufsetzen und sie gelegentlich mal im Normalbetrieb erproben, aber Freiräume geben.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Ganz herzlichen Dank, dass Sie sich als Vorsitzender der Wissenschaftlichen Kommission Niedersachsen mit dem Blick über Niedersachsen hinaus, wie Sie es be-

tont haben, die Zeit genommen haben. Es ist immer wichtig für die Arbeit nicht nur des Ausschusses, sondern derzeit für alle, die sich mit der Bewältigung der Krise beschäftigen, über die direkte Situation vor Ort hinauszuschauen.

### **Prof. Dr. Jürgen Wienands**

Universitätsmedizin Göttingen

Georg-August-Universität

Institut für Zelluläre und Molekulare Immunologie

#### *Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 10*

Prof. **Dr. Jürgen Wienands**: Herzlichen Dank, dass Sie mich heute eingeladen haben. Diese Einladung habe ich sehr gerne angenommen. Ich freue mich jetzt schon auf Ihre Fragen und die Diskussion.

Zur Einleitung sende ich einen herzlichen Gruß aus Göttingen. Herr Professor Streeck hat darauf hingewiesen, dass er als Göttinger nach Nordrhein-Westfalen gegangen ist und dort seine bekannten Heinsberg- und Gangelt-Studien veröffentlicht hat. Vielleicht ist es interessant, dass ich genau den umgekehrten Weg genommen habe. Ich bin Heinsberger; ich komme aus genau diesem Heinsberg, und meine Verwandten leben nach wie vor in Gangelt. Herr Professor Streeck, es mag sehr gut sein, dass Sie auch meine Verwandten befragt haben.

Ich habe mich schon schriftlich zu den einzelnen Punkten geäußert. Vielen Aspekten, die von meiner Vorrednerin und meinen Vorrednern bereits ganz hervorragend beleuchtet wurden, schließe ich mich in Gänze an. Es fällt mir fast schon schwer, die Aspekte davon herauszufiltern, die ich nicht auf meinem Spickzettel hatte. Auch mit Blick auf die Zeit werde ich mich daher auf zwei Aspekte fokussieren, die mir besonders am Herzen liegen.

Zum einen möchte ich mich als Immunologe zu den Impfplänen äußern, und als Sprecher des COFONI-Netzwerks möchte ich auch noch einmal die Zielsetzungen und die Struktur von COFONI zusammenfassen.

Als Einleitung zu meinen beiden Hauptaspekten noch einmal die Quintessenz aus den vorhergehenden Beiträgen, die ich, wie ich schon sagte, in allen Aspekten sehr ausführlich, sehr treffend

fand. Ich zitiere noch einmal Frau Priesemann und Herrn Streeck: Nach wie vor gibt es leider wenig belastbare Daten. Jedenfalls ist die Daten-decke noch zu dünn, um - das sage ich an Sie und an die Vertreter der Landesregierung -, davon abgeleitet, belastbare, politisch vertretbare und in alle Richtungen nicht anfechtbare Maßnahmen abzuleiten. Die Daten sind vorhanden, aber die Interpretation ist auch unter uns Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern teilweise noch divers. Wenn es zur Vorhersage, zur Vorbereitung auf die Zukunft, kommt, ist das letztlich mit dem Satz zu umschreiben: Wir müssen uns auf etwas vorbereiten, was wir noch nicht kennen.

Hierzu möchte ich auch noch einmal die Quintessenz betonen, die Herr Schüth ausgezeichnet formuliert hat, dass wir uns nicht auf dezidierte Fragestellungen fokussieren und konzentrieren können, weil die Zukunft schwer vorhersagbar ist. Ob die nächste Pandemie, die - das glaube auch ich ganz fest - kommen wird, durch ein Virus, gar ein abgeleitetes Coronavirus oder eine Virusmutante oder vielleicht durch MRSA, multiresistente Bakterienstämme, verursacht ist, können wir noch nicht wissen. Hinzu kommt, dass wir in keiner Weise vorhersagen können, wie sich Mutationen in Bakterien und in Viren, die dazu unterschiedlich in der Lage sind, einzustellen und welche Phänotypen sich daraus entwickeln, sprich: welche Krankheitsbilder durch die mögliche veränderte Infektiosität letztlich hervorgerufen werden.

Das sind noch einmal Aspekte, in Kürze zusammengefasst, inklusive der von Herrn Schütte sehr trefflich formulierten Resilienz der Hochschulen bezüglich der Krisenresistenz. Auch das ist etwas, was ich vollumfänglich unterstütze.

Damit kommt man zur politischen Verantwortung. Auch das ist schon angeklungen: Keiner von uns Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern beneidet Sie, das in der Öffentlichkeit zu vertreten. Unser Verständnis und unsere Zusicherung haben Sie.

Auch mit Blick auf die Zeitachse möchte ich nun zu meinem ersten leidenschaftlichen Statement, zu einer Botschaft kommen, indem ich gewissermaßen als Aufschlag sage: Das, was wir hier bezüglich Corona erleben, ist eine Welt ohne Impfung. Ein einzelnes Virus schafft es, diese Welt pandemisch auf allen Ebenen - biomedizinisch, sozio-ökonomisch und politisch - in Schach zu

halten. Dies gilt auch für politische Kontroversen, ohne gleich in Verschwörungstheorien abgleiten zu wollen. Aber wir sehen, was sich daraus entwickeln kann.

Dem hat man natürlich politisch Rechnung zu tragen. Hierzu lautet mein Statement: Die Historie hat gezeigt, dass Impfungen einen ganz wesentlichen und vielleicht den wesentlichsten Beitrag dazu leisten können, eine Pandemie oder eine Epidemie zumindest teilweise dahin gehend in Schach zu halten, dass - das ist letztlich der Hauptaspekt der Lockdown-Maßnahmen - die Gesundheitssysteme nicht überlastet bzw. nicht an die Grenze der Überlastung gebracht werden. Ich zitiere noch einmal meine Vorrednerin und meine Vorredner: Die Maßnahmen dieses Lockdowns werden es nicht schaffen, das Virus aus dieser Welt zu bringen. Ganz im Gegenteil ist das Virus bereits endemisch, und wir werden mit diesem Virus leben müssen. Inwieweit wir das können, wird maßgeblich von der Bereitschaft und von der Aufklärung zur Impfung abhängen.

Eine positive Nachricht ist, dass die vorhandenen Impfstoffe eine sehr hohe Effizienz zeigen, wenn gleich wir noch nicht mit letzter Sicherheit vorhersagen können, wie lange der Impfschutz anhält und wie sich der vorhandene Impfstoff gegenüber den noch zu erwartenden oder bereits bekannten Virusmutanten verhält. Aber dass es ein wirklich großer Erfolg war, in so kurzer Zeit einen Impfstoff zu produzieren, ist sicherlich etwas, was die Bundesrepublik auszeichnet. Ich würde mir wünschen, dass die amerikanischen Medien und unsere amerikanischen Kollegen den deutschen Beitrag öfter benennen würden.

Wie gesagt, ist noch nicht ganz klar, wie lange dieser Impfstoff vorhalten wird. Meine eigene, sehr vorsichtige Einschätzung ist - wie soll man es diplomatisch verklausulieren? -: Ich bin vielleicht noch nicht ganz überoptimistisch, was die Zeitachse angeht. Bei der Zeitachse reden wir jetzt vielleicht über Monate oder ein Jahr; denn das Virus kann sich verändern, es wird sich verändern.

Was bei Coronaviren - um es auf diese zu beschränken - hinzukommt, ist, dass wir aus immunologischer Sicht eigentlich fast noch gar nicht wissen, wie sich langlebige Immun Erinnerung, das immunologische Gedächtnis, molekular und zellulär aufbaut. Vor dem Hintergrund dieser Lü-

cke ist es schwer, Vorhersagen zu machen, so dass wir eventuell damit zu rechnen haben, dass wir die Bevölkerung in gewissen Abständen mit modifizierten Impfstoffen erneut impfen müssen.

Das Coronavirus - das mag noch einmal ein wichtiges wissenschaftliches Detail sein - hat aufgrund seiner Oberflächenstrukturen, aufgrund der Struktur der Oberflächenproteine, große Zuckeranteile, die im größten Teil von der Wirtszelle kommen und damit vom immunologischen System, von der immunologische Abwehr, nicht unbedingt als fremd erkannt werden.

Die Bedeutung der Impfung für den Erfolg ist hervorzuheben. Daher lautet mein Appell an Sie, dies in erheblich verstärktem Maße in der Bevölkerung zu kommunizieren.

Ich muss sagen, das, was auch in meinem eigenen Umfeld teilweise an Vorstellungen über die Impfstoffe, insbesondere auch über die mRNA-Impfstoffe, basierend auf dünner Datenlage, aber vor allen Dingen auf Falschmeldungen, kursiert, macht mich verständnislos. Es ist wirklich gruselig, was die Leute denken, was diese Impfstoffe bewirken oder nicht bewirken können.

Dass nicht jeder Impfstoff grundsätzlich funktioniert - hier funktioniert er zumindest zunächst einmal -, ist auch klar. Gute Beispiele sind die Malaria und auch HIV. Diese beiden Krankheiten können noch immer nicht durch gute Impfstoffe bekämpft werden. Es gibt viele weitere Beispiele. Dass es bei Corona möglich ist, ist ein großer Erfolg. Insoweit lautet meine Bitte an Sie noch einmal, dies in der Bevölkerung zu kommunizieren. Darüber, wie man das im Einzelnen macht, gibt es verschiedene Vorstellungen. Aber sicherlich werden die Immunologie, Virologie und Epidemiologie ihren Beitrag leisten, und die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen sind sicherlich sehr gern bereit, Sie zu unterstützen.

Nun noch kurz zur Struktur von COFONI, dem Corona-Forschungsnetz Niedersachsen, das Herr Schüth schon in weiten Teilen vorgestellt hat.

Für COFONI haben wir die schon erwähnte gute Situation in Niedersachsen nutzen und die Corona-Forschung sowohl konzertant als auch vernetzt und interdisziplinär aufstellen können. Dabei haben wir verschiedene Bereiche der Corona-Forschung um eine Technologieplattform subsumiert, d. h. es gibt epidemiologische Modellierung

gen und Vorhersagen als ein Projektteil. Auch geht es um die Entwicklung und den Aufbau antiviraler Strategien. Das reicht von den Wirkstoffen bis hin zu Impfstoffen. Die digitale Infektionsmedizin ist ein drittes Thema, und schließlich geht es um die Entschlüsselung der pathophysiologischen Mechanismen von SARS-CoV-2.

Dass es diese vier Sub-Bereiche gibt, spiegelt die Aufstellung hier in Niedersachsen wider. Alle vier Aspekte sind an den Standorten der Tierärztlichen Hochschule, der Medizinischen Hochschule, des HZI und last, but not least, hier in Göttingen besonders stark vertreten, sowohl universitär als auch in Kooperation mit dem DLR und den hier in Göttingen ansässigen Max-Planck-Instituten. Frau Priesemann und Herr Schüth haben schon auf die Beteiligung der Max-Planck-Gesellschaft hingewiesen.

Dass wir dieses Netzwerk zu den Schlüsselthemen etablieren konnten, ist ein niedersächsisches Alleinstellungsmerkmal, auf das wir stolz sein können und das letztlich auch dazu geführt hat, dass viele Forscherinnen und Forscher aus Niedersachsen zu den aktuellen Themen befragt werden.

Seit dem Spätherbst ist die Finanzierung von COFONI mit 8,4 Millionen Euro aus dem Nachtragshauhalt grundsätzlich positiv beschieden. Wir warten im Moment noch händeringend auf die Freigabe der Gelder, um starten zu können. Wir würden das lieber heute als morgen tun.

Diese Gelder werden wir qualitätsgesichert ausgeben. Das soll heißen: Aus den vier Themenbereichen, die ich gerade genannt habe, können die Institute hier in Niedersachsen an das Leitungsgremium von COFONI Projektanträge stellen, die dann qualitätsgesichert extern begutachtet werden, bevor sie bewilligt werden können.

Parallel werden wir die Technologieplattform aufbauen, die aus Modellen und Datenbanken besteht und verschiedene biomolekulare und zelluläre Techniken vorhält, auf die alle zugreifen können.

Unsere Stärke ist meiner Meinung nach einmal mehr, dass wir hier die Ressourcen optimal nutzen, dass wir nicht redundant, aber trotzdem interdisziplinär arbeiten, um so dieses Wissen möglichst schnell zu translätieren und disseminieren, also zu verteilen, um darauf aufbauen zu können

und es letztlich der Bevölkerung zugutekommen zu lassen.

So weit von meiner Seite die Zusammenfassung und die Fokussierung auf die mir besonders wichtigen Aspekte. Zu den anderen Aspekten darf ich auf meine schriftliche Stellungnahme und auf die Stellungnahmen der Vorrednerin und der Vorredner verweisen. Ich danke Ihnen.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Vielen Dank für den Impuls und auch für die schriftliche Stellungnahme mit weiteren Aspekten.

Prof. **Dr. Gunnar Duttge** (wissenschaftliche Begleitung): Herr Professor Wienands, wie würden Sie die Verlässlichkeit der beiden jetzt vorrangig infrage stehenden Impfstoffe - ich ergänze gleich: insbesondere für jene Altersgruppen, in denen sie nicht geprüft wurden - einschätzen? Denn es gibt ja nur begrenzte Lebensalter der Kontroll- und Bewertungsgruppen.

Ich sage ein wenig unbescheiden: Als früheres Mitglied einer Ethikkommission am Uni-Klinikum weiß ich, dass es angesichts des allgemeinen Drucks, Impfstoffe möglichst schnell auf den Weg zu bringen, keine fixe, objektive Grenzlinie gibt, ab wann man, was die Sicherheit und Wirksamkeit anbelangt, das Ufer erreicht hat, und dass dies bis zu einem gewissen Grad auch für die Prüfweise in ethischer Hinsicht gilt. Deswegen kennen wir die Phase-IV-Stufe nach entsprechender Zulassung der Arzneimittel.

Wie würden Sie das also generell einschätzen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Erfahrung mit mRNA-basierten Impfstoffen in der Vergangenheit, anders als mit anderen, etablierten Wirkstoffen, nicht allzu groß gewesen ist, und dies insbesondere mit Blick auf die Lebensaltersgruppen, die noch gar nicht einbezogen worden sind? Soweit ich weiß, liegt das Mindestlebensalter für den BioNTech-Impfstoff laut Angabe des Herstellers bei 16 Jahren. Bei Moderna wird es nicht anders sein.

Wie schätzen Sie darüber hinaus die Immunisierung selbst ein? Diese Frage bewegt uns ja alle in der Gesellschaft.

Zur Prävention haben Sie in Ihrer schriftlichen Stellungnahme drei Stichworte genannt: die Überwachung, die Genotypisierung oder Sequenzierung, und das Dritte war etwas unspezifisch

mit der Wendung formuliert, dass wir doch mit Blick auf künftige Pandemien vorbereitende Maßnahmen für die Entwicklung und den Einsatz von Impfstoffen treffen sollten. Was könnten Sie sich unter „vorbereitenden Maßnahmen“ für die Zukunft mit Blick auf die Etablierung künftig benötigter Impfstoffe konkret vorstellen?

Prof. **Dr. Jürgen Wienands**: Das waren vier Fragepakete, die zentrale Aspekte auch der öffentlichen Wahrnehmung betreffen.

Ich fange mit der Verlässlichkeit der Impfstoffe an. Ohne mich herausreden wollen, ist die Datenlage hierzu im Moment ebenfalls noch dünn. Aber die Studien I bis III der Impfstoffhersteller zeigen eine sehr gute Verträglichkeit an. Für mich ist es schon eine zentrale Aussage, dass die Ersten, die geimpft wurden, weniger jene sind, die bei diesen Studien zunächst als Probandinnen und Probanden zur Verfügung standen, sondern dass es die älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger sind, die - das wird uns alle irgendwann treffen - in ihrer Konstitution nicht mehr so rüstig sind wie die 16- bis 20-Jährigen. Zu dieser Gruppe liegen, zumindest nach meiner Erkenntnis, noch keine besonderen Berichte zu Unverträglichkeiten vor. Natürlich ist grundsätzlich noch abzuwarten, ob es Spätfolgen der Impfung geben wird. Das können wir nicht vorhersagen.

Mit Blick auf die mRNA-Impfstoffe - diese haben Sie ja explizit angesprochen - muss man sagen: Ja, das ist ein neues Verfahren. Aber die mRNA-Impfstoffe haben, auch experimentell nachgewiesen, das „Problem“, dass sie dem Immunsystem nicht sehr lange zur Verfügung stehen, dass sie dem Immunsystem nicht so lange wie klassische Lebend- oder Totimpfstoffe präsentiert werden können. Dem ist man seitens der Hersteller nachgekommen, indem man die RNA modifiziert hat, sodass sie langlebiger ist. Insoweit bin ich wie meine Kolleginnen und Kollegen in der Immunologischen Gesellschaft, aber auch in der STIKO optimistisch, dass die Verträglichkeit sehr positiv zu bewerten ist.

Was die Wirksamkeit angeht, so liegt diese in der Größenordnung von 90 %. Auch hier wird es Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Geimpften geben. Die Wirksamkeit ist bei Älteren geringer. Das ist schon mehr oder weniger belastbar herausgefunden worden. In diesem Zusammenhang ist es interessant zu wissen, dass die Effizi-

enz der beiden mRNA-Impfstoffe am Tag 7 nach der zweiten Impfung gemessen wird. - Sie alle wissen, dass man eine zweite Impfung benötigt, um den Impfschutz zunächst kurzfristig aufzubauen.

Die Frage nach der Immunisierung allgemein habe ich so verstanden, dass sie darauf abhebt, wie viel Immunisierung notwendig ist, um die berühmte Herdenimmunität zu erzielen. Darauf lautet meine ganz klare Antwort: Je mehr, umso besser! Wir werden diese Herdenimmunität sicherlich nicht mit einer 50-prozentigen Durchimpfung erreichen können. Die Zahlen sind natürlich auch vom Pathogen abhängig, aber die grundsätzliche Annahme liegt weit im 75- bis 80-prozentigen Bereich, bei einigen Pathogenen sicherlich noch höher.

Ich möchte - deswegen bin ich für diese Frage ganz besonders dankbar - noch auf einen Aspekt hinweisen. Letztlich reden wir hier auch über den Aspekt der Impfpflicht. Das ist ganz klar. Wenn es in der Bevölkerung bestimmte Subpopulationen gibt, die nicht geimpft sind, dann stellen diese ein Reservoir dar, das letztlich auch Virusmutanten befördert. Dies sollte und muss im Zuge der Impfpflicht berücksichtigt werden. Über den ethisch-moralischen Aspekt und vielleicht auch über den sozio-ökonomischen Aspekt möchte ich mich als Immunologe nicht äußern. Aber meine Tendenz entnehmen Sie meinen Darlegungen vielleicht dennoch.

Was die Vorbereitung angeht, so ist das in meiner Stellungnahme vielleicht etwas rudimentär beschrieben. Eigentlich hatte ich, auch mit Blick auf die aktuellen Probleme, an administrative Aspekte und daran gedacht, dass man grundsätzlich Impfzentren und die Vergabe organisiert und vorbereitet, einmal mehr vor dem Hintergrund, dass wir nicht vorhersagen können, ob die nächste Pandemie oder Epidemie ein Virus oder ein MRSA-Bakterium sein wird.

Die Verteilung, die Strukturierung der Immunisierung ist sicherlich verbesserungswürdig. Das ist nicht als Anklage gemeint; denn in diesem Ausmaß gab es keine Vorlage, gibt es kein Templat, nach der und dem zu handeln war. Bei aller Kritik muss man berücksichtigen und kommunizieren, dass das ein Novum ist und dass man eigentlich auch mit Blick auf die Immunisierung und auf die Impfstrategien in unseren Nachbarländern nicht

schlecht dasteht. Das kann sicherlich noch positiver transportiert werden.

Ich hoffe, die Fragen beantwortet zu haben. Oder habe ich einen Aspekt vergessen?

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Herr Professor Duttge sieht zufrieden aus. Also sind seine Fragen beantwortet worden. Vielen Dank auch für die Einbringung dieses Fragenkomplexes!

Ich schaue noch einmal in die Runde, ob es weitere Fragen an Herrn Professor Wienands gibt. - Das ist nicht der Fall.

Herzlichen Dank, Herr Professor Wienands, für Ihre heutige Teilnahme, für das Einbringen der wichtigen Impulse und auch für die schriftliche Stellungnahme. Ich fand es gut, dass Sie am Ende Ihrer Ausführungen noch einmal beschrieben haben, dass es für all das keine Vorlage, kein Schema F gab, nach dem man das hätte abarbeiten können. Zu klären, wie es abgearbeitet werden kann, ist genau die Aufgabe, die dieser Ausschuss sich gestellt hat. Ich hoffe, dass wir einen Beitrag hierzu leisten können, und danke für die Unterstützung, die Sie für unsere Arbeit schon geleistet haben.

Herzlichen Dank, und auch für Sie persönlich alles Gute, weiterhin viel Kraft und vor allem auch Gesundheit! - Das war ja zwischendurch einmal eine Floskel, aber dieser Satz ist heutzutage umso wichtiger.

Prof. **Dr. Jürgen Wienands**: Danke an Sie, weiterhin viel Erfolg an alle!

#### **Dr. Petra Bahr**

Mitglied des Deutschen Ethikrates  
Regionalbischöfin für den Sprengel Hannover der ev.-luth. Landeskirche Hannovers

#### *Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 11*

Aufgrund technischer Probleme bei der Videoübertragung wurde die Stellungnahme auf die Sitzung am 8. Februar 2021 verschoben.

**Prof. Dr. Michael Baumann**

Vorstandsvorsitzender und Wissenschaftlicher Vorstand des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 7 neu*

**Prof. Dr. Michael Baumann:** Ich möchte nur die beiden Punkte aufgreifen, für die das DKFZ eine kompetente Institution ist.

Sie haben in Ihrem ersten Frageblock gefragt, inwieweit die verschiedenen Forschungseinrichtungen vernetzt sind und wie gut das in der Pandemie funktioniert hat. - Das hat aus unserer Sicht sehr gut funktioniert. Die Forschungseinrichtungen in Deutschland, aber auch international, sofern sie international unterwegs sind, sind sehr gut vernetzt. In Deutschland hat die Vernetzung der universitären und der außeruniversitären Einrichtungen sicherlich auch durch die Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung, die in verschiedenen Bereichen eingerichtet worden sind, in den letzten zehn Jahren einen großen Sprung gemacht. Das hat sich aus meiner Sicht in der Pandemie sehr ausgezahlt, weil dadurch Forschungs- und auch Bewertungsprozesse sehr viel besser abgelaufen sind, als ich mir das vor 10 oder 15 Jahren vorstellen konnte. Insoweit, denke ich, ist die Wissenschaftslandschaft sowohl in Deutschland als auch international sehr gut aufgestellt gewesen.

Ich will ein persönliches Beispiel nennen: Ich habe bereits im Januar letzten Jahres sowohl mit chinesischen als auch mit italienischen Kollegen sehr häufig konferiert, um die Situation für uns einschätzen zu können, und ich weiß, dass viele meiner Kollegen das genauso gemacht haben. Das zeigt, wie zumindest die großen internationalen Forschungseinrichtungen hier in Deutschland, aber sicherlich auch viele Einzelpersonlichkeiten international vernetzt sind.

Wir haben bereits Ende Januar bzw. Anfang Februar bei uns im DKFZ die klare Festlegung getroffen, dass wir nicht schließen werden, weil es uns in einer Gesundheitskrise nicht vernünftig vorgekommen ist, Gesundheitskapazitäten und Bewertungskapazitäten einzuschränken. Wir haben die entsprechenden Vorbereitungen getroffen und haben das auch in unseren Netzwerken kommunizieren können, sodass uns immer klar war, was wir an welchem Standort mit welchem Partner tun können.

Zu Frage 2 und Frage 3 möchte ich nur Stellung nehmen, wenn Sie später Fragen dazu haben, weil diese Themen nicht in unserem Fokus liegen.

Zu Frage 4, welche Dinge zukünftig vermieden werden müssen, möchte ich aber aus der Sicht des Deutschen Krebsforschungszentrums in jedem Fall Stellung nehmen:

Uns hat die Pandemie genau wie alle anderen beeindruckt. Sie ist gefährlich und hat auch unbedingt Konsequenzen erfordert. Aber sie verläuft zuungunsten von anderen Patientengruppen, die auch schwer und lebensgefährlich erkrankt sind, z. B. von Krebspatienten, die in Deutschland momentan nicht die Versorgung vorfinden, die sie sonst immer gehabt haben.

In der jetzigen Situation sehen wir jeden Tag die Zahlen des Robert Koch-Instituts zur Pandemie. Das ist auch richtig und wichtig, aber es gibt nicht die gleiche Datenlage und die gleiche Einschätzung für andere genauso gefährliche und auch häufige Krankheiten, die vielleicht nicht akut zum Tode, aber eben auch zum Tode führen können. Dadurch können Ungleichgewichte entstehen, wovon wir während der ganzen Pandemie gewarnt haben. Das ist auch von dem einen oder anderen aufgegriffen worden.

Zusammen mit der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft haben wir bereits im März letzten Jahres eine Task Force gegründet, um genau dieses Problem anzugehen. Wir haben durch Telefonabfragen und dann schriftliche Abfragen in Krebsbehandlungszentren selbst die Datenlage erwirken müssen, um herauszufinden, ob es jetzt Einschränkungen für Patienten gibt. Zusätzlich hat uns unser nationaler Krebsinformationsdienst am DKFZ eine Menge Rückfragen und besorgniserregende Äußerungen auch von Einzelpersonlichkeiten zur Kenntnis gegeben.

Hieran sehen wir etwas, was im deutschen Wissenschafts- und Gesundheitssystem in Zukunft unbedingt angegangen werden muss. Künftig müssen wir tagesaktuelle oder zumindest wochenaktuelle Zahlen auch in anderen wesentlichen Gesundheitsbereichen zur Verfügung haben. Insoweit befinden wir uns im Moment im Blindflug. Das kann eine Nation wie Deutschland Patienten, die lebensgefährlich erkrankt sind, nicht zumuten.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Herr Professor Baumann, ich danke Ihnen ganz herzlich für die schriftliche Stellungnahme und dafür, dass Sie auf die aus Ihrer Sicht wichtigen Fragestellungen eingegangen sind.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Herr Baumann, herzlichen Dank für diese andere Sichtweise auf das, was an Forschung und an Pandemiebekämpfungsmaßnahmen schon zu Recht viel gelobt worden ist. Wir haben Sie natürlich auch deswegen eingeladen, weil Sie den Blick auf eine andere, sehr wichtige Patientengruppe in diesem Land haben.

Es ist gut, dass Sie sehr schnell reagiert und eine Taskforce gebildet haben, um überhaupt an öffentliche Zahlen heranzukommen. Auf der anderen Seite ist es angesichts der Tatsache, dass, wie wir festgestellt haben, schon sehr viel Geld für die Forschung darüber, wie wir mit der Pandemie bestmöglich umgehen können, investiert worden ist, erschreckend, dass offensichtlich - jedenfalls entnehme ich das Ihren Aussagen - zu wenig Geld in den Bereich geflossen ist, in dem wir andere Patientengruppen schützen und dafür sorgen können, dass sie zu ihrem Recht kommen. Man könnte sich theoretisch vorstellen, dass man parallel auch schon einmal eine Untersuchung der Versorgungsforschung darüber aufgesetzt hätte, wie viele Operationen von Krebspatienten abgesagt werden, wie viele Krebspatienten gar nicht erst Ambulanzen aufsuchen, weil sie Angst haben, sich anzustecken, was gerade für Blutkrebspatienten oder bei Patienten, die unter Chemotherapie stehen, hoch gefährlich sein kann. Eine begleitende Forschung, damit man zumindest Schlaglichter hat, die aber auch abgesichert sind und nicht nur auf Telefonaten beruhen, wäre hier sinnvoll gewesen.

Insoweit die Frage an Sie: Welche Strukturen müssten aus Ihrer Sicht im Falle einer weiteren Pandemie, sei sie bakteriell oder viral, oder auch im Falle anderer gesundheitlich relevanter Krisen geschaffen werden, damit relevante Patientengruppen mit lebensgefährlichen Erkrankungen nicht wieder hinten herunterfallen? Was müssen wir also begleitend zu dieser Krise schnell wissen, damit wir eine Schlechtersorgung verhindern oder möglichst gering halten können?

Prof. **Dr. Michael Baumann**: Das will ich gern beantworten. Zuvor will ich nur richtigstellen: Wir

haben initial mit Telefonaten begonnen; seit dem letzten April laufen durchgehend schriftliche Befragungen, die semi-quantitativ über alle Regionen Deutschlands hinweg die großen Behandlungszentren im Auge haben. Diese Daten haben wir für die erste Welle im *Arzteblatt* publiziert, und diese geben wir auch an den politischen Raum weiter.

Das reicht aber nicht aus, und es ist auch nicht die primäre Aufgabe der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen Krebsgesellschaft und des Deutschen Krebsforschungszentrums, dies zu tun. So etwas muss vielmehr aus Registerdaten heraus entstehen.

In Deutschland gibt es seit Jahren Bestrebungen, Krebsregister zu optimieren. Sie sind aber administrativ extrem komplex aufgestellt. Zunächst wird eine Sammlung in einzelnen Kliniken durchgeführt, dann wird oftmals ein regionaler Zwischenschritt eingezogen, danach gehen die Daten ins Landeskrebsregister ein, und dann werden die Daten in ein nationales Krebsregister beim Robert Koch-Institut eingebracht. Hierdurch entsteht bei der Datenerhebung ein Verzug von ungefähr zwei Jahren.

Das ist im Normalfall zwar wissenschaftlich nie optimal gewesen und bleibt auch hinter einer beträchtlichen Zahl anderer Nationen deutlich zurück, aber es war in Ordnung; denn man musste nicht tagesaktuell bzw. sehr schnell reagieren.

Jetzt sehen wir aber, dass dies in der Pandemie auf gar keinen Fall ausreicht. Dies muss man zum Anlass nehmen, um zu bewirken, dass zukünftig eine sehr viel schnellere Krebsregistrierung vorliegt, sodass schnell reagiert werden kann, wenn man sieht, dass Stadienverschiebungen stattfinden, dass einfach weniger Krebsfälle diagnostiziert werden. Daraus kann man schon ableiten, dass es eine Verzögerung und damit eine Prognoseverschlechterung gibt.

Akute kann man das nicht tun. Das ist eine Aufgabe, die ich zwar, wenn man das wirklich will, in zwei bis vier Jahren für abschließbar halte - man sollte sie, wie gesagt, jetzt beginnen -, aktuell wird uns das trotzdem nicht helfen. Aber Projekte oder Programme könnten in einer großen, repräsentativen Stichprobe im Land in Praxen und in Häusern Daten über Patienten erheben, die neu diagnostiziert werden. Wenn die Pandemie noch länger anhält, könnte man darüber nachdenken,

dies als einen Zwischenschritt einzuziehen. Das sollte allerdings nicht davon ablenken, dass man zukünftig ein robustes, langfristiges, schnelles und genaues Register in Deutschland braucht.

Ich denke, das, was ich für Krebserkrankungen sage, gilt in ähnlicher Form für andere bedrohliche Krankheiten wie kardiologische oder neurologische Erkrankungen.

Abg. **Christian Grascha** (FDP): Herr Professor Baumann, ich habe zwei Nachfragen zu den fehlenden Daten, die Sie angesprochen haben.

Gibt es denn Schätzungen Ihrerseits, wie viele Krebspatienten im letzten Jahr von verspäteten oder nicht durchgeführten Maßnahmen betroffen waren?

Können Sie auch noch etwas dazu sagen, dass, wie es in den Medien immer heißt, geplante Operationen abgesagt wurden? Das wird immer in den Zusammenhang mit Hüftoperationen oder Ähnlichem gestellt. Können Sie sagen, ob auch Krebsoperationen darunter gefallen sind bzw. können Sie schätzen, wie viele Krebsoperationen darunter gefallen sind?

Prof. **Dr. Michael Baumann**: Aus unseren eigenen Daten kann man für die erste Welle - für sie sind diese, wie gesagt, im *Ärzteblatt* publiziert - glücklicherweise keine flächendeckende Einschränkung von gravierenden Maßnahmen wie Krebsoperationen in irgendeinem systematischen Sinne feststellen. Aber wir haben Einschränkungen in vielen anderen ganz wichtigen Bereichen gesehen, so bei der Betreuung und auch bei Vor- und Nachuntersuchungen der Patienten, allerdings z. B. nicht bei der Strahlentherapie, nicht bei der Krebsoperation und anscheinend auch nicht bei der Medikamentenuntersuchung. Dies gilt, wie gesagt, für einer flächige Betrachtung.

Wir haben das immer mit unserem Krebsinformationsdienst abgeglichen, der pro Jahr etwa 40 000 Anfragen persönlich und über 10 Millionen Anfragen, die im Internet gestellt werden, beantwortet. Dabei konnten wir schon sehen, dass einzelne Patienten durchaus gravierende Einschränkungen erlebt haben. Es hat immer Einzelfälle gegeben, dass ein Patient etwa gesagt hat, er werde nicht operiert, obwohl er ein neu diagnostiziertes Bronchialkarzinom habe, das jetzt noch heilbar sei; seine Operation werde immer wieder verschoben. Diese Menschen konnten wir in der ers-

ten Welle über die Krebsinformationsdienste beraten, und wir konnten Plätze an anderen Behandlungszentren in Deutschland für sie finden. Die Fälle, die uns bekannt geworden sind, konnten wir auch betreuen, und diesen Menschen konnten wir auch helfen.

In der zweiten Welle sieht das leider anders aus. Jetzt sehen wir über die großen, führenden deutschen Krebsbehandlungszentren auch Einschränkungen bei der Tumoroperation, die bei 10, 20 oder auch 30 % liegen können. Das sind natürlich Verschiebungen, aber das ist massiv. Wenn ich mir die Zahlen der Intensivstationen ansehe, die ja bei einer Tumoroperation auch immer zur Verfügung gehalten werden müssen, dann ist auch klar, woran diese Verschiebungen liegen. Sie liegen tatsächlich an den Intensivkapazitäten, die für COVID-Patienten freigehalten werden müssen, was auch nachvollziehbar ist.

Im Oktober, November und Dezember haben wir - dazu schreibe ich gerade gemeinsam mit Kollegen einen Artikel - Patienten mit Krebserkrankungen in Deutschland systematisch angeboten, eine Operation z. B. eben nicht in Sachsen durchführen zu lassen, sondern nach Schleswig-Holstein oder nach Niedersachsen zu gehen; denn dort waren zu diesem Zeitpunkt die Kapazitäten nicht ausgenutzt, und ein Krebspatient kann in aller Regel mit dem Zug zu einer solchen Behandlung fahren und dort betreut werden. Das ist nicht wie bei einem COVID-Patienten ein Flugtransport oder ein ärztlich begleiteter anderweitiger Transport.

Das hätte man also tun können, wenn man denn diese Zahlen gehabt hätte, die wir leider nicht hatten.

Worüber ich gar keine Aussage treffen kann, ist, wie viele Krebsdiagnosen nicht erfolgt sind, weil keine Früherkennung stattgefunden hat oder Früherkennungsmaßnahmen zurückgestellt worden sind oder weil Patienten in einer bestimmten Region nicht mit ersten Schmerzen in ein Gesundheitssystem gehen wollten, das überlastet war. Eine schnelle Registrierung auch dieser Zahlen würde uns natürlich immer helfen; denn dann wüssten wir das und könnten wir reagieren.

In anderen Ländern, z. B. in England, gibt es Hochrechnungen darüber, zu wie viel substanziellen Todesfällen es in den nächsten fünf Jahren zusätzlich kommen wird. Dort gab es diese Zah-

len einfach schneller, diese Zahlen haben Modellierern zur Verfügung gestanden, die relativ gut belastbare Hochrechnungen durchführen konnten. Dabei haben sie fünfstellige Zahlen sowohl für England als auch für die USA berechnet. Das war im Spätsommer, d. h. die zweite Phase ist dabei noch nicht eingerechnet. Wir befürchten, dass ähnliche Zahlen auch für Deutschland relevant werden, wenn wir die Daten in ein, zwei Jahren werden auswerten können.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU): Herr Professor Baumann, weitere Wortmeldungen sehe ich nicht. Vielen Dank, dass Sie uns für das Gespräch zur Verfügung gestanden haben, und herzlichen Dank auch für die schriftliche Stellungnahme und für das Beleuchten dieses ganz anderen Aspekts der Corona-Krise und der Bewältigung dieser Pandemie, für die Darstellung der Auswirkungen auf Patienten mit anderen Erkrankungen.

Auch Ihnen weiterhin alles Gute und viel Kraft bei Ihrer wichtigen Aufgabe und vor allem Gesundheit!

Prof. **Dr. Michael Baumann**: Das wünsche ich auch Ihnen allen.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 2:

### Terminierung der Abläufe und Inhalte der nächsten Sitzungen

#### *Arbeitsweise des Ausschusses*

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU) bat darum, alle Informationen für den Ausschuss an Frau Kahlert-Kirstein und Frau Stürzebecher von der Landtagsverwaltung über das Postfach des Sonderausschusses Pandemie zu leiten, sodass die Weiterleitung der Informationen an den entsprechenden Verteiler und alle weiteren Beteiligten sowie immer eine transparente Information für alle gewährleistet seien.

Ebenso werde er dafür sorgen, dass alle Schreiben, die an ihn als Vorsitzenden dieses Ausschusses gerichtet würden, an die Landtagsverwaltung weitergeleitet würden, sodass alle Beteiligten über denselben Wissens- und Sachstand verfügten.

Auch für Prof. Dr. Duttge und Herrn Dr. Lammers, die die wissenschaftliche Begleitung des Ausschusses sowie die Erstellung des Abschlussberichts übernommen hätten, seien Frau Kahlert-Kirstein und Frau Stürzebecher sowie er, Seefried, die ersten Ansprechpartner.

Daneben sei es wichtig, dass auf der Arbeitsebene die Referenten aufseiten der Fraktionen, die sich bereits untereinander vernetzt hätten, auch Herrn Prof. Dr. Duttge und Herrn Dr. Lammers in ihr Netzwerk einbezögen, sodass sie sich auch untereinander austauschen könnten. Um die Übersichtlichkeit zu wahren, sollten jedoch Hinweise und Berichte, die für den Abschlussbericht als wichtig erachtet würden, nicht direkt Herrn Prof. Dr. Duttge zugeleitet werden bzw. sollte man sich zu diesem Zweck nicht direkt an ihn wenden, sondern sollte dies zunächst in der jeweiligen Fraktion gesammelt und dann über die Ausschussreferenten oder Obleute an Herrn Prof. Dr. Duttge weitergegeben werden. Wichtig sei, dass auch dabei alle Beteiligten über denselben Wissens- und Sachstand verfügten, mit welchen Unterlagen Herr Prof. Dr. Duttge und Herr Dr. Lammers arbeiteten.

Alles, was in den Abschlussbericht einfließen sollte, müsse auch Sachstand im Ausschuss gewe-

sen sein. Insofern könnten nur Unterlagen, die entweder in einer Ausschusssitzung behandelt, im Rahmen einer Anhörung zur Verfügung gestellt oder einer Niederschrift beigelegt worden seien, Eingang in den Abschlussbericht finden.

Selbstverständlich ständen er, Seefried, als Vorsitzender sowie die Abg. Dr. Wernstedt als stellvertretende Vorsitzende und auch die Obleute der Fraktionen als Ansprechpartner zur Verfügung. Ziel sollte es sein, eine transparente und für alle nachvollziehbare Struktur für die Arbeit dieses Ausschusses zu schaffen - also kein direkter Austausch unter vier Augen, sondern immer auf Augenhöhe für alle und gleichermaßen transparent.

Von dem Vorsitzenden um Stellungnahmen zu seinem Vorschlag für die Arbeitsweise des Ausschusses gebeten, erklärte sich Abg. **Helge Limburg** (GRÜNE) mit diesen Verfahrensweisen einverstanden. Er hielt es für wichtig, dass alle Aspekte, die in den Abschlussbericht einfließen sollten, in irgendeiner Form Thema im Ausschuss gewesen sein müssten, sodass alle Beteiligten die Gelegenheit hätten, sie zur Kenntnis zu nehmen und zu bewerten.

Der Vertreter der Fraktion der Grünen führte an, dass sich der Ausschuss möglichst auch darüber verständigen sollte, inwieweit in den Abschlussbericht auch Minderheitauffassungen mit einfließen sollten. Bei dem Sonderausschuss „Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“ in der vergangenen Wahlperiode sei es gelungen, sich Zeile für Zeile auf einen gemeinsam getragenen Abschlussbericht zu verständigen. Dies sei seiner Auffassung nach auch in diesem Fall erstrebenswert. Möglicherweise werde das aber bei diesem Ausschuss nicht bei allen Aspekten gelingen. Insofern schlage er vor, in diesem Abschlussbericht dann, ähnlich wie in den schriftlichen Berichten über Gesetzgebungsverfahren, auch die Gegenargumente bzw. anderen Aspekte mit aufzuführen. Eine Alternative bestünde darin, den Fraktionen - wie bei Untersuchungsausschüssen - die Gelegenheit zu eigenen Stellungnahmen zu geben. Nach außen würde dann allerdings das Signal gegeben, dass zwischen den Fraktionen Kontroversen beständen. Daher spreche er, Limburg, sich dafür aus, Meinungen, die nicht mehrheitlich getragen würden, gleichwohl in den Abschlussbericht aufzunehmen. Er könnte aber auch mit der andere Variante leben.

Abg. **Jens Nacke** (CDU) plädierte dafür, den Versuch zu unternehmen, sich auf einen gemeinsamen Abschlussbericht - gegebenenfalls mit unterschiedlichen Aspekten, die in die Beratung eingebracht worden seien - zu verständigen, zumal der Ausschuss mehr den Charakter einer Enquete-Kommission habe.

Unter Hinweis darauf, dass der Ausschuss den Block „Parlamentarische Arbeit in Zeiten einer Pandemie“ bereits abgeschlossen habe, die Resümees der Fraktionen dazu allerdings relativ konträr seien und wohl nicht auf einen gemeinsamen Nenner gebracht werden könnten, warf Abg. **Christian Grascha** (FDP) die Frage auf, wie dieses Ergebnis konkret im Abschlussbericht zum Ausdruck gebracht werden könnte.

Abg. **Wiard Siebels** (SPD) ging davon aus, dass hierzu im Abschlussbericht genauso wie in den schriftlichen bzw. mündlichen Berichten über Gesetzgebungsverfahren dargelegt werden könne, welche Positionen die Koalitionsfraktionen vertreten hätten und welche Stellungnahmen die Oppositionsfraktionen dazu abgegeben hätten, sodass beide Seiten in diesem Abschlussbericht ihren Niederschlag fänden.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU) führte an, dass die besondere Kunst bei Herrn Prof. Dr. Duttge und Herrn Dr. Lammers liege, aus den verschiedenen Inhalten die gemeinsamen Punkte herauszustellen und bei denjenigen Punkten, bei denen Differenzen beständen, diese andere Betrachtungsweise darzustellen. So sei beispielsweise bei der Anhörung in der heutigen Sitzung das gemeinsame Ziel zum Ausdruck gekommen, die Infektionszahlen insgesamt möglichst niedrig zu halten. Über den Weg dahin hätten allerdings unterschiedliche Auffassungen bestanden. Dies werde dann sicherlich auch Niederschlag im Abschlussbericht finden.

Er habe jedoch immer noch etwas Hoffnung, dass man im Zuge der aktuellen Pandemie und der Arbeit des Ausschusses auch dazu in der Lage sein werde, dazulernen, auch Meinungen zu erweitern und auf der Grundlage des neuen Wissens vielleicht auch Positionen zu verändern, sodass sich vielleicht auch die Resümees zu dem ersten Themenblock bis zum Ende der Beratungen im Ausschuss an der einen oder anderen Stelle überholten. Bis zum September lägen ja noch einige Monate und noch viel Expertenwissen vor dem

Ausschuss. Am Ende würden vielleicht an der einen oder anderen Stelle noch deutlich mehr gemeinsame Positionen herauskommen, weil es ja das gemeinsame Ziel sei, eine Handreichung für die Zukunft zu gestalten, die dann an einigen Stellen eine große gemeinsame Leitlinie bilden könne und an manchen Stellen auch mit Fragestellungen in Bezug auf ein anderes Vorgehen hinterleuchtet werden könne.

Herr Prof. **Dr. Duttge** erklärte, dass er ebenso optimistisch und guter Hoffnung wie der Vorsitzende sei, dass es gelingen werde, zu einer gemeinsamen Textvorlage zu kommen, wenngleich dies im Falle dieses Sonderausschusses möglicherweise etwas anspruchsvoller und schwieriger als bei dem Sonderausschuss in der vergangenen Wahlperiode sein werde. Er rate sogar dringend zu einem gemeinsam verfassten Abschlussbericht, weil - wie die Mehrheitsvoten und Minderheitsvoten des Deutschen Ethikrates zeigten - das Mehrheitsvotum von heute möglicherweise das Minderheitsvotum von morgen und, umgekehrt, das Minderheitsvotum von heute möglicherweise das Mehrheitsvotum von morgen sein könne und solche unterschiedlichen Voten, bei denen sich jeder das aussuchen könne, was er wolle, schnell an Nachdrücklichkeit und Überzeugungskraft bei dem interessierten Publikum bzw. der Öffentlichkeit verlören. Insofern sollte unbedingt der Versuch hierzu unternommen werden. Er, Prof. Dr. Duttge, und Herr Dr. Lammers gäben ihr Bestes, um sukzessive gemeinsam mit dem Ausschuss zu einer einmütigen Textvorlage zu kommen.

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU) stellte das Einvernehmen des **Ausschusses** über die dargestellte Arbeitsweise und die Ansprechpartner fest.

#### *Sitzungsplanung*

Vors. Abg. **Kai Seefried** (CDU) teilte mit, dass der Ausschuss in der Sitzung am 8. Februar 2021 die unter TOP 1 begonnene Anhörung fortsetzen werde. Zugesagt hätten bereits

- Herr Prof. Dr. Berthold Vogel, Geschäftsführender Direktor, Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen,

- Herr Prof. Dr. Nico Dragano, Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf,

- Herr Prof. Dr. Tobias Welte von der Medizinischen Hochschule Hannover,

- Herr Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen.

Ferner werde in dieser Sitzung noch Frau Dr. Bahr - Mitglied des Deutschen Ethikrates und Regionalbischöfin für den Sprengel Hannover - angehört, deren Stellungnahme in der heutigen Sitzung wegen einer Störung ihrer Videoübertragungstechnik nicht möglich gewesen sei.

Im Anschluss daran werde, nachdem nun auch das Resümee der Fraktionen der SPD und der CDU zu dem Themenblock 1 „Parlamentarische Arbeit in Zeiten einer Pandemie“ vorliege, noch einmal, wenn gewünscht, eine kurze Aussprache darüber geführt und damit der Themenblock 1 abgeschlossen werden können.

Für die Sitzung am 22. Februar 2021 sei die Unterrichtung durch die Landesregierung - vermutlich durch die Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie durch den Minister für Wissenschaft und Kultur - geplant. Daran könnte sich dann sofort eine Aussprache zu diesem Themenblock anschließen.

Der Vorsitzende stellte das Einvernehmen des **Ausschusses** über diese Sitzungsplanung fest.

\*\*\*

### COVID-19-Fälle/Tag nach Erkrankungsbeginn, ersatzweise Meldedatum\* (Übermittlungsverzug, siehe Disclaimer)

