



noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT)

**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**

---

**- noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -**

**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.

---

- noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

**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.

\*\*\*

---

- noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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

## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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-

## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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

## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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



## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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

## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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

## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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.

## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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

## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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.

## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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.

## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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 grippalen 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 erkaufte 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.

## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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 Forschungskordinators 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



## - noch nicht gebilligt (§ 95 Abs. 2 GO LT) -

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-

























































