

Universitätsklinikum Bonn, Venusberg-Campus 1, 53127 Bonn

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Bonn, 14. März 2022

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften

Sehr geehrte Damen und Herren,

Es ist wichtig sich vor Augen zu führen, dass wir uns in einer anderen Phase der Pandemie befinden als das letzte Mal das Infektionsschutzgesetz überarbeitet wurde und als das Auslaufen der Maßnahmen in den § 28a Absatz 10 und §28b Absatz 7 beschlossen wurden. Wir haben eine Impfung, die effektiven Eigenschutz vor schwerem Verlauf bietet und wir haben eine neue Virusvariante, die zwar sehr leicht übertragbar ist, aber bei Geimpften wie auch bei Ungeimpften häufiger mildere Verläufe verursacht. Das schlägt sich dahingehend nieder, dass wir zwar noch nie dagewesene hohe Infektionszahlen haben, aber die Krankenhausbelegung und intensivmedizinische Belegung von den Infektionszahlen mehr oder weniger entkoppelt sind.

Die BA2 Subvariante von Omikron setzt sich durch, die noch leichter übertragbar als die BA1 Subvariante, aber ähnlich milde Verläufe verursacht. Wir können damit rechnen, dass die Infektionszahlen mit besseren Wetter, höherer UV Strahlung, höheren Temperaturen und veränderter Luftfeuchtigkeit abnehmen werden. Also mit anderen Worten aufgrund des saisonalen Effekt. Es ist in meinen Augen daher ein guter Zeitpunkt besonnen Maßnahmen zurückzufahren und sich von den Maßnahmen zu trennen, von denen man nicht weiss, ob sie zur Eindämmung des Infektionsgeschehens beitragen und stattdessen die Maßnahmen beibehalten, von denen wir sehr gute wissenschaftliche Evidenz haben, dass sie eine Wirksamkeit besitzen. Um ein Beispiel zu bringen: einen klaren wissenschaftlichen Beweis für die Wirkung von 2G-, 3G- Regeln, Lockdowns und Ausgangssperren gibt es bisher nicht. (Ich bitte Sie den Ausdruck „keine wissenschaftliche Evidenz“ hier nicht falsch zu verstehen. Ich sage nicht, dass die Maßnahmen nichts bewirken, sondern dass der Beweis einer Wirksamkeit nicht vorliegt, fraglich ist oder Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen.) Dagegen gibt es aber sehr gute wissenschaftliche Evidenz für Maßnahmen wie zum Beispiel ‚das Masken tragen‘. Daher begrüße ich, dass man die Option der Maskenpflicht in der neuen Fassung des Infektionsschutzgesetz aufrecht erhält, gerade dann wenn das Infektionsgeschehen hoch ist. Zu dem begrüße ich, dass Maßnahmen im Notfall flexibel und Hotspot bezogen angewendet werden können, nämlich dann wenn wirklich eine Überbelastung des Gesundheitswesens droht.

Etwas schwammig formuliert ist wann die „Hotspot-Regel“ angewandt werden kann. Es wird an der Pathogenität der Corona-Variante und der

Institut für Virologie

Univ.-Prof. Dr. med.
Hendrik Streeck
Direktor

Tel: +49 (0) 228 287-11055
hendrik.streeck@ukbonn.de

Direktionsassistentin

Sandra Bell

Tel: +49 (0) 228 287-15522

Fax: +49 (0) 228 287-19144

daniela.holtin@ukbonn.de

Professor Dr.

Anna M. Eis-Hübing

anna-maria.eis-huebing@ukbonn.de

Sekretariat

Andrea Hoffmann

Tel: +49 (0) 228 287-15881

Fax: +49 (0) 228 287-14433

andrea2.hoffmann@ukbonn.de

Universitätsklinikum Bonn

Institut für Virologie

Venusberg-Campus 1

(ehemals Sigmund-Freud-Str. 25)

Gebäude 63

53127 Bonn



Krankenhauskapazität festgemacht. Ich gebe hierbei zu bedenken, dass erst nach einer gewissen Zeit Information zur Pathogenität der Corona-Variante vorliegt. Wie uns die Erfahrung der vergangenen Monaten lehrt, wird die Pathogenität der neuen Variante im Anfangsstadium eher über-als unterschätzt. Es besteht daher die Gefahr der Überreaktion. Zum anderen kann die Hotspotregel greifen, wenn eine Überbelastung der Krankenhauskapazität droht. Es ist wichtig die nächsten Monate zu nutzen, sowohl die Krankenhausbettenverfügbarkeit in Echtzeit sowie die syndromische COVID-19 Belegung besser zu erfassen. Ich verweise hier an dieser Stelle auf die 4. Stellungnahme des Expertenrats, die dringend eine zügige Digitalisierung des Gesundheitswesens anmahnt um für die Pandemie eine bessere Datenlage zu bekommen. Zu dem rege ich an, dass man das Infektionsgeschehen und Variantenmonitoring über ein Abwassermonitoring durchführt. Dies ist in anderen Ländern Europas und einigen Städten in Deutschland bereits erfolgreich eingeführt worden. Ein Aufbau einer Abwassersurveillance gibt auch die Möglichkeit andere Erreger wie die Influenza oder multiresistente Keime in Zukunft besser zu beobachten.

Ich habe aber ein paar Kritikpunkte an der Neufassung des Infektionsschutzgesetz und würde es begrüßen, wenn Sie diese Punkte in ihre Diskussion mit aufnehmen würden:

1. In Einrichtungen, in denen vulnerable Gruppen leben, wie Alten- und Pflegeheime, macht es Sinn besondere Schutzvorkehrungen zu treffen, um durch hochfrequentes Testen nicht nur die Eintragung sondern auch die Übertragung unter den BewohnerInnen zu vermeiden. Es wird Eintragungen in diese Bereiche geben, jedoch kann man durch eine Früherkennung nicht nur eine weitere Übertragung vermeiden, sondern auch durch präventive Gabe von antiviralen Medikamenten (z.B. Antikörpergabe, Paxlovid), schwere Verläufe zu vermeiden.

Überrascht hat mich in dem Entwurf, dass gleiche Sicherheitsmaßnahmen für Schulen und Kindertagesstätten gelten sollen. Zumal auch in dieser Altersgruppe eine Omikron-Infektion nochmal milder verläuft. Um es deutlich zu sagen das Risiko für einen schweren Verlauf haben ältere Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen. Obwohl wir uns alle wünschen, dass wir das Coronavirus ausrotten können, werden wir im Winter und im darauffolgenden Winter wieder Wellen haben. Daher sollte man beginnen das Testen restriktiver zu gestalten. Der Expertenrat hat in seiner 6. Stellungnahme empfohlen die nationale Teststrategie anzupassen und es sollte insbesondere geprüft werden, ob Testungen auf symptomatische Fälle beschränkt bleiben kann. Das ist eben auch dann wann man als Arzt normalerweise testet. Wenn es also einen Anfangsverdacht gibt -meist durch Symptome- aber nicht anlasslos also ohne Grund. Es ist auch zu bedenken, dass anlasslose Testen zu einer Verzerrung der Meldeinzidenz in den jeweiligen Altersstufen führt. Mit einem solchen Verzerrungseffekt, wie wir ihn bereits erlebt haben, kann es so wirken, dass Schulen und Kindertagesstätte besonders betroffen sind, aber das Gegenteil der Fall ist.

2. Hier möchte ich auch zu meinem zweiten Kritikpunkt kommen und der bezieht sich auf §22a. Als Arzt ist es mir weniger wichtig wie jemand seinen Schutz vor einem schweren Verlauf erreicht hat, sondern es geht mir darum, ob er einen hat. Jemand, der eine Infektion durchgemacht hat

und bei dem Antikörper nachgewiesen werden können, hat einen vergleichbaren Schutz vor einem schweren Verlauf wie jemand der geimpft ist. Natürlich gibt es hier Abstriche, eine Omikron-infektion schützt vielleicht nicht so gut vor der Delta-Infektion, ein asymptomatischer Verlauf induziert vielleicht weniger Antikörper als ein symptomatischer Verlauf. Impfen ist sicherer und impfen schützt sicherer. Erstmals soll aber ein Impf- und Genesenenstatus gesetzlich verankert werden, der zu dem nicht im Einklang mit anderen europäischen Ländern ist. Gerade im Hinblick auf den Ukraine-Krieg, Flüchtlinge, die mit Impfstoffen geimpft sind, die zwar von der WHO zugelassen sind, aber in Deutschland nicht anerkannt werden, würde ich mir Vereinfachung und Pragmatismus wünschen und zum Beispiel Antikörpertests als Nachweis zulassen (wobei wir hier auch mittels verschiedener Antikörper unterscheiden können, wie jemand seine Immunantworten bekommen hat). Auch kann es in Einzelfällen sein, dass ein dreifach Geimpfter weniger Antikörper hat als ein Ungeimpfter. Es wäre daher wünschenswert, dass man mittels großangelegter Studien über die Sommermonate hinweg bestimmt, wer einen Schutz vor einem schweren Verlauf hat. Das würde uns besser auf den Herbst und Winter vorbereiten. Eine Anerkennung des Antikörperstatus ganz egal auf welchem Weg jemand Antikörper erreicht hat, wird uns einen einfacheren Umgang auch im Hinblick auf andere Impfstoffen, die in Deutschland nicht zugelassen sind, ermöglichen.

3. Ich bin kein Jurist, aber bereits beim Lesen des Paragraphen §22a sind mir Fehler aufgefallen, die in der Praxis Probleme machen werden. Nur ein Beispiel: Wir haben im Herbst die BürgerInnen aufgefordert sich eine Boosterimpfung zu holen und auch gesagt, dass es auf den Tag nicht ankommt, ob man den Booster vor der 3 Monatsfrist bekommt. In einigen Bundesländern war dies kurzfristig schon 2 Wochen nach der Zweitimpfung möglich. All diejenige, die sich zu früh haben Boostern lassen, sollen nach dem neuen §22a nicht mehr als geboostert gelten und würden daher eine 4. Impfung benötigen. Daher bitte ich Sie den sehr detaillierten §22a zu überdenken, zu entschlacken und zu vereinfachen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Prof. Dr. Hendrik Streeck