

**Stellungnahme als Einzelsachverständiger zum Entwurf eines  
Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische  
Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen  
BT-Drucksache 19/26545**

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**19(14)288(21)**

gel ESV zur öffentlichen Anh am  
22.02.2021 -EpiLage  
25.02.2021

**Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Öffentliche Anhörung**

**22. Februar 2021, 13:30 Uhr**

Prof. Dr. med. Gérard Krause  
Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung

## Zusammenfassung

Aus medizinisch-epidemiologischer Sicht liegt aktuell weiterhin eine epidemische Lage von nationaler Tragweite vor und es ist nicht davon auszugehen.

Der R-Wert quantifiziert, wie leicht bzw. rasch sich eine Infektion in der Gesellschaft ausbreitet und ist abhängig von einer Vielzahl von Faktoren. Nur ein Teil davon betrifft biologische bzw. molekulare Eigenschaften des Virus selbst oder seiner Varianten. Wichtige weitere Faktoren sind unter anderem die Wirkung der Impfkampagne, klimatisch bedingte Umwelteinflüsse, hygienischen Maßnahmen, Kontaktintensität zwischen Menschen. Die Auswirkung neuer Virusvarianten auf den R-Wert kann daher sehr unterschiedlich stark ins Gewicht fallen.

Das gegenwärtige Regelwerk des Infektionsschutzgesetzes behindert in unterschiedlicher Weise die technisch-prozeduralen Möglichkeiten und Notwendigkeiten zur sach- und zeitgerechten Bewertung der epidemischen Lage ebenso wie zur Bewältigung derselben. Dies betrifft vor allem die Paragraphen 7, 8, 10, 14 und 28a IfSG, insbesondere gesetzlich vorgegebene zeitliche Übermittlungsverzögerungen, Einschränkungen epidemiologisch wichtige Daten vom Gesundheitsamt an die zuständigen Landes- und Bundesebene übermitteln zu dürfen, festgelegte Koppelung von Maßnahmen allein an der Inzidenz von Fallmeldungen, unzureichende oder unklare Meldepflichten in Bezug auf die neu verfügbaren und insgesamt durchgeführten Testverfahren, sowie weitere Punkte.

Weitere Bedarfe und Vorschläge in Bezug auf eine Verbesserung der Bewertung und Bewältigung der epidemischen Lage finden sich in meiner Stellungnahme anlässlich der Anhörung im Bundestag zum Dritten Bevölkerungsschutzgesetz vom 12. November 2020 und haben größtenteils weiterhin Gültigkeit.

### Vorliegen der epidemischen Lage

Aus medizinisch-epidemiologischer Sicht liegt weiterhin eine epidemische Lage von nationaler Tragweite vor und es ist nicht davon auszugehen, dass diese Lage vor Ende des Jahres 2021 überwunden sein wird. Dies ergibt sich allein schon aus der Tatsache, dass auch weiterhin eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit von internationaler Tragweite gemäß der internationalen Gesundheitsvorschriften vorliegt. Gleichwohl bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass während dieser Lage alle gesetzlich möglichen Maßnahmen und Regelungen notwendig oder geboten bleiben müssen. Innerhalb des Status einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite kann die Situation sich jedoch durchaus soweit entspannen, dass nur noch wenige Teil des Regelwerkes indiziert sind.

### Die Bedeutung des R-Wertes in Bezug auf Virusvarianten

Der R-Wert quantifiziert, auch Basisreproduktionszahl genannt, quantifiziert, wie leicht bzw. rasch sich eine Infektion in der Gesellschaft ausbreitet. Der R-Wert ist zugleich abhängig von einer Vielzahl von Faktoren, nur ein Teil davon betrifft biologische bzw. molekulare Eigenschaften des Virus selbst oder seiner Varianten. Wichtige weitere Faktoren sind abhängig von a) der durch Impfung oder durch überwundene natürliche Infektion erworbenen Immunität der Menschen, b) Umwelteinflüssen wie Temperatur, Luftfeuchtigkeit, Luftzirkulation und UV-Strahlung, c) hygienischen Maßnahmen wie Tragen von Mund-Nase-Bedeckung oder Händedesinfektion, d) dem Verhalten der Menschen wie engen Kontakte, Mobilität oder Ansammlungen sowie e) der Kombination dieser Faktoren. Daher kann der R-Wert in bestimmten Untergruppen der Gesellschaft oder zu verschiedenen Zeiten des Jahres sehr unterschiedlich ausfallen, auch wenn das Virus selbst diesbezüglich seine Eigenschaften nicht geändert hat. Umgekehrt kann eine Änderung der biologischen Eigenschaften des Virus den R-Wert verändern, auch wenn die übrigen Rahmenbedingungen gleichbleiben. Darüber hinaus können diese übrigen Rahmenbedingungen selbst - zum Beispiel bestimmte medizinische Maßnahmen - den evolutionären Vorteil von Virusvarianten, die von diesen medizinischen Maßnahmen nicht effektiv beeinträchtigt werden, begünstigen.

### Weitere Anpassungsbedarfe im Infektionsschutzgesetz

Das gegenwärtige Regelwerk des Infektionsschutzgesetzes behindert in unterschiedlicher Weise die technisch-prozeduralen Möglichkeiten und Notwendigkeiten zur sach- und zeitgerechten Bewertung der epidemischen Lage ebenso wie zur Bewältigung derselben. Die wichtigsten sind:

- a) Der von §11 Absatz 1 IfSG vorgegebene zeitlich sequentielle - um jeweils einen Tag verzögerte - Übermittlungsprozess für Fallmeldungen von der kommunalen über die Landes- zur Bundesebene erfüllt nicht das Bedürfnis nach einheitlichen und zeitgleichen Datengrundlagen für die Lagebewertung und Berichterstattung in einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite.
- b) Die Vorgaben in §11 Absatz 1 IfSG verbieten es den Gesundheitsämtern, Daten über die Landesbehörden an das RKI zu übermitteln, die für die differentielle Bewertung des Infektions- und Übertragungsrisikos bestimmter Tätigkeiten, Berufe oder Örtlichkeiten erforderlich wären. Dies wiederum macht es nahezu unmöglich, zeitnah und evidenzbasiert Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zielgruppen- und umstandsspezifisch anzupassen. Damit wird die Möglichkeit, die größte Wirksamkeit bei geringsten unerwünschten Wirkungen zu erzielen, behindert. Hinzu kommt, dass der in diesem aktuell diskutierten Gesetzentwurf neu hinzugekommene §20 Absatz 2a IfSG mit entsprechender Evidenz unterfüttert umgesetzt werden muss. Der §20 Absatz 2a IfSG schreibt zum Beispiel unter Punkt 4. vor, dass diese die Impfziele sich an „besonders hohem tätigkeitsbedingtem Infektionsrisiko“ zu orientieren haben. Die Einschränkungen in §11 Absatz 1 IfSG erlauben es aber gar nicht, die Daten zur Bildung der diesbezüglichen Evidenz zu übermitteln. Zur Lösung

müsste der §11 Absatz 1 IfSG um einige wenige, datenschutzrechtlich unkritische Daten ergänzt werden.

- c) Durch die im Dritten Bevölkerungsschutzgesetz beschlossene Koppelung von Maßnahmen an einen einzigen Indikator, nämlich alleinig den Inzidenzwert der Fallmeldungen, hat der Gesetzgeber die Exekutive in Abhängigkeit eines Messwertes gegeben, der nachweislich keine konstante Messgrundlage hat. Mit den aktuell angekündigten zusätzlichen neuen Testmöglichkeiten wird diese Diskrepanz wahrscheinlich noch schwerwiegender. Zur sachgerechten Bewertung der Fallmeldezahlen ist zusätzlich mindestens notwendig, einen Referenzwert über die Zahl der überhaupt durchgeführten Tests zu erheben. Der Gesetzgeber hatte im Frühjahr 2020 eine entsprechende Regelung eingeführt, diese aber im November 2020 aus nachvollziehbaren Gründen wieder zurückgezogen. Dabei wurde allerdings versäumt, eine datenschutzrechtlich und technisch umsetzbare Ersatzregelung zu schaffen. Es wäre dringend erforderlich, eine anonyme aggregierte Meldepflicht für durchgeführte Nukleinsäurenachweise (PCR) von SARS-CoV-2 einzuführen, um so strategiebedingte Schwankungen der Testaktivitäten korrigieren zu können. Diese Meldungen sollten wöchentlich erfolgen und nach Altersgruppe und dreistelliger Postleitzahl der untersuchten Person stratifiziert sein. Ein solches Verfahren wäre für die Labore und Gesundheitsämter einfach und kostengünstig umzusetzen und würde zudem aufgrund des anonymisierten und aggregierten Charakters keine datenschutzrechtlichen Risiken schaffen. Die Antigentests, die vielfach als sogenannte „point of care“ und als „Selbst-Tests“ zum Einsatz kommen, blieben in einer solchen Erfassung unberücksichtigt. Da aber die Fallmeldungen differenziert nach Untersuchungsmethode gefiltert werden können, könnte dennoch ein hinreichend genauer Quotient gebildet werden, der eine Korrektur gegen Verzerrungen durch schwankende Testaktivitäten erlaubt.
- d) Der zunehmende Einsatz von Antigentest als „Selbst-Test“ durch Einzelpersonen wird mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass in vielen Testindikationen keine Tests durch qualifizierte Untersuchungsstellen (Labore) eingeleitet werden. Zugleich sind die Durchführenden der Selbst-Tests gemäß §8 IfSG selbst nicht meldepflichtig. Dennoch sieht aber die Falldefinition des RKI immer noch den Schnelltest als ein Kriterium für die Fallmeldung vor. Dies wird insgesamt zu einer noch stärker schwankenden und vor allem steigenden Diskrepanz zwischen positivem Testnachweis und entsprechend erfasster Meldung führen (Dunkelziffer). Diesbezüglich sollte entweder die Definition der gemäß §8 IfSG meldepflichtigen Personen erweitert oder der Meldepflichttatbestand gemäß §7 Absatz 1 Nummer 44a eingeschränkt werden, um eine kongruente Bewertungsgrundlage zu ermöglichen. Des Weiteren sieht die aktuelle Falldefinition des RKI nicht vor, positive Befunde eines Testverfahrens (z.B. Antigentest) durch negative Befunden eines zur Bestätigung eingesetzten anderen Verfahrens (z.B. Nukleinsäurenachweis) zu korrigieren. In der Summe wird die erwartete Zunahme von Antigen-Nachweisen insbesondere im Selbstbeprobungsverfahren zu Verzerrung der Datenlage führen, so dass auch bei unveränderter tatsächlicher epidemischer Lage die gemäß §28a definierte Lage erhebliche Änderungen erfahren kann.

Detaillierte Ausführungen hierzu sowie weitere Bedarfe und Vorschläge in Bezug auf eine Verbesserung der Bewertung und Bewältigung der epidemischen Lage finden sich in meiner Stellungnahme<sup>1</sup> anlässlich der Anhörung im Bundestag zum Dritten Bevölkerungsschutzgesetz vom 12. November 2020 und haben nach meiner epidemiologischen Einschätzung weiterhin Gültigkeit.

---

<sup>1</sup> [https://www.bundestag.de/resource/blob/806694/70a4311b5e62c3e6d028f1495960270d/19\\_14\\_0246-21-ESV-Prof-Dr-Gerard-Krause-3-BevSchG-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/806694/70a4311b5e62c3e6d028f1495960270d/19_14_0246-21-ESV-Prof-Dr-Gerard-Krause-3-BevSchG-data.pdf)

## Interessenbekundung von Prof. Dr. med. Gérard Krause

Funktion und berufliche Zugehörigkeit:

Leiter Abteilung Epidemiologie, Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung (HZI), Braunschweig

Stellvertreter des wissenschaftlichen Geschäftsführers, HZI

Leiter Institut für Infektionsepidemiologie, TWINCORE, Hannover

Lehrstuhl (W3) Infektionsepidemiologie, Medizinische Hochschule Hannover

Die vorstehende Stellungnahme stellt meine persönliche Einschätzung dar und repräsentiert nicht notwendigerweise die Position meines Dienstherrn. Nachfolgende mit „Ja“ beantwortete Fragen bedeuten nicht zwangsläufig eine Befangenheit in Bezug auf obenstehende Stellungnahme.

<b>Finanzielle Zuwendungen:</b> Haben Sie persönlich in den vergangenen drei Jahren finanzielle Zuwendungen von Firmen, Lizenzeinnahmen zur Herstellung oder Vertrieb von Medizin- oder IT-Produkten (z.B. Impfstoffe, Diagnostika, Arzneimittel) erhalten? Erläuterung: n/a	<b>Nein</b>
<b>Finanzielle Beteiligungen:</b> Sind Sie in Besitz von Aktien oder sonstige finanzielle Beteiligungen zu einer Firma zur Herstellung oder Vertrieb von Medizin- oder IT-Produkten beteiligt (z.B. Impfstoffe, Diagnostika, Arzneimittel)? Erläuterung: n/a	<b>Nein</b>
<b>Auftragsstudien:</b> Waren Sie in den vergangenen drei Jahren an Studien im Auftrag oder im Interesse eines Unternehmens zur Herstellung oder Vertrieb von Medizin- oder IT-Produkten beteiligt (z.B. Impfstoffe, Diagnostika)? Erläuterung: n/a	<b>Nein</b>
<b>Auftragsgutachten:</b> Waren Sie persönlich in den vergangenen drei Jahren im Rahmen regulatorischer, gesetzgebender oder gerichtlicher Anhörungen gutachterlich für Firmen zur Herstellung oder Vertrieb von Medizin- oder IT-Produkten (z.B. Impfstoffe, Diagnostika) tätig? Erläuterung: n/a	<b>Nein</b>
<b>Ämter:</b> Hatten Sie in den vergangenen drei Jahren Funktionen, Mitgliedschaften oder Ämter, in Gremien, Firmen oder Vereinen - bezahlt oder unbezahlt - aus denen sich eine Erwartung ableiten könnte, in Bezug auf die COVID-19 Pandemie eine bestimmte Position einzunehmen? Erläuterung: n/a	<b>Nein</b>
<b>Erfindungen:</b> Sind Sie Erfinder von Patenten oder in Prüfung befindlicher Patentanmeldungen, die im Zusammenhang der COVID-19 Pandemie relevant sind oder werden könnten? <b>Erläuterung:</b> Low Bandwidth Database Synchronization (LBDS): Ein Verfahren zur mobilen Datenbanksynchronisierung in Regionen ohne Internetanbindung.	<b>Ja</b>
<b>Fördermittel:</b> Hat Ihre Arbeitsgruppe in den vergangenen drei Jahren Fördermittel von Firmen zur Herstellung oder Vertrieb von Medizin- oder IT-Produkten (z.B. Impfstoffe, Diagnostika) erhalten? Erläuterung: n/a	<b>Nein</b>
<b>Weitere Hinweise:</b> Gibt es weitere vergangene oder gegenwärtige Zusammenhänge, die als Befangenheit in Bezug auf Aussagen zur COVID-19 Pandemie oder zum IfSG wahrgenommen werden könnten? <b>Erläuterung:</b> Von 2000 bis 2013 war ich Fachgebiets- bzw. Abteilungsleiter im Robert-Koch Institut und in dieser Funktion maßgeblich an der Bewältigung epidemischer Lagen von nationaler Tragweite beteiligt (z.B. SARS 2003, H5N1 Influenza 2009, EHEC 2011). Meine Abteilung am HZI ist Empfänger von Drittmitteln zu COVID-19-Forschung u.a. von folgenden Ministerien: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur. Seit 2015 bin ich wissenschaftlicher Leiter des digitalen „Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System“ (SORMAS), welches in Gesundheitsämtern in Deutschland und im Ausland für das Fall- und Kontaktpersonenmanagement zum Einsatz kommt. SORMAS ist open source und steht ohne Lizenzgebühren frei zur Verfügung.	<b>Ja</b>

Braunschweig, den 22.02.2021