



09.10.2020

Transkript

„Welche nationale Teststrategie bringt uns optimal durch den Winter?“

Expert*innen auf dem Podium

Prof. Dr. Gérard Krause

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

Prof. Dr. Sandra Ciesek

Direktorin des Instituts für medizinische Virologie, Universitätsklinikum Frankfurt

Moderatorin

Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderatorin dieser Veranstaltung

Video-Mitschnitt

Einen Mitschnitt finden Sie auf der SMC-Website:

<https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/welche-nationale-teststrategie-bringt-uns-optimal-durch-den-winter/>



Transkript

Moderatorin: [00:01:03]

Herzlich willkommen zum heutigen Press Briefing des Science Media Center. Mein Name ist Moderatorin, ich bin Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften beim Science Media Center Germany. Ich begrüße die teilnehmenden Journalisten und die anwesenden Experten, die sich heute hier bereit erklärt haben, für ihre Fragen zur Verfügung zu stehen. Der Herbst ist da, die Infektionszahlen steigen und mehrere Landkreise haben die kritische Marke der Inzidenz von 50 Neuinfektionen bereits überschritten. Und ein langsamer Anstieg der Neuaufnahmen von COVID-19-Patienten in den Krankenhäusern ist auch schon zu beobachten. Solange es keinen Impfstoff gibt und keine Therapie gegen SARS-CoV-2 bleibt die nationale Teststrategie des Bundesministeriums für Gesundheit neben den AHA-Regeln einer der Hauptmechanismen, um die Ausbreitung des Virus einzudämmen. Bisher werden in Deutschland pro Woche mehr als eine Million PCR-Tests zur Diagnose von Verdachtsfällen abgerechnet. Die Strategie heißt in der Regel, das Symptomträger und eventuell enge Kontaktpersonen getestet werden und direkte Kontaktpersonen von positiv getesteten werden gebeten, sich in Quarantäne zu begeben, um mögliche Infektionsketten zu unterbrechen. Was aber, wenn es zu viele Infektionsketten zu verfolgen gibt und wenn das Virus scheinbar überall ist? Gesundheitsminister Jens Spahn plant jetzt ab Mitte Oktober eine dritte Verordnung der Teststrategie. Als Erweiterung sieht diese primär vor, kostenlose Testungen auszuweiten, weil das Bundesinnenministerium ihnen eine entscheidende Bedeutung für die Eindämmung von Corona- Infektionsketten zuschreibt. Laut des Gesundheitsministers sollen ab kommender Woche pro Monat neun Millionen sogenannter Corona-Schnelltests zur Verfügung stehen und die PCR-basierten Tests ergänzen. Diese sollen vor allem zur Testung von asymptomatischen engen Kontaktpersonen verwendet werden und verstärkt im Krankenhaus und Pflegebereich eingesetzt werden. Allerdings diskutieren auch weitere Bereiche zum Beispiel die Veranstaltungsbranche oder Schulen, wie sie diese Schnelltests nutzen können. Wir wollen hier heute in dem virtuellen Press Briefing klären, welche Teststrategien wann sinnvoll sind. Und wir wollen erklären, welche Testgüte von den neuen sogenannten Point-of-Care-Tests nach dem Stand der Wissenschaft erwartet werden kann, bei welchen Personengruppen macht eine erweiterte Teststrategie denn aus wissenschaftlicher Sicht überhaupt Sinn. Diese Fragen und Ihre wollen wir jetzt klären. Ich bitte Sie, Ihre Fragen im Chat zu stellen. Bitte wählen Sie die Option an alle Teilnehmer, so dass mein Kollege die Fragen auch sammeln und an mich weiterreichen kann. Damit möchte ich jetzt auch Frau Professorin Dr. Sandra Ciesek kommen. Sie ist Direktorin des Instituts für medizinische Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt sowie Professorin für Medizinische Virologie an der Goethe-Universität in Frankfurt. Hallo, Frau Ciesek. Halten Sie es angesichts steigender Fallzahlen für sinnvoll, die Teststrategie um Schnelltest auf bestimmte Gruppen zu erweitern und wenn ja, wo sollten diese Antigen-Tests denn prioritär verwendet werden?

Sandra Ciesek: [00:04:16]

Das macht auf jeden Fall Sinn. Aber ich möchte nochmal betonen, dass aus meiner Sicht PCR weiterhin der Goldstandard bleibt, gerade für die Abklärung von symptomatischen Patienten zur Stellung einer Diagnose. Die Antigen-Tests sind eher dazu da, um Fremdschutz zu betreiben und ein Antigen-Test sollte nur dann als Alternative verwendet werden, wenn die PCR (Polymerase-Kettenreaktion) nicht zeitnah möglich ist. Wo kann man das einsetzen? Zum Beispiel bei asymptomatischen Menschen, die einen Besuch im Altenheim planen. Hier macht das Sinn, dass für eine begrenzte Zeitdauer dieser Test dann eine Gültigkeit hat und man das



Risiko minimiert, dass die Virusinfektion in ein Altenheim getragen wird, das ist mit dem Fremdschutz gemeint. Wenn dieser Test positiv ausfällt, ist aber auch ganz wichtig, noch einmal zu betonen, dass da immer eine PCR zur Bestätigung erfolgen müsste. Und wenn man den Test bei symptomatischen Patienten zum Abklären einsetzen will, dann muss man, aber nur zur Not und wenn es keine PCR gibt oder zeitnah zur Verfügung stehen, auch Bedenken, wie lange schon die Symptome vorliegen, weil das ganz entscheidend ist für die Wirkung dieses Tests.

Moderatorin: [00:05:38]

Wann können Antigen-Tests eingesetzt werden? Können sie genauso sensibel wie eine PCR eine Infektion nachweisen oder nur, wenn die Infektion oder die Viruslast besonders hoch ist?

Sandra Ciesek: [00:05:53]

Genau das zweite, die Sensitivität ist nicht so hoch wie bei der PCR. Die Viruslast ist am höchsten kurz vor Auftritt der Symptome und kurz nachdem die Symptome aufgetreten sind. Das heißt, in dieser Phase können Sie mit dem Antigen-Test die Diagnose stellen. Aber wenn wir jetzt mal das Beispiel nehmen aus dem Krankenhaus: Es kommt jemand, der seit einer Woche Symptome hat, sich verschlechtert hat, das ist ja auch der Fall, dass das erst verzögert passiert. Da kann der Antigen-Test oft schon wieder negativ sein und trotzdem die Ursache der Lungenentzündung, zum Beispiel eine COVID-19. Erkrankung sein. Und hier ist er dann nicht die erste Wahl, auf gar keinen Fall.

Moderatorin: [00:06:40]

Und jemand, der vielleicht noch ganz am Anfang seiner Infektion steht, nach asymptomatisch ist und vielleicht auch nicht eine so hohe Viruslast hat. Diejenigen werden aber unter Umständen auch nicht gefunden durch die Schnelltests.

Sandra Ciesek: [00:06:53]

Das gilt genauso für die PCR. Natürlich würde die PCR es ein bisschen früher erkennen. Der Schnelltest, der antigen-basiert ist, ein wenig später, weil die Viruslast noch ein bisschen höher sein muss. Und hier kann man zum Beispiel mit der Frequenz arbeiten, wie oft man diese Tests einsetzt, alle paar Tage zum Beispiel einen Test macht, um dann einen Anstieg irgendwann zu bemerken.

Moderatorin: [00:07:17]

Damit möchte ich jetzt zu unserem zweiten Experten kommen, Herr Professor Dr. Gérard Krause vom Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig. Hallo Herr Krause. Wie schätzen Sie denn die geplante Teststrategie aus epidemiologischer Sicht ein? Werden die verschiedenen Schnelltests helfen, ein unkontrolliertes Wachsen der Infektionszahl zu verhindern, in dem Infektionsketten erkannt und hoffentlich rascher unterbrochen werden können?



Gérard Krause: [00:07:47]

Ich denke, dass diese Point-of-Care-Tests, die Antigen-Tests, tatsächlich einen ganz großen Unterschied im Management machen können, insbesondere im Management im Bereich des Infektionsschutzes. Ich stimme Sandra Ciesek zu, dass es natürlich nicht dazu taugt, die Patienten zu diagnostizieren oder eine Differenzialdiagnose zu betreiben. Aber es kann - wenn richtig eingesetzt - helfen, diejenigen Menschen zu identifizieren, die Überträger sind. Und da ist vielleicht sogar vom Vorteil, dass es nicht so sensitiv ist, weil dann eben nur der Test dann positiv ausschlägt, wenn tatsächlich relevant viel Material nachweisbar ist. Ich sehe allerdings eine Schwierigkeit bei potentiell falsch-negativen Tests. Und nicht deswegen falsch-negativ, weil die Test-Chemie nicht ausreichend sensitiv ist, sondern falsch-negativ, weil die Abnahmetechnik ungeeignet sein könnte. Das spielt ja damit rein. Und das muss mitbedacht werden bei der ganzen Strategie, denn die Probenentnahme trägt ja mit dazu bei, ob der Test positiv ist oder nicht, wenn man es richtig macht oder wenn man es falsch macht. Daher müsste man bei diesen kritischen Stellen, also Altenpflegeheime und so weiter dafür sorgen, dass wirklich geschultes Personal diese Proben entnimmt. Man muss auch bedenken, wenn man es den Probanden selbst überlässt und ein Proband vielleicht konkretes Interesse hat, dass der Test negativ ausf llt, kann er dazu beitragen, dass der Test so durchgeführt wird, dass er negativ ausf llt. Das müssen wir natürlich verhindern. Von daher muss das mitbedacht werden. Das hat auch wieder mit Kosten zu tun. Es geht ja nicht immer um Testkosten selbst also der eigentlichen Test-Untersuchung, der Analytik, sondern es geht immer auch um die prozeduralen Kosten vor und nach dem Test. Das muss man mitdenken und mit organisieren.

Moderatorin: [00:09:46]

Bisher ist ja laut Referentenentwurf nicht geplant, dass nicht medizinisches Personal die Tests durchführen kann. Heimtests stehen ja tatsächlich auch soweit ich weiß, noch nicht zur Debatte.

Gérard Krause: [00:09:59]

Es ist richtig, dass das so vorgesehen ist. Ich habe das gelesen, das ist auch genau vernunftig, dass das mitgedacht und mitorganisiert wird, dass diese Entnahme der Proben durch geschultes Personal durchgeführt wird.

Moderatorin: [00:10:15]

Der Anteil falsch-positiver Tests ist nach wie vor ein wichtiges Diskussionsthema, insbesondere bei niedriger Inzidenz. Gibt es aktuelle Studien, wie hoch dieser Anteil unter Praxisbedingungen ist?

Gérard Krause: [00:10:27]

Das ist ganz einfach. Das hängt immer von der Basisprävalenz ab. Das heißt, es verändert sich mit der epidemiologischen Lage. Das kann man ziemlich leicht ausrechnen, wenn man erst einmal Sensitivität und Spezifität hat. Da würde ich dann zurück an die Virologin verweisen. Aber auch das ist wiederum abhängig von der Entnahmetechnik. Gerade der Punkt falsch-



negativ ist ganz stark abhängig von der Entnahmetechnik. Ein falsch-positiver Test ist ja in diesem Setting: Ich will eine vulnerable Person schützen vor einem Überträger, vor einer Person, die in relevanter Weise Viren übertragen kann, ist ja ein falsch-positiver Test erstmal nicht so schädlich. Danach habe ich nämlich vielleicht einen Besuch umsonst vermieden und hätte ihn vielleicht zulassen können. Aber es ist erst kein Schaden entstanden. Umgekehrt ist die Frage tatsächlich kritisch, wenn ich einen falsch-negativen Test habe, der Besuch findet also statt und es stellt sich heraus, dass die beprobte Person doch in relevanter Menge Viren ausgeschieden hat. Dann hat man die Person im Altenheim zum Beispiel unnötigerweise einem Infektionsrisiko ausgesetzt. Ich würde also in jedem Fall auf das Tragen von Masken und zwar in diesem Setting dann auch auf FFP2- Masken bestehen und auch darauf bestehen, dass dieses Auflegen und Setzen und Tragen dieser Masken richtig überprüft und überwacht wird. Dass man da nicht die handelsüblichen Mund-Nasen-Schutz-Dinger, wie ich sie hier habe, in diesem Setting verwendet, sondern eine richtige FFP2-Maske.

Moderatorin: [00:12:13]

Frau Ciesek, führen Sie solche Schnelltests bei sich im Krankenhaus aktuell schon durch?

Sandra Ciesek: [00:12:19]

Ja, wir evaluieren sie gerade. Wir haben verschiedene Produkte von verschiedenen Herstellern da, die alle der zweiten Generation angehören. Wir haben sie natürlich schon im Frühjahr getestet, da waren sie aber nicht zufriedenstellend. Die, die jetzt auf den Markt gekommen sind, die sind gar nicht so schlecht. Wir haben anhand eines Ausbruchs mal geguckt, welche Ct (threshold cycle)- Werte diese Tests schaffen und ob das auch korreliert mit der Infektiosität. Da muss man sagen, sie sind deutlich besser geworden als im Frühjahr, aber sie sind auch nicht perfekt. Das muss einem klar sein, deswegen sage ich, der Goldstandard bleibt die PCR und deswegen kann man auch diese Antigen-Tests gerade im Krankenhaus-Setting nicht ersetzen. Aber wir werden sie immer mehr einsetzen, einfach durch die beschränkten Ressourcen, die wir haben und wenn man das mal so anschaut, dann schaffen die ungefähr einen Ct-Wert von 28 manchmal bis 30 und sind aber, was Gérard Krause sagt, auch leider falsch-positiv bei ungefähr einem Prozent der Personen. Das ist natürlich auch schon ein Problem, gerade wenn ich mir das in einem Pflegeheim vorstelle. Da muss man sehr gut mit den Leuten kommunizieren, was das dann bedeutet, weil dann natürlich Pflegekräfte zum Beispiel einfach zuhause bleiben müssen, bis das in der PCR abgeklärt wurde. Das sind für mich offene Fragen, wer genau betreut an diese Pflegeheime, damit es da nicht zu Unsicherheiten auch bei dem Personal kommt.

Moderatorin: [00:14:12]

Darf ich kurz nochmal darauf eingehen, was sie gerade gesagt haben? Sie sprachen gerade davon, dass die Tests bis zum Ct-Wert 28 das gut erfassen können. Anhand Ihrer Erfahrung: Was bedeutet ein Ct-Wert von 28? Ist das ein Wert, den man hat, bevor man wirklich als Überträger in Frage kommt oder sind diese Patienten dann schon Überträger? Wie kann man den Wert, den Sie genannt haben, einordnen?



Sandra Ciesek: [00:14:44]

Wir züchten ja parallel in Zellkultur an und schauen, ob man Zellen damit infizieren kann. Und da nimmt das sehr stark ab 30 sag ich mal ab und man kann ungefähr schätzen, dass vielleicht 10, 20 Prozent noch anzüchtbar sind in Zellkultur, obwohl der Antigen-Test negativ ausfällt. Das heißt aber nicht, dass auch der Patient dementsprechend ansteckend sein muss. Da kommen ja noch andere Faktoren ins Spiel, außer ein Zellkultur-Experiment. Man geht davon aus, dass das schon korreliert mit der Ansteckungsfähigkeit von Patienten. Und da es 28 bis 30 schon eine ganz gute Schwelle, dass das dann wirklich rapide abnimmt oder kaum mehr Ansteckung ist, wenn der Ct-Wert deutlich über 30 ist.

Moderatorin: [00:15:42]

Herr Krause, vielleicht können wir anhand eines Beispiels die Güte noch einmal einordnen. Einen Schnelltest von Roche hat bei der Validierung in Brasilien und Indien, also Ländern mit hoher Inzidenz, eine Sensitivität von 96,25 Prozent ergeben und eine Spezifität von 99,68 Prozent. Diese Ergebnisse liegen nach dem Test in fünfzig Minuten vor. Was bedeutet diese Güte, wenn man das jetzt bei einer Inzidenz von 50 Personen pro 100.000 hier in Deutschland einsetzt? Wieviel falsch-negative würde man finden?

Gérard Krause [00:16:28] Wenn wir 1000 Leute testen und die Sensitivität unseres Verfahrens liegt bei 99 Prozent, dann sind hundert davon nicht korrekt detektiert worden. Wenn wir tausend haben und wenn wir bei hundert Positiven den Test ansetzen, dann sind zehn von den Positiven nicht gefunden worden. *(Bei einer Inzidenz von 50 Infizierten pro 100.000 Einwohnern wären das bei 5000 Tests zwei richtig erkannte F lle und 0 unerkannte (Sensitivität 96,25 Prozent). Dazu kommen dann bei einer Spezifität von 99,68 Prozent noch zehn falsch positive. Falsch negative Ergebnisse bekommt man erst bei einer gr o eren Testgruppe; Anm. d. Red.)* Deswegen ist wichtig, wie groß die Prävalenz ist. Wenn sich das Verhältnis verkehrt, wenn ein großer Teil der Getesteten positiv ist, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein positives Ergebnis tatsächlich positiv ist, auch höher. Und deswegen ist es wichtig, bei der ganzen Teststrategie, gezielter vorzugehen. Erstens deswegen, weil dann auch der Vorhersage-Wert, der positive oder negative, entsprechend besser werden. Aber vor allen Dingen auch, um die Prioritäten richtig zu setzen. Also beim PCR-Test hängen wir ja immer noch ganz stark davon ab, dass die Prozesse: Versand der Probe zum Labor, Rückversand des Ergebnisses vom Labor zurück zur Person und zum Gesundheitsamt und so weiter. Das sind Prozesse, die da dranhängen und die zur Zeitverzögerung führen. Wenn wir jetzt ganz stark massenhaft Menschen testen, von denen wir eigentlich schon vorhersagen können, dass sie negativ ausfallen werden, weil wir keine Vorselektion gemacht haben, zum Beispiel aufgrund von Risikofaktoren, aufgrund von Exposition oder aufgrund von Symptomen, dann verstopfen die den Prozess und führen zu Verzögerungen des gesamten Prozesses. Und dann müssen sich diejenigen, wo ich wirklich sehr schnell ein Ergebnis haben möchte, mit einreihen und müssen ebenfalls drei, vier Tage warten, bis das Ergebnis da ist. Und deswegen ist es vielleicht wirklich ein Game Changer, wenn jetzt mit den Schnelltests diese zuletzt genannten, die nicht ganz so prioritären Beprobungen über den Schnelltest gemacht werden, wo es nicht darauf ankommt, eine Differenzialdiagnose zu machen, wo es nicht darauf ankommt, einen erkrankten Menschen korrekt zu diagnostizieren, sondern wo es darauf ankommt, die Exposition zu reduzieren. Wenn man das über einen Schnelltest macht und damit sozusagen auf der Strecke der PCRs wieder ein bisschen Entlastung schafft und dann dafür sorgen kann, dass die Befunde von den PCRs schneller verfügbar sind, dann haben wir ein doppelter Weise gewonnen. Dann



haben wir nämlich die Entscheidungsgrundlage direkt vor Ort für diese Expositionsfragen und gleichzeitig für diese kritischen Fragen bei den Patienten, wo wir wirklich schnell ein Ergebnis haben wollen, haben wir vielleicht dann nicht mehr diese Situation, dass wir drei, vier Tage auf das Ergebnis warten müssen. Denn es ist bis jetzt nicht gelungen nach meiner Beobachtung, dass man bestimmte Laborbefunde systematisch prioritär in den Diagnostikkanal hat schieben können gegenüber anderen. Vielleicht innerhalb eines Krankenhauses, aber ansonsten ist es wohl nicht so gelungen. Und das hat dazu geführt, dass viele Befunde, die man eigentlich gerne schnell gehabt hätte, ebenso warten mussten wie andere.

Moderatorin: [00:19:53]

Wenn so ein Schnelltest angewendet wird, Frau Ciesek, und der fällt positiv aus, was ist denn die Konsequenz, die daraus resultiert? Muss diejenige in Quarantäne oder gibt es danach einen PCR-Test?

Sandra Ciesek: [00:20:09]

Man muss nochmal differenzieren. Es gibt ja auch ein PCR-Schnelltest, ein Point-of-Care-Test, der in der Notaufnahme von großen Krankenhäusern steht, der dauert auch 40 Minuten. Das gibt es auch. Aber Sie meinen jetzt einen Antigen-Test, der gemacht wurde. Dann wird gefordert, dass es eine PCR zur Bestätigung gibt und das PCR-Ergebnis führt dann natürlich gegebenenfalls zu einer Isolation.

Moderatorin: [00:20:49]

Es gibt wohl Tendenzen in Teilen der Politik, Tests für alle Bürger zu ermöglichen. Auch Söders Strategie geht ja in die Richtung, möglichst viele Tests durchzuführen. Was halten Sie davon? Ist das überhaupt von den Laboren zu stemmen und gibt es dafür überhaupt genug Tests?

Sandra Ciesek: [00:21:06]

Nein, ich halte da nicht so viel von. Ich sehe das genauso wie Gérard Krause, dass wir priorisieren müssen. Immer wenn etwas knapp ist, muss man priorisieren. Höchste Priorität haben natürlich Kranke mit Symptomen und die Risikogruppen, die wir schützen müssen. Das ist ganz klar. Und ich glaube auch, dass diese Selbsttestung mit Antigen-Tests von Laien nicht so schnell oder vielleicht auch nie erfolgen wird, ohne dass da eine enge Betreuung durch medizinisches Personal dahintersteht. Dafür sind die Tests auch gar nicht perfekt genug. Das würde zu so viel falschen Ergebnissen führen, dass es ganz viel Unsicherheit machen würde und eher Chaos, da bin ich persönlich nicht dafür.

Moderatorin: [00:21:58]

Herr Krause, wie kann man dieses Priorisieren gut umsetzen, wie wird das in der Praxis bewerkstelligt?



Gérard Krause: [00:22:10]

Da habe ich leider nicht die Patentlösung. die Kriterien, nach denen wir priorisieren sollten, die sind ziemlich klar, die hat Sandra Ciesek gerade schon genannt. Symptomatische Patienten und unter den symptomatischen Patienten, insbesondere die, die schon betagt sind oder zusätzliche Risikofaktoren haben. Das ist sicherlich die allerhöchste Priorität Und da würde man natürlich auch versuchen wollen, gleich auch parallel den PCR-Test zu machen und nicht erst zu warten und sich auf den Antegen-Test verlassen. Und dann kommt die nächste Schicht, das sind diejenigen, die eine klare, definierte Exposition hatten und Risikofaktoren haben, wo man dann, wenn man befürchten muss, dass sie erkranken, dann auch gleich befürchten muss, dass sie schwer erkranken. Da würde man innerhalb der Gruppe der Exponierten auch noch einmal priorisieren und würde dort diejenigen mit klaren Risikofaktoren, mit klar definierten Risikofaktoren diesbezüglich priorisieren und bevorzugt und vielleicht häufiger testen und schneller untersuchen als andere. Und dann kommen zum Beispiel Berufsgruppen, wo ganz klar ist, dass die die anderen betreuen, als dass die entsprechend vulnerable Personen betreuen, Pflegepersonal medizinisches Personal. Das wären so die drei oder vier Schichten. Das kann man sicherlich noch weiter ausdifferenzieren. Ich habe wahrscheinlich auch die eine oder andere Gruppe vergessen. Aber wichtig aus meiner Sicht ist, sich daran zu orientieren: Wenn jemand erkrankt, wie wahrscheinlich ist es, dass die Erkrankung schwer verläuft.

Sandra Ciesek: [00:23:49]

Ich kann ja mal erzählen, wie wir bei uns priorisieren. Wir haben unseren Einsendern beigebracht, Punkte zu verteilen, also rot, gelb, grün nach Ampel und blau. Rot heißt höchste Priorität, das muss in den nächsten Lauf, den wir machen. Dann ist ein Ergebnis in der Regel nach vier, fünf Stunden da. Gelb heißt innerhalb von 24 Stunden, wir werden es am gleichen Tag bearbeiten, aber es ist kein Notfall. Grün heißt, das hat auch mal zwei, drei Tage Zeit. Und dann haben wir noch blau eingeführt für Screening von asymptomatischen, wo wir auch die Proben poolen können, in kleinen Pools testen können, die keinen Verdacht haben und kein Risiko. Das funktioniert sehr gut im Alltag von einem großen Universitätsklinikum.

Moderatorin: [00:24:34]

Herr Spahn hat gestern auf der Pressekonferenz gesagt, dass neun Millionen Schnelltests pro Monat zur Verfügung stehen sollen. Meinen Sie, das reicht, um auch die 850.000 Pflegebedürftigen zu sch tzen und das wirklich prioritär einzusetzen?

Sandra Ciesek: [00:25:02]

Das ist immer schwer zu sagen oder schwer abschätzbar, ich denke, es ist ein guter Start. Es ist auf jeden Fall besser, als gar nicht zu testen, es wird ja zum Teil auch gar nicht getestet. Und natürlich wird das eine Erleichterung bringen, dass man die Möglichkeit hat, diese Schnelltests vor Ort durchzuführen, gerade in diesen Risikogruppen. Ob es reichen wird, wird das Real-Life-Setting zeigen. Das kann ich ganz schlecht einschätzen. Das habe ich mich gestern auch gefragt, es sollen ja glaube ich 50 Tests zur Verfügung gestellt werden pro Monat pro Bewohner. Und da kommt es natürlich darauf an, wie viel Besuch kriegen die, das ist ja sehr individuell unterschiedlich. Manche kriegen vielleicht jeden Tag, andere einmal im Monat. Es fällt mir extrem schwer einzuschätzen, ob das ausreicht oder nicht. Das wird die Erfahrung zeigen.



Moderatorin: [00:26:00]

Es gibt für die Altersheime ja große Bedenken gegenüber den Schnelltests wegen des falsch-negativ Risikos, denn ein einziger Krankheitsfall kann schon heiminternen eine Katastrophe auslösen. Könnte man nicht dann an einer einzelnen Person mehrere Schnelltests durchführen, ist das nicht immer noch günstiger, als eine PCR die Woche durchzuführen?

Gérard Krause: [00:26:24]

Ja, da habe ich die klare Meinung zu. Der Punkt des falsch-negativen Tests ist ja nicht der Test selbst, sondern die Entnahme, jedenfalls der relevante Faktor diesbezüglich. Und deswegen habe ich vorhin auch betont, es ist wichtig, dass diese Entnahme von einer gut geschulten Person durchgeführt wird. Und dann hilft es auch nicht allzu sehr, dass man das zweimal oder dreimal macht. Das ist aus meiner Einschätzung nicht der wesentliche Punkt, sondern der wesentliche Punkt ist, dass die Entnahme gut geschult durchgeführt wird. Das ist das, was bei diesem Antigen-Test meiner Einschätzung nach den wesentlichen Punkt für die falsch-negativen Tests macht. Und dann gilt, und das muss auch klar sein, dass das dann nicht der Freibrief ist, auf die anderen hygienischen Maßnahmen verzichten zu können, sondern es ist eine zusätzliche Schutzmaßnahme und dann würde ich eben zusätzlich zu den bisher auch geläufigen Schutzmaßnahmen tatsächlich auch fordern, dass man da auch nochmal einen Schritt weiter geht, sich nicht immer nur auf die Tests kapriziert. Wie gesagt, dann die richtigen FFP2-Masken nehmen, die auch richtig anlegen. Das muss auch supervidiert werden, man muss dort dafür sorgen, dass auch die vulnerablen Personen entsprechend geschult werden, dass das Setting entsprechend ist, dass es nicht so viele Personen auf einmal sind, die Dauer der Exposition, die Lüftung und so weiter und so fort. Also, da sind ja ganz viele andere Maßnahmen, es ist ein ganzes Bündel und wir werden nicht mit diesem Test dieses Bündel der Maßnahmen plötzlich aufgeben dürfen, können oder auch wollen. Und das muss klar sein, dass es kein Ersatz für die anderen Maßnahmen ist. Aber es ermöglicht dann vielleicht Besuche durchzuführen, von denen wir normalerweise vielleicht hätten sagen müssen, sie müssen unterbleiben. Und das ist ja schon ein großer Gewinn.

Moderatorin: [00:28:09]

In der Diskussion ist ja auch, dass die Antegen-Tests in den Schulen angewandt wird. Aber nun haben Sie ja gerade schon gesagt, die Entnahme ist das A und O und wer die Entnahme macht. Würde es überhaupt Sinn machen, diese Antigen-Schnelltests dann auch in den Schulen einzusetzen? Wie sehen Sie das?

Gérard Krause: [00:28:27]

Ich sehe das nicht priorisiert. Wir haben ja eben schon diskutiert, was die Prioritäten sind. Die Zahl, die wir jetzt genannt bekommen haben, ist erst mal beeindruckend. Aber es wird schnell klar, wenn das rigoros und sinnvoll durchgeführt wird, verbraucht sich auch diese Zahl von Tests, die zur Verfügung steht. Und wie gesagt, die Kosten sind ja nicht nur die Tests selbst, die kann man irgendwie bestellen und kaufen, da wird der Markt das vielleicht auch regulieren. Aber dazu gehören Personen, die das nehmen können. Und dann kommt noch ein anderer Punkt, der mir sehr wichtig ist. Wir wissen jetzt einigermaßen viel oder einigermaßen wenig,



muss man leider sagen, über diese Krankheit, aber wissen wir sehr, sehr gut: Es gibt nichts, was die Sterblichkeit an dieser Infektion so gut voraussagt wie das Alter. Und inzwischen ist auch die Literatur ziemlich klar, dass die junge Generation eben nicht mehr als die anderen zu der Verbreitung dieser Pandemie beitragen, ja sogar umgekehrt, mindestens mal nicht mehr. Das heißt, auch wenn es Tatsache ist, dass auch junge Menschen schwer erkranken können, wir müssen hier mit dem Werkzeug, was wir zur Verfügung haben, prioritär vorgehen. Und das bedeutet in diesem Fall, dass wir die Mittel, die wir haben, dort einsetzen, wo wir leider erwarten müssen, dass, wenn dort ein Mensch infiziert wird, dass er dann auch schwer erkrankt oder stirbt. Das sind die Altenheime, das sind die betagten Personen in der mobilen Pflege. Und deswegen ist für mich relativ klar: Solange wir mit begrenzten Ressourcen zu tun haben, das werden wir immer, dass wir erst einmal das sichergestellt haben müssen, da sind wir weit davon entfernt. Das ist nämlich auch organisatorisch, nicht nur finanziell, sondern auch organisatorisch eine Herausforderung. Und wenn das dann geregelt ist, kann man vielleicht darüber diskutieren, ob auch [in] Schulen [getestet wird] und andere Settings und dann kommen schon die nächsten mit dem Fußball, da bin ich mir ganz sicher.

Moderatorin: [00:30:20]

Haben Sie denn Zweifel, dass genau diese Priorisierung in der Praxis nicht erfolgen wird am Ende?

Gérard Krause: [00:30:28]

Das ist eine politische Einschätzungen als eine wissenschaftliche, aber die Beobachtung der letzten Monate lassen mich zweifeln. Ich habe das Gefühl gehabt, dass manchmal die Sachen sich an anderen Prioritäten orientiert haben.

Moderatorin: [00:30:43]

Zurück zur Wissenschaft, Frau Ciesek, Sie hatten gerade von den PCR-Schnelltests gesprochen. Sind diese denn vielleicht vielversprechender als Antigen-Schnelltests?

Sandra Ciesek: [00:30:57]

Ja, auf jeden Fall. Sie sind halt vergleichbar mit einer PCR, die man auch im Labor durchf hrt. Die sind sehr, sehr genau. Die haben nur ein Problem, sie sind nicht verfügbar. Wir kriegen streng rationiert eine bestimmte Anzahl von Kartuschen zugeteilt. Das sind oft amerikanische Firmen und die decken einfach nicht den Bedarf. Und da kann man auch nicht die Produktion unendlich erhöhen, das ist das Problem. Wenn wir diese Kartuschen unbegrenzt hätten, hätten wir viel weniger Probleme oder würden über die Antigen-Tests gar nicht so lange diskutieren müssen. Die sind natürlich viel sensitiver und sehr, sehr gut und helfen in der Notaufnahme extrem weiter, wenn sie einen Patienten reinbekommen und ihn schnell zuordnen müssen in den Covid- oder Non-Covid-Bereich eines Krankenhauses. Dafür sind sie gedacht. Aber leider reichen die nicht mal für die Notaufnahme.



press briefing

Moderatorin: [00:31:55]

Kommen die denn ohne ein Labor aus, könnten die auch mobil eingesetzt werden?

Sandra Ciesek: [00:32:02]

Es gibt jetzt eine neue Regelung vom ABAS (*Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe; Anm. d. Red.*), dass die Entnahme beim Patienten im gleichen Raum erfolgen muss wie das Befüllen der Kartusche. Dann ist die Kartusche ein geschlossenes System und dann können Sie das in diesen Geräten, die es dafür gibt, die in den Notaufnahmen von großen Kliniken häufig stehen, direkt testen.

Moderatorin: [00:32:25]

Gibt es die denn erst so kurzfristig oder wurde vergessen, diese PCR-Tests frühzeitig in größeren Mengen zu bestellen?

Sandra Ciesek: [00:32:32]

Nein, die gibt's schon ein paar Monate, seit Frühsommer würde ich sagen Ich, im Mai sind die auf den Markt gekommen. Aber wie gesagt, Sie können hier nicht unendlich produzieren, weil die Firmen da nicht hinterherkommen. Das sind keine deutschen Unternehmen, die in Deutschland produzieren, sondern vor allen Dingen in den USA. Und da sind wir einfach nur limitiert von den Firmen.

Moderatorin: [00:32:57]

Kommen wir noch einmal zu den Antegen-Tests. Sind denn die Tests, die jetzt auf dem Markt sind, alle gleich gut oder gibt es einen besonders guten Anbieter, gibt es überhaupt genug oder muss man auf mehrere Anbieter zurückgreifen?

Sandra Ciesek: [00:33:18]

Das hatte ich schon mal initial erwähnt, die "jetzt" in zweiter Generation auf den Markt kommen sind deutlich besser. Das liegt ein bisschen daran, dass man einen guten Antikörper braucht, um einen guten Antigentest zu machen, die man jetzt halt hat. Es gibt verschiedene Diagnostik-Firmen, die gute Antigentests machen. Die werden ja im Moment vom Robert-Koch-Institut und vom Paul-Ehrlich-Institut getestet. Und es wird, soweit ich weiß, eine Empfehlung vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, die dann veröffentlicht wird, und die sagt, welche Antigen-Tests von welchen Firmen bestimmte Kriterien erfüllen und die dann eingesetzt werden sollen und die dann auch vergütet werden. Alle anderen nicht auf dieser Liste stehen, werden meines Wissens nicht vergütet.

Moderatorin: [00:34:06]

Wissen Sie denn, ob Laien solche Schnelltests derzeit rechtlich und mit Blick auf die Medizinprodukte-Abgabeverordnung nutzen dürfen? Und falls nein, halten Sie es denn für sinnvoll, dieses Verbot aufrecht zu erhalten?



press briefing

Sandra Ciesek: [00:34:21]

Im Moment ist das so, dass Laien es außerhalb von Studien nicht dürfen. Nur in Studien als dann Studienteilnehmer ist das möglich. Sonst müsste das Robert-Koch-Institut eine Sondergenehmigung erteilen. Ich habe oft mit dem Robert-Koch-Institut gesprochen und sehe es auch genauso wie das Robert-Koch-Institut, dass das im Moment nicht angestrebt wird, weil die einfach zu ungenau sind. Die sind einfach nicht perfekt genug, um sie einem Laien in die Hand zu geben und da fehlt uns noch die Vorarbeit, was dann auch der richtige Abstrich wäre bei einem Laien, dass der wirklich adäquat durchgeführt wird und wie sicher das Ergebnis ist, das er liefert. Deswegen sehe ich das im Moment nicht.

Moderatorin: [00:35:06]

Ich möchte noch auf eine weitere Frage von draußen eines Journalisten eingehen. Mit 1,1 Millionen PCR-Tests pro Woche und einer Kapazität von anderthalb Millionen möglichen Schnelltests kann praktisch jede Kontaktperson eines Infizierten getestet werden. Ist das so?

Gérard Krause: [00:35:27]

Wenn man sonst nichts anderes zu tun hat mit den Tests. Wir haben ja gesehen, dass in der Vergangenheit eben nicht nur Kontaktpersonen getestet worden sind, sondern alle möglichen Personengruppen: Besucher von Veranstaltungen, Rückkehrer von Reisen und so weiter und so fort. Da kommen wir noch zu einem anderen Lieblingsthema von mir. Die ganze Thematik der Kontaktperson-Definition, die ist eigentlich beim Robert-Koch-Institut sehr schön und sehr klar aufgeführt. Das ist ein diffiziles Thema. Leider beobachte ich rund um, dass die komplett aufgeweicht, so mit einer Art Gefühl, wir machen nochmal einen Sicherheitsaufschlag. Dadurch wird die Zahl der Kontaktpersonen beliebig groß, weil man meint, es damit besonders gut gemeint zu haben und besonders viel Sicherheit eingebaut zu haben. Das führt aber dann dazu, dass eine viel größere Zahl als Kontaktpersonen gehandhabt wird, auch von der Arbeit ferngehalten wird mit allen anderen Folgen, die es hat und dann gegebenenfalls auch noch getestet wird. Das heißt, es wächst dann die Zahl der Testungen, die vielleicht komplett unnötig sind, weil einfach die Kontaktpersonen-Definition des Robert-Koch-Instituts nicht befolgt worden ist.

Moderatorin: [00:36:37]

Da gibt's doch eine Nachfrage. Gäbe es denn aus Ihrer Sicht eine Möglichkeit, die Test-Kapazität gezielter einzusetzen, insbesondere wenn man statt von der Containment-Strategie in eine Protection-Strategie wechseln würde?

Gérard Krause: [00:36:57]

Das ist ja in diesem Referentenentwurf schon vorher gedacht. Es geht ja in die Richtung und das ist auch richtig. Wir müssen uns gut überlegen, dass wir rechtzeitig die Transition, den Wechsel hinkriegen von der epidemischen Bearbeitung der Pandemie zur pandemischen oder endemischen Bearbeitung der Pandemie. Das heißt, wir müssen rechtzeitig Strategien entwickeln, dass wir die Sache weniger als einen gerade beginnenden Ausbruch betrachten



und behandeln, von dem wir glauben, dass wir ihn verlangsamen oder sogar stoppen können. Das ist wohl klar, dass das nicht mehr so ist. Sondern wir müssen jetzt mit der Situation umgehen. Und deswegen ist die Frage durchaus berechtigt. Der Referentenentwurf, den wir jetzt diskutieren, geht ja genau in die Richtung, dass die Leute, von denen wir wissen, dass sie ein besonders hohes Risiko für schwere Erkrankungen haben, dass wir dort diese Strategien bevorzugt einsetzen. Insofern ist das praktisch schon.

Sandra Ciesek: [00:38:00]

Obwohl man sagen muss, dass die nationale Teststrategie noch eine Entwicklung vorsieht und da Ausbruch priorisiert ist vor den Besuchern oder Asymptomatischen, die in einem Altenheim arbeiten. Das ist schon noch so, und ich denke, was wir gelernt haben, ist, dass ja meistens eine Person viele anstecken kann und ganz viele gar keinen mehr anstecken. Dieses Wissen sollten wir nicht ganz zur Seite schieben, sondern vor allem diese Cluster weiter nachverfolgen. Vielleicht nicht jeden einzelnen, aber gerade Cluster nachzuverfolgen ist, denke ich, immer noch wichtig.

Gérard Krause: [00:38:39]

Da habe ich mich vielleicht ungeschickt ausgedrückt. Das wollte ich nicht in Frage stellen. Ich meine die Gesamtpandemie, dass man die Gesamtpandemie jetzt nicht mehr als beginnende Pandemie betrachtet, sondern als eine, die schon da ist. Und dass man innerhalb der Pandemie sich um die Ausbrüche und die Cluster kümmert und die prioritär angeht. Dieser Meinung bin ich natürlich auch.

Moderatorin: [00:39:28]

Wir haben ja schon über verschiedene Bereiche der Antigen-Tests gesprochen. Können Sie sich vorstellen, dass es wieder Kulturveranstaltungen mit dem Einsatz von Antigen-Tests geben könnte, dass man die Besucher vorher testet und dann diejenigen, die ein negatives Testergebnis haben, zulässt?

Sandra Ciesek: [00:39:47]

Solange wir begrenzte Kapazitäten haben, müssen wir priorisieren und da sind leider die in meiner Priorisierung auf jeden Fall nach der Sicherung, dass die Schulen offen bleiben, dass die Pflegeheime sicher sind und dass symptomatische Patienten gut versorgt werden. Theoretisch ist das denkbar, aber ich weiß nicht, ob wir da mal hinkommen, dass wir uns das leisten können, leisten von den Testkapazitäten.

Moderatorin: [00:40:18]

Jetzt haben wir gerade schon die Schulen genannt. Da würde ich auch nochmal gern auf die Stellungnahme zu sprechen kommen von der Gesellschaft der Virologen. Da hatten wir gesagt, wenn so einen Ausbruch an den Schulen gibt, dass dann alle Beteiligten in eine Quarantäne gehen, aus der sie sich dann nach einer Kurzzeit-Quarantäne heraustesten können. Könnten



press briefing

Sie sich vorstellen, dass dieses Heraustesten auch mit diesen Schnelltests möglich wäre. Und sehen Sie diese Strategie als eine der sinnvollen Strategien an?

Sandra Ciesek: [00:40:57]

Natürlich sehe ich nicht alles mehr so, dieses Papier ist ja schon ein paar Wochen alt. Was ich immer noch so sehe, ist, dass es wichtig ist, kleine Gruppen zu haben, damit es sich nicht durchmischt und man möglichst wenig Kinder in Quarantäne schicken muss. Und ich glaube, vierzehn Tage Quarantäne, das ist eine sehr, sehr lange Zeit für Kinder. Es gibt verschiedene Gruppen, Pädagogen, die sich damit beschäftigen, wie eigentlich Kinder mit einer Quarantäne klarkommen. Das sind Dinge, die nicht virologisch sind, sondern die bei denen zu einschneidenden Erlebnissen führen können. Deswegen glaube ich schon, dass das eine gute Lösung wäre, dass man die Quarantäne kurz hält, fünf Tage zum Beispiel oder sieben Tage und dann einen Antigen-Test macht und dann dadurch eine Woche oder mehr gewinnt. Das kann ich mir schon vorstellen, ohne konkret zu Ende gedacht zu haben, wie es ablaufen würde.

Moderatorin: [00:41:58]

Da kommt noch einmal eine Nachfrage an Sie, Herr Krause. Wer einen positiven Antigen-Test hat, muss in die Quarantäne und muss das Ergebnis dann auch an das Robert-Koch-Institut gemeldet werden?

Gérard Krause: [00:42:11]

Zunächst einmal wird nicht an das Robert-Koch-Institut gemeldet, sondern an das Gesundheitsamt vor Ort und über das Gesundheitsamt wird es dann an die Landesstelle übermittelt und von dort an das Robert-Koch-Institut. Aber ja, jeder positive Befund ist nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Das ist übrigens auch nochmal ein wichtiger Punkt in der Sache, wenn es eben nicht von Profis entnommen wird. Meldepflicht ist ja für die Untersuchungsstellen und wer ist die Untersuchungsstelle, die nach dem Gesetz meldepflichtig ist. Das heißt, es muss in diesem Prozess dann mit geregelt werden. Aber wenn die Regelung so ist, als nach jedem positiv Antigen-Test auch ein PCR-Test folgt, dann ist mindestens der nachfolgende PCR-Test meldepflichtig. Insofern wäre das auf diese Art und Weise zu regeln.

Moderatorin: [00:43:06]

Ich habe noch eine weitere Frage und zwar hat die New York Times vor wenigen Tagen berichtet, dass in Nevada die Verwendung dieser Schnell-Antigen-Tests gestoppt wurde, weil es wohl nachweislich zu viele falsch-positive gab. Sehen Sie diese Gefahr auch, dass das kommen könnte, dass Sie jetzt sehr viel eingesetzt werden und man dann feststellt, dass sie uns eigentlich gar nicht so weiterhelfen?

Sandra Ciesek: [00:43:33]

Das ist ja, was ich eingangs meinte, dass man schon damit rechnen muss, dass ungefähr ein, zwei Prozent der Menschen, die man dann testet, einen falsch-positiven Befund haben. Das sehen wir auch. Wir haben auch eine Idee, woran das liegt, möchte ich nur noch nicht



erzählen, es ist noch eine Hypothese. Aber das zeigt, wie wichtig es ist, dass man immer eine PCR zur Bestätigung macht. Und ich glaube, dass es auch ganz wichtig ist, dass man denen das kommuniziert und da sehr gute Anbindung hat, dass die wirklich wissen, an wen kann ich mich wenden, wenn das Ergebnis positiv ist, wo kriege ich sofort eine Bestätigung des PCR und muss nicht dreimal rumtelefonieren oder vier Tage warten. Ich habe diesen Artikel in der New York Times auch gelesen, ich weiß nicht, wie es genau war. Ich glaube, das ist genau das, was gut kommuniziert werden muss mit den Pflegeeinrichtungen, die ja in dem Sinne keine Profis für Antigen-Schnelltests sind. Da muss es Schulungen geben, durch ärztliches Personal, durch die Hausärzte. Ich weiß nicht, wer das machen wird und ob das dann vielleicht der Hausarzt übernehmen kann und dass der vielleicht auch die Betreuung von so einer Einrichtung übernimmt. Wenn ein positives Ergebnis da ist, dass der sich dann auch darum kümmert, dass nochmal eine PCR erfolgt. Und ich glaube, das ist immer, was Sie den Leuten verkaufen. Wenn sie signalisieren, wir brauchen die PCR nicht mehr, Antegen-Tests sind jetzt ganz toll. Aber dann sind einige Ergebnisse falsch, jedes hundertste, jedes fünfzigste zum Beispiel, dann verlieren die Leute das Vertrauen. Und wenn man das aber von vornherein sagt, es gibt diese Möglichkeit, wir müssen dann einfach gucken. Es gibt einige Leute, die wahrscheinlich diesen Test nicht machen können, aus bestimmten Gründen, dann könnte das besser laufen. Aber das ist jetzt genau die Schwierigkeit, wenn diese Verordnung kommt, ist ja in den Einrichtungen dann zu klären, wie läuft es genau ab, wer kümmert sich darum, wer ist der Ansprechpartner, wenn ein Test positiv ausfällt? Das wird ja dann auch oft ganz früh morgens sein, bevor man zur Arbeit geht vielleicht. Das ist schon ein schöner logistischer Aufwand, der da auf die entsprechenden Einrichtungen, aber auch auf die betreuenden Ärzte zukommt.

Moderatorin: [00:45:47]

Dazu passt ganz gut die nächste Frage. Der neue Referentenentwurf soll die alte Verordnung ersetzen. Und gibt es Ihrer Ansicht nach Aspekte, die dann vielleicht in dem neuen Entwurf fehlen? Und wie bewerten Sie die politische Kommunikation dieser immer wieder wechselnden Strategien gegenüber der Bevölkerung, auch gegenüber den Gesundheitsämtern und dem medizinischen Personal, Herr Krause?

Gérard Krause: [00:46:18]

Ich habe das leider nicht so nebeneinandergelegt, dass ich das groß vergleichen könnte. Dass wir hier in so einer Situation mit wechselndem dynamischem Geschehen und neuen Erkenntnissen auch unsere Strategien anpassen müssen, ist ja eine Notwendigkeit und die versteht man auch, glaube ich. Es ist nicht das Problem, wenn man das inhaltlich begründet, dass man Strategien anpasst, im Gegenteil. Es wäre völlig t rlich und verantwortungslos, nicht agil zu reagieren und das irgendwie auszubremsen oder nur nach bestimmten Zyklen zu erneuern. Etwas anderes ist es, wenn in unterschiedlichen Teilen desselben Landes oder derselben Gesellschaft oder Community, sagen wir mal Europäische Union, ganz unterschiedliche wissenschaftliche Kriterien, Erwägungen oder Prinzipien angelegt werden, nach denen die Maßnahmen getroffen werden. Dass dann vor Ort jeweils sehr unterschiedliche Maßnahmen getroffen werden müssen, das ist auch wieder klar, weil die Situation ja vor Ort unterschiedlich ist. Aber die Kriterien, die dazu leiten, die sollten doch ähnlich sein und vergleichbar sein.



Moderatorin: [00:47:28]

Wollen Sie das noch ergänzen, Frau Ciesek?

Sandra Ciesek: [00:47:31]

Ich sehe das eigentlich genauso. Die endgültige Form liegt ja noch gar nicht vor. Ich denke schon, dass es sinnvoll ist, immer anzupassen. Das ist ja auch eine Stärke, wenn man das tut, es wirklich der aktuellen Situation, aber auch dem Erkenntniszuwachs anzupassen. Wir haben nun mal erst jetzt diese Antigen-Tests, dass wir die einfügen können in diese Teststrategie und die Teststrategie vielleicht auch ein bisschen anzupassen an die Inzidenz in den jeweiligen Regionen ist sicherlich auch vielleicht noch eine Verfeinerung. Es wäre eine Möglichkeit, dass man sagt, wir testen Besucher nur einer bestimmten Inzidenz, das wäre auch möglich, aber da müssen wir uns einmal ein bisschen gedulden, bis dann die endgültige Version kommt.

Moderatorin: [00:48:24]

Hier gibt es eine sehr spezifische Forschungsfrage und zwar: Es gibt wohl eine Meldung von der University of California über einen Schnelltest, der über eine CRISPR-Technik erfolgt, angeblich auch sehr einfach durchzuführen sei und nur fünf Minuten dauern soll. Haben Sie davon schon gehört? Können Sie eine Einschätzung zu diesem Test geben?

Sandra Ciesek: [00:48:43]

Ich habe davon gehört. Ich glaube, die sind ziemlich genau, sie sind sehr adäquat, aber das ist so ähnlich wie mit diesen LAMP-Verfahren. Das ist alles noch sehr forschungsnah und wenig anwendungsfreundlich. Wir haben ja einen ganzen Prozess, den wir brauchen, um ein Ergebnis von einem Test zu produzieren. Sie brauchen nicht nur die reine PCR, sondern sie müssen die Patientendaten erfassen, sie müssen die Pre-Analytik sicherstellen. Dann muss die Abrechnung geklärt sein. Dann muss der Patient auch das richtige Ergebnis bekommen. Und dieser Prozess dauert viel länger als die eigentliche PCR oder dieses CRISPR-Verfahren. Deswegen glaube ich, dass das nicht wirklich auf den Markt kommen wird und die Marktreife innerhalb so kurzer Zeit erlangen wird, weil die Medizinisch-Technischen-Assistenten (MTA) spielen eine große Rolle. Sie sind seit Jahren auf diese PCR-Systeme trainiert. Das machen die mit links und geschlossenen Augen, nein natürlich nicht. Aber in solchen Verfahren sind sie sicher. Wenn ich jetzt meine MTAs noch mit lauter neuen Technologien hier zuschmeiße, dann weiß ich nicht, ob sie das so toll finden, weil eigentlich die PCR auch nicht lange dauert. Das ist alles toll. Aber ich sehe es noch nicht wirklich in der Anwendung auf dem Markt, dass ich noch ein bisschen dauern.

Moderatorin: [00:50:10]

Wir kommen jetzt langsam auch zum Schluss. Ich habe noch eine Frage eines Regionaljournalisten, die ich gerne an sie beide stellen würde. Dieser sagt, in unserer Leserschaft gibt es immer wiederkehrende Kritik an der angeblichen Unzuverlässigkeit der PCR-Tests wegen der falsch-positiven Tests. Wie erklären Sie sich diese Kritik und wie ist sie einfach zu widerlegen?



Sandra Ciesek: [00:50:32]

Ich kann sie nicht mehr hören und er kann sich ja mal einen Podcast anhören. Das ist einfach die falsche Annahme, dass wir Rohdaten rausgeben als Befund. Da fehlen einfach viele Schritte dazwischen. Und wie man es widerlegen kann, ist ganz einfach. Wenn das so wäre, dass ein bis zwei Prozent der PCRs falsch-positiv wären, dann würde das nicht erklären, warum im Norden in Mecklenburg-Vorpommern so viel weniger Positive sind als in Bayern. Es würde ja heißen, dass die bayerischen Labore alle falsch messen. Das macht gar keinen Sinn. Wir haben eine Studie gemacht mit 13.500 PCRs und haben keine einzige falsch-positive rausgegeben. Wir geben ja keine Rohdaten raus, sondern man guckt sich natürlich die PCR-Daten an, den Kurvenverlauf an, man hat meist zwei oder sogar drei Gene, die man zusammen interpretiert. Das alles macht einen medizinischen Befund. Ich kann dann nichts mehr zu sagen.

Moderatorin: [00:51:55]

Gut, dann sind wir eigentlich am Ende. Wollen Sie abschließend noch allgemeinetwas zu der Teststrategie sagen? Herr Krause, vielleicht.

Gérard Krause: [00:52:12]

Aus meiner Sicht ist nicht nur der Test selbst, sondern der Prozess drum herum zu bedenken. Und der kostet auch Zeit und auch Geld und auch geschultes Personal. So oder so. Und das muss mit bedacht werden, so dass dann bei einer Meldung über einen vermeintlich ganz neuen, noch viel schnelleren Test möglicherweise der Zeitunterschied gar nicht mehr so groß ist, wenn man die anderen Aspekte mitbedenkt. Das gleiche ist für die finanziellen Kosten genauso zu beachten. Gleichwohl glaube ich, dass, wenn jetzt gute, verlässliche Antigen-Tests verfügbar werden in großer Zahl, dass das wirklich ein ganz neues Werkzeug in der Bekämpfungsstrategie geben kann. Und auch dieses Werkzeug muss mit Bedacht und priorisiert eingesetzt werden.

Moderatorin: [00:53:01]

Frau Ciesek, wollen Sie auch noch ein Schlusswort formulieren?

Sandra Ciesek: [00:53:06]

Was mir besonders wichtig ist, ist, dass auch wenn wir mehr testen, dass das nicht einen Schutz vor einer Infektion sein muss und dass wir trotzdem Basishygiene einhalten müssen und da nicht nachlässig werden dürfen. Das ist ein ganz großes Anliegen von mir. Das sieht man ja an Herrn Trump und seinem Gartenevent. Die haben sich ja mit einem Antigen-Schnelltest testen lassen und haben dann sich nicht mehr an AHA-Regeln gehalten. Und das ist einfach kein hundertprozentiger Schutz und ersetzt das einfach nicht. Das ist mir ganz wichtig.

Moderatorin: [00:53:44]

Großartig! Vielen lieben Dank an Sie beide, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Ich danke auch den zahlreichen Teilnehmern, die sich hier mit ganz vielen Fragen beteiligt haben an der



Diskussion. Ich wünsche Ihnen einen schönen Nachmittag und begrüße Sie gerne beim nächsten Mal. Auf Wiedersehen!



press briefing

Ansprechpartner in der Redaktion

Moderatorin

Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne RStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42–44
50678 Köln

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer

Beate Spiegel, Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §55 Abs.2 RStV

Volker Stollorz

