



29.01.2021

## Transkript

# „Zulassungsempfehlung der EMA und STIKO-Empfehlung zu AstraZeneca-Impfstoff AZD1222“

### Experten auf dem Podium

---

- ▶ **Prof. em. Dr. Thomas Mertens**  
ehemaliger Ärztlicher Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Ulm, und Vorsitzender der Ständigen Impfkommission (STIKO)
- ▶ **Prof. Dr. Clemens Wendtner**  
Chefarzt der Infektiologie und Tropenmedizin sowie Leiter der dortigen Spezialeinheit für hochansteckende lebensbedrohliche Infektionen, München Klinik Schwabing
- ▶ **Marleen Halbach**  
Redaktionsleiterin und Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderator dieser Veranstaltung

### Video-Mitschnitt

---

- ▶ Einen Videomitschnitt finden Sie auf der Website des SMC, hier:  
<https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/zulassungsempfehlung-der-ema-und-stiko-empfehlung-zu-astrazeneca-impfstoff-azd1222/>



## Transkript

---

**Moderatorin:** [00:00:00]

Hallo, liebe Damen und Herren da draußen, liebe Kolleginnen und Kollegen, willkommen zum nächsten Press Briefing vom Science Media Center. Diese Woche dreht sich ja alles um den Impfstoffen AZD1222 vom Hersteller AstraZeneca und heute ist der Kulminationspunkt, denn das zuständige Expertengremium CHMP der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) hat sich soeben für eine Zulassung des Impfstoffs in allen Altersgruppen über 18 Jahren ausgesprochen, auch wenn die Daten in den Altersgruppen über 55 Jahren noch nicht ausreichen, um eine definitive Aussage über den Grad der Wirksamkeit zu treffen. Die Experten gehen aber aufgrund der Daten zu Immunantwort der älteren Altersgruppen und Erfahrungen mit anderen Impfstoffen davon aus, dass der Vektorimpfstoff auf jeden Fall wirksam ist. Zusammen mit den Sicherheitsdaten spreche das dafür, eine Anwendung in allen Altersgruppen über 18 Jahren zu empfehlen. Die STIKO, die Ständige Impfkommission, die beim Robert Koch-Institut angesiedelt ist, hat auf der Grundlage dieser Entscheidung ihre Impfeempfehlung aktualisiert für COVID-19. Der Impfstoff von AstraZeneca wird darin aufgrund der derzeit verfügbaren Daten nur für Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren empfohlen. Zur Beurteilung der Impfeffektivität ab 65 Jahren liegen laut STIKO bisher keine ausreichenden Daten vor. Abgesehen von dieser Einschränkung wird dieser Impfstoff aber ebenfalls als geeignet zum Individualschutz und zur Bekämpfung der Pandemie angesehen.

Ich heiße herzlich willkommen zwei Experten, mit denen wir heute dieses sehr, sehr aktuelle Thema besprechen wollen. Und Sie können da draußen wie immer Ihre Fragen in den Chat posten. Meine Kollegen sehen sie dort und reichen sie an mich weiter, bitte mit der Funktion an alle Teilnehmer, damit die das eben auch sehen und nicht nur an mich geht, denn ich sehe die Fragen nicht im Chat. Zuerst möchte ich Professor Dr. Thomas Mertens vorstellen. Er ist ehemaliger Ärztlicher Direktor des Instituts für Virologie am Uniklinikum Ulm und Vorsitzender der STIKO, die eben gerade die Empfehlung herausgegeben hat.

Herr Mertens, Sie haben ziemlich arbeitsreiche Tage hinter sich. Können Sie mal kurz erläutern, wie die STIKO zu dieser Empfehlung, wie sie jetzt gerade eben online gegangen ist, gekommen ist und kurz erklären, warum sie von der EMA-Zulassungsempfehlung abweicht?

**Thomas Mertens:** [00:02:20]

Ja, guten Abend. Wir hatten ja die Daten aus dem Clinical Study Report vorliegen und haben diese Daten zur Grundlage unserer Empfehlung und auch unsere Prüfung gemacht. Wir haben die Daten sehr eingehend geprüft. Wir haben auch mit unserem üblichen Verfahren die Qualität der Daten bewertet und ich weiß, dass letztendlich jetzt noch Daten bis zu einem gewissen Grade der EMA nachgeschoben worden sind. Offenbar handelt es sich primär dabei um eine Post-hoc-Analyse der Daten, wo ein zweites Altersstratum nochmal betrachtet worden ist, deshalb kommt diese Angabe zu den 55 Jahren ins Spiel. Und dann gibt es noch, aber die liegen uns nicht vor und auch der WHO nicht vor, offenbar noch eine etwas erweiterte Daten über die Personengruppe der über 55- beziehungsweise über 65-Jährigen. Zusammengefasst muss man sagen, dass die Daten aus unserer Sicht und ja auch letztendlich aus Sicht anderer in der Gruppe der älteren Menschen, also jetzt der über 65-Jährigen, nicht ausreichend sind, um wirklich etwas über die Wirksamkeit aussagen zu können. Das ist kein negatives Votum zu dem Impfstoff, wie Sie ja auch vorgelesen haben, sondern das besagt nur, dass aktuell die Datenlage für diese Altersgruppe zu schwach ist, um auf der Basis eine Empfehlung auszusprechen. Das ist die Situation und wir sind uns durchaus der Tatsache bewusst, dass das eine sehr im Fluss befindliche Evidenz sein wird in den nächsten Wochen und wir hoffen ja auch, dass weitere Studiendaten noch hinzukommen. Denn es laufen ja bekanntermaßen noch Studien mit diesem Impfstoff, so dass auch Daten zu erwarten sind. Und dann ist es auch durchaus möglich, dass die STIKO letztendlich die Empfehlung ändert. Das ist ja letztlich Sinn der Sache, auch wir machen ja eine rollende Empfehlung, wo wir immer versuchen, das, was neu ist, auch einzubauen.

**Moderatorin:** [00:05:02]

Welche Daten konkret fehlen da, vielleicht können Sie noch ein bisschen konkreter werden. Was brauchen Sie dazu und wie schnell würden Sie Ihre Empfehlung dann korrigieren?



**Thomas Mertens:** [00:05:11]

Wir brauchen Wirksamkeitsdaten vor Schutz. Sie haben ja schon eingangs gesagt und das ist richtig, es gibt immunologische Daten, wir bezeichnen das als Surrogatmarker, die ja durchaus wichtig sind, aber eben keine Entscheidungsgrundlage sind. Wir brauchen Daten zum Schutz vor Erkrankungen in dieser Altersgruppe. Und diese Daten müssen wir zur Grundlage einer auch Überarbeitung der Empfehlung machen.

**Moderatorin:** [00:05:43] Und wie kann die EMA zu einem anderen Urteil kommen?

**Thomas Mertens:** [00:05:47]

Auch die EMA ist nicht wirklich zu einem anderen Urteil gekommen. Sie hat nur keine feste Altersgrenze eingezogen, aber sie hat eine Warnung eingefügt, wo sie ja selber sagt, dass die Daten in dem Fall über 55 – das hängt wie gesagt mit der Post-hoc-Analyse zusammen –, schwach und nicht ausreichend sind. Das ist ein Verfahren, das die STIKO nicht anwenden kann. Wir können keine Empfehlung geben und gleichzeitig eine Warnung aussprechen. Das gibt es in unserem Katalog der Möglichkeiten nicht, auch sinnvollerweise nicht. Wenn Sie mich fragen, bin ich auch über das Vorgehen der EMA an diesem Punkte nicht wirklich sehr glücklich. Aber gut, die haben das so entschieden. Das ist ein Gremium, was seine Arbeitsregeln hat und insofern ist das auch zu akzeptieren. Wir sind ja völlig separat. Vielleicht sollte man an der Stelle nochmal betonen, weil das immer durcheinander geht: Die EMA oder das Paul-Ehrlich-Institut – je nachdem – macht eine Zulassung. Wir sind für die Empfehlung zuständig und die Länder üblicherweise in diesem Fall eben auch der Bund, sind für die Umsetzung der Empfehlung zuständig. Und das geschieht im Augenblick zumindest durch das Bundesgesundheitsministerium durch eine sogenannte Rechtsverordnung. Und diese drei Dinge muss man streng getrennt betrachten.

**Moderatorin:** [00:07:23]

Eine Frage noch, bevor ich den zweiten im Bunde vorstelle. Gibt es sonst noch wichtige Änderungen in dem Dokument gegenüber diesem Entwurf, der jetzt schon so ein bisschen in der Presse zirkulierte? Denn so viel Zeit bestand jetzt nicht, das eingehend zu studieren.

**Thomas Mertens:** [00:07:39]

Es gibt noch ein paar kleinere Änderungen. Eine wichtige Änderung für die Menschen bezieht sich auf die genannte Öffnungsklausel. Diese Öffnungsklausel ist noch etwas präzisiert beziehungsweise erweitert worden und sie gibt jetzt die Möglichkeit, nicht nur die zunächst definierten seltenen Erkrankungen, sondern auch andere Krankheitszustände und auch besondere berufliche Indikationen und besondere Lebensumstände [in die Impfpriorisierung] ]mit einzubeziehen. Das gibt die Möglichkeit für Berufe, für die es keinerlei statistische Daten über ein tatsächliches Erkrankungs- oder auch Infektionsrisiko gibt, aber die in Analogie ein plausibles Risiko haben, diese nach Begutachtung durch die lokal verantwortlichen Stellen entsprechend zu priorisieren. Wobei Sie natürlich zurecht fragen können, wer die lokal verantwortlichen Stellen sind. Das wird man noch erklären, das ist bei uns in Deutschland Ländersache.

**Moderatorin:** [00:08:57]

Vielen Dank für den Moment. Ich würde gerne den zweiten im Bunde vorstellen und zwar ist das Professor Dr. Clemens Wendtner, er ist Chefarzt für Infektiologie und Tropenmedizin sowie Leiter der dortigen Spezialeinheit für hoch ansteckende lebensbedrohliche Infektionen in der München Klinik Schwabing. Herr Wendtner, wie schauen Sie denn auf die Daten, die zum Impfstoff von AstraZeneca nun vorliegen und wie schätzen Sie die beiden heute ergangenen Empfehlungen zu seiner Anwendung ein?

**Clemens Wendtner:** [00:09:21]

Es ist ein guter Tag für die Vakzinierung unserer Bevölkerung. Wir haben jetzt endlich einen dritten Impfstoff, der zugelassen ist. Das heißt, wir können prinzipiell zwischen drei Impfstoffen auswählen, jetzt mal die ganze Diskussion bezüglich der Verfügbarkeit und Logistik außen vor. Das heißt, das Ziel, was wir ja alle haben, ist, dass wir doch in relativ kurzer Zeit möglichst viele Bundesbürger auch impfen. Dem Ziel sind wir durch diese Zulassung wieder ein Stück näher gekommen, das natürlich auch vor dem Hintergrund der Mutationen, das auch hier nochmal ein erhöhter zeitlicher Druck besteht. Man muss fairerweise sagen, es gibt keine Daten bisher bezüglich des AstraZeneca-Impfstoffes bezüglich der Mutanten. Es gibt sehr vorläufige Daten bezüglich der beiden mRNA-Impfstoffe, dass hier eine gewisse Protektion auch möglich ist. Aber trotzdem würden wir



hiermit natürlich mehr und mehr Menschen in Deutschland ein Therapieangebot jetzt machen können mit diesem Impfstoff. Von daher begrüße ich das. Bezüglich der Diskussion der Altersgruppen bin ich bei Prof. Mertens. Die STIKO ist in Deutschland eine sehr, sehr starke Empfehlung, auch wenn wir das auf Länderebene immer nochmal diskutieren werden. Wir werden diese Woche im Rahmen des Runden Tisches Corona auch mit der bayerischen Staatsregierung dazu diskutieren. Aber die STIKO hat hier doch ein erhebliches Gewicht in der Meinungsbildung. Ich sehe das nicht zu einschränkend, es ist für mich eine weitere Öffnung, was die Verfügbarkeit von Impfstoffen angeht.

**Moderatorin:** [00:11:30]

Wie würden Sie das denn jetzt am besten kommunizieren nach draußen, haben Sie da Ideen? Es ist schon sehr verwirrend, wenn man das jetzt so sieht, die EMA sagt das, die STIKO sagt das, vorher zirkulierte schon ein Entwurf, da wurde viel drüber geschrieben. Wie sollte man es am besten kommunizieren?

**Clemens Wendtner:** [00:11:47]

Das ist ja zum Teil auch von der STIKO selbst schon so kommuniziert worden. Die STIKO hat ja jetzt nicht gewarnt vor dem Einsatz bei den über 65-Jährigen, sondern die STIKO sagt ganz sachlich: Es gibt einfach keine verfügbaren Daten bis dato, das ist so. Das hat die EMA, wenn man die Pressekonferenz mitverfolgte hat, ja auch zugegeben. Es sind Analogieschlüsse gezogen worden. [technisches Problem]

**Moderatorin:** [00:12:50]

Herr Mertens, vielleicht kann ich an Sie kurz die Frage stellen und zwar warum haben Sie in der STIKO die Grenze bei 65 gesetzt, wobei ja die EMA sagt, ab 55 ist die Datengrundlage nicht gut genug. Wie kommt das zustande?

**Thomas Mertens:** [00:13:06]

Das ist relativ einfach erklärt. Wir sind ausgegangen von dem Clinical Study Report, der uns vorlag und der ja auch tatsächlich das einzige ist, was uns richtig formal zugesandt worden ist. In diesem Clinical Study Report wurde ja auch von den Herstellern selber der Cut von 64 Jahren beziehungsweise von Ende des 64. bis zum 65. Lebensjahr gewählt. Das ist eigentlich nichts Besonderes von Seiten der STIKO. Wir haben das so genutzt, wie das angegeben war im Clinical Study Report. Dann später ist offensichtlich, das ist aber auch nur eine Vermutung, eine Post-hoc-Analyse durchgeführt worden, die dann nachgeschoben worden ist und die betraf die 55 Jahre. Es gab eine ganze Menge von Argumenten, unter diesen Bedingungen bei den 65 Jahren zu bleiben, denn es ist ja ganz sicher so, dass diese Altersstratifizierung auch einen gewissen Sinn macht. Man kann nicht davon ausgehen, dass die Immunologie zwischen den 55- und den 65-Jährigen sehr unterschiedlich ist. Bei den Älteren ist das etwas anders, das sieht man ja auch letztendlich an den immunologischen Daten. Und die Altersgrenze von 65 macht es ja auch viel leichter im Umgang mit den Betroffenen. Stellen Sie sich mal praktisch vor: Wenn Sie in einem Krankenhaus oder in einem Altenheim das Personal impfen wollten und dann kriegt die 54-jährige Schwester den einen Impfstoff und der 55-jährige Pfleger den anderen Impfstoff, das macht keinen Sinn. Außerdem müssten Sie dann in das Krankenhaus für alle Impfaktionen zwei Impfstoffen liefern. Und man muss auch sagen und das ist ja ein ganz wichtiger Punkt: Es besteht ja kein Zweifel im Hinblick auf die Sicherheit des Impfstoffes, das ist auch ein nicht zu vernachlässigender Punkt, den man mal klar herausstellen muss. Es geht ja weder um ein Qualitätsurteil zu dem Impfstoff noch um die Sicherheit des Impfstoffes. Es geht allenfalls um einen theoretisch möglichen minimalen Unterschied zwischen 55 und 65 und den mussten wir aber gar nicht berücksichtigen, weil diese Post-Hoc-Analyse ja gar nicht offiziell für unsere Begutachtung eingereicht war und vorlag. Also ich glaube, im Grunde genommen ist es nicht so verwirrend, wie Sie sagen. Verwirrend ist diese vielleicht generelle Zulassung durch die EMA, die aber bei der EMA selber ja auch mit diesem Kommentar versehen ist letztendlich – und ich meine, wir sind ja dadurch aufgerufen –, Klarheit für Deutschland zumindest zu schaffen in diesem Punkt. Und das haben wir jetzt gemacht. Und ich sage nochmal: Das ist ja nicht in Stein gemeißelt. Wir sind absolut nicht nur willens, sondern wir sind ja begeistert, wenn es neue Daten gibt, die eine Revision dieser Empfehlung wieder nötig machen. Die Revision wird ja auch aus anderen Gründen – denken Sie an Johnson&Johnson – jetzt Ende Februar wahrscheinlich schon wieder nötig sein und dann sehen wir ja auch viel klarer. Also ich denke, es gibt eigentlich aus meiner Sicht keinen wirklichen Grund für eine große Aufregung, wenn man sich nicht gerne aufregen will.



**Moderatorin:** [00:16:48]

Herr Wendtner, wir waren gerade bei der Kommunikationsfrage stehen geblieben. Was sage ich denn den Leuten da draußen, die jetzt sagen: Ich will keinen Impfstoffen zweiter Klasse als junger Mensch, das habe ich schon gelesen.

**Clemens Wendtner:** [00:17:00]

Es ist ja so, dass wir jetzt die Chance haben, auch Personengruppen, die sich in einer niedrigen Priorisierungsgruppe bis dato wiederfinden würden, früher zu impfen. Das muss man mal ganz klar sagen. Es gibt Personen meines Alters, die jetzt nicht gerade in der Infektiologie arbeiten, die haben eine Chance im Sommer sich impfen zu lassen. Ich sehe das erst einmal als eine Riesenchance, dass man hier diese Personen quasi vorziehen kann. Strategisch könnten wir jetzt ja sagen, die mRNA-Impfstoffe könnte man prioritär natürlich bei den Älteren verimpfen und dort haben wir Wirksamkeitsdaten, die STIKO empfiehlt das ja auch hier bei den Älteren und den AstraZeneca-Impfstoff könnte man jetzt Prio 2, 3 und damit auch jüngeren Personen anbieten, die vielleicht sonst sehr viel später zum Zuge kämen. Vielleicht ein anderes Brückenargument: Wir wissen ja noch nicht, wann wir wieder impfen müssen. Vielleicht ist es ja eine saisonale Impfung. Und das heißt ja nicht, wenn einer jetzt AstraZeneca bekommt, dass er dann im Herbst oder im Winter Ende des Jahres nicht auch – wenn wir genügend mRNA-Impfstoff verfügbar haben – sich nicht nur den Arzt aussuchen kann, sondern auch das Medikament. Dann könnte der-, diejenige auch auch mit einem anderen Impfstoffen wieder geimpft werden. Ich finde es einfach ein gutes Angebot. Jetzt in der Zeit, wo wir tagtäglich auch über Mutationen, über die Gefährlichkeit von Mutationen et cetera reden, wäre es doch eigentlich sinnvoll, dass wir ganz schnell impfen. Das heißt, die Zeitachse spielt hier eine erhebliche Rolle. Da ist doch jetzt ein sehr gutes Angebot da. Ich möchte auch noch einen anderen Aspekt betonen. Wir haben ja mit dem AstraZeneca-Impfstoff einen massentauglichen Impfstoff. Es ist ein Impfstoff, der eben auch von der Kühlkette weniger komplex ist. Wir können das in den großen Impfzentren alles lösen, gar keine Frage. Aber ich denke natürlich auch an die Kollegen in der Niederlassung, die jedes Jahr in der Grippeimpfung eigentlich einen wesentlichen Beitrag leisten. Das heißt, dass ist jetzt ein Impfstoff, der auch über Hausärzte natürlich in die Breite verimpft werden kann. Das ist, glaube ich, auch für uns ein wichtiger Aspekt in dieser Pandemie.

**Thomas Mertens:** [00:19:28]

Ich möchte zustimmen, wenngleich ich vielleicht ein bisschen einschränkend sagen muss, dass wir leider überhaupt keine Daten haben für die sequenzielle Impfung mit den verschiedenen Impfstoffen. Aber von der Plausibilität her würde ich das auch so sehen. Ich will an der Stelle nochmal sagen: Wir haben sonst in der STIKO die Priorisierung nicht verändert. Mit gutem Grund, denn es sind ja auch die Menschen mit Vorerkrankungen, die jetzt zurecht geimpft werden wollen. Und insofern ist es richtig, aber man muss es nochmal betonen: Die STIKO ist nicht dafür, dass man jetzt die ganze Priorisierung ändert oder auf den Kopf stellt und nach Gutsherrenart jetzt irgendeine besondere Gruppe impft, sondern man sollte sich im Prinzip an die Priorisierung halten. Aber es ist richtig, dass damit einzelne Menschen in anderen Priorisierungsgruppen früher zu einer Impfung kommen. Von daher gibt es überhaupt keinen Unterschied zwischen unseren Ansichten. Ich denke, man muss den Impfstoff jetzt nutzen. Und abgesehen davon, dass man ihn im Augenblick nicht in dieser Gruppe der älteren Menschen verwendet, geht alles weiter wie bisher und so steht es auch expressis verbis in der Empfehlung drin.

**Moderatorin** [00:20:53]

Wer entscheidet denn jetzt aber, wer welchen Impfstoff bekommt? Also das Alter, ja, aber sind das in den Impfzentren die Menschen? Sind das die Länder selber in den Verordnungen? Wer entscheidet? Das ist hier die Frage.

**Thomas Mertens** [00:21:08]

Ja, also ich kann diese Frage nicht beantworten. Ich kann nur sagen, das ist wirklich Aufgabe der Länder, die ja nun in unserem föderalen System die Verantwortung dafür haben und das muss länderseits geregelt werden. Wobei es natürlich sehr begrüßenswert wäre, wenn es nicht Unterschiede zwischen den Regelungen in den Ländern gäbe. Aber letztendlich sind die Länder in ihrer Gesamtheit aufgerufen, das Problem zu lösen. Das ist richtig.



**Clemens Wendtner [00:21:40]**

Wenn ich das ergänzen darf, bin ich ganz bei Herrn Mertens. Das wird auch bereits angepackt. Wie gesagt, am Montag wird in Bayern – in München, in der Landeshauptstadt – die Impfkommision des Freistaates tagen, unter Vorsitz von Frau Breit-Keßler und Herrn Holetschek, dem Gesundheitsminister und einem Gremium, welches vielfältig zusammengesetzt ist. Da (ist) von Virologen, Epidemiologen bis zu einem Pfarrer das Gremium breit besetzt. Und da wird ein Konsensus entwickelt, der dann eine Guidance auch zumindest auf Länderebene, wie das Herr Mertens dargestellt hat, auch fixieren wird und verschriftlichen wird.

**Moderatorin [00:22:29]**

Nun war ja auch immer die Diskussion: Inwiefern können Impfungen vielleicht auch die Übertragung von SARS-CoV-2 verhindern? Inwiefern lassen denn die Daten von AstraZeneca darauf Rückschlüsse zu? Weil sie war meine ich die erste klinische Studie, die auch den Endpunkt, eben Weiterverbreitung, also Transmission mit drin hatte. Wie sehen die Daten da auf der Ebene aus Herr Mertens?

**Thomas Mertens [00:22:51]**

Also zur Transmission sehen die Daten nicht viel besser aus als vorher. Zur Reinfektion – das muss man wirklich auch für Sie als Journalisten dringend unterscheiden – die AstraZeneca-Daten geben zugegebenermaßen Daten zur Reinfektion, aber es ist nicht geprüft worden, wie die quantitative Virusausscheidung der Reinfizierten ist. Die Daten fehlen weiterhin. Nun ist es aufgrund allen dessen, was wir über Impfungen wissen, wirklich plausibel, anzunehmen, dass ein effektiver Impfstoff im Hinblick auch auf Schutz letztendlich auch die Virusausscheidung reduzieren wird. Was wir eben nicht wissen – und das ist der Punkt derzeit – ist, ob die Ausscheidung durch die Menschen, die geimpft sind und sich dann infiziert haben, epidemiologisch noch relevant ist. Und das ist der einzige Punkt, der noch geklärt werden muss. Im Übrigen auch, Herr Wendtner, wenn ich das noch sagen darf, es besteht ja vielfach die Vorstellung, als sei das etwas ganz Besonderes. Aber viele andere Impfstoffe wie der Rötelnvirus-Impfstoff machen ja auch keinen Schutz im Sinne vor Reinfektion. Also Dorothy Horstmann hat schon, als ich noch ein junger Virologe war, nachgeschaut, dass Rekruten, die geimpft sind und erfolgreich geimpft sind, trotzdem von der Schleimhaut Virus ausscheiden. Also mit anderen Worten: Es ist nicht die normale Anforderung an einen Impfstoff, den Menschen vor jeder Infektion zu schützen, sondern vor Erkrankung.

**Clemens Wendtner [00:24:26]**

Ein ganz wichtiger Punkt. Also ich glaube die sterilisierende Immunität wird sehr hochgespielt in den Medien und wir haben diesen Endpunkt ja bei früheren Vakzinen auch nicht so in den Vordergrund gespielt, sondern es ist der Schutz des Individuums vor einer Erkrankung. Und da sind alle drei Impfstoffe, die hier zugelassen sind, sehr gut. Und da gibt es ja klare Grenzen, wo wir dieses Prädikat sehr gut auch verteilen und die sind klar erreicht und auch mit einem Puffer erreicht. Und von daher glaube ich soll insgesamt eine positive Botschaft auch ausgesendet werden.

**Moderatorin [00:25:07]**

Herr Mertens, hier kommt noch einmal eine Nachfrage zu gerade eben dem Punkt davor: Könnte eine Landesregierung jetzt selbst entscheiden, AstraZeneca bei Älteren einzusetzen? Würde die Verordnung quasi die STIKO-Empfehlungen schlagen?

**Thomas Mertens [00:25:23]**

Da fragen Sie mich was. Das ist eigentlich eine Frage für einen Juristen, aber ich sage ihnen einmal meine Meinung. Die STIKO-Empfehlung ist wie immer eine Empfehlung und die wird derzeit – ich kenne die Diskussion – auf der politischen Ebene umgesetzt durch die Rechtsverordnung. Da gibt es auch die ständige Frage, ob das nun ausreichend ist oder ob eigentlich ein entsprechendes Gesetz im Parlament erlassen werden müsste. Wie auch immer, im Augenblick wird der Weg der Rechtsverordnung durch das BMG beschritten. Und ich glaube nicht, dass über diese Rechtsverordnung des BMG hinaus die Länder noch weitere Kompetenz haben, in der Ad-hoc-Entscheidung jetzt davon abzuweichen. Aber – Einschränkung – ich bin kein Jurist und deshalb hat diese Aussage den Vorbehalt, dass das nicht juristisch geprüft ist.

**Moderatorin [00:26:13]** Herr Wendtner, Sie sind auch kein Jurist, aber haben Sie dazu noch einen Punkt?



**Clemens Wendtner** [00:26:17] Ich würde dem nichts hinzufügen wollen. Da bin ich bei Herrn Mertens.

**Moderatorin** [00:26:24]

Was ja auch häufig diskutiert wird in den Medien ist die Herdenimmunität. Was hat das denn jetzt für eine Folge, wenn wir jetzt zum Beispiel sagen Astra ist ein Impfstoff für die Breite. Wenn jetzt dieser Impfstoff eben in der Breite eingesetzt wird, aber nur eine Wirksamkeit von 70 Prozent hat, ist dann eine Herdenimmunität überhaupt zu erreichen?

**Thomas Mertens** [00:26:48]

Ja, sicherlich. Eine Herdenimmunität ist im Prinzip zu erreichen. Allerdings ändern sich unter Umständen etwas die Zielvorgaben. Das muss man vielleicht so formulieren. Das gilt ja für alle möglichen Situationen. Herr Wendtner hat ja schon von den Mutanten gesprochen, die spielen natürlich glaube ich eine sehr viel größere Rolle bei der Frage der Herdenimmunität. Und auch die Impfstoffwirksamkeit spielt eine gewisse Rolle und eben das, was wir gerade vor allen Dingen besprochen haben, nämlich die Frage der Unterbrechung der Dynamik der Virusausscheidung durch die Impfung. Und da muss man sagen ganz klar: Dazu sind noch Fragen offen. Da sind ich hoffe mal im März erste Daten zu sehen, die das beantworten können. Aber solange diese Daten nicht vorliegen, ist es letztlich nicht seriös mögliche konkretere Angaben zu der Frage der Herdenimmunität zu machen.

**Moderatorin** [00:27:51] Herr Wendtner noch ein Punkt dazu?

**Clemens Wendtner** [00:27:53]

Absolut natürlich korrekt, was Professor Mertens sagt. Ich glaube, ich möchte noch einmal betonen, dass auch die Geschwindigkeit der Impfung entscheidend ist. Zum Aufbau einer Herdenimmunität. Selbst wenn wir diese gewisse Imponderabilien haben, Unsicherheiten haben, die wissenschaftlich völlig korrekt angemerkt wurden von Herrn Mertens, ist es aus meiner Sicht einfach erstrebenswert, sehr schnell sehr viel Impfstoff unter die Leute zu bringen, um eben hier auch eine Herdenimmunität aufbauen zu können. Je früher das gelingt, desto besser sind wir geschützt und desto besser sind wir aller Voraussicht nach, das wissen wir natürlich noch nicht streng evidenzbasiert, auch vor der Gefahr, was die neuen Mutationen angeht, geschützt. Das ist deswegen ein zeitkritisches Moment auch hier.

**Moderatorin** [00:28:51] Herr Mertens noch mal.

**Thomas Mertens** [00:28:52]

Ja, das stimmt vor allen Dingen auch deshalb, weil man sich immer wieder klarmachen muss, dass es Mutanten nur gibt, wenn Virusvermehrung stattfindet. Das ist vielleicht Ihnen als Fachjournalisten klar, aber den Menschen nicht klar, das weiß ich. Mutanten gibt es immer normalerweise und die gibt es nur, wenn die Replikation stattfindet, also wenn die RNA repliziert wird. Und insofern ist das natürlich auch von der Seite her völlig richtig. Je weniger Virusreplikation wir in der Population haben um so weniger – berechenbar weniger – treten Mutanten auf und wenn weniger Mutanten auftreten, dann ist das natürlich in mancher Hinsicht von Vorteil. Aber, und das möchte ich auch nochmal hier sagen an der Stelle, die Mutanten sind ja sozusagen im Augenblick der Teufel persönlich. Aber wenn wir die Hoffnung haben, zum Beispiel, dass das Virus attenuiert wird im Verlaufe, das heißt also die Menschen weniger krank macht, dann sind das auch Mutanten, die das machen können. Und wenn sie mal an den schlichten Schluckimpfstoff denken, den die Jüngeren nicht mehr kennen, aber ich zumindest sehr gut kenne und Herr Wendtner auch sicher kennt, dann ist das nichts anderes gewesen als eine apathogene Mutante und damit Variante des Poliovirus. Also Mutanten können negative Auswirkungen haben, sie können aber auch positive Auswirkungen haben. Das muss man vielleicht in diesem Kontext glaube ich auch mal wegen der Redlichkeit erwähnen.

**Moderatorin** [00:30:28]

Ich würde gerne eine Frage stellen zur generellen Datenlage. Die wurde jetzt viel diskutiert und zwar vorher, als dieser Entwurf zirkulierte, ging es eben darum, dass circa acht Prozent der Teilnehmer über 65 eingeschlossen waren in den Studien, also dass acht Prozent der Probanden in den Studien über 65 waren. Dann haben wir in unserem Briefing – schreibt hier auch jemand – geschrieben, "knapp sechs Prozent". Das



fußte auf den im Entwurf stehenden 5,9 und 5,6 Prozent. Herr Mertens, ich habe die Zahl jetzt nicht ganz genau für die jeweiligen Gruppen, also Verum oder Kontrollgruppe und die EMA sprach vorhin offenbar von 13 Prozent der Probanden sind über 65. Wie kommen, diese etwas verwirrenden Zahlen zustande? Wie viele ältere Personen sind denn jetzt eingeschlossen worden?

**Thomas Mertens** [00:31:17]

Das hängt davon ab, welchen Daten-Cut sie verwenden. Es gibt einen sogenannten, oder es gibt mehrere Daten-Cuts. Das ist das Problem dieses rollenden Systems, wo immer noch etwas nachgeschoben wird. Meiner Meinung nach muss es aber auch da natürlich eine klare Definition geben und wir haben uns eben auf diesen Daten-Cut, der uns offiziell vorlag, bezogen und er war von – ich kann Ihnen das Datum nicht genau sagen, aber ich kann es nachgucken – der war also von jetzt Mitte November etwa. Und dann, diese unterschiedlichen Angaben kommen sicher daher, dass immer wieder neue Daten sozusagen hinzugepackt werden, die dann mehr oder weniger offiziell, inoffiziell, teilweise sogar gerüchteweise aufkommen. Und das ist natürlich nicht gut. Aber wir definieren sozusagen unseren Daten-Cut des Clinical Study Reports und dann wird man beim nächsten Mal sehen, was es dann sozusagen wirklich an nachprüfbar Daten zu bekommen. Denn Sie müssen sich ja vorstellen, und das vielleicht auch nochmal zu der Methodik sagen: wir verlassen uns ja bei unserer Analyse nicht auf das, was andere ausgerechnet haben, sondern wir gehen ja sozusagen in die Originaldaten zurück. Und dann machen unsere Statistiker und Mathematiker sozusagen ihre eigenen Analysen. Und insofern ist es schon sehr wichtig, dass man klar definiert, von welchem Datenpool reden wir eigentlich?

**Moderatorin** [00:33:02] Das fände ich noch spannend. Wo kriegen Sie die denn eigentlich her, die Daten. Und die EMA, nochmal zum Verständnis, hatte jetzt ja mehr Daten vorliegen für ihre Entscheidung als sie in der STIKO. Stimmt das?

**Thomas Mertens** [00:33:12]

Ich kenne diese Dinge auch sozusagen jetzt, wenn man so will, halb offiziell. Also wir kriegen die Daten in diesem Verfahren parallel zum PEI Paul-Ehrlich-Institut. Das es letztendlich bekommt und dann letztendlich von der EMA. Bei uns ist noch aus juristischen Gründen das BMG, also das Bundesministerium für Gesundheit, zwischengeschaltet. Aber zeitlich macht das keinen Verzug sozusagen. Wir kriegen letztendlich alle einen Link auf eine gesicherte Datenbank oder auf eine gesicherte, wie nennt man das, Cloud oder was auch immer. Und da können wir uns dann die entsprechenden Daten herunterladen.

**Moderatorin** [00:34:02]

Sie haben jetzt gerade gesagt das BMG ist auch dazwischen geschaltet. Passt sich vielleicht so ein bisschen an diese Frage an. Wie kam es denn dazu, dass dieser Entwurf jetzt eigentlich vorher schon zirkulierte? Ist ja eigentlich nicht so üblich, sage ich mal ganz wohlwollend.

**Thomas Mertens** [00:34:17]

Nein, das ist nicht üblich und es hat mich persönlich auch ziemlich geärgert. Weil das überhaupt keinen Sinn macht, wie man sieht, denn es verursacht ja zweimaliges, dreimaliges Rauschen, wenn ein Rauschen genügt hätte. Ich kann Ihnen das nicht sagen, wieso oder warum das passiert ist, ja. Es ist überhaupt nicht gut. Zumal diese Daten auch ganz klar als vertraulich gekennzeichnet sind bis zur Veröffentlichung der Daten. Nun, es ist natürlich klar, dass die Daten, wenn sie in das Stellungnahmeverfahren gehen und in viele Fachgesellschaften, in alle Länder und so verteilt werden, dass es da einmal ein Leck geben kann. Das ist zwar nicht erfreulich, aber noch nachvollziehbar. Leider Gottes ist es in diesem Fall sogar so, dass ich bereits in der Woche zuvor, also bevor das Stellungnahmeverfahren losging, von einzelnen Journalisten angesprochen worden bin, denen ich zwar keinerlei Auskunft gegeben habe, aber die mir schon relativ [viele] Details aus der jetzt aktuellen STIKO-Empfehlung nennen konnten. Das ist natürlich ganz schlecht. Ich meine, bei allem Verständnis für das journalistische Arbeiten, glaube ich, dass es in diesem Fall wirklich keinen Sinn macht, so mit den Papieren umzugehen.

**Moderatorin** [00:35:49]

Welche Auswirkungen könnte das haben, Herr Wendtner? Sie haben ja die Debatte auch so ein bisschen mitverfolgt, wahrscheinlich auch als normaler Medien-User, sage ich einmal.





**Clemens Wendtner [00:35:56]**

Gut, das ist natürlich schon mehr als eine Irritation. Letztendlich kann das auch zum Vertrauensverlust führen. Im Spezifischen, was diesen Impfstoffen angeht: ich glaube, er ist sehr viel besser als sein Ruf inzwischen, muss man fast schon sagen. Und was ich natürlich nicht hoffe, dass das sozusagen der Nährboden für Argumente wird gegen die Impfung per se. Das ist natürlich bedauerlich. Da bin ich ganz bei Herrn Mertens. Das ist ein Vorgang, der einfach mehr als unglücklich ist. Der hätte so nicht passieren dürfen. Gut, jetzt ist das Kind in den Brunnen gefallen. Ich glaube, unsere Aufgabe ist einfach als Ärzte, Wissenschaftler hier die Dinge sachlich zu betrachten. Und da kann man einfach nur sagen: Es ist ein Impfstoff, der auch wie die anderen beiden zugelassenen Impfstoffe geprüft wurde, durch mehrere klinische Phasen geprüft wurde und eben verträglich ist und eben auch effizient ist. Und das ist, glaube ich die Hauptbotschaft, die man nach außen hin sollte.

**Moderatorin [00:37:09]**

Ich würde gerne noch einmal auf die generelle Datengrundlage bei Impfstoffstudien generell vielleicht eingehen, denn ich denke, da könnte man auch noch etwas für Verständnis sorgen. Denn, wir haben jetzt gesagt: Okay für Ü65 [sind] bei AstraZeneca die Daten nicht so gut, als dass wir da eine definitive Aussage treffen können. Aber wenn man jetzt von BionTech zum Beispiel die Daten anguckt, ist es ja auch so, dass wenn man die höchste Altersgruppe nimmt, das ist glaube ich Über-75, sieht das Konfidenzintervall, das Vertrauensintervall ähnlich schlecht aus, sage ich einmal, also schließt die Null mit ein und ist riesig groß und vermittelt einfach eine riesen Unsicherheit in den Daten. Wieso ist jetzt bei AstraZeneca gesagt worden, okay 65 ist für uns so ein Cut, da empfehlen wir nur bis dahin, bei BionTech aber zum Beispiel nicht in den ganz hohen Altersgruppen. Und: Wie ist die generelle Datengrundlage? Wenn wir jetzt zum Beispiel Influenzaimpfstoffe anschauen oder andere, die in klinischen Studien geprüft werden – Ist das eher vergleichbar mit dem, also mit dem Wert, sage ich mal der bei der BionTech-Studie oder mit denen der AstraZeneca-Studien, also der Qualität der Daten? Eine sehr komplizierte Frage, Herr Mertens.

**Thomas Mertens [00:38:12]**

Also die Influenza-Impfung stellt uns immer von ganz besonderes Problem. Bei der Influenza kommen ja mehrere Dinge zusammen. Wir haben einen Impfstoff, der muss immer, wie Sie wissen, aufgrund der Tatsache, dass es kein mRNA-Impfstoff ist derzeit, sondern ein Ei-basierter Impfstoff oder Zellkultur-basierter Impfstoff, sehr früh im Jahr produziert werden und das endet ja im Sommer. Da ist ja die Produktion des Influenzaimpfstoffs für die nächste Saison abgeschlossen. Das führt dazu, dass man immer schon in die Saison hereingeht und nicht ganz genau weiß, wie gut sozusagen das Matching, also das Passen zwischen denen im Impfstoff vertretenen Antigenen und den kursierenden Influenzaviren sein. Und dann kriegen Sie die Ergebnisse für die konkrete Wirksamkeit in einer Saison ja bedauerlicherweise erst am Ende der Saison die ersten Rechnungen dazu. Und da ist die Situation ganz besonders schwierig bei der Influenzaimpfung. Das muss man ganz klar sagen. Das ist schon so. Es gibt andere Impfstoffe: Ich meine (beliebig) Hepatitis-B-Impfstoff oder HPV Impfstoff, wo dieses Problem so [auftritt]. Naja, sagen wir einmal so: bei Hepatitis B war es relativ einfach. Da kann man das noch leicht machen. Beim HPV-Impfstoff...

**Moderatorin [00:39:41]** Herr Mertens, vielleicht gehen wir nicht so tief...

**Thomas Mertens [00:39:45]** Okay, ich höre auf.

**Moderatorin [00:39:46]**

Vielleicht gehen wir nicht so tief in die einzelnen Impfstoffen rein. Mir ging es eher darum: Was hat man denn da generell für Daten, zum Beispiel aus hohen Altersgruppen? Das sind immer Risikogruppen, die man ja grundsätzlich nicht in klinische Studien mit einschließen würde, genau wie Kinder ja auch. Biontech hat das ja relativ viel gemacht. AstraZeneca jetzt nicht. Ist das eher der Klassiker, wie AstraZeneca das gemacht hat, oder eher wie Biontech das gemacht hat?

**Thomas Mertens [00:40:07]**

Ich kann das so nicht sagen. Bei den Impfstoffen gegen Influenza weiß man ja genau, dass die alten Menschen genau die Gruppe sind, die geschützt werden muss. Also gibt es keine Studien bei Influenza, die nicht gerade



viele alte Menschen einschließen, weil wir ja da sehr gut den Effekt kennen, dass die Alterung des Immunsystems ganz offensichtlich auch eine Rolle spielt. Vielleicht verstehe ich auch Ihre Frage nicht genau.

**Clemens Wendtner [00:40:38]**

Prinzipiell muss man sagen, wenn wir mal die klinische Studienlandschaft per se betrachten, das tue ich jetzt als Hämatonkologe, dann wissen wir, dass einfach in den Altersgruppen über 80 sehr wenige Patienten rekrutiert werden können. Es gibt wenige Studien, die sich grade diesem Kollektiv sehr systematisch nähern. Und ich denke, es wird auch hier ein bisschen mit zweierlei Maß gemessen. Wir haben jetzt nach nicht einmal einem Jahr drei Impfstoffe zugelassen. Wenn Sie zu Beginn von 2020 gefragt hätten, wie viele Virologen in Deutschland und Infektiologen in Deutschland vermutet hätten, dass wir in dieser Kürze der Zeit drei Impfstoffe haben, hätten Sie wahrscheinlich einen sehr niedrigen Anteil an positiven Antworten bekommen. Von daher finde ich, ist das schon einmal ein großer Erfolg. Und wie Sie auch sagen: Biontech hat auch nicht massiv Personen dieser ganz hohen Altersklasse – also ich sage mal unserer Prio-Eins-Gruppe über 80 – eingeschlossen. Es gab viele Personen, die älter als 55 waren, die auch älter als 65 waren. Aber dann bröckelte es quasi. Und insgesamt haben wir natürlich auch Daten. Biontech, ja, ist schon so ein bisschen – was das Design angeht – ein Musterknabe gewesen. Bei AstraZeneca sehen wir letztendlich gute Daten aus vier Studien. Die EMA hat zwei Studien zugrunde gelegt. Das ist die UK-Studie und die brasilianische Studie. Wir haben alle die Diskussion mitverfolgt, was die Dosen angeht, dass es da auch ein wenig im Verfahren, wie man Virus-Partikel misst pro Injektion, ein wenig – würde Herr Spahn sagen – es war ein wenig holprig war auf dem Weg. Aber zum Schluss sehe ich das positiv. Zum Schluss haben wir jetzt ein Produkt, was zugelassen ist und was wir verimpfen können. Das ist einfach die Sicht des Arztes, der an der Front steht und der weiß, wieviele Patienten ihn täglich fragen, wann sie geimpft werden können.

**Moderatorin [00:43:06]**

Herr Mertens, aber wie kommt es, dass Sie bei Biontech zum Beispiel nicht gesagt haben, für über 75 können wir keine Empfehlung aussprechen? Die Frage möchte ich gern nochmal zurückgeben.

**Thomas Mertens [00:43:14]**

Man hat bei Biontech ja überhaupt keine Tendenz gesehen, wenn man sich das über die Altersgruppen ansieht. Das ist ein wichtiges Argument. Außerdem, wenn man so will – ich sage das ungern – aber man muss auch bei Studien ein gewisses Glück haben. Denn es kommt ja nicht nur auf die Anzahl der Studienteilnehmer an, sondern es kommt auch auf die Anzahl der Infektionen in den Kontrollgruppen an. Das ist ja der zweite Parameter. Und wenn Sie sehr viel Glück haben, können Sie auch mit einer relativ kleinen Probanden-Anzahl ein relativ gutes Ergebnis bekommen. Verstehen Sie? Also es gibt ja nicht nur den Parameter des Einschlusses, sondern es gibt auch den Parameter letztendlich: Wie häufigst ist denn das Ziel-Ereignis wirklich eingetreten? Und das muss man gemeinsam sehen. Aber wir haben bei Biontech – und auch übrigens bei Moderna, ich würde da gar keinen Unterschied machen zwischen den beiden Impfstoffen. Im Gegenteil: bei Moderna war es aus unserer Sicht sogar noch ein bisschen leichter, die Studien zu bewerten, von der Aufbereitung her. Jedenfalls gab es da keinen Hinweis darauf, dass es so ein Absinken in der älteren Altersgruppe gibt. Ich sage es aber nochmal, ich sage es ein letztes Mal: Wir haben nicht die Qualität des Impfstoffes bewertet, sondern wir bewerten die Qualität der Daten. Und wenn überhaupt leise Kritik angesagt ist, dann nicht an dem Impfstoff, sondern an den Studien. Herr Kollege Wendtner hat das ja eigentlich auch durch die Blume gesagt, und das kann ich nur bestätigen: Die AstraZeneca-Studie war insgesamt etwas unordentlicher, weil einfach in einzelnen Studien die Studien-Parameter gewechselt worden sind. Da sind noch ein paar Dinge hinzugekommen, die sagen wir mal, es insgesamt etwas schwieriger gemacht hat bei der Bewertung. So kann man es vielleicht sagen.

**Moderatorin [00:45:02]**

Wir haben jetzt aber heute auch noch Ergebnisse zu anderen Studien gesehen, zu anderen Impfstoffen, aus anderen Studien, Novavax hat noch eine Pressemitteilung veröffentlicht und Johnson&Johnson hat jetzt auch noch kurz vor knapp Daten zu einem Vektorimpfstoffen nachgeliefert. Wie sehen Sie die? Und – hier schreibt jemand – dass die Wirksamkeit in Studien in Südafrika dann nicht so richtig gut waren. Wie bewerten Sie die Ergebnisse für diese anderen Impfstoff, jetzt abgesehen von Astrazeneca?



**Clemens Wendtner [00:45:29]**

Die beiden oben erwähnten Studien sind ja auch sehr, sehr frisch veröffentlicht. Insgesamt gibt es auch hier eine Effizienz im Bereich von 60, 65 Prozent, und der eine Impfstoff hat den Vorteil, dass er nur einmal appliziert werden muss. Allerdings hat man dann gesehen, wenn man nur einmal impft, dass es eben in dem Kollektiv mit der südafrikanischen Variante, in dem Gebiet, wo man geimpft hat – es ja geographisch definiert, man hat ja nicht selektiert nach Mutanten – dass es da eine bisschen geringere Effizienz gibt. Das ist mal ein Hinweis. Ob das wirklich quasi ganz belastbare Daten sind, das sei mal dahingestellt. Da wäre ich noch sehr, sehr vorsichtig, hier große Schlussfolgerung zu ziehen, nicht? Also nur, weil in Brasilien oder Südafrika Studien gelaufen sind und die Effizienz dort niedriger ist, gleich den Schluss zu ziehen, es wirkt nicht bei der südafrikanischen und brasilianischen Variante, ist ein bisschen dünn. Da müssen wir, glaube ich, noch sehr viel mehr Daten sehen, das würde ich auch gerne nochmal mit Daten aus dem Labor gefestigt sehen solche Daten. Aber insgesamt, um Ihre Frage zu beantworten, diese vektorbasierten Impfstoffe, darum geht's ja auch, haben eine sehr ähnliche Effizienz in den ersten Datenvergleichen, wenn man sozusagen Trials miteinander sich anschaut.

**Thomas Mertens [00:47:00]**

Ich bin sehr gespannt, ob das mit der einen Impfung überhaupt noch Bestand haben wird, wenn es zur Zulassung kommt. Denn ich meine, man muss ja auch bedenken, welcher Zeitraum da überblickt worden ist. Das kommt ja noch hinzu, das sind, wenn ich das jetzt richtig aus dem Kopf sehe, 57 Tage letztendlich und das ist natürlich auch kein übermäßig langer Zeitraum. Also das ist wirklich der eine Punkt, den man auch noch bedenken muss und ich bin mal gespannt, wie das dann an der Front weitergeht.

**Clemens Wendtner [00:47:31]**

Das war ja auch so bei Astrazeneca, wenn ich das noch kurz ergänzen darf, dass man auch zunächst bei einer UK 1 Studie von einer Einmalimpfung ausgegangen ist, und das ist ja im Rahmen eines Amendments [einer Änderung] dann die zweite Impfung dazugekommen. Und so sehe ich es auch. Man wird auch da bei Johnson&Johnson vielleicht nochmal gucken, ob man nicht vielleicht doch mit einem Boost nochmal die Effizienz nach oben schrauben kann. Ich glaube, das ist noch offen die Frage.

**Moderatorin [00:47:57]**

Also das heißt, es ist zu befürchten, dass nach einer Impfung, nach einem Shot, wie es jetzt bei der Johnson&Johnson getestet wurde, die Wirksamkeit sonst zu schnell nachlässt.

**Clemens Wendtner [00:48:05]**

Also es gibt zumindest Analogieschlüsse. Wenn wir uns BNT162b2 anschauen, war es ja auch so: Wir haben – glaube ich – die 52, 53 Prozent nach einem Shot, und nach zwei Shots haben wir 94, 95 Prozent. Also bei dem AstraZeneca-Impfstoff ein sehr ähnliches Spiel, das man amended [angepasst] hat, weil man gesehen hat, es wird noch besser. Und vielleicht ist auch diese Entwicklung bei dem Johnson&Johnson-Impfstoff dann noch zu sehen. Müssen wir abwarten, wissen wir noch nicht.

**Thomas Mertens [00:48:35]**

Da gibt's auch Labordaten ja gerade bei dem mRNA-Impfstoff, dem erwähnten, dass eben nicht nur der Schutz da ist, sondern da muss man natürlich auch mal auf die Antikörperbildung schauen, und die liegt eben nach einem Shot ungefähr um den Faktor 10 bis 20 niedriger als nach dem zweiten Shot. Das ist natürlich auch, wenn man jetzt mal an Hepatitis-B-Impfstoff denkt und an die ja relativ parallele Kinetik, ist das auch ein wichtiger Punkt. Außerdem muss man nochmal eins sagen, das ist auch ein wichtiger Punkt und unterstützt das, was Sie gesagt haben. Wir müssen jetzt ja alle noch sehen, was in Real World sozusagen an Effektivität bei all den jetzt eingesetzten Impfstoffen wieder rauskommt. Und ich bin sehr gespannt, wenn die sozusagen angekündigten Daten aus Israel mal als Review-Paper erscheinen, hoffentlich bald.

**Moderatorin [00:49:28]**

Anknüpfend an diese One-Shot und Zwei-Shot-Debatte: Haben Sie denn in der STIKO auch die bessere Wirksamkeit bei halber erster Impfdosis bei AstraZeneca in dem UK-Arm der Studie diskutiert?



**Thomas Mertens [00:49:46]**

Ja natürlich, intensiv. [...] Nicht nur die STIKO, keiner glaubt mehr, dass das überhaupt was mit der halben Dosis zu tun hat. [technische Probleme] Ich glaube, dass kein Mensch mehr glaubt, dass es was mit der halben Dosis zu tun hat, sondern dass es letztendlich ein Effekt von Abständen zwischen den Impfstoffen war. Und das ist ja wirklich auffällig bei diesem Impfstoff, dass da tatsächlich der verlängerte Abstand zwischen den beiden Dosen zu einem besseren Effekt geführt hat – bezogen auf den AstraZeneca Impfstoff.

**Moderatorin [00:50:37]**

Wir sind schon fünf Minuten über der eigentlich veranschlagten Zeit. [...] Vielleicht noch eine ganz kurze Schlussfrage: Welche Daten erhoffen Sie sich denn jetzt? Einerseits Real World und was noch? Auf was dürfen wir hoffen?

**Thomas Mertens [00:51:00]**

Hoffentlich bald Real World Daten von allen Impfstoffen, die jetzt in Gebrauch sind. Das müsste auch relativ leicht zu machen sein, wenn die Studie gut angelegt werden. Und ich erhoffe mir durchaus neue Daten aus den laufenden Studien zum AstraZeneca-Impfstoff, damit man sozusagen unter Umständen auch diese jetzt im Augenblick gegebene Einschränkung entfernen kann. Und ich kann Ihnen nur abschließend sagen: Die STIKO wäre ja mehr als happy [technische Probleme].

**Moderatorin [00:51:43]**

Herr Mertens, verabschieden Sie sich. Kein Problem. Vielen, vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Herr Wendtner, wann kommen denn Daten aus Deutschland? Wissen Sie das? Wie erforschen wir gerade, wie gut die Impfstoffe hier in Deutschland wirken?

**Clemens Wendtner [00:52:10]**

Genau, da gibt's große Erfassungen in Deutschland – auch in München. Ich nenne hier mal Herrn Professor Hölscher von der LMU, der dort bestimmt federführend auch das in Bayern betreibt und darüber hinaus natürlich auch noch weitere neue Impfstoffe, Stichwort CureVac, testet. Aber, wie Herr Mertens schon sagte, wir werden einfach noch Real World Daten brauchen. Wir brauchen Daten, angefangen – auch klinische Daten – von der Toxizität, die Effizienz. Israel ist ja ein gewisses Modell. Das ist ein Land, das sehr gut aufgestellt und sehr strukturiert ist, mit einer [?] Bevölkerung, ein Land, welches sehr früh geimpft hatte und da sind zum Beispiel schon die ersten Analysen raus, dass die Effizienz von 95 Prozent schon zu sehen ist, das ist sehr erfreulich. Was natürlich interessiert: Wir hatten die sterilisierende Immunität kurz angesprochen. Wissenschaftlich ist das interessant. Wie weit wirklich auch die Geimpften, die sich natürlich primär vor der Erkrankung per se schützen durch die Impfung, auch nicht als Transmitter in einer Infektionskette dann fungieren – also, dass das Spreading auch wirklich effizient unterbrochen wird. Der Kliniker wünscht sich natürlich zum Schluss auch, dass durch die Impfung ein sichtbarer Effekt auf die Zahl der Neuinfektionen, der Inzidenzen auch möglichst zeitnah zu sehen ist und das wird natürlich auch zu korrelieren sein.

**Moderatorin [00:53:45]**

Vielen, vielen Dank, Herr Wendtner. Vielen Dank, dass Sie teilgenommen haben an unserem Press Briefing. Herr Mertens ist schon weg, aber für die Journalist\*innen da draußen: Wir werden das natürlich auch wieder transkribieren und die Videoaufzeichnung auf unserer Website zur Verfügung stellen, so schnell es eben geht. Jetzt haben wir schon 19 Uhr, aber wir beeilen uns, dass Sie auch bald das Transkript bekommen können. Vielen Dank, Herr Wendtner. Ich wünsche ein schönes Wochenende und hoffentlich erholsame Tage. Bis dahin, tschüss!



press briefing

## Ansprechpartnerin in der Redaktion

### **Marleen Halbach**

Redaktionsleiterin und Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail [redaktion@sciencemediacenter.de](mailto: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](http://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

