



Wortprotokoll der 20. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 6. April 2022, 14:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 2

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

**Planungssicherheit geben und gemeinsam europä-
isch handeln – Dauer des Genesenen-Status wieder
auf 180 Tage anheben und einheitliche Quarantä-
neerleichterungen für reisende Familien mit Kin-
dern**

BT-Drucksache 20/690

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Auswärtiger Ausschuss

Ausschuss für Inneres und Heimat

Rechtsausschuss

Ausschuss für Tourismus

Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen
Union



Verbände/Institutionen

- Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V. (DGfI)
- Gesellschaft für Virologie e. V. (GfV)
- Ständige Impfkommission (STIKO)

Einzelsachverständige

- Prof. Dr. Onur Boyman (Universitätsspital Zürich)
- Prof. Dr. Franz C. Mayer (Universität Bielefeld)
- Werner Möller (Initiative Pflege für Aufklärung)
- Prof. Dr. Hendrik Streeck (Universitätsklinikum Bonn)
- Dr. Thomas Voshaar (Stiftung Bethanien Moers)



Beginn der Sitzung: 14:30 Uhr

Einzigster Tagesordnungspunkt

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Planungssicherheit geben und gemeinsam europäisch handeln – Dauer des Genesenen-Status wieder auf 180 Tage anheben und einheitliche Quarantänerleichterungen für reisende Familien mit Kindern

BT-Drucksache 20/690

Die **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirstin Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich begrüße Sie sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die, so wie wir es bereits kennen, eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit unseren Sachverständigen ist. Vorab möchte ich Sie bitten, sich mit Ihrem Namen in Webex anzumelden, sodass wir wissen, wer an der Anhörung teilnimmt. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich zurück. Wir beschäftigen uns in dieser Anhörung mit dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU mit dem Titel „Planungssicherheit geben und gemeinsam europäisch handeln – Dauer des Genesenen-Status wieder auf 180 Tage anheben und einheitliche Quarantänerleichterungen für reisende Familien mit Kindern“ auf Bundestagsdrucksache 20/690. Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Fraktion der CDU/CSU fordert in ihrem Antrag, die Zeit, die die Testung zum Nachweis einer vorherigen Infektion mit Sars-CoV-2 höchstens zurückliegen dürfe, an die europäischen Regelungen anzugleichen und damit wieder von 90 auf 180 Tage zu erhöhen. Außerdem sollen nach Wunsch der CDU/CSU die Ausnahmen für reisebezogene Quarantäne/Selbstisolation für Kinder entsprechend der Empfehlung des Rates der Europäischen Union für eine koordinierte Vorgehensweise zur Erleichterung der sicheren Ausübung der Freizügigkeit während der COVID-19-Pandemie angewendet werden. Zur Begründung heißt es, es sei ein schwerer politischer Fehler gewesen, den Genesenen-Status kurzfristig von

180 auf 90 Tage zu halbieren, die Entscheidung sei intransparent und praktisch ohne Vorankündigung getroffen worden. Zudem sei die Entscheidung im europäischen Kontext inkonsistent. Die Mitgliedstaaten der EU hätten sich darauf geeinigt, dass der Genesenen-Status europaweit 180 Tage lang gelten solle. Dem habe auch die Bundesregierung zugestimmt, gleichzeitig sei aber in Deutschland die Dauer des Genesenen-Status auf 90 Tage halbiert worden. Das sei weder sinnvoll noch nachvollziehbar. Bei der Bekämpfung von Corona sei ein gemeinsames Vorgehen in Europa wichtig und nationale Alleingänge sollten vermieden werden. Soweit zum Inhalt des Antrags. Bevor wir beginnen, will ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf dieser Anhörung machen: Für diese Anhörung stehen uns 60 Minuten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Es beginnt die antragstellende Fraktion. Die weitere Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen und beruht auf einer ausschussinternen Vereinbarung. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Frage- und Antwortzeit sind auf insgesamt drei Minuten beschränkt. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Nach 60 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, sich vor der Beantwortung der Frage mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert zum einen die Protokollierung der Anhörung. Zum anderen können die Zuschauerinnen und Zuschauer die Sachverständigen den jeweiligen Verbänden bzw. Institutionen zuordnen. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, möchte ich an dieser Stelle herzlich danken. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro und wird für einen guten Zweck spendet. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und morgen um 10 Uhr im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem können Sie die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages abrufen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht.

Soweit die Einführung. Meine Damen und Herren, wir beginnen mit der Anhörung und die erste Frage



stellt die Fraktion der CDU/CSU.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Unsere erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Hendrik Streeck. Welche wissenschaftlichen Gründe könnten für die Verkürzung des Genesenen-Status von 180 auf 90 Tage sprechen? Gibt es umfangreiches Studienmaterial hierzu und welche wissenschaftlichen Gründe würden dagegen sprechen, die Dauer wieder auf 180 Tage zu verlängern?

ESV Prof. Dr. Hendrik Streeck: Ich denke, bei der Bewertung müssen zwei Arten des Schutzes unterschieden werden, einmal der Schutz vor einer Reinfektion und der Schutz vor einem schweren Verlauf. Wie wir alle wissen, haben wir vor allem bei den Impfungen einen sehr guten Schutz vor einem schweren Verlauf, aber wir sehen auch sehr häufig Infektionen bei zum Beispiel doppelt Geimpften oder Geboosterten gerade jetzt in der Omikron-Welle. Bei der Impfung konnte sehr gut in kontrollierten Studien gezeigt werden, dass ein Schutz vor einem schweren Verlauf existiert. Aufgrund der Komplexität in der Kombination unterschiedlicher Varianten-Kombinationen ist es auch mit Impfungen sehr viel komplexer. Trotzdem ist es durchaus möglich. Mittlerweile gibt es sehr viele und sehr gute Publikationen aus verschiedenen Ländern zu der Frage, wie gut der Schutz vor einer Infektion und einem schweren Verlauf nach einer Infektion ist. Zusammenfassend, ich will sie jetzt nicht alle einzeln auflisten, kann man sagen, dass alle bisher vorliegenden Studien zeigen, dass eine durchgemachte Infektion einen ebenso langen, wenn nicht zum Teil längeren Schutz vor einer Reinfektion zeigt als eine Impfung. Auch bietet eine Infektion einen sehr guten und mindestens ebenso langen Schutz vor einem schweren Verlauf im Vergleich zur Impfung. Ich möchte noch eine Einschränkung hinterher geben, wir können das für die Omikron-Infektion nicht abschließend beurteilen. Dafür ist der Zeitverlauf noch nicht lang genug, auch bei den Omikron-Varianten, die sich jetzt gerade durchsetzen, zum Beispiel die BA2-Subvariante von Omikron. Trotz allem ist nach bisherigem Erkenntnisstand der Schutz vor einer erneuten Omikron-Infektion nach einer induzierten Omikron-Infektion vergleichbar mit dem einer Impfung. Zum Schluss möchte ich noch auf die 90 Tage eingehen. In den

meisten Studien wird eine Reinfektion definiert, als dass sie mindestens 90 Tage nach einer vorangegangenen SARS-CoV-2 Infektion stattgefunden hat, zum Beispiel in der SIREN-Studie (SARS-CoV-2 Immunity and Reinfection Evaluation), die auch vom Robert Koch-Institut (RKI) zitiert wird. Das ist der einzige Verweis, den ich auf die 90 Tage in der Literatur gefunden habe, aber man muss klar sagen, dass die Definition einer Reinfektion nicht bedeutet, dass nach 90 Tagen eine Reinfektion oder ein schwerer Verlauf stattgefunden hat. Ansonsten zeigen alle Studien einen längeren Schutz.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Tenbusch von der Gesellschaft für Virologie. Das RKI hat im Januar im Nachgang zur Verabschiedung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmeverordnung im Deutschen Bundestag unverzüglich den Genesenen-Status für ungeimpfte Bürgerinnen und Bürger verkürzt und dies auf seiner Webseite veröffentlicht. Was hatte sich von Delta zu Omikron und seinen Sub-Varianten substantiell verändert und halten Sie die Begründung des RKI für stichhaltig?

SV Prof. Dr. Matthias Tenbusch (Gesellschaft für Virologie): Verändert hat sich von Delta zu Omikron in erster Linie das Virus und man hat gesehen, dass die Immunität, die nach einer vorherigen Impfung oder einer vorherigen Infektion bestand, deutlich weniger vor einer Reinfektion mit Omikron geschützt hat. Diesen Effekt hat man besonders gesehen bei Infizierten, dass circa drei Monate nach der Infektion aufgrund der Parameter der neutralisierenden Antikörper davon auszugehen ist, dass man vor einer Reinfektion weniger gut geschützt ist. Dazu muss man sagen, das Gleiche hat man für zweifach Geimpfte gesehen. Von daher kann man schon zu dem Entschluss kommen, dass im Hinblick auf die Unterbrechung der Infektionsketten sowohl die zweifach Geimpften als auch die vorher Infizierten zum Infektionsgeschehen voll beitragen, obwohl sie vor einer schweren Erkrankung, wie Herr Prof. Dr. Streeck es ausgeführt hat, geschützt sind. Aus Sicht der Infektionsverhinderung, so steht es auch in der Begründung des RKI, muss man den Genesenen-Status daher als Schutzmaßnahme sehen. Von daher war diese Begründung sicherlich denkbar, man hätte es aber für die zweifach Geimpften genauso machen sollen. Das spielt



jetzt weniger eine Rolle, weil man jetzt in einer Phase ist, in der weitere Schutzmaßnahmen, zum Beispiel Kontaktbeschränkungen, nicht vom Genesenen-Status abhängen und daher spricht nichts dagegen, die Immunität wieder mit den Geimpften gleichzusetzen.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Hendrik Streeck. Mich würde interessieren, auf welcher Datengrundlage die Bestimmung des Genesenen-Status erfolgt und vor allem, ob in Deutschland ausreichend Daten über den Immunstatus der Bevölkerung vorliegen. Falls das nicht der Fall sein sollte, welche Daten werden noch benötigt und wie könnte man diese gewinnen?

ESV **Prof. Dr. Hendrik Streeck**: Soweit beschrieben in den Stellungnahmen zum Genesenen-Status vom RKI und der STIKO (Ständige Impfkommision) beruhen die Daten auf Studien meist aus dem Ausland, meistens aus England, aber auch Israel, Dänemark und Katar hatten sehr gute Daten, es ist aber auch eine jüngere Bevölkerung. Leider haben wir es in meinen Augen in Deutschland nicht geschafft, eine gute und repräsentative Stichprobe zur Erfassung der Inzidenz als Infektionsgrundlage zu schaffen. Auch gibt es keine gute repräsentative Studie zur Erfassung des Immunstatus und durch wiederholtes Sampling damit auch zum Genesenen-Status. Von November bis Februar wurde das sozioökonomische Panel wieder bemessen. Die Daten sollen dafür im Mai zwar vorliegen, leider ist es epidemiologisch ein denkbar schlechter Zeitpunkt, da wir derzeit eine sehr enorme Infektionslage haben und man solche Studien optimaler Weise im Sommer mit niedrigen Infektionszahlen durchführt, um damit eine bessere Abschätzung zu bekommen. Daher ist dazu zu raten, dass diesen Sommer eine große angelegte Antikörper-Panelstudie durchgeführt wird, damit wir, wenn Geimpfte und Genesene einen ähnlichen Schutz haben vor einem schweren Verlauf, die Schutzquote für den Herbst und Winter bestimmen können. Die Dauer des Genesenen-Status wurde verkürzt, da müssen wir über eine Verlängerung nachdenken.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Boyman richten. Meine Frage lautet: Welche Unterschiede lassen sich in Bezug auf die Schwere der Erkrankung und Langzeitfolgen zwischen Ungeimpften, Genesenen und Geimpften mit Durchbruchinfektionen beobachten und lassen sich aus diesen Unterschieden Rückschlüsse auf eine notwendige Begrenzung des Genesenen-Status bei Ungeimpften ziehen?

ESV **Prof. Dr. Onur Boyman**: Ich würde die Frage versuchen so zu beantworten, dass wir bezüglich Langzeitfolgen oder kurz Long COVID genannt, folgendes wissen: Diese hängen vom Schweregrad der COVID-Infektion ab, vom Alter des Patienten sowie von gewissen anderen Faktoren wie Komorbidität oder Immunschwächen. Diese können so beeinflusst werden, dass zum Beispiel der Schweregrad einer COVID-Infektion sicherlich negativ korreliert mit dem Vakzinierungsstatus, das heißt Vakzinierete, geimpfte Personen, sind gegen schwere Verläufe viel besser geschützt als ungeimpfte und sind auch viel kontrollierter geschützt als solche, die zum Beispiel eine COVID-Erkrankung ohne Impfung durchgemacht haben. Wenn Sie fragen, wie es ist bezüglich Durchbruchinfektion, das heißt bei Geimpften aussieht, dann ist es in der Regel so, dass es nach einer Impfung, auch wenn es zu einer Durchbruchinfektion kommt, in der Regel zu mildereren Erkrankungen kommt und damit das Risiko von Long COVID klar niedriger ist. Ich sage nicht, dass es bei null liegt, aber klar niedrig ist. Somit würde ich sagen, eine Impfung schützt auch bei einer Durchbruchinfektion signifikant gegen Langzeitfolgen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Mayer. Die Koalition hat die Regelung zur Gültigkeit eines Immunitätsnachweises nun inzwischen direkt in § 22a Infektionsschutzgesetz (IfSG) geregelt. Wie bewerten Sie diese Entscheidung?

ESV **Prof. Dr. Franz C. Mayer**: Es ist in der Tat so, dass mittlerweile die Regelung im Paragrafen Gesetz verortet ist. § 22a Absatz 2 Nummer 2 des Infekti-



onsschutzgesetzes stellt für den gewesenen Genesennachweis darauf ab, dass die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion mindestens 28 Tage und höchstens 90 Tage zurückliegt und in § 22a Absatz 4 Infektionsschutzgesetz wird eine Anpassung der Zeitspanne ermöglicht. Die Bundesregierung wird ermächtigt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Forschung von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Anforderungen, unter anderem an diesen Genesennachweis, zu stellen. Wir haben hier einerseits eine parlamentsgesetzliche Festlegung und das ist unter dem Aspekt der demokratischen Verantwortlichkeit immer vorzuziehen. Zugleich gibt es aber eine Verordnungsermächtigung, mit der weiterhin die Möglichkeit besteht, schnell zu handeln, die natürlich den verfassungsrechtlichen Anforderungen an Verordnungsermächtigungen genügen muss. Die Juristen sprechen hier von „Wesentlichkeitstheorie“, der Artikel 80 Grundgesetz (GG) macht hier bestimmte Vorgaben, und das sehe ich hier alles durchaus als eingehalten an. Man muss vielleicht hier auch nochmal deutlich in Erinnerung rufen, dass auch die Diskussion um die Art und Weise, wie zuvor die Zeitspanne verkürzt wurde, etwas außer Betracht lässt, dass es hier um naturwissenschaftliche Gegebenheiten geht. Wenn sich der Stand der Forschung und des Wissens so ändert, dass kürzere Zeitspannen zwingend anzunehmen sind, macht es wenig Sinn mit Übergangsfristen und mit Zuständigkeitsargumenten so zu tun, als befände man sich im Bereich des besonderen Verwaltungsrechts, Baurecht oder Bauordnungsrecht oder so ähnlich.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Streeck. In Dänemark wurde mit einer Studie untersucht, wie der Impfschutz bei Omikron ist und dort wurde sowohl bei BioNTech als auch bei Moderna festgestellt, dass der Impfschutz nach 90 Tagen deutlich negativ ist. Bei BioNTech liegt der Impfschutz nach 90 Tagen sogar unter minus 50 Prozent, heißt, die Wahrscheinlichkeit eines Geimpften sich zu infizieren, ist mehr als anderthalb Mal so hoch, wie bei einem Ungeimpften. Bei einem knappen Drittel der Geimpften ist bei BioNTech als auch bei Moderna nach 30 Tagen – gemäß dieser dänischen Studie – der Impfschutz negativ. Nun ist es so, dass trotz dieser vorliegenden Daten die Impfung unbegrenzt

gültig ist, während der Genesenenstatus ein zeitliches Ablaufdatum hat und dieser zeitliche Ablauf weiterhin gelten soll. Meine Frage an Sie: Ist das nicht völlige Willkür, den Genesenenstatus mit einem Ablaufdatum zu versehen und die Impfung nicht?

ESV **Prof. Dr. Hendrik Streeck**: Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Sichert, mir ist diese Studie, die Sie da zitieren, nicht bekannt. In allen Studien, die ich kenne, sehen wir, dass es zumindest in der ersten Zeit nach der Impfung einen Schutz vor der Reinfektion gibt, vor allem auch nach dem Boostern, dass das sich aber angleicht zwischen Genesenen und Geimpften und dass auch bei Geimpften mit der Zeit Reinfektionen entstehen können. Trotz allem zeigt die Impfung einen dauerhaften, sehr langen Schutz vor einem schweren Verlauf. So lange wir das überblicken können, so lange es die Impfung gibt, gibt es den Schutz vor dem schweren Verlauf. Auch die letzten Studien haben gesagt, dass der bei Omikron bei rund 80 Prozent liegt. Daher ist generell eher davon auszugehen, dass die Immunität nach Genesungen, nach Infektionen oder nach Impfungen eigentlich einen sehr guten Schutz bietet. Einen Unterschied zu machen oder generell ein Zeitdatum dahinter zu setzen, wann beides endet, ist nicht sehr wissenschaftlich und auch nicht medizinisch. Als Arzt würde ich es eher an Parametern festmachen wollen, wie zum Beispiel das Vorhandensein von Antikörpern im Blut als ein Surrogat, dass eine Grundimmunität und damit auch ein Grundschutz im Blut vorliegt.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Tenbusch von der Gesellschaft für Virologie. Aus unserer Sicht hat das RKI den verkürzten Genesenenstatus aufgrund neuer serologischer Viruseigenschaften überzeugend dargelegt. Welche Parallelen und auch welche Unterschiede gibt es hier zum Impfschutz und der Dauer des Impfschutzes? Und vielleicht auch im Zusammenhang mit der Frage, wie sich das gerade bei den besonders vulnerablen älteren Personengruppen darstellt?



SV Prof. Dr. Matthias Tenbusch (Gesellschaft für Virologie): Wie ich gerade schon ausgeführt habe, war im Januar deutlich ersichtlich, dass der Schutz vor Reinfektionen deutlich zurückgegangen ist. Man hat auch gesehen, dass das bei zweifach Geimpften der Fall war. Die Dänemark-Studien haben in meinen Augen auch nicht gezeigt, dass kein Schutz mehr vorhanden ist, sondern dass der Schutz vor Infektionen deutlich runtergeht, aber nach wie vor ein Schutz vor einer schweren Erkrankung bestand. Die besondere Situation, die wir im Januar hatten, war diejenige, dass wir ein neues Virus hatten, was sowohl besser übertragbar war, als auch der bestehenden Immunität entging. Daraufhin hat das Robert Koch-Institut die Entscheidung getroffen, dass diese Genesenen oder auch Geimpften wieder am Infektionsgeschehen teilnehmen können. Von daher ist die Parallele zwischen zweifach Geimpften und Genesenen schon gegeben. Man hätte dies dann konsequent umsetzen müssen. Jetzt im Nachgang, wo wir eine Omikron-Infektion und derzeit keinerlei Veränderungen haben, können wir dazu noch nicht weiter Stellung nehmen. Es besteht in unseren Augen keine wirkliche klare Datenlage dafür, dass der Schutz wiederum nach 90 Tagen vorbei sein sollte. Das war überwiegend der Tatsache geschuldet, dass sich das Virus verändert hat. Jetzt geht man wieder von einem längeren Schutz aus, sofern das Virus relativ stabil bleibt.

Abg. Dr. Christos Pantazis (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Mayer. Das Prinzip der Subsidiarität ist ein EU-tragender Grundsatz. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund juristisch die vom Gesetzgeber im Infektionsschutzgesetz § 22a gefasste Regelung zum Genesenenstatus für ungeimpfte Bürgerinnen und Bürger? Entsteht hier gegebenenfalls ein Konflikt mit EU-Recht?

ESV Prof. Dr. Franz C. Mayer: § 22 Infektionsschutzgesetz, es ist eben schon zur Sprache gekommen, sieht jetzt diese 90-Tagefrist vor und zugleich enthält der § 22a Infektionsschutzgesetz auch die Möglichkeit, im Wege der Verordnungsermächtigung diese Zeitspanne zu verändern. Die europäische Empfehlung und das ist wirklich auch der Fachausdruck hier, die europäische Empfehlung, das ist die Handlungsform, richtet sich auf 180

Tage. Das deutsche Recht ist also hier restriktiver als die europäische Empfehlung. Nun ist es allerdings so, dass das angesprochene Subsidiaritätsprinzip hier nicht weiterhilft. Das Subsidiaritätsprinzip dient im Europarecht zunächst einmal der Kompetenzkontrolle europäischer Kompetenzen. Es ist ein Kompetenzausübungsprinzip für Kompetenzen der Europäischen Union. Es gilt zwar auch für die Unterstützung-, Koordinierungs- und Ergänzungskompetenzen der EU, also die „weichen“ Kompetenzen – und um eine solche geht es hier im Bereich der Gesundheit – aber es geht hier nicht um die Frage, ob die Kompetenzausübung der EU zu weit geht. Es geht um die strengere Regelung auf mitgliedstaatlicher Ebene. Die Empfehlungen als Handlungsform des Europarechts sind unverbindlich. Das steht in Artikel 288 im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV). Weil die europäische Vorgabe unverbindlich ist, kann der Mitgliedsstaat natürlich abweichende Regelungen treffen. Insoweit ist auch kein Raum für das europarechtliche Vorrangprinzip. Das geht sozusagen ins Leere. Das Infektionsschutzgesetz lässt bei der Verordnungsermächtigung, die ich erwähnt habe, § 22a Absatz 4, übrigens erkennen, was alleine der maßgebliche Parameter ist und sein soll, der aktuelle Stand der Wissenschaft und Forschung. Und wenn dieser die strengere nationale Regelung trägt und diese begründet, dann kann das Europarecht dem nichts entgegen halten, schon weil auch das Europarecht sich ausdrücklich an diesem Stand orientieren will. Ich verweise auf meine schriftliche Stellungnahme, wo ich dafür ein paar Beispiele angebe.

Abg. Simone Borchardt (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Voshaar. Was spräche aus medizinischer Sicht dagegen, die Definition des Genesenenstatus im Infektionsschutzgesetz für geimpfte und ungeimpfte Personen einheitlich auf 180 Tage festzulegen und so den alten Rechtszustand wieder herzustellen?

ESV Dr. Thomas Voshaar: In der Medizin und als Kliniker kennen wir eine zeitliche Befristung für so etwas, was wir als „genesen“ bezeichnen, überhaupt nicht. Es handelt sich um eine rein regulatorische Maßnahme, die damals – und das sage ich ausdrücklich, weil jetzt die Situation eine ganz andere ist in dieser pandemischen Phase – die damals



getroffen wurde unter dem Gesichtspunkt „Infektiosität“, also um die Übertragbarkeit in irgendeiner Weise einzuschränken. A priori hatte als Kliniker – und da haben wir diese Erfahrungen – niemand damit gerechnet, dass man bei einem Atemwegsvirus, was aerogen übertragen wird, durch Impfung oder durch Genesung überhaupt einschränken könnte. Und genau das ist das, was wir sehen, dass diese Art von Schutz, von Immunität, dass man sich überhaupt infiziert und auch andere infizieren kann, dass das ein kurz passageres Leuchtfeuer ist, was wir gerne aufrechterhalten würden, was man aber niemals kann. Und das können wir an vielen anderen Infektionen sehen, da unterscheidet sich das Corona-Virus nicht. Genau das ist auch das, was wir in der Klinik sehen. Man darf nicht vergessen – und da schließe ich mich ganz und gar Herrn Prof. Dr. Streeck an – dass das Entscheidende eigentlich ist und immer war bei jeder Impfung, den Schutz vor schweren Verläufen mit anhaltenden Einschränkungen womöglich, Behinderungen zu verhindern und den Tod zu verhindern. Das findet in hervorragender Weise statt, wie auch schon belegt wurde, sowohl durch die Impfung als auch durch die durchgemachte Erkrankung, die wir als „Genesung“ bezeichnen. Und ich möchte schließen mit einer Frage: Wie stellt sich denn überhaupt die Frage des Genesenenstatus im Gesamtkonzept dar? Selbst die einfachen Menschen, wenn ich das so sagen darf, die zu uns in die Klinik kommen, fragen sich das. Was passiert denn, wenn regulatorisch die Zeit des Genesenseins abläuft? Was ist denn unser Konzept? Was soll denn danach erfolgen? Wie ziehe ich denn meine Uhr wieder auf, damit ich wieder im Spiel bin?

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Prof. Dr. Tenbusch von der Gesellschaft für Virologie. Wir haben gelernt, dass die Impfung sehr gut vor einem schweren Verlauf schützt. Gerade wurde auch über den Genesenenstatus gesprochen. Meine Frage betrifft speziell die Weitergabe des Virus. Gibt es da Erkenntnisse von geimpften Personen und auch von genesenen Personen, was die Wahrscheinlichkeit der Weitergabe des Corona-Virus betrifft? Haben Sie dazu Erkenntnisse?

SV **Prof. Dr. Matthias Tenbusch** (Gesellschaft für Virologie): Es ist sicherlich so, wie mein Vorredner gerade ausgeführt hat, dass sowohl eine vorangegangene Infektion als auch die Impfung nicht vor einer Reinfektion schützen und, soweit bekannt, können auch geimpfte oder genesene Personen nach einer Reinfektion oder sogenannten „Durchbruchinfektion“ das Virus an andere Personen weitergeben. Das ist unumstritten. Man geht davon aus, dass sowohl Geimpfte als auch Genesene dieses in einem geringeren Umfang tun als Ungeimpfte, weil sie wahrscheinlich in der Lage sind, das Virus früher zu kontrollieren, aber sie nehmen definitiv noch am Infektionsgeschehen teil.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Auch meine nächste Frage richtet sich an die Gesellschaft für Virologie, an Herrn Prof. Dr. Tenbusch. Im vorliegenden Antrag werden einheitliche europäische Regeln gefordert und meine Frage wäre: Inwieweit unterscheidet sich das europäische Infektionsgeschehen innerhalb der Mitgliedsstaaten? Und sind Regeln, die auf das jeweilige nationale Geschehen eingehen, Ihrer Meinung nach sinnvoll und nachvollziehbar?

SV **Prof. Dr. Matthias Tenbusch** (Gesellschaft für Virologie): Natürlich ist das Virus in Europa das Gleiche wie in Deutschland und ich finde auch, dass es jetzt gerade in der Diskussion um den Genesenenstatus in der derzeitigen Situation keinen Sinn macht, sich mit dieser 90-Tage-Regelung von den anderen EU-Staaten abzuheben. Das Infektionsgeschehen ist in den Nachbarländern ähnlich, die Virusvariante ist ähnlich. Von daher macht es keinen Sinn, sich dahingehend unterschiedlich abzuheben. Ich möchte nur zu bedenken geben, dass der Ruf nach der europaweiten Einheitlichkeit, in den letzten zwei Jahren selbst bei der bundesweiten Einheitlichkeit, nicht immer so erfolgreich war. Aber grundsätzlich würde ich schon zustimmen, dass man sich in der jetzigen Situation nicht von europäischen Nachbarländern abgrenzen sollte.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine nächste Frage geht an den Herrn Dr. Voshaar. Ich fand sehr spannend, was Sie gerade vorhin gesagt haben. Herr Prof. Dr. Streeck hat gerade auch schon gesagt, das



Zeitablaufdatum wäre unwissenschaftlich. Sie haben auch gesagt, medizinisch ist so ein Zeitablaufdatum sehr schwierig. Jetzt eine Frage an Sie ganz konkret: Sehen Sie es für gerechtfertigt an, dass jemand, der sich mehrfach infiziert hat und sozusagen mehrfach genesen ist, dass der schlechter gestellt wird als jemand, der mehrfach geimpft wurde? Das ist momentan der Fall.

ESV Dr. Thomas Voshaar: Die Antwort ist ganz klar: Eine Schlechterstellung lässt sich überhaupt nicht begründen, weder aus der aktuell publizierten Datenlage heraus, die partiell auch schon zitiert wurde, noch aus der klinischen Erfahrung. Ganz im Gegenteil, die klinische Erfahrung ist – ohne dem Experten der Immunologie sozusagen Nachhilfeunterricht erteilen zu wollen –, dass die natürliche Infektion über Nase und Rachen – darauf haben wir oft hingewiesen – auch dort vor Ort an den Schleimhäuten eine ganz besondere Immunität hinterlässt, die wohl ausgeprägter ist als die, die man nach Impfung haben kann, denn die Antikörper, von denen wir immer sprechen, sind vor allem im Blut aktiv. Also, die Antwort ist ganz klar, es kann im Moment keine Begründung gesehen werden, Genesene oder gar mehrfach Genesene schlechter zu stellen als Geimpfte.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Boyman von der Klinik für Immunologie des Universitätsspitals Zürich. Herr Prof. Boyman, Prof. Watzl, Vorstand der Gesellschaft für Immunologie, erklärte kürzlich in der ARD, dass – ich zitiere – „frühere Infektionen nur noch zu 20 bis maximal 40 Prozent vor einer Infektion mit Omikron schützen, das heißt, die Wahrscheinlichkeit, sich noch einmal zu infizieren, ist durch Omikron deutlich gestiegen“, so Prof. Watzl. Auf welche wissenschaftliche Grundlage könnte man hier verweisen, und welche Konsequenz hat dies für den Genesenenstatus?

ESV Prof. Dr. Onur Boyman: Diese Aussage ist aus medizinischer, klinischer und wissenschaftlicher Sicht ein bisschen schwierig nachzuvollziehen. Es ist klar, dass bei SARS-CoV-2 gewisse Varianten einen geringeren Schutz, oder sagen wir mal dem bevorstehenden Schutz entgehen können, weil sie zum Beispiel in diesem wichtigen Spike-Protein

ganz viele Mutationen nachweisen. Damit können sie zum Beispiel einer Antikörperantwort entgehen. Was wir aber wissen aus immunologischer Sicht und auch klinisch zu beobachten ist, dass nicht nur eine Antikörperantwort gegen das Virus wichtig ist, sondern auch eine T-Lymphozyten-Antwort, und diese ist viel robuster als die Antikörperantwort und weniger anfällig auf diese Mutationen im Spike-Protein. Auf dieser Basis können wir dann zum Beispiel sehen, dass eine T-Zell-Antwort gegen Omikron ebenso effizient ist und gegen Omikron erhalten bleibt, wie zum Beispiel eine Antwort, die entweder durch eine Vakzinierung oder durch eine andere Variante, sei das Delta oder die ursprüngliche Variante, ausgelöst wurde. Von dem her würde ich diese Aussage, die dort getroffen wurde, relativieren und würde sagen, dass sowohl Vakzinierung wie auch vorhergehende Infektionen zu einer Immunität führen, die auf Antikörper und T-Zellen basiert und vor schweren Verläufen signifikant schützt.

Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU): Ich habe auch noch mal eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Streeck. Die Dauer des Genesenenstatus wurde zunächst vom RKI auf 90 Tage verkürzt, dann wurde in Folge auf der Homepage des RKI klargestellt, dass diese Dauer nur für ungeimpfte Personen gilt, für geimpfte Personen würde weiterhin 180 Tage gelten. Im neuen Infektionsgesetz ist die Dauer für Geimpfte und Ungeimpfte jetzt wiederum gleichermaßen mit 90 Tagen definiert. Mich würde einfach mal interessieren, auf welchen wissenschaftlichen Grundlagen so etwas basiert und diese unterschiedlichen Einschätzungen, woher die kommen? Ich frage das auch deswegen, weil Sie Mitglied des Expertenrats der Bundesregierung sind und die Gesetzgebung auch auf Ihren Rat hin ausgerichtet sein sollte.

ESV Prof. Dr. Hendrik Streeck: Sehr geehrte Damen und Herren, ich kann diese Frage leider nicht gänzlich beantworten. Es gibt meines Wissens keine wissenschaftliche Studie, die diesen Unterschied begründet. Ich hatte vorhin bereits erwähnt, dass ich den Hinweis auf die 90 Tage nur in der Definition von den Studien für eine Reinfektion gefunden habe, aber nicht als einen Datenpunkt, wo gesagt wird, da gibt es ein erhöhtes Risiko eines schweren Verlaufs oder einer Reinfektion nach 90



Tagen. Im Gegenteil haben alle Studien bisher gezeigt – mit der Einschränkung, die ich genannt habe für Omikron –, dass Geimpfte und Genesene oder die Kombination davon einen sehr guten und zum Teil sogar die Genesenen, wenn sie zusätzlich eine Impfung erhalten haben, eine überlegene Immunität haben. Zur Frage des Expertenrates: Sie werden hoffentlich verstehen, dass wir da eine Vertraulichkeit verabredet haben und ich interne Diskussionen nicht beschreiben kann, aber als Hinweis möchte ich dazu geben, dass der Expertenrat der Bundesregierung sich ausschließlich schriftlich äußert und da hier keine Stellungnahme zu dem Thema erfolgt ist, hat der Expertenrat hier keine Empfehlung ausgesprochen.

Abg. Dr. Christos Pantazis (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Mayer. Wie schätzen Sie mit Blick auf den hier vorliegenden Fall ein mögliches Spannungsfeld zwischen der Gemeinschaftsaufgabe, der Sicherung der Freizügigkeit in der EU und der im Vertrag von Lissabon verbrieften Kompetenz der Mitgliedstaaten für deren Sozial- und Gesundheitssysteme ein? Bitte geben Sie uns eine Einschätzung dazu.

ESV Prof. Dr. Franz C. Mayer: Es geht nicht wirklich um ein Spannungsfeld, sondern letztlich geht es hier um recht klar definierte Abgrenzungen von Kompetenzsphären zwischen der Union und den Mitgliedstaaten, und da ist es nun mal so, dass der Gesundheitsschutz ganz eindeutig überwiegend in den Händen der Mitgliedstaaten liegt. Das ist so gewollt, das ist möglicherweise auch ein Problem, das sieht man jetzt in der Pandemie, da wird man über die magere Kompetenzausstattung der Union vielleicht auch einmal sprechen müssen, aber so ist es nun mal. Die europarechtlichen Fragen stellen sich hier überwiegend unter zwei Aspekten oder spiegeln letztlich den Aspekt der positiven Integration durch Rechtsetzung und den der negativen Integration durch bestimmte europäische Verbotsnormen, die die Mitgliedstaaten beachten müssen. Man kann sich zum einen fragen, ob die Union die vorrangige Kompetenz zur Festlegung des Genesenzeitraums hat. Dazu ist die klare Antwort nein, weil die Kompetenzen der Union hier allenfalls für gute Ratschläge reichen. Das ist der Sache nach die Empfehlung. § 168 AEUV ist extrem

schmal, das ist die Kompetenzgrundlage für Betätigungen im Bereich von Gesundheit, ich habe dazu in der schriftlichen Stellungnahme auch noch etwas ausgeführt. Zum anderen lässt sich aber fragen, ob nicht Gewährleistungen des Unionsrechts durch die restriktive nationale Bestimmung des Genesenzeitraums beeinträchtigt werden. Es betrifft die Grundfreiheiten, zum Beispiel die Arbeitnehmerfreizügigkeit oder die Dienstleistungsfreiheit, die hier wie Verbotsnormen wirken. Mitgliedstaatliches Recht, das die Grundfreiheiten beeinträchtigt, soll es eben nicht geben. Es ergibt sich aus der kürzeren Laufzeit des Genesenstatus in Deutschland keine Diskriminierung der ausländischen Unionsbürger, für Inländer und Ausländer gelten ja die gleichen strengen Regeln. Die Grundfreiheiten schützen aber auch vor nicht diskriminierenden Beschränkungen. Die Grundfreiheiten gelten aber nicht schrankenlos, sondern es gibt den Ordre-public-Vorbehalt, öffentliche Sicherheit, öffentliche Ordnung und eben Gesundheitsschutz, und das ist dann auch hier zum Beispiel in Arbeitnehmerfreizügigkeit, § 45 Absatz 3 AEUV, in den Verträgen festgehalten. Das sind Stoppschilder und diese Stoppschilder, wo Schluss ist mit Grundfreiheit, zum Beispiel, wenn der Mitgliedstaat mit dem Argument Gesundheitsschutz kommt, die stehen unter dem Vorbehalt der Verhältnismäßigkeit. Daran, würde ich sagen, besteht hier nicht wirklich Zweifel, wenn der Gesundheitsschutz mit dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung begründet ist. Da muss man natürlich auch die Dynamik der Situation berücksichtigen und letztlich Einschätzungsspielräume respektieren. Die erklären übrigens auch, dass man dann zu solchen festen Größen wie 90 oder 180 Tage kommt. Das sind Typisierungen, die wahrscheinlich von der medizinischen Seite auch nicht bestätigt werden können, es hört ja nicht direkt nach 90 oder 180 Tagen auf.

Abg. Tino Sorge (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Streeck als Einzelsachverständigen. Wir hatten heute Morgen im Gesundheitsausschuss schon das Signal von Herrn Prof. Dr. Wieler, die im RKI eine Modulationsstudie oder eine Modellierung vornehmen im Hinblick darauf, wie viele Personen in der Bevölkerung schon mit dem COVID-Virus in Kontakt gekommen sind bzw. gekommen sein könnten. Mich würde deshalb noch einmal die Rolle des Immunstatus interessieren,



und zwar welche Rolle der Immunstatus der Bevölkerung bei künftigen Infektionswellen spielt. Könnte eine genaue Bestimmung helfen bessere Vorsorge zu treffen, wie zum Beispiel etwaige Impfkampagnen zielgenauer zu gestalten und zu strukturieren?

ESV Prof. Dr. Hendrik Streeck: Das ist natürlich im Moment eine der größten Fragen, die wir haben, wie hoch die Impfquote und die Genesenenquote in Deutschland ist. Wir müssen davon ausgehen, dass wir eine Dunkelziffer während der Pandemie zwischen 1,5 vom Vierfachen gehabt haben, je nach Zeitpunkt in der Pandemie, sodass wir bei derzeit rund 20 Millionen Genesenen wahrscheinlich, wenn man konservativ rechnet, 40 Millionen Menschen zusätzlich haben, die genesen sind und damit auch eine Grundimmunität haben. Wir reden immer sehr viel von einer Impfquote. Die Frage ist doch viel eher, welche Impfwunschquote müssen wir erreichen und ist es nicht sinnvoller, hier über eine Schutzquote zu sprechen. Es mag ja sein, dass ein dreifach Geimpfter zum Beispiel aufgrund seines Alters oder einer Vorerkrankung einen schlechteren Grundschutz hat als ein einmal infizierter junger Mensch. Für beide ist daher diese Grundvoraussetzung und das ist auch als Gesellschaft wichtig zu wissen, ob ein Immunstatus oder Immunschutz vorliegt. Das kann man gut an Antikörpern festmachen. Natürlich ist der Antikörper kein genaues Korrelat eines Schutzes, aber man muss davon ausgehen, wer Antikörper im Blut hat, hat auch eine gewisse Grundimmunität mit Antikörpern und T-Zellen. Wir sollten daher in meinen Augen den Sommer nutzen, um zu bestimmen, wie diese Schutzquote ist, damit man auch die identifiziert, die keinen Schutz haben oder ihren Schutz verloren haben, und dass wir dort gezielt mit einer Impfkampagne reingehen und auch gezielt diese Menschen ansprechen können, die für die nächste Welle im Herbst und Winter keinen Schutz haben.

Abg. Linda Heitmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Tenbusch. Ich wüsste gerne, ob Sie Erkenntnisse darüber haben, dass sich die Immunantwort bei Kindern nach einer durchgemachten Infektion, in irgendeiner Form von der bei Erwachsenen grundlegend unterscheidet und daran anknüpfend, ob Sie auch schon Erkenntnisse darüber haben, ob

das im Zuge einer Impfung bei Kindern eine andere Immunantwort ist als bei Erwachsenen. Wahrscheinlich gibt es darüber noch nicht so viele Daten, weil die Kinderimpfung noch nicht so lange und in der Breite vor allem für die Kinder verfügbar ist, aber vielleicht können Sie dazu trotzdem schon etwas sagen.

SV Prof. Dr. Matthias Tenbusch (Gesellschaft für Virologie): Die Erkenntnisse bei den Kindern sind tatsächlich noch nicht so ausreichend wie man das bei den Erwachsenen kennt. Trotzdem kann man auch hier, glaube ich, grundsätzlich festhalten, dass ein Kind, was genesen ist von der Infektion, auch da ist davon auszugehen, dass hier erst einmal über eine längere Sicht ein Schutz besteht vor weiteren Infektionen oder auch schweren Verläufen, wobei man da natürlich auch ganz klar sagen muss, dass die Kinder sicherlich nicht die Gruppe sind, die am meisten von sehr schweren Fällen betroffen sind. Bei der Impfung sehen wir ähnliche Effekte wie bei den Erwachsenen. Aufgrund der geringeren Dosis, die kleinere Kinder erhalten, ist der Immunschutz durch die Impfung teilweise sogar ein wenig schwächer als bei den Erwachsenen. Auch da – wie gesagt – ist der Schutz vor einer schweren Infektion sicherlich gegeben. Was ich generell noch einmal ausführen möchte wäre zum Thema Genesenenstatus: Der Genesenenstatus bezieht sich schon ausschließlich auf Leute, die vorher keine Impfung und keine Infektion hatten, das heißt, nur da reden wir von diesen 90 Tagen, und auch da – wie gesagt – macht diese Einschränkung nur Sinn im Kontext des Auftretens von Omikron. Bei Geimpften und dann Infizierten ist relativ klar, dass der Immunschutz deutlich besser ist, von daher ist die Empfehlung auch dahingehend klar, dass diese sogenannte Hybridimmunität vermutlich eine bessere Grundimmunisierung oder auch einen Grundschutz, wie Herr Prof. Dr. Streeck ausgeführt hat, für die nächsten Wellen gibt. Genauso ist das das Wichtige, dass man das in den Risikogruppen erreicht, und dazu zählen in dem Fall sicherlich nicht zwangsläufig die Kinder.

Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Ich würde da gerne noch einmal nachfragen, Herr Prof. Dr. Tenbusch. Wie würden Sie das beurteilen, dass es insbesondere bei Kindern und Jugendlichen eine größere Impfpfücke gibt als bei älteren Menschen? Wir



erleben gerade auch, dass ziemlich viele Kinder und Jugendliche infiziert sind. Können wir erwarten, dass sie dann, wenn sie genesen sind, einen anhaltenderen Schutz gegen Reinfektion haben oder eher einen nicht anhaltenderen Schutz, jetzt insbesondere unter der aktuellen Variante Omikron BA2?

SV Prof. Dr. Matthias Tenbusch (Gesellschaft für Virologie): Ich denke, darüber zu spekulieren, wie lange jetzt der Schutz bei Kindern oder bei Erwachsenen vor Reinfektionen ist, ist hier nicht wirklich zielführend. Man muss ganz klar betrachten, dass wir jetzt in den kommenden Wellen oder auch in den kommenden Saisons, worüber man jetzt auch immer spricht, in erster Linie betrachten muss, wie hoch ist die Risikogruppe, das heißt, wie hoch sind die Zahlen an über Sechzigjährigen oder auch chronisch Kranken, die keinerlei Immunschutz haben, die weder Kontakt zu dem Virus hatten noch geimpft sind? Dementsprechend spielt für den Infektionsverlauf, dass Kinder oder Jugendliche vielleicht eine deutlich größere Mobilität haben und daher viel aktiver am Infektionsgeschehen teilnehmen und sich dann auch wahrscheinlich häufiger wieder reinfizieren, gar keine so große Rolle. In erster Linie ist es wichtig, dass wir auf lange Sicht die Risikogruppen so klein wie möglich halten und damit dann auch die Belastung des Gesundheitssystems. Dass das Virus in der Bevölkerung langfristig zirkulieren wird, ich glaube, darüber sind sich mehr oder weniger alle einig, dementsprechend dann auch bei Kindern. Und ob ich jetzt alle drei Monate oder alle drei Jahre eine Reinfektion habe, ist dann in dem Fall gar nicht so entscheidend.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Immunologie.

Die stellvertretende Vorsitzende: Frau Aschenberg-Dugnus, die haben leider abgesagt!

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Ach, die haben abgesagt, das tut mir leid! Gut, dann stelle ich eine Frage, das betrifft auch die Immunologie, an Herrn Prof. Dr. Boyman. Welche Erkenntnisse haben Sie zur Immunantwort nach einem weniger

schweren Krankheitsverlauf, wie er häufiger bei einer Omikron-Infektion vorkommt, als zum Beispiel beim Wildtyp oder bei Delta? Könnte man sagen, dass bei einer Omikron-Infektion mit milderem Verlauf die Immunantwort schwächer und deshalb eine Verkürzung des Genesenenstatus sinnvoll ist?

ESV Prof. Dr. Onur Boyman: Ich würde die Frage gerne folgendermaßen versuchen zu beantworten, wo wir klare Daten haben. Bezüglich des Vergleichs Omikron oder nach Omikron oder nach Delta oder nach der Wildtypvariante, dieser Vergleich ist ein bisschen schwieriger, aber wir haben nach der Wildtypvariante detailliert geschaut, und wenn ich wir sage, haben die wissenschaftlich aktiven Gruppen geschaut, wie die Antworten sind nach einem schweren Verlauf versus nach einem milden Verlauf. Was man dort sieht ist, dass nach einem schweren Verlauf höhere Antikörperspiegel erreicht werden, während nach einem milden Verlauf eher niedrigere Antikörperspiegel erreicht werden, die dann aber wieder ein bisschen runterkommen können. Heißt das nun, dass diejenigen, die einen milden Verlauf durchgemacht haben, keinen Genesenenstatus oder keinen Schutz haben vor Reinfektion? Nein, das heißt es nicht, weil diese Antikörper dann zum Beispiel im Blut vielleicht niedriger sind, aber in den Organen, sprich in der Lunge, in den oberen Atemwegen, wie auch den Eintrittspforten, wo das Virus reinkommt, dort können wir diese Antikörper immer noch nachweisen, insbesondere auch bei denjenigen, die einen milden Verlauf hatten. Also, man kann nicht sagen, dass ein milder Verlauf zu einem geringeren Schutz führt. Wenn wir das nehmen und auf Omikron übertragen, dann würde ich dort unter der Annahme, dass das vergleichbar ist, davon ausgehen, dass Omikron nicht zu einem geringeren Schutz führt. Und wenn ich Schutz sage, meine ich vor einer schweren Infektion. Wir sprechen hier noch nicht oder nicht von Long COVID, sondern von einem schweren Verlauf einer Infektion.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage geht auch noch einmal an Prof. Dr. Boyman. Trotz einsetzendem Frühjahr ist das Infektionsgeschehen in Deutschland anhaltend dynamisch mit einer Inzidenz derzeit um die 1 300 auf einem Niveau, das wir uns alle im vergangenen Herbst wohl nicht hätten vorstellen können. Auch damals schon wurde



und wird vor neuen Virusvarianten und deren Konsequenzen gewarnt. Wie ist Ihre Einschätzung für die kommenden Monate und den Herbst, und welche Rolle dürften dabei weiterhin Schutzmaßnahmen spielen?

ESV Prof. Dr. Onur Boyman: Tatsächlich sehen wir in Deutschland wie auch in vielen anderen Ländern, dass die Fallzahlen hoch sind, aber dort sehen wir ganz klar eine Schere, die sich auftut zwischen den Fallzahlen und den Hospitalisationen. Und wenn wir die Hospitalisationen, die Spitaleinweisungen als Korrelat nehmen für schwere Verläufe, dann sehen wir dort eine ganz klare Dissoziation. Und diese Dissoziation kommt dadurch zustande, dass der Anteil von Geimpften und Genesenen jetzt natürlich ganz klar höher ist und dass auch die Omikron-Variante im Vergleich zum Beispiel zur Delta-Variante eher mildere Verläufe verursacht. Dahingehend gesehen ist es eigentlich so, dass wir die Fallzahlen im Zusammenhang mit den schweren Verläufen sehen und nach den schweren Verläufen beurteilen sollten, welche Maßnahmen getroffen werden sollten.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Ich möchte die Frage erneut an Herrn Einzelsachverständigen Dr. Thomas Voshaar richten. Wir haben offensichtlich weiterhin mit dem Begriff Genesenenstatus einerseits und Geimpfthenstatus andererseits zu tun, deshalb meine Frage: Hätten Sie einen Vorschlag, welche wissenschaftlichen Daten man künftigen Definitionen des Genesenenstatus zugrunde legen sollte und wie man diese Daten am besten gewinnen könnte, sollten sie noch nicht vorliegen?

ESV Dr. Thomas Voshaar: Eine interessante Frage! Bevor ich sie beantworte, würde ich gerne noch einmal betonen, dass ich aus der Sicht eines Klinikers und damit praktisch tätigem Arztes ganz und gar Konsens sehe mit den Ausführungen sowohl von Herrn Prof. Dr. Boyman als auch von Herrn Prof. Dr. Tenbusch und natürlich auch von Prof. Dr. Streeck. Für uns ist natürlich die Bedeutung von Reinfektionen ganz gering, und wir sehen nur die daraus resultierende Krankheitslast. Das ist, glaube ich, noch einmal ganz bedeutsam. Und die Krankheitslast sinkt definitiv am stärksten, wenn

jemand geimpft und genesen ist, und die Krankheitslast ist ganz sicher jetzt unter Omikron in dieser Welle viel geringer, wobei Sie da bitte berücksichtigen müssen, dass wir da als Krankheitslast nicht so sehr zählen, ob jemand für drei, vier, fünf Tage zu Hause bleiben muss. Das macht uns im Moment natürlich Sorgen, aber als Krankheitslast sehen wir eher so krank, dass man ins Krankenhaus eingewiesen werden muss oder intensivpflichtig ist.

Nun zu Ihrer Frage, das ist gar nicht so einfach. Ich glaube, dass wir in Deutschland wirklich schnell daran arbeiten sollten, ein Impfregeister zu haben, und in dieses Impfregeister sollten wir mit aufnehmen wer genesen ist. Festzustellen, wer genesen ist, das ist komplex. Am einfachsten ist es wohl tatsächlich zu erfassen, wer einen gesichert positiven PCR-Test hat, und möglicherweise kann man Antikörper gegen die natürliche Infektion, das sind andere Antikörper als die nach Impfung, mit erfassen. Aber das ist durchaus komplex, aber auf diesen Weg müssen wir uns machen, damit wir überhaupt in Deutschland Zahlen haben. Gleichzeitig sollten wir nun wirklich, was immer wieder gefordert wurde, eine Kohorte einrichten, die sozusagen einen Querschnitt durch die deutsche Bevölkerung darstellt. Ja, darüber ist oft diskutiert worden, und diese Kohorte von Woche zu Woche wirklich beobachten, mit welchen Parametern, das müssen wir mit den Experten zusammen entscheiden, aber ich glaube, das sind die beiden Dinge, die wir unbedingt brauchen in Deutschland, um überhaupt zu Zahlen zu kommen.

Abg. Martin Sichert (AfD): Meine Frage würde auch wieder an Herrn Dr. Voshaar gehen. Herr Prof. Dr. Streeck hatte gerade von 40 Millionen Genesenen gesprochen, jetzt sehen wir nach den aktuellen Daten vom DIVI Intensivregister, dass die Zahl der COVID 19-Intensivpatienten deutlich rückläufig ist seit wir Omikron haben. Die Frage, die sich mir stellt an dieser Stelle ist: Inwieweit ist es angesichts dieser Situation sinnvoll, dass man weiterhin so einen starken Fokus auf Corona legt und auf diesen Impf- und damit Genesenenstatus? Oder müsste man nicht langsam mal dahin kommen zu sagen, wir fangen an, Corona wie andere Erkrankungen, die wir auch kennen, zu behandeln und nicht ständig diesen Sonderfokus auf Corona zu legen?



ESV Dr. Thomas Voshaar: Die Datenlage, das muss man deutlich sagen, alle wissen das, ist außerordentlich spärlich. Schon vor sehr langer Zeit haben wir gefordert, wie andere Arbeitsgruppen auch, dass wir natürlich von den insbesondere schwer erkrankten Patienten, die auf Intensivstationen versorgt werden, den Immunstatus bekommen. Immer wieder wird so getan als hätten wir das schon, Fakt ist, dass wir das noch nicht haben. Als wir zum Beispiel in unserem Zentrum erkannt haben, dass diese Daten gar nicht vorliegen und uns aufgefallen ist, dass Patienten, die geimpft und genesen sind, praktisch niemals mehr auftreten, und wir auch gesehen haben, dass bei über 500 schwerstkranken intensivpflichtigen Patienten mit COVID kein einziger dabei war, der genesen war, haben wir das von da an intensiv recherchiert. Dabei haben wir festgestellt – das ist, glaube ich, eine wichtige Aussage, weil große Daten noch nicht vorliegen – bei einer nicht unbedingt repräsentativen Abfrage, dass es in den meisten großen Krankenhäusern in Deutschland genauso war, dass Menschen, die genesen waren, praktisch gar nicht mehr auf Intensivstationen auftauchen. Das gleiche gilt jetzt für Omikron. Omikron ist sozusagen deshalb etwas Besonderes, weil wir diese hohe Infektiosität haben – die unserer und meiner Meinung nach nicht so bedeutsam ist – aber viel weniger Krankheitslast. Und tatsächlich ist das so, dass auf den deutschen Intensivstationen kaum Patienten liegen, die eine Omikron-Infektion haben und wirklich schwer krank sind. Wir sind inzwischen als Lungenärzte so weit, dass wir sagen, Omikron macht eigentlich eine völlig andere Erkrankung als das, was wir vorher unter Alpha und Delta gesehen haben, insbesondere was diese ganz schweren, auch zum Tode führenden Lungenentzündungen angeht, das sehen wir praktisch unter Omikron gar nicht. Insofern befinden wir uns wirklich unter allen Aspekten in einer völlig anderen Phase der Pandemie. Das heißt nicht, dass wir jetzt weniger hingucken sollten, aber der Umgang damit, glaube ich, muss jetzt ganz anders sein als in den ersten Phasen, in den ersten Wellen.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gern noch eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Boyman stellen wollen. Was sind aus Ihrer Sicht mögliche Risiken bei einem sehr langen Zeitraum des Genesenenstatus. Also, man könnte den ja auch für immer sozusagen verlängern und sagen, das hat sich damit erledigt.

Was sind Risiken, die sich da ergeben? Können Sie das ausgehend von dem, was Sie schon erläutert haben, noch einmal näher beschreiben?

ESV Prof. Dr. Onur Boyman: Das ist eine sehr relevante, aber zugleich auch eine schwierige Frage. Ich würde die gern versuchen so zu beantworten: Wenn wir von Risiken sprechen, geht es einerseits um das Risiko einer Reinfektion, um das Risiko von schweren COVID-Erkrankungen sowie um das Risiko von Folgeerscheinungen, sprich zum Beispiel Long COVID. Wenn wir jetzt vom ersten sprechen, vom Risiko einer Reinfektion, so haben wir gesehen, dass bei Leuten, die geimpft sind oder eine Infektion durchgemacht haben und genesen sind, solche Reinfektionen vorkommen, aber in der überwiegenden Zahl mild verlaufen. Also, das ist kein großes Risiko für die Gesundheit, und ich spreche hier als Kliniker und Wissenschaftler. Das Risiko einer schweren Infektion ist ebenso bei der überwiegenden Mehrheit derjenigen, die geimpft oder genesen sind, gering. Eine Ausnahme bilden dort diejenigen, die keine adäquate Immunantwort durchmachen können. Dort braucht es die Spezialisten, die diese dann entsprechend identifizieren und diejenigen Maßnahmen vorschlagen, die dort das Risiko mindern würden. Jetzt zuletzt noch das Risiko von Long COVID oder Langzeitwirkungen. Dort wissen wir, dass das korreliert mit dem Schweregrad, das heißt, ein Schutz durch die Impfung ist sicherlich gegeben, ein Schutz auch bei Genesenen. Auch dort muss man diejenigen schützen, die besonders gefährdet werden. Das könnten zum Beispiel gewisse Risikogruppen sein wie ganz alte Patientinnen und Patienten, die noch nicht infiziert oder geimpft waren. Das ist zum Glück eher eine theoretische Gruppe. Oder aber Patientinnen und Patienten, die ein sehr schweres Asthma haben und dadurch gefährdet sind oder durch gewisse andere Grundkrankheiten. Und auch dort ist es so, dass die Medizinerinnen und Mediziner eigentlich diese Risikogruppen identifizieren und entsprechend personalisiert behandeln könnten. Ich halte das Risiko für einschätzbar und zu managen.

Die stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank Herr Prof. Dr. Boyman, und vielen Dank an alle, die gefragt haben und vor allem an die Sachverständigen, die uns Auskunft gegeben haben. Sie hören den



Applaus hier im Saal. Ich schließe damit diese Anhörung, danke auch dem Ausschussesekretariat für die gute Vorbereitung und wünsche Ihnen allen alles Gute. Auf Wiedersehen.

Sitzungsende: 15:39 Uhr

Gez.
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Stellvertretende Vorsitzende